

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Tesis

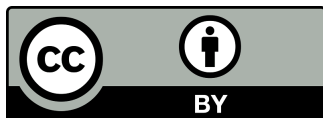
**Síntomas depresivos y capacidad funcional en
adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa
de Ocopa, 2018-2022**

Esthefani Deysi Zambrano Huaylinos

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

A : Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
DE : Mg. Jenny Del Pino Moreyra
Asesor de trabajo de investigación
ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación
FECHA : 26 de Junio de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

Título:

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE OCOPA, 2018–2022

Autores:

1. Esthefani Deysi Zambrano Huaylinos – EAP. Enfermería

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 18 % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI ☒ NO ☐
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores SI ☒ NO ☐
Nº de palabras excluidas (en caso de elegir "SI"): 13
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI ☒ NO ☐

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

La firma del asesor obra en el archivo original
(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

Dedicatoria

A mis queridos padres, Yoni y Lilia, quienes siempre están a mi lado, brindándome su amor y apoyo incondicional durante todos estos años. Gracias a ustedes, me he convertido en una persona de bien con una firme vocación de servicio hacia los demás. Les tengo un profundo cariño, respeto y admiración.

También quiero dedicarle este trabajo a mi abuela Teodora, quien en vida fue mi gran ejemplo de lucha, perseverancia y humildad, ella siempre me impulsó a seguir adelante; ahora ella es mi ángel y guía en este largo camino profesional.

Agradecimientos

Primero quiero manifestar mi gratitud a Dios, por otorgarme la salud y la fuerza de vida que me han permitido completar con éxito esta tesis.

En segundo lugar, quiero agradecer a la institución que me facilitó el acceso para la recopilación de datos para esta investigación.

Asimismo, agradezco a la comisión de investigación y docencia del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa por su colaboración y apoyo.

Finalmente, un agradecimiento especial a mi asesora, quien me ha guiado con sus sabios consejos en la culminación de esta tesis, donde su orientación ha sido inestimable para alcanzar este logro académico.

Esthefani Deysi Zambrano Huaylinos

Índice de contenidos

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Índice de contenidos	iii
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vii
Abreviaturas	viii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	1
CAPÍTULO I	6
Marco teórico	6
1.1. Antecedentes de estudio	6
1.1.1. Antecedentes internacionales	6
1.1.2. Antecedentes nacionales	8
1.1.3. Antecedente local	9
1.2. Bases teóricas	10
1.2.1. Síntomas depresivos	10
1.2.2. Dimensiones	26
1.2.3. Capacidad funcional	29
1.2.4. Dimensiones	39
1.3. Términos básicos	43
CAPÍTULO II	46
Materiales y métodos	46
2.1. Hipótesis	46
2.1.1. Hipótesis general	46
2.1.2. Hipótesis específicas	46
2.2. Identificación de las variables	46
2.3. Operacionalización de variables	47
2.4. Metodología	48
2.4.1. Método de investigación	48
2.4.2. Tipo de investigación	48
2.4.3. Nivel de investigación	48
2.4.4. Diseño de la investigación	49
2.4.5. Población y muestra población	49
2.4.6. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	52

2.4.7. Procedimientos de análisis de datos	55
2.5. Consideraciones éticas	56
CAPÍTULO III	57
Resultados.....	57
Capítulo IV	76
Discusión	76
Conclusiones	78
Recomendaciones	80
Referencias bibliográficas	82
Anexos	91
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	92
Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables	93
Anexo 3: Instrumentos utilizados (incluida ficha técnica)	96
Anexo 4: Validación por expertos.....	100
Anexo 5: Consentimiento y/o asentimiento de ser necesario	109
Anexo 6: Permiso de la institución donde se realizará la investigación	110
Anexo 7: Registro fotográfico	111
Anexo 8: Evidencias que validen los equipos utilizados de corresponder.....	112

Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables	47
Tabla 2. Población adulta mayor atendida por año en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	50
Tabla 3. Muestra de la población adulta mayor atendida por año en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	51
Tabla 4: Validación de instrumento	55
Tabla 5. Género de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	57
Tabla 6. Edad de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	58
Tabla 7. Estado civil de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	59
Tabla 8. Grado de instrucción de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	60
Tabla 9. Ocupación de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa en el periodo 2018 al 2022.	61
Tabla 10. Enfermedades crónicas degenerativas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	63
Tabla 11. Síntomas depresivos de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	64
Tabla 12. Capacidad Funcional – Actividades de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	65

Tabla 13. Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	67
Tabla 14. Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades básicas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	68
Tabla 15. Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	70
Tabla 16. Prueba de normalidad de las variables de estudio	72
Tabla 17. Prueba de Chi-cuadrado según objetivo específico 1	73
Tabla 18. Prueba de Chi-cuadrado según objetivo específico 2	74

Índice de figuras

Figura 1: Género de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	57
Figura 2: Edad de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	58
Figura 3: Estado civil de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022	59
Figura 4: Grado de instrucción de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	60
Figura 5: Ocupación de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa,2018-2022.	62
Figura 6: Enfermedades crónicas degenerativas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	63
Figura 7: Síntomas depresivos de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa,2018-2022.....	64
Figura 8: Capacidad Funcional – Actividades Básicas de la población adulta mayor registrada registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	66
Figura 9: Capacidad Funcional – Actividades instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.	67
Figura 10: Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades básicas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.....	69
Figura 11: Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018 al 2022.	71

Abreviaturas

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ABVD: Actividad básica de la Vida Diaria.

BADL: Basic Activities of Daily Living.

AIVD: Actividad Instrumental de la Vida Diaria.

IADL: Instrumental Activities of Daily Living.

(GHE): Global Health Estimates. Estimaciones de la salud mundial.

EDG: Escala de Depresión Geriátrica.

P.S.: Puesto de Salud.

H.C.: Historia Clínica.

I.M.C.: Índice de Masa Corporal.

M.S.N.M.: Metros sobre el nivel del mar.

Rho.: Coeficiente de correlación

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

IC: Intervalo de Confianza.

RR: Riesgo Relativo.

RP: Precisión Relativa.

RIQ: Rango Intercuartil Q.

P: Valor.

R: Resultado.

Nº: Número.

M: Muestra.

O: Objetivo.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en adultos mayores registrados en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa durante el período 2018–2022. Se empleó la metodología cuantitativa, de tipo correlacional y diseño transversal, utilizando el análisis estadístico de la prueba de Chi-cuadrado para establecer la asociación entre las variables. La muestra estuvo compuesta por 161 personas adultas mayores, a quienes se evaluó en función de su capacidad funcional en actividades básicas e instrumentales. Los resultados evidenciaron que el 53,4 % de los adultos mayores presentaron probable depresión y el 32,9 % depresión establecida, mientras que solo el 13,7 % no mostró síntomas depresivos. En cuanto a la capacidad funcional, el 29,8 % fue independiente en actividades básicas, el 64 % tenía alguna dependencia parcial y el 6,2 % presentaba una dependencia más significativa. Respecto a las actividades instrumentales, el 59 % mostró una limitación severa, el 26,1 % grave, el 10,6 % moderada y solo el 4,3 % ligera. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional, tanto en las actividades básicas ($p=0.004$) como en las instrumentales ($p=0.044$), lo que es, a mayor grado de dependencia funcional mayor es la prevalencia de depresión. En conclusión, el estudio confirmó la estrecha relación entre los síntomas depresivos y la disminución de la capacidad funcional en los adultos mayores, evidenciando la necesidad de estrategias de intervención que aborden simultáneamente su bienestar mental y su estado físico.

Palabras clave: síntomas depresivos, capacidad funcional, adultos mayores.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship between depressive symptoms and functional capacity in older adults registered at the Santa Rosa de Ocopa Health Post during the period 2018–2022. A quantitative, correlational methodology and cross-sectional design were used, using the Chi-square test to establish the association between variables. The sample consisted of 161 older adults, who were assessed based on their functional capacity in basic and instrumental activities. The results showed that 53.4 % of older adults presented probable depression and 32.9 % established depression, while only 13.7 % did not show depressive symptoms. Regarding functional capacity, 29.8 % were independent in basic activities, 64 % had some partial dependence, and 6.2 % presented more significant dependence. Regarding instrumental activities, 59 % showed severe limitations, 26.1 % severe limitations, 10.6 % moderate limitations, and only 4.3 % mild limitations. A statistically significant relationship was found between depressive symptoms and functional capacity, both in basic ($p=0.004$) and instrumental ($p=0.044$) activities. This means that the higher the degree of functional dependence, the higher the prevalence of depression. In conclusion, the study confirms the close relationship between depressive symptoms and decreased functional capacity in older adults, highlighting the need for intervention strategies that simultaneously address the physical and mental well-being of this population.

Keywords: depressive symptoms, functional capacity, older adults.

Introducción

El proceso de la vejez en la población es un fenómeno nacional e internacional que adquiere gran trascendencia en los últimos años ya que disminuye la tasa de natalidad e incremento la esperanza de vida . Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), proyectándonos a un año 2050, el número de la población de 60 años se duplicará, alcanzando aproximadamente los 2 100 millones de personas a nivel mundial. Este crecimiento impone retos significativos con respecto de la salud pública, especialmente en lo que respecta a la funcionalidad y el bienestar mental de los adultos mayores. (1)

A nivel internacional, diversos estudios han demostrado que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores está estrechamente relacionada con la disminución de la capacidad funcional, lo que impacta negativamente en su calidad de vida. Investigaciones realizadas en países como España, Estados Unidos y Japón han evidenciado que más del 20 % de la población adulta mayor presentan depresión, siendo la discapacidad funcional un factor de riesgo clave. En América Latina, se estima que entre el 15 y el 30 % de las personas mayores padecen síntomas depresivos, lo que resalta la necesidad de intervenciones oportunas en esta población vulnerable. (2) (3)

A nivel global, los trastornos mentales constituyen un grupo significativo dentro de las enfermedades crónicas con gran prevalencia en la población adulta mayor, siendo el trastorno depresivo afectivo el más presente en esta etapa de la vida. No obstante, su diagnóstico subestimado y tratamiento inadecuado generan un impacto negativo en la autonomía del individuo, provocando una reducción sustancial de su capacidad funcional. La falta de intervención oportuna no solo deteriora la calidad de vida del paciente, sino que también incrementa la carga sobre sus familiares, cuidadores y los sistemas de salud. Es por ello que este panorama subraya la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana, diagnóstico diferencial y acceso a tratamientos efectivos, garantizando así un envejecimiento más saludable y funcional. (4)

En el contexto nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reporta que el 13,9 % de la población peruana está conformada por adultos mayores, con una tendencia creciente en los próximos años (5). Además, estudios del Ministerio de Salud (MINSA) indican que aproximadamente el 30 % de la población adulta mayor en Perú presentan cierto nivel de dependencia funcional,

mientras que la prevalencia de los síntomas depresivos en esta población oscila entre el 25 y el 35 % (6). En regiones rurales y comunidades de difícil acceso, estas cifras pueden ser aún mayores debido a factores socioeconómicos y a la limitada disponibilidad de servicios de salud mental.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la pérdida de interés o placer en actividades previamente gratificantes, tristeza persistente, sentimientos de minusvalía y desesperanza, acompañados de manifestaciones cognitivas y somáticas que afectan significativamente el funcionamiento diario del individuo. En la geriátrica, su prevalencia se encuentra en un rango del 26 al 40 %, convirtiéndolo en un dilema prioritario de salud pública. La identificación y el abordaje oportuno de este trastorno resultan fundamentales, dado prioridad a la calidad de vida, funcionalidad y riesgo de comorbilidades, incluyendo el deterioro cognitivo y el aumento del riesgo suicida. (7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 25 % de la población adulta mayor de 65 años presentan algunos trastornos psiquiátricos, enfatizando la depresión que se presenta frecuentemente. Prevalentemente varía según el contexto, afectando entre 15 y 35 % de los adultos mayores en instituciones geriátricas, entre 10 y 25 % en pacientes hospitalizados y hasta un 40 % en aquellos con patologías somáticas (8). La depresión en la vejez se asocia con múltiples comorbilidades, como la mayor utilización de recursos sanitarios, así como un incremento en la tasa de suicidio y mortalidad. A pesar de su impacto, sigue siendo un trastorno subdiagnosticado y subtratado, lo que agrava sus consecuencias clínicas y funcionales (9). En una población mayor de 60 años, este cuadro clínico se denomina "Late-Life Depression" (LLD), diferenciándose en dos subtipos principales (10): depresión de inicio temprano, que se presenta antes de la vejez pudiendo persistir o recurrir en la etapa adulta mayor; y la depresión de inicio tardío, que se manifiesta por primera vez en la tercera edad y puede estar vinculada con cambios neurodegenerativos o enfermedades crónicas.

El impacto en la sanidad pública y la calidad de vida resulta fundamental fortalecer las estrategias de detección, diagnóstico diferencial y tratamiento oportuno en esta población. (10)

Se estima que más del 80 % de los casos de depresión son abordados dentro del nivel de Atención Primaria de Salud (APS), lo que enfatiza el papel fundamental de los médicos generales en su detección, diagnóstico, tratamiento inicial y derivación especializada cuando sea necesario. (11)

El reconocimiento precoz del trastorno depresivo en los ancianos es crucial, ya que no solo representa un trastorno con impacto funcional y emocional significativo, sino que también se reconoce como un causal riesgoso desarrollando de demencia o, en algunos casos, como una manifestación temprana de enfermedades neurodegenerativas. Dado este contexto, es primordial que el campo profesional de la salud cuenten con herramientas adecuadas para el tamizaje, diagnóstico diferencial e integrado en geriatría, con un enfoque multidimensional que contemple tanto los aspectos biopsicosociales como las posibles comorbilidades neurológicas. (12)

El trastorno depresivo en los ancianos es la que afecta el estado anímico, caracterizado por presentar señales persistentes como melancolía profunda, el desinterés en actividades frecuentes, alteraciones del sueño, cambios en la alimentación, fatiga, sentimientos de incapacidad o culpa y dificultad en la concentración (13). De acuerdo con la OMS (2021), la depresión en este grupo etario es un problema de salud pública subdiagnosticada y, en muchas ocasiones, no tratada adecuadamente debido a la creencia errónea de que estos síntomas forman parte del envejecimiento natural.

Los síntomas depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, dependiendo de la intensidad y duración de los mismos. Se ha evidenciado que factores como la pérdida de un ser querido, el aislamiento social, la presencia de alguna enfermedad crónica y la disminución de la funcionalidad contribuyendo significativamente el desarrollo del trastorno depresivo en la población adulta mayor. Además, en esta población puede manifestarse de manera atípica, con síntomas somáticos como dolores corporales, fatiga extrema y malestar general, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. (12)

La capacidad funcional se refiere a las habilidades personales para ejercer independientemente actividades cotidianas. Esta se evalúa a través de dos dimensiones primordiales: las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Las ABVD incluyen labores esenciales como el autocuidado, la movilidad, la alimentación y la higiene personal, mientras que las AIVD comprenden actividades más complejas como la administración y preparación de medicamentos, su dieta, el manejo de finanzas y el uso del transporte. (14)

El deterioro de la capacidad funcional es un marcador clave del envejecimiento y puede ser influenciado por múltiples factores, tales como enfermedades crónicas, condiciones musculoesqueléticas, déficits sensoriales y problemas

cognitivos. La literatura científica ha demostrado que la disminución en la funcionalidad está directamente relacionada con el factor de riesgo de hospitalización y la defunción del adulto mayor. Además, la dependencia funcional genera impactos significativos en su calidad de vida, afectando no solo al individuo, sino a su entorno familiar y social. (14)

La relación entre síntomas depresivos y capacidad funcional es bidireccional: la depresión puede acelerar la pérdida de funcionalidad, mientras que la disminución de la independencia puede incrementar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Por ello, el estudio de ambas variables es esencial para diseñar estrategias que intervengan en la calidad de vida de los ancianos y fomenten un envejecimiento saludable.

Desde el campo de la enfermería, esta investigación adquiere una relevancia especial, ya que permite generar un enfoque integrativo en la atención del adulto mayor, promoviendo estrategias preventivas, detección temprana y tratamiento de la depresión y el deterioro funcional. La implementación de programas de acompañamiento, rehabilitación y promoción del autocuidado son aspectos clave para recuperar la autonomía y el bienestar de los ancianos en su comunidad.

Del mismo modo, para la comunidad académica, ofrece evidencia actualizada sobre la relación entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en la población adulta mayor, un campo de estudio crucial en el contexto de una población que va envejeciendo. Al centrarse en una población específica en la población adulta mayor atendida en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, el estudio aporta datos contextualizados que pueden enriquecer futuras investigaciones cualitativas o comparativas en salud mental y funcionalidad geriátrica, así como alimentar metaanálisis en esta área.

Los hallazgos de esta investigación permitirán fortalecer las políticas de atención geriátrica y generar propuestas que favorezcan la promoción de la autonomía funcional, la prevención de la depresión y la implementación de programas de ayuda psicosocial para los ancianos en su comunidad. De esta manera, se busca aportar información valiosa para tomar una mejor decisión con respecto a la salud pública y el bienestar del adulto mayor, asegurando un envejecimiento digno y saludable.

A nivel local, el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa atiende a una población mayoritaria de adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Muchos de ellos enfrentan problemas de salud crónicos, aislamiento social y limitaciones económicas que agravan su bienestar emocional y funcional. Los registros de salud en la comunidad han reflejado un incremento en los casos de depresión y pérdida de autonomía en esta población, lo que evidencia la necesidad de una atención integral que aborde tanto la salud mental como la funcionalidad en la vida diaria.

Este estudio tuvo el objetivo de determinar la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022. También, de un modo específico se tuvo los objetivos específicos tales como establecer la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades básicas en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022, y establecer la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades instrumentales en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022, proporcionando evidencia que contribuya al diseño de estrategias de intervención orientadas a mejorar la salud y calidad de vida de esta población, en lo específico se va a considerar la relevancia de los aspectos sociodemográficos con las variables de estudio y finalmente la descripción de los síntomas depresivos con la capacidad funcional como las básicas y las instrumentales.

CAPÍTULO I

Marco teórico

1.1. Antecedentes de estudio

1.1.1. Antecedentes internacionales

Delgado Aguilar (15), en su investigación en el 2024 en México, realizó un análisis descriptivo de la severidad y síntomas depresivos (GDS-15) y evaluó la dependencia funcional (índice Katz y escala de Lawton y Brody) empleó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, donde participaron 52 pacientes con edades de 65 – 89 años. Las comorbilidades encontradas fueron la diabetes mellitus tipo 2 – DM2, hipertensión arterial sistémica – HAS en 86,54 %, osteoartritis 21,15 % y dislipidemia 40,38 %, solo 13,5 % tuvo depresión con antecedentes familiares. Respecto a la escala GDS-15 se encontró que un 44,2 % presentó depresión moderada y un 28,8 % severa, en la evaluación de dependencia funcional mediante el índice Katz un 36,5 % son totalmente dependientes. En escala de Lawton y Brody un 32,7 % fueron pacientes totalmente independientes. Concluyó que la depresión moderada o severa fue la más frecuente, resaltando la importancia de realizar evaluaciones integrales sobre la calidad de vida.

Mora Aguilar (16), en su investigación el 2022, en Ibarra – Quito, analizaron la relación entre funcionalidad y depresión en adultos mayores de la comunidad El Tambo. Se empleó un diseño no experimental descriptivo transversal-cuantitativo, evaluando a 26 personas de 65 a 94 años mediante el test EFAM (funcionalidad) y Yesavage (depresión). Los resultados indicaron que el 76,9 % de los ancianos eran autovalentes, mientras que el 23,1 % tenía riesgo de dependencia. En cuanto a la depresión, el 60 % no presentaba síntomas, el 35 % tenía depresión leve y el 5 % depresión establecida. Concluyendo que no existe una relación entre funcionalidad y depresión, ya que ambas variables son independientes.

Arias Pérez (17), en su investigación en el 2022, en Quito – Ecuador, buscó determinar el vínculo entre depresión y calidad de vida en la población adulta mayor. Utilizando un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental y transversal. La muestra incluyó a 28 personas de 65 años en adelante, evaluadas mediante el test de depresión geriátrica de Yesavage y el cuestionario WHOQoL-OLD sobre calidad de vida. Evidenciando en el resultado que el 50 % no presentaba depresión, el 35,7 % tenía depresión leve y el 14,3 %

depresión establecida. Respecto a la calidad de vida, el 67,9 % la consideró satisfactoria, el 25 % muy satisfactoria y el 7,1 % neutral. La prueba Chi-cuadrado ($p < 0.01$) evidenció una asociación importante entre ambas variables: a mayor depresión, menor calidad de vida y viceversa. Concluyeron que existe asociación entre ambas variables, dado que una mayor depresión la calidad de vida será menor y viceversa.

Zagal Cuevas (18), en su investigación en 2021, en Cuernavaca – México, investigo el vínculo entre la depresión y capacidad funcional en la población adulta mayor de la Casa Hogar Olga Tamayo. Utilizó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra de 50 personas ancianas de 60 años. Para medir la depresión, se aplicó la escala de Yesavage. Los resultados revelaron que el 34,8 % de los participantes eran independientes y sin depresión, acrecentando la dependencia de su funcionaidad, también lo haciendo más presente la depresión. En particular, se encontró que el 18,6 % tenía depresión leve y dependencia moderada, el 11,7 % depresión leve y dependencia severa, y el 4,7 % depresión severa con dependencia severa. Esto indicó que la pérdida de autonomía en actividades diarias está asociada a mayores niveles de depresión y se concluyó que la depresión se acrecienta cuando existe dependencia que afecta las capacidades funcionales del anciano.

Noj García y Asunción De León Hernández (19) el 2020, en Guatemala, analizaron la relación entre depresión y funcionalidades en ancianos de 65 a 75 años del centro Mis Años Dorados, en Mixco. Utilizando enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) con un diseño concurrente para validar los datos. La muestra fue no probabilística, considerando a quienes asistían regularmente al centro entre noviembre 2019 y enero 2020. Emplearon la escala de depresión de Beck y el índice de Barthel, complementados con historias vivenciales. Resultando que el 53 % de los participantes tenía depresión leve, el 20 % depresión moderada y el 27 % depresión grave, lo que significa que todos los adultos mayores presentaban algún nivel de depresión. Se concluyó que la depresión leve estaba particularmente relacionada con una pérdida funcional leve, lo que evidencia que la disminución de la autonomía puede ser un factor desencadenante de síntomas depresivos. Encontrándose que el nivel de depresión predominando fue de nivel leve.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Bedoya Espinoza y Morales Castro (20) en el 2024, en Lima – Perú, analizaron el vínculo entre la depresión y capacidad funcional en ancianos de un centro de atención en Chilca. La población incluyó a 930 personas, con una muestra de 185 participantes seleccionados con el muestreo no aleatorio e intencional. Utilizando un diseño descriptivo, comparativo y relacional, aplicando encuestas y bases de datos con tres instrumentos: ficha sociodemográfica, escala de depresión geriátrica de Yesavage y evaluación funcional. Los resultados ayudaron a concluir que no existe relación entre la depresión y capacidades funcionales en el grupo estudiado. Además, se encontró que la mayoría presentaba depresión moderada y dependencia leve.

Pardo Atoche (21) el 2023, en Tumbes – Perú, determinó el nivel de depresión en adultos mayores del caserío de Oidor. Se utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y descriptivo, aplicando el inventario de depresión de Beck (BII) a 100 participantes. Los resultados indicaron que el 92 % tenía depresión mínima y el 8 % depresión leve. Por áreas, el deterioro fue mayor en el ámbito físico (35 % con depresión leve), mientras que en el área cognitiva el 98 % presentó depresión mínima. El grupo etario de 86 a 95 años mostró el mayor índice de depresión leve (25 %). Según el sexo, no hubo diferencias significativas, y en cuanto al estado civil, los viudos presentaron la mayor incidencia de depresión leve (15 %). Concluyendo, en que los ancianos del caserío de Oidor predominaron con un porcentaje de depresión mínima y leve.

Acho Chanchari (22) en 2022, en Lima – Perú, determinó el vínculo entre las capacidades funcionales y depresión en los ancianos. La investigación fue cuantitativa, aplicada, descriptiva, correlacional, observacional y transversal, con una muestra de 80 participantes. Se empleó el índice de Barthel y la prueba de Yesavage para la evaluación, y el análisis estadístico se realizó con SPSS versión 24. Se efectuó un estudio cuantitativo, descriptivo, aplicado, correlacional, transversal y observacional. Los resultados mostraron una correlación moderada y significativa entre las capacidades funcionales y depresión en los ancianos del Hospital de Rehabilitación del Callao (Rho Spearman = 0.585, $p < 0.05$). En conclusión, se confirmó que ambas variables están directamente relacionadas.

Grande Zarate (23) el 2022, en Lima – Perú, analizó el vínculo entre depresión y dependencias funcionales en los ancianos del albergue Casa de Todos – Palomino. La investigación fue observacional, descriptiva, correlacional y

transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra incluyó a 70 adultos mayores, evaluados mediante la prueba de Yesavage para evaluar la depresión y el índice de Barthel para determinar la dependencia funcional. Los resultados mostraron una fuerte correlación inversa entre ambas variables (coeficiente de Pearson = -0.836), indicando que, a mayor nivel de depresión, menor capacidad funcional. En conclusión, se confirmó una relación significativa entre depresión y dependencia funcional en los adultos mayores estudiados.

Calderón Flores (24) en el 2020, en Lima – Perú, analizó la relación entre las funcionalidades y depresión en ancianos del Centro de Adulto Mayor de San Clemente, en Pisco, durante la pandemia de COVID-19. La investigación fue correlacional, cuantitativa, no experimental y transversal, con una muestra de 82 participantes. Se utilizaron el Índice de Barthel para evaluar la funcionalidad y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para evaluar los síntomas depresivos. Los resultados indicaron una correlación negativa moderada entre ambas variables, lo que evidencia que, a mayor dependencia funcional, mayor nivel de depresión. En conclusión, se confirmó una relación significativa entre funcionalidad y depresión en los ancianos estudiados.

1.1.3. Antecedente local

Morales Guillermo (25) el 2024, en Huancayo – Perú, analizó los factores asociados al síndrome depresivo en adultos mayores. La investigación fue analítica, observacional y transversal, con una muestra aleatoria de 100 adultos mayores de 60 años. Se aplicaron la prueba de Yesavage y el índice de Katz, y se utilizó SPSS 23 para el análisis de regresión logística binomial. Los resultados indicaron que el sexo femenino fue el factor asociado a la depresión, con una probabilidad 3.465 veces mayor de desarrollar el síndrome. La población adulta mayor en zonas rurales tiene 2.93 veces menos probabilidad de padecerlo que los residentes urbanos. Además, aquellos con nivel de instrucción secundario tienen cinco veces menos riesgo de desarrollar depresión en comparación con quienes poseen educación superior. La prevalencia de síndrome depresivo en este grupo se estimó entre 29,43 % y 48,56 %. En conclusión, el sexo femenino, la residencia urbana y un mayor nivel educativo se asociaron con una mayor probabilidad de depresión en el adulto mayor.

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Síntomas depresivos

Teoría del modelo biopsicosocial del envejecimiento

El proceso degenerativo es complejo y multifactorial que no puede comprenderse exclusivamente desde una perspectiva biológica. En respuesta a esta limitación, el modelo biopsicosocial surge como una visión integral que propone una intervención dinámica entre los factores biológicos, psicológicos y sociales en la vida de los ancianos. Este modelo, introducido por George L. Engel en 1977 como una crítica al reduccionismo del modelo biomédico tradicional, ha sido ampliamente adoptado en el campo geriátrico y la gerontológico por su enfoque más holístico y humanista. (26)

• Dimensión biológica

En el componente biológico del modelo se abordan los cambios fisiológicos y estructurales, como la disminución progresiva de la masa muscular, la pérdida de densidad ósea, pérdida sensorial, y vulnerabilidad a enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, artrosis y enfermedades neurodegenerativas. Estos cambios influyen directamente en la capacidad funcional del adulto mayor y en su nivel de independencia. No obstante, el modelo biopsicosocial no se limita a la enfermedad o al deterioro físico, sino que considera estos elementos dentro de un contexto más amplio de adaptación y resiliencia. (27)

• Dimensión psicológica

En el lenguaje psicológico, el envejecimiento implica procesos de adaptación emocional y cognitiva frente a distintas situaciones vitales, como la jubilación, el duelo, la disminución de roles sociales, la soledad, o la percepción del tiempo finito. Incluyendo el aspecto ánimo, la autoestima, la motivación, el sentido de propósito y la capacidad de afrontamiento. (28)

La aparición de síntomas depresivos, ansiedad o deterioro cognitivo (como el deterioro leve o demencias) puede afectar no solo la salud mental, sino también la capacidad funcional y la percepción de bienestar del adulto mayor. El modelo biopsicosocial enfatiza la importancia de evaluar y atender estos aspectos con la misma rigurosidad que los componentes físicos. (28)

• Dimensión social

El componente social es quizás uno de los más diferenciadores del modelo biopsicosocial, ya que reconoce la influencia determinante del entorno y las relaciones interpersonales en el proceso de envejecimiento. Factores como el nivel educativo, el ingreso económico, accesibilidad a servicios de salud a servicios de salud, la calidad del sistema de apoyo familiar y comunitario, la participación social y cultural, y las condiciones del entorno físico (seguridad, accesibilidad, vivienda) tienen un efecto directo en la calidad de vida del adulto mayor. La exclusión social, la pobreza y la falta de centros de apoyo pueden acelerar el deterioro tanto físico como psicológico, mientras que una red de apoyo sólida y un entorno inclusivo pueden promover un envejecimiento saludable. (26)

Este enfoque se ha convertido en la base de muchas políticas de salud y programas de intervención geriátrica. Permite a los profesionales de la salud realizar valoraciones más completas, identificando no solo síntomas clínicos, sino también factores psicosociales que puedan incidir en la salud general del paciente. Asimismo, favorece el diseño de estrategias de intervención interdisciplinaria, integrando a médicos, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas y cuidadores familiares, para ofrecer un tratamiento integral y centrado en la persona.

Teoría de la reserva cognitiva

En el enfoque neuropsicológico que busca explicar por qué algunas personas toleran mejor que otras los efectos del envejecimiento o de enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer, sin manifestar síntomas clínicos evidentes. Este concepto fue desarrollado por el neuropsicólogo Yaakov Stern de la Universidad de Columbia, quien propuso que las experiencias de vida pueden generar una reserva que permite al cerebro compensar daños estructurales mediante el uso eficiente de redes neuronales alternativas. (29)

La reserva cognitiva se diferencia de la "reserva cerebral" en que esta última se refiere a aspectos estructurales del cerebro, como el tamaño o el número de neuronas, mientras que la reserva cognitiva se centra en la capacidad funcional del cerebro para adaptarse y reorganizarse frente a desafíos.

Factores como el nivel educativo, la ocupación laboral, la participación en actividades de ocio y el bilingüismo han sido identificados como contribuyentes al

desarrollo cognitivo. Estos elementos pueden fortalecer las capacidades del cerebro al enfrentar el deterioro cognitivo, incluso en presencia de patologías cerebrales significativas.

La teoría de la reserva cognitiva sugiere que un estilo de vida enriquecido y activo puede aumentar la capacidad del cerebro para resistir y compensar los efectos del envejecimiento y las enfermedades neurodegenerativas, destacando la importancia de la estimulación cognitiva continua a lo largo de la vida. (30)

Modelo de fragilidad en adultos mayores

El modelo de fragilidad en adultos mayores es un marco conceptual que describe un estado clínico caracterizado por una reducción fisiológica y funcionalidades múltiples del organismo. Esta condición aumenta la vulnerabilidad del individuo frente a factores estresantes, elevando la exposición a situaciones adversas: caídas, hospitalizaciones, discapacidad y mortalidad. (31)

Existen dos modelos ampliamente reconocidos para conceptualizar y evaluar la fragilidad.

El primero es el modelo físico o fenotipo de Fried, propuesto por Linda Fried y colaboradores. Este modelo identifica la fragilidad mediante la aparición de tres o más de cinco criterios:

- La pérdida regular de peso de manera no intencionada.
- Cansancio o fatiga, marcha lenta y disminución de la actividad física.
- Debilidad muscular (pérdida de fuerza)

La debilidad muscular está considerada en el proceso de envejecimiento porque provoca una alteración en la homeostasis del músculo esquelético. Ya que esta ocasiona un desequilibrio entre las vías anabólicas (síntesis) y catabólicas (destrucción) de las proteínas musculares, lo que lleva a la pérdida general del músculo esquelético. Esta disminución gradual de la síntesis de proteínas y construcción del tejido muscular conllevará una reducción de la masa y la fuerza muscular, lo que se conoce como sarcopenia. (32)

Existen diversas definiciones para sarcopenia, la más avalada por varios grupos científicos es la propuesta y revisada en el año 2019 por el equipo de Trabajo Europeo sobre "Sarcopenia en Personas Mayores". La cual explica y define la sarcopenia como un trastorno progresivo y generalizado del músculo

esquelético, aumentando las probabilidades de un resultado adverso: una caída, discapacidades físicas, alguna fractura o la mortalidad en los ancianos. (32)

Para identificar la sarcopenia debe existir baja fuerza muscular, para confirmar el diagnóstico se debe demostrar baja cantidad o calidad muscular y si además existe bajo rendimiento físico se considerará que la sarcopenia es grave. La sarcopenia está asociada a un aumento de la morbilidad y mortalidad ya que influye en la calidad de vida de la población adulta mayor, (32)

La presencia de algunos síntomas indica un estado de pre-fragilidad mientras que tres o más criterios confirman la fragilidad. Este modelo se centra en aspectos físicos y es útil para identificar a individuos en riesgo de deterioro funcional. (33)

Este enfoque considera que una persona frágil es igual a una persona con múltiples deficiencias en diversas áreas del cuerpo, incluyendo enfermedades crónicas, síntomas, discapacidades y factores psicosociales. Se calcula un índice dividiendo el número de déficits presentes entre el total de posibles, proporcionando una medida continua del grado de fragilidad. Este modelo ofrece una visión más integral del estado de salud del adulto mayor.

La importancia de detectar y manejar la fragilidad nos permite implementar de manera preventiva atenciones y terapias que puedan disminuir situaciones adversas, mejorando la calidad de vida y. Estrategias como el ejercicio físico regular, la nutrición adecuada, la revisión de la medicación y el apoyo psicosocial son fundamentales en el manejo de la fragilidad. (34)

Al comprender y aplicar los modelos de fragilidad en la práctica clínica es esencial para proporcionar una atención integral y personalizada para la población adulta mayor, promoviendo su bienestar y autonomía.

Conceptualización sobre la depresión

Es un trastorno anímico caracterizado por una sintomatología heterogénea que varía en intensidad y duración. En sus formas leves, los individuos pueden experimentar sentimientos de inutilidad e incapacidad, desaliento, y desinterés en actividades cotidianas. Mientras la enfermedad progresa hacia formas más severas, los síntomas se intensifican, manifestándose en forma de ansiedad, preocupación excesiva, tensión emocional y un profundo estado de angustia. (35)

Desde una perspectiva clínica y nosológica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica el trastorno mental como depresión altamente prevalente que no solo afecta el estado de ánimo, sino que también impacta negativamente la motivación y la capacidad de experimentar placer (anhedonia), alterando significativamente la funcionalidad del individuo durante períodos prolongados. Este cuadro clínico puede comprometer distintas esferas de la vida personal, social y laboral, interfiriendo con el bienestar general del paciente.

Dado su carácter multifactorial, la depresión involucra alteraciones neurobiológicas, psicológicas y sociales, lo que enfatiza la necesidad de abordajes terapéuticos integrales que incluyan intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y estrategias psicosociales para optimizar el pronóstico y la recuperación funcional del paciente.

La depresión constituye un problema prioritario de salud mental a nivel global, con una creciente prevalencia que se presenta como desafío significativo para los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 300 millones de personas en el mundo padecen esta patología, lo que la posiciona como una de las causas de discapacidad y enfermedades.

En respuesta a esta problemática, los organismos de salud han desarrollado estrategias para el diagnóstico oportuno y el acceso a tratamientos basándose en evidencias, con el objetivo de mitigar su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Diversas investigaciones han identificado factores de riesgo depresivos, así como grupos poblacionales especialmente vulnerables. Entre estos, se destacan los adultos mayores, quienes presentan una mayor predisposición debido a factores como el aislamiento social, la comorbilidad con el deterioro funcional y enfermedades crónicas, lo que subraya la necesidad de enfoques preventivos y terapéuticos adaptados a esta población. (36)

La depresión es una patología altamente prevalente a nivel global, con una estimación de afectación del 3,8 % de la población general, incrementándose al 5 % en adultos y al 5,7 % en mayores de 60 años. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (37), aproximadamente 280 millones de personas presentan esta enfermedad, la cual se distingue de las fluctuaciones del estado anímico normal y de la respuesta emocional transitoria ante eventos cotidianos estresantes.

Desde una perspectiva clínica, la depresión puede evolucionar hacia una afección de carácter moderado a grave, con un alto potencial de recurrencia. Su impacto trasciende el ámbito individual, generando una significativa carga de sufrimiento y afectando el desempeño funcional en áreas como la vida laboral, académica y familiar. En los casos más severos, la depresión puede derivar en conductas suicidas, lo que resalta la necesidad de estrategias de diagnóstico temprano, abordajes terapéuticos eficaces y políticas de salud pública orientadas a su prevención y tratamiento. (38)

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el diagnóstico de la depresión se establece con base en la aparición de por lo menos cinco criterios, los cuales persistir durante un período dos semanas como mínimo, representando cambios significativos en el funcionamiento del individuo: (39)

1. Alteraciones en el apetito y el peso corporal: Puede manifestarse como una reducción del apetito con consecuente pérdida de peso o, por el contrario, un aumento en la ingesta alimentaria que conlleva a un aumento ponderal. (39)

2. Trastornos del sueño: Se presentan alteraciones como insomnio (problemas para poder dormir) o hipersomnia (sueño excesivo y prolongado). (39)

3. Cambios en la actividad psicomotora: Se observa agitación o enlentecimiento psicomotor, perceptible tanto a nivel subjetivo como por parte de terceros. (39)

4. Anhedonia y disminución del interés: Desinterés o poco gusto en actividades anteriormente gratificantes, incluyendo la disminución de la libido. (39)

5. Fatiga o pérdida de energía: Sensación persistente de agotamiento físico y mental, sin una causa médica aparente. (39)

6. Sentimientos de inutilidad o culpa: Autoevaluaciones negativas excesivas, tendencia a la autocrítica y sentimientos de culpa desproporcionados. (39)

7. Dificultad para concentrarse y tomar decisiones: Deterioro en la capacidad cognitiva, lo que afecta la atención, la memoria y el juicio. (39)

8. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio: Ideación suicida frecuente, con o sin planificación de actos autolesivos. (39)

Estos síntomas deben generar un efecto clínicamente importante en la vida cotidiana de los pacientes, interfiriendo en el ámbito personal, social, académico o laboral. Su identificación y abordaje temprano son esenciales para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico del trastorno. (39)

El avance progresivo de los síntomas depresivos impacta significativamente en la funcionalidad del individuo, generando una percepción de inutilidad e improductividad. Como consecuencia, la persona puede comenzar a abandonar sus responsabilidades, descuidar su autocuidado y su higiene personal, y experimentar una intensificación de la inestabilidad emocional. En los casos más severos, la ideación de muerte se vuelve cada vez más frecuente y cercana. (40)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), para que un cuadro clínico sea considerado como trastorno depresivo mayor, deben estar presentes al menos cinco de los ocho criterios diagnósticos previamente establecidos, con una duración mínima de dos semanas seguidas. Esta definición, propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), coincide con la caracterización que la mayoría de los enfoques psicológicos utilizan para describir la sintomatología de la depresión. El diagnóstico oportuno y el tratamiento efectivo son esenciales para mitigar la progresión del trastorno, evitar complicaciones asociadas y favoreciendo la calidad de vida de los pacientes. (39)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (37), un episodio depresivo se define por la presencia de un estado de ánimo persistentemente deprimido, el cual puede manifestarse como tristeza profunda, irritabilidad o una sensación de vacío. Asimismo, se observa una pérdida significativa del interés en experimentar satisfacción en actividades previamente gratificantes. Estos síntomas deben presentarse la mayor parte del día, casi todos los días, y persistir por un período mínimo de dos semanas para ser considerados clínicamente relevantes.

Además de estas manifestaciones principales, pueden coexistir otros síntomas característicos, tales como dificultades en la concentración, sentimientos de culpa excesiva o autoestima disminuida, visión pesimista del futuro, ideación suicida recurrente, alteraciones en los patrones de sueño, modificaciones en la

alimentación, y una sensación persistente de agotamiento o falta de energía. El reconocimiento temprano de estos signos clínicos es fundamental para un diagnóstico oportuno y la implementación de estrategias terapéuticas eficaces, orientando a mejoras en la calidad de vida y disminuir el riesgo de complicaciones asociadas para los pacientes. (41)

La depresión en los adultos mayores

El desarrollo humano transcurre en diversos procesos, marcados por desafíos y transiciones que pueden experimentarse de manera más o menos favorable, dependiendo de factores individuales y contextuales. En el proceso de envejecimiento, surgen preocupaciones y temores asociados a la pérdida progresiva e inevitable de capacidades tanto físicas como cognitivas. (9)

Esta disminución funcional puede generar ansiedad, incertidumbre y vulnerabilidad emocional, influyendo en la percepción que los individuos tienen sobre esta fase de la vida. La vejez, frecuentemente vista con aprensión, es a menudo considerada una etapa de declive debido a la reducción de la autonomía y la dependencia progresiva. Sin embargo, un enfoque integral del envejecimiento, que contemple tanto el bienestar físico como el emocional, puede favorecer una adaptación más saludable a los cambios inherentes a esta etapa vital. (41)

El proceso degenerativo conlleva a diversos cambios significativos a nivel biopsicosocial, los cuales pueden repercutir en la calidad de vida y bienestar emocional de los adultos mayores. Entre los factores destacan la pérdida de un ser querido, el retiro laboral, la presencia de enfermedades crónicas y el deterioro progresivo de la funcionalidad física y cognitiva. (40)

Estas circunstancias pueden predisponer a los adultos mayores a experimentar síntomas depresivos, manifestados a través de tristeza persistente, sensación de inutilidad, desmotivación y aislamiento social. Asimismo, es frecuente la presencia de alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad y cambios en la conducta, como el abandono del tratamiento médico o la disminución del interés por la interacción social y las actividades cotidianas. El reconocimiento de estos cambios fundamentales implementa estrategias de intervención multidisciplinarias, permitiendo optimizar la adaptación a esta etapa de la vida y fomentar un envejecimiento saludable. (13)

La depresión geriátrica es una condición de alta prevalencia, caracterizada por su curso crónico y recurrente, con un impacto significativo en la funcionalidad y calidad de vida. Uno de los aspectos más preocupantes de esta patología es su estrecha relación con el riesgo suicida, cuya incidencia en la población geriátrica es considerablemente superior a la de grupos etarios más jóvenes. Se proyecta que entre el 60 y 90 % de la población adulta mayor que consuman el suicidio presentan un diagnóstico clínico de depresión. (42)

Dada la gravedad de esta problemática, la depresión en la vejez ha sido reconocida como condición de salud mental más relevantes a nivel mundial. Su abordaje requiere un enfoque multidimensional, que integre estrategias de detección temprana, intervención farmacológica y psicoterapéutica, fortaleciendo redes de apoyo socioemocional, con el objetivo de mitigar el riesgo de suicidio y mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor. (43)

La depresión es un trastorno prevalente en la población mayor, así como en otros grupos etarios. Sin embargo, con frecuencia no es identificada ni diagnosticada adecuadamente, lo que genera consecuencias significativas a nivel biológico, funcional, psicológico y social en este grupo poblacional. (41)

A nivel mundial, la prevalencia de la depresión en los ancianos es menor en comparación con grupos más jóvenes, lo que puede atribuirse, en parte, a la complejidad en el diagnóstico. La sintomatología en esta etapa de la vida suele ser atípica, manifestándose a través de síntomas somáticos o deterioro funcional más que con los signos clásicos del trastorno depresivo. Además, factores socioculturales erróneos han contribuido a la normalización de la depresión en el adulto mayor, considerándola parte inherente del envejecimiento, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento adecuado a la enfermedad. (44)

En la población geriátrica, la depresión se presenta con mayor frecuencia a través de síntomas somáticos y físicos, a diferencia de la población más joven, donde predominan las manifestaciones psiquiátricas y afectivas. Esta diferencia en la expresión sintomática puede dificultar el diagnóstico oportuno, ya que tanto los adultos mayores como sus familiares suelen normalizar estos síntomas, asumiéndolos erróneamente como parte del proceso de envejecimiento o como manifestaciones secundarias a enfermedades crónicas preexistentes. (42)

El déficit cognitivo relacionado a la edad también complica la identificación de la depresión, ya que puede enmascarar o solaparse con la

sintomatología depresiva. Los pacientes geriátricos con depresión suelen presentar quejas somáticas inespecíficas, como dolor musculoesquelético, disfunción cardiorrespiratoria, síntomas gastrointestinales, fatiga persistente, insomnio y alteraciones en el apetito, lo que los lleva a acudir con mayor frecuencia a consultas médicas generales. (45)

Además, las investigaciones han evidenciado que en los adultos mayores existe una mayor prevalencia de depresión con síntomas psicóticos en comparación con la población más joven, resaltando la importancia de una evaluación clínica minuciosa y multidisciplinaria para un diagnóstico preciso y un abordaje terapéutico adecuado. (45)

El envejecimiento conlleva un aumento significativo en la carga de morbilidad, caracterizada principalmente por la presencia de enfermedades crónicas de naturaleza tanto física como mental. Estas patologías impactan progresivamente la autonomía y funcionalidad, incrementando el nivel de dependencia en esta población. (46)

Dentro de los trastornos de mayor prevalencia en el adulto mayor destacan la demencia y la depresión, las cuales pueden coexistir y agravar el deterioro cognitivo, emocional y funcional del individuo. En el contexto ecuatoriano, datos de la Encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) reflejan que la prevalencia de depresión en esta población alcanza el 39 %, lo que subraya la relevancia de estrategias de detección temprana, prevención e intervención integral en la salud geriátrica. (46)

Desde una perspectiva biopsicosocial, la depresión en el adulto mayor se encuentra estrechamente vinculada a los desafíos propios del proceso de envejecimiento, tales como fatiga física, pérdidas afectivas, abandono, aislamiento social y deterioro funcional. Estos factores pueden dificultar el diagnóstico diferencial, ya que ciertos síntomas pueden solaparse con manifestaciones propias del envejecimiento o de enfermedades crónicas subyacentes. (47)

Por ello, considerando no solo la sintomatología afectiva y cognitiva, sino también la conducta, el contexto ambiental, los factores sociales y culturales, así como las fortalezas y vulnerabilidades individuales de cada paciente. Esto permite una evaluación más precisa y facilita el diseño de estrategias terapéuticas personalizadas que mejoren la calidad de vida del adulto mayor. (47)

Factores de riesgo hacia la depresión

La depresión en el adulto mayor es una condición multifactorial en la que intervienen elementos genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Estos factores pueden actuar de manera independiente o combinada, incrementando la vulnerabilidad del individuo ante este trastorno afectivo.

Sobre la epidemiología de la depresión en el adulto mayor, se han identificado diversos factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. Estos incluyen predisposición hereditaria, alteraciones neuroquímicas, cambios estructurales cerebrales asociados con el envejecimiento, así como aspectos psicosociales como la pérdida de redes de apoyo, el aislamiento social y la exposición a situaciones estresantes. (24)

La creencia de estos factores es fundamental para la detección temprana y el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, la población y reducir el impacto de la depresión en la vejez. (48)

a. Demográficos

Las investigaciones epidemiológicas han identificado una mayor prevalencia de depresión en mujeres en comparación con los hombres en la población geriátrica. Sin embargo, la incidencia del trastorno se ve significativamente influenciada por diversas condiciones socioeconómicas y contextuales. (49)

La depresión suele ser frecuente en personas viudas, el adulto mayor que viven en soledad, individuos en situación de pobreza, aquellos con menor acceso a redes de apoyo social y quienes están expuestos a niveles elevados de estrés. Asimismo, estudios han evidenciado una mayor prevalencia en áreas rurales a diferencia de zonas urbanas, posiblemente debido a la menor disponibilidad de servicios de salud mental y a factores estructurales como el aislamiento social y las dificultades económicas. (49)

Una investigación realizada en Arabia Saudita estableció una asociación entre la depresión y situaciones como el desempleo, el divorcio, la viudez, la falta de apoyo familiar, la soledad y los bajos niveles educativos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones dirigidas a los grupos de mayor vulnerabilidad, priorizando estrategias de detección y tratamiento oportuno en el ámbito comunitario. (49)

b. Biológicos

Enfermedad orgánica

La depresión en la población geriátrica se asocia frecuentemente con diversas enfermedades crónicas, lo que refleja la compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en esta etapa de la vida. Debido a la mayor carga de comorbilidades en el adulto mayor, se han identificado patrones de morbilidad recurrentes, en los que la depresión suele coexistir con otros trastornos de alta prevalencia. (50)

Entre las asociaciones más estudiadas, destacan la relación bidireccional entre enfermedad cardio metabólica y depresión, la coexistencia de trastornos de ansiedad y depresión, así como la presencia conjunta de trastornos neuropsiquiátricos del dolor y depresión. De manera particular, se ha evidenciado que patologías como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares están fuertemente relacionadas con el desarrollo de depresión, lo que podría deberse a mecanismos inflamatorios, disfunción neuroendocrina y el impacto psicológico de las limitaciones funcionales. (50)

Asimismo, estudios han reportado altos porcentajes de depresión en pacientes con enfermedad cerebrovascular, lo que evidencia que los eventos vasculares pueden contribuir a la aparición o exacerbación de los síntomas depresivos, posiblemente a través de la afectación estructural y funcional de circuitos cerebrales involucrando la regulación del estado anímico. Estos hallazgos enfatizan la importancia de una evaluación integral en el adulto mayor, considerando el impacto de las enfermedades médicas en la salud mental y la necesidad de un abordaje interdisciplinario para su tratamiento. (50)

Deterioro funcional

Las limitaciones funcionales en la población geriátrica están estrechamente relacionadas con la presencia de síntomas depresivos y sentimientos de inutilidad, impactando negativamente su calidad de vida y bienestar emocional. Disminuyendo progresivamente de la autonomía y la dependencia en las actividades cotidianas que generan una percepción de pérdida de control y valor personal, exacerbando el riesgo de trastornos afectivos. (50)

Por otro lado, la fragilidad en el adulto mayor es un síndrome geriátrico caracterizado por la reducción de la energía, masa y fuerza muscular, junto con

una disminución de las reservas fisiológicas y la tolerancia al ejercicio. Haciendo que la vulnerabilidad incrementa el riesgo de situaciones adversas en la salud, provocando discapacidad, hospitalización y mortalidad. (50)

Se estima que aproximadamente el 10 % de la población adulta mayor presentan simultáneamente depresión y fragilidad, lo que evidencia una interacción bidireccional entre ambos estados. Mientras que la fragilidad puede predisponer a la depresión debido a la pérdida de funcionalidad e independencia, la depresión también puede contribuir al deterioro físico a través de la inactividad, la reducción de la ingesta alimentaria y la desregulación neuroendocrina. Estos hallazgos resaltan la importancia de un enfoque interdisciplinario para la evaluación y tratamiento de los adultos mayores, abordando tanto los aspectos físicos como emocionales que promueven un envejecimiento funcional y saludable. (50)

Deterioro cognitivo

La asociación entre depresión y deterioro cognitivo ha sido ampliamente documentada en la literatura científica. En algunos casos, la depresión puede manifestarse como un síntoma temprano de demencia, mientras que, en otros, los individuos con depresión pueden permanecer asintomáticos en términos de deterioro cognitivo, sin desarrollar una demencia subyacente. (51)

Establecer una relación causal entre la depresión y la demencia resulta complejo, ya que diversos estudios sugieren que la depresión en la vejez puede preceder al desarrollo de demencia. En un estudio realizado en 195 ancianos con deterioro cognitivo, se encontró una asociación más significativa entre la depresión y la enfermedad de Alzheimer, en comparación con otros tipos de demencia.

Adicionalmente, una revisión sobre la interrelación entre cognición y depresión señala que la dificultad en la integración social observada en la depresión mayor podría estar influida por alteraciones en el procesamiento e interpretación de estímulos, lo que a su vez es característico de algunos cuadros demenciales.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje interdisciplinario para la evaluación y tratamiento de los síntomas depresivos en adultos mayores, considerando su potencial papel como un biomarcador temprano de deterioro

neurocognitivo y la importancia de intervenciones preventivas para mitigar su impacto en la funcionalidad y calidad de vida. (52)

c. Sociales

El aislamiento social constituye un factor de riesgo significativo en la aparición y exacerbación de la depresión en el adulto mayor. La falta de interacción social no solo puede ser un desencadenante directo de sintomatología depresiva, sino que también puede potenciar su gravedad en individuos con predisposición a este trastorno. (24)

Asimismo, el aislamiento impacta negativamente en la salud integral de la población adulta mayor, contribuyendo a un deterioro funcional, emocional y cognitivo, lo que reduce significativamente su calidad de vida. Estos hallazgos subrayan la importancia de promover redes de apoyo social y estrategias de intervención psicosocial dirigidas a la prevención y tratamiento de la depresión en esta población vulnerable.

La prevalencia de la depresión es significativamente mayor en adultos mayores que enfrentan situaciones de vulnerabilidad social, tales como una baja condición socioeconómica y una disminución en la calidad de vida. Diversos estudios han evidenciado que la depresión mayor se correlaciona con ingresos económicos reducidos, presencia de enfermedades crónicas y niveles elevados de dependencia funcional, factores que, en conjunto, incrementan el riesgo de ideación suicida en esta población. (53)

Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de intervención multidisciplinaria, enfocadas en la mejora del bienestar social, económico y de salud, con el objetivo de reducir la incidencia de la depresión y el riesgo suicida en adultos mayores. (8)

d. Económicos

La situación económica desempeña un papel fundamental en el bienestar psicológico de las personas, ya que las dificultades financieras pueden incrementar la prevalencia de síntomas depresivos, independientemente del grupo etario. En este sentido, las crisis económicas nacionales e internacionales repercuten directamente en la calidad de vida de la población, afectando diversos determinantes de salud. (42)

El estudio MEDIS analizó el impacto de la crisis financiera en la región del Mediterráneo sobre la salud de la población adulta mayor, evidenciando un aumento en la prevalencia de depresión, aislamiento social y tabaquismo, así como un deterioro en la calidad de la alimentación y una disminución en la actividad física. Estos hallazgos subrayan la relación bidireccional entre factores socioeconómicos y salud mental, destacando la importancia de abordar estas variables en el diseño de políticas públicas y estrategias de intervención para la población adulta mayor. (54)

Las condiciones económicas influyen significativamente en la satisfacción con la vida y el estado de ánimo, no solo a nivel objetivo, sino también a través de la percepción subjetiva de cada individuo. La manera en que una persona interpreta su situación financiera puede determinar su impacto emocional; lo que para un individuo representa una crisis financiera, para otro puede no ser percibido como tal. (54)

Por esta razón, en la evaluación e intervención de pacientes con depresión, es fundamental considerar un enfoque integral que contemple variables como la autoestima, el estado de salud, la estabilidad económica y el nivel de satisfacción con la vida. Estos factores interactúan entre sí y pueden modular la vulnerabilidad o resiliencia ante situaciones adversas, influyendo en el desarrollo y evolución del cuadro depresivo.

Factores de enmascaramiento de la depresión en el anciano

El diagnóstico preciso de la depresión en adultos mayores. (55)

1. Afectividad aplanada y percepción errónea de serenidad: En algunos casos, la ausencia de una expresión emocional marcada puede ser erróneamente interpretada como serenidad, pasando desapercibido el estado depresivo subyacente. (55)

2. Atribución errónea de síntomas al envejecimiento: Manifestaciones centrales de la depresión, como el desinterés, la astenia, la pérdida de apetito, la dificultad de sueño, la disminución psicomotora y algún problema de concentración, suelen ser malinterpretadas como parte del proceso de envejecimiento natural en lugar de ser reconocidas como signos patológicos. (55)

3. Ansiedad como manifestación predominante: En ciertas situaciones, la ansiedad puede disfrazar un cuadro depresivo, lo que conlleva el riesgo de tratar al paciente únicamente con ansiolíticos, sin abordar el trastorno de base. Esto puede cronificar la sintomatología y contribuir al desarrollo de pseudodemencia depresiva. (55)

4. Dificultad en el reconocimiento y expresión de síntomas: Muchos adultos mayores tienen dificultades para identificar y verbalizar que están experimentando un estado depresivo, lo que puede retrasar la búsqueda de ayuda profesional. (55)

5. Frecuencia de síntomas hipocondríacos: Es común la presencia de quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales en pacientes depresivos, lo que puede dificultar el diagnóstico, especialmente cuando coexiste con enfermedades somáticas. Se proyecta que casi un tercio de la población adulta mayor con patologías físicas también presentan depresión. (55)

6. Predominio de quejas somáticas: Más de dos tercios de los pacientes geriátricos con depresión presentan síntomas somáticos predominantes. En hasta un 30 % de los casos, la somatización es la manifestación inicial, con quejas relacionadas con problemas de memoria, síntomas gastrointestinales, malestar general o dolor osteomuscular, sin expresar explícitamente tristeza o sentimientos depresivos. (55)

7. Síntomas delirantes: En algunos casos, la depresión en adultos mayores puede estar acompañada de síntomas delirantes, lo que puede llevar a errores diagnósticos y a tratamientos exclusivamente con neurolépticos, sin abordar el cuadro depresivo subyacente. (55)

Estos factores subrayan la importancia de una evaluación clínica exhaustiva y multidimensional en el diagnóstico de la depresión geriátrica, considerando tanto manifestaciones atípicas como la influencia de factores biopsicosociales en la sintomatología del paciente.

Causas de depresión en la población adulta mayor

La etiología de la depresión aún no se comprende en su totalidad, pero, al igual que otros trastornos psiquiátricos, se considera multifactorial, con la implicación de diversos mecanismos biológicos, neuroquímicos, hormonales y genéticos: (56)

1. Alteraciones neurobiológicas: Estudios por neuroimagen han identificado cambios estructurales y funcionales en el cerebro de personas con depresión, particularmente en regiones como la corteza prefrontal, el hipocampo y la amígdala. Aunque la relevancia exacta de estas alteraciones aún no está completamente definida, su estudio podría contribuir a esclarecer los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad. (56)

2. Desregulación hormonal: Alteraciones en el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal (HHA) han sido identificadas en personas con depresión, evidenciando una respuesta exacerbada al estrés. Asimismo, cambios hormonales significativos, como los observados durante el embarazo, el posparto, la menopausia y en patologías endocrinas (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, entre otros), pueden actuar como factores desencadenantes o predisponentes de la enfermedad. (56)

3. Disfunción de neurotransmisores y neurocircuitos: La depresión se ha relacionado con alteraciones en la función de diversos neurotransmisores, incluyendo la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, que desempeñan un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo. Investigaciones actuales sugieren que cambios en actividades y la sinapsis de neurotransmisores, así como su interacción con neurocircuitos asociados al control emocional, pueden ser determinantes en el desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo, lo que justifica el enfoque farmacológico en su tratamiento. (56)

4. Predisposición genética: La depresión presenta una mayor incidencia en personas con antecedentes familiares del trastorno, lo que evidencia un componente hereditario. Estudios en genética han identificado ciertas variantes génicas asociadas a la vulnerabilidad depresiva, aunque aún se investiga su interacción con factores ambientales y su impacto en la susceptibilidad individual. (56)

Estos factores interactúan de manera compleja, influyendo en la expresión clínica de la depresión y en la respuesta terapéutica, su comprensión es fundamental para el desarrollo de enfoques diagnósticos y tratamientos más efectivos.

1.2.2. Dimensiones

a. Sin depresión

El nivel sin depresión en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) hace referencia a la ausencia de síntomas clínicamente relevantes de depresión en la población adulta mayor, este estado se asocia con un adecuado bienestar emocional, caracterizado por la ausencia de sintomatología depresiva significativa, como tristeza persistente, desesperanza, apatía o alteraciones emocionales que interfieran con la funcionalidad y calidad de vida del individuo. (57)

Una puntuación dentro del rango sin depresión en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) indica que el adulto mayor mantiene una adecuada regulación emocional, afronta de manera efectiva los desafíos de la vida y conserva una percepción positiva de sí mismo y de su entorno. Desde el enfoque de enfermería, es fundamental complementar esta valoración con una evaluación holística, considerando factores como el estado de salud, el apoyo social y las condiciones socioambientales del paciente, a fin de garantizar un bienestar integral y detectar posibles riesgos que puedan comprometer su salud mental y calidad de vida. (58)

El nivel sin depresión se refiere a un estado de bienestar emocional en el que la persona no manifiesta síntomas clínicamente relevantes de depresión, este nivel implica un equilibrio psicológico, caracterizado por la estabilidad emocional, la conservación del interés en las actividades diarias y una percepción positiva de sí mismo y de su entorno. No obstante, es esencial realizar una valoración integral que incluya factores biopsicosociales para identificar posibles riesgos y promover estrategias de prevención en salud mental del adulto mayor. (41)

Una puntuación dentro de este rango indica la ausencia de alteraciones emocionales significativas que impacten la calidad de vida del adulto mayor. Sin embargo, para una valoración integral del bienestar, es fundamental considerar el contexto biopsicosocial del individuo, incluyendo factores sociales, físicos y cognitivos, con el fin de identificar posibles riesgos y fomentar estrategias de promoción y prevención en salud mental. (51)

b. Depresión probable

El nivel de depresión probable en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage indica la presencia de síntomas compatibles con un cuadro depresivo en el adulto mayor, aunque estos no necesariamente cumplan con los criterios diagnósticos completos de un trastorno depresivo mayor, esta clasificación

sugiere la necesidad de una evaluación más profunda, considerando factores biopsicosociales, para determinar el impacto en la funcionalidad y calidad de vida del paciente, así como la implementación de estrategias de intervención oportunas. (59)

Este nivel, indica la presencia de manifestaciones compatibles con un estado depresivo en el adulto mayor, sin constituir necesariamente un diagnóstico confirmado de depresión clínica, esta clasificación enfatiza la importancia de una evaluación integral, considerando aspectos emocionales, físicos y sociales, para identificar necesidades de intervención y prevenir la progresión del cuadro depresivo. (57)

Asimismo, la presencia de alteraciones en el estado de ánimo, caracterizadas por síntomas como tristeza persistente, disminución de la motivación, pérdida de interés en actividades habituales y variaciones en los patrones de sueño o apetito. Estas manifestaciones pueden comprometer la autonomía, la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor, por lo que es fundamental una valoración integral para identificar necesidades de intervención y promover el bienestar emocional. (43)

Una puntuación dentro de este rango muestra la necesidad de una valoración clínica integral para confirmar o descartar la presencia de depresión. Es fundamental considerar factores biopsicosociales, incluyendo el estado de salud general, la red de apoyo social y el entorno en el que se desenvuelve el adulto mayor. Esto permitirá diseñar estrategias de intervención adecuadas, orientadas a la promoción del bienestar emocional, la prevención de complicaciones y el fortalecimiento de su calidad de vida. (4)

Este nivel se caracteriza por manifestaciones como tristeza persistente, apatía, disminución del interés en actividades previamente gratificantes, fatiga y posibles alteraciones en los patrones de sueño o alimentación. Estos síntomas pueden comprometer el bienestar general y la autonomía del adulto mayor, impactando su funcionalidad diaria. (10)

Asimismo, indica la necesidad de una evaluación multidimensional por parte de profesionales de la salud para valorar la presencia, severidad y repercusión de los síntomas depresivos. Asimismo, resulta fundamental considerar factores biopsicosociales, como el estado físico, el nivel de apoyo social y el entorno del

individuo, con el objetivo de diseñar estrategias de intervención oportunas y personalizadas. (60)

c. Depresión establecida

Este nivel se asocia con un estado emocional caracterizado por tristeza prolongada, desesperanza, anhedonia, fatiga persistente, dificultades cognitivas y alteraciones en los patrones de sueño y alimentación. Estos síntomas pueden comprometer significativamente la calidad de vida y la autonomía del adulto mayor, afectando su capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (10). Asimismo, este cuadro sintomático puede estar influenciado por múltiples factores biopsicosociales, incluyendo condiciones de salud preexistentes, alteraciones neuroquímicas, estrés psicosocial y nivel de apoyo social. Por ello, resulta fundamental realizar una valoración integral para diseñar intervenciones que promuevan el bienestar emocional y la funcionalidad del paciente. (10)

Una puntuación dentro de este rango indica la necesidad de una evaluación clínica integral para confirmar la presencia de un trastorno depresivo y establecer un plan de cuidados adecuado. Es fundamental una intervención temprana y multidisciplinaria que contemple estrategias como el acompañamiento terapéutico, la promoción del apoyo social y, en determinados casos, el uso de tratamiento farmacológico bajo supervisión médica. (61)

El abordaje debe centrarse en mejorar el bienestar emocional del adulto mayor, optimizando su funcionalidad y calidad de vida a través de un enfoque holístico que considere factores biológicos, psicológicos y sociales. (62)

1.2.3. Capacidad funcional

Teoría de la reserva cognitiva

La teoría de la reserva cognitiva es un enfoque neuropsicológico que busca explicar por qué algunas personas, a pesar de presentar cambios estructurales cerebrales relacionados con la edad o enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, mantienen durante más tiempo un adecuado funcionamiento cognitivo. (63)

Esta teoría sostiene que existen diferencias individuales en la forma en que el cerebro afronta el daño o el envejecimiento, y que dichas diferencias están determinadas, en gran parte, por factores como el nivel educativo, la ocupación,

la participación en actividades intelectuales y sociales, y el estilo de vida a lo largo del ciclo vital. (63)

La teoría fue desarrollada principalmente a partir de estudios longitudinales y de neuroimagen que evidenciaron que individuos con similares niveles de daño cerebral pueden mostrar distintos niveles de deterioro cognitivo. Esto llevó a investigadores como Yaakov Stern a proponer la existencia de una reserva que permite al cerebro optimizar o compensar el uso de sus redes neuronales para mantener el rendimiento funcional ante la presencia de daño cerebral. Así, la reserva cognitiva no elimina el daño, pero modula su impacto funcional. (64)

La reserva cognitiva puede entenderse desde dos dimensiones:

- **Reserva cerebral estructural:** hace referencia a aspectos como el volumen cerebral, la densidad sináptica y otras características neurobiológicas que pueden verse influenciadas por factores genéticos y ambientales.
- **Reserva cognitiva funcional:** se relaciona con la eficiencia y flexibilidad de las redes neuronales, es decir, la capacidad del cerebro para reclutar estrategias alternativas o circuitos compensatorios cuando las vías habituales están comprometidas.
- Esta reserva funcional es moldeable y está directamente relacionada con la estimulación cognitiva recibida a lo largo de la vida.
- Diversos estudios han identificado factores protectores asociados al fortalecimiento de la reserva cognitiva:
 - Nivel educativo alto
 - Ocupaciones complejas o que requieren alta demanda cognitiva
 - Actividades intelectualmente estimulantes (lectura, aprendizaje continuo, resolución de problemas)
 - Participación social y cultural activa
 - Ejercicio físico regular
 - Bilingüismo o uso constante de una segunda lengua
 - Estilo de vida saludable (nutrición, manejo del estrés, buen sueño)

En el contexto del envejecimiento saludable, la teoría de la reserva cognitiva ofrece una base sólida para diseñar programas preventivos y de intervención no farmacológica en adultos mayores. Las estrategias orientadas al mantenimiento de la actividad intelectual, social y física pueden no solo mejorar la calidad de vida, sino también retrasar la dependencia y la institucionalización.

Desde la perspectiva clínica, esta teoría también ayuda a explicar la variabilidad en la progresión de enfermedades neurodegenerativas y justifica la implementación de terapias de estimulación cognitiva individualizadas. Además, en el ámbito de las políticas públicas, respalda la inversión en educación continua, envejecimiento activo y entornos comunitarios que favorezcan la participación de los adultos mayores.

La teoría de la reserva cognitiva es un marco explicativo fundamental para comprender el envejecimiento cerebral desde una perspectiva positiva y proactiva. Reconoce la capacidad del ser humano para adaptarse al deterioro neurológico a través de recursos acumulados durante la vida, lo que refuerza la importancia de promover estilos de vida saludables, el aprendizaje permanente y la inclusión social como pilares para un envejecimiento con mayor calidad y autonomía.

Conceptualización sobre capacidad funcional

La independencia funcional o funcionalidad se define como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) de manera autónoma, permitiendo la satisfacción de sus necesidades básicas y el mantenimiento de su bienestar. Esta capacidad se preserva cuando el estado físico y cognitivo del adulto mayor permite la ejecución de sus rutinas con naturalidad y sin restricciones significativas. (65)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, identificó la capacidad funcional como el principal indicador de salud y calidad de vida en la población envejecida. En este sentido, se establece que un adecuado estado de salud favorece la conservación de la funcionalidad y, a su vez, impacta positivamente en la calidad de vida del individuo. (66)

La valoración de la funcionalidad es esencial en la planificación del cuidado, permitiendo la identificación de factores de riesgo, la prevención de la dependencia y el desarrollo de estrategias de intervención que promuevan la autonomía y el bienestar del adulto mayor.

El estado funcional es un concepto integral que abarca cuatro dimensiones fundamentales del individuo: física, mental, emocional y social. Sin embargo, en el ámbito clínico y de enfermería, el término “funcionalidad” se emplea principalmente en referencia a la esfera física, evaluando la capacidad del adulto mayor para realizar de manera autónoma las actividades de la vida diaria

(AVD) y la deambulaci3n. Estas actividades representan funciones f3sicas esenciales, indispensables para el mantenimiento de la independencia y la calidad de vida. Su evaluaci3n permite a los profesionales de enfermer3a identificar el grado de autonom3a del paciente, detectar posibles limitaciones y dise1ar intervenciones que favorezcan la conservaci3n o recuperaci3n de la movilidad y funcionalidad. (67)

La alteraci3n de la funcionalidad se considera un marcador clave del impacto de una enfermedad en el paciente. Su identificaci3n temprana permite a los profesionales de la salud establecer un diagn3stico oportuno, dise1ar intervenciones espec3ficas y elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades del individuo:

- **Actividades b3sicas de la vida diaria (ABVD)**

Incluyen tareas esenciales para el autocuidado, como alimentarse, vestirse, ba1arse, movilizarse y mantener la higiene personal. La capacidad de realizar estas actividades es un indicador crucial del nivel de dependencia o autonom3a del paciente. (68)

- **Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)**

Estas actividades requieren un mayor grado de autonom3a y permiten al individuo desenvolverse en su entorno de manera independiente. En estas se incluyen realizar tareas dom3sticas, preparar alimentos, gestionar la medicaci3n, manejar asuntos financieros y utilizar el transporte p3blico. El deterioro en estas funciones est3 estrechamente relacionado con la p3rdida de independencia y la institucionalizaci3n del adulto mayor. (10)

- **Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)**

Corresponden a tareas m3s complejas vinculadas con la autorrealizaci3n y el bienestar psicosocial. Incluyen actividades recreativas, deportivas, sociales y culturales, que contribuyen a la satisfacci3n personal y al mantenimiento de un envejecimiento activo. (60)

La evaluaci3n de la funcionalidad del paciente en la ejecuci3n de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) es fundamental para determinar su grado de independencia y dise1ar planes de cuidado adecuados.

Guillen (2001) clasifica estas actividades en dos categorías principales: (69)

1. Actividades básicas de la vida diaria (AVD)

Comprenden tareas esenciales del autocuidado, necesarias para la supervivencia y el bienestar diario del individuo. Incluyen acciones como alimentarse, vestirse, asearse, bañarse y mantener el control de esfínteres. La alteración en estas actividades indica un alto grado de dependencia y requiere intervenciones de enfermería para promover la autonomía y la calidad de vida. (69)

2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Se refieren a la capacidad del individuo para desenvolverse de manera independiente en su entorno comunitario. Estas actividades requieren mayor complejidad cognitiva y motriz, incluyendo realizar tareas domésticas, administrar la medicación, manejar el dinero, realizar compras y utilizar el transporte. Su deterioro progresivo puede ser indicativo de fragilidad o deterioro funcional, lo que exige estrategias de intervención temprana por parte del equipo de salud. (69)

Funcionalidad en el adulto mayor

La evaluación del estado de salud en el adulto mayor debe centrarse en la funcionalidad más que en la presencia de enfermedades, ya que esta determina la expectativa y calidad de vida, así como las necesidades de apoyo y recursos para su bienestar. (47)

El mantenimiento de niveles óptimos de funcionalidad favorece la autonomía del adulto mayor, permitiéndole conservar su independencia en las actividades diarias. Además, la vigilancia de la funcionalidad facilita la detección temprana de factores de riesgo asociados a la discapacidad, lo que posibilita la implementación de estrategias de prevención, promoción de la salud y rehabilitación, basadas en la mejor evidencia científica disponible. (70)

La funcionalidad se define como la capacidad del individuo para realizar de manera autónoma las actividades de la vida diaria (AVD). Este componente esencial de la salud tiende a disminuir progresivamente con la edad, presentando una variabilidad interindividual. La afectación funcional se observa en aproximadamente el 5 % de las personas mayores de 65 años, aumentando hasta el 50 % en mayores de 80 años. (71)

El deterioro de la funcionalidad puede indicar la presencia de una enfermedad sistémica subyacente, por lo que su evaluación sistemática es fundamental para la detección temprana de patologías, la planificación de cuidados personalizados y la implementación de estrategias de intervención que favorezcan la autonomía del adulto mayor, el abordaje integral de la funcionalidad permite prevenir la discapacidad, optimizar la calidad de vida y promover un envejecimiento activo y saludable. (59)

La funcionalidad en el adulto mayor es un aspecto prioritario, ya que resulta de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, influyendo directamente en la salud y calidad de vida durante el proceso de envejecimiento (72). La disminución en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD) puede identificarse mediante una evaluación clínica temprana, permitiendo detectar niveles de dependencia y sus implicaciones. Un adulto mayor con limitaciones funcionales enfrenta riesgos significativos, como dificultades en la comunicación, alteraciones en la alimentación y administración de medicamentos, limitaciones en el autocuidado básico y un aumento en el riesgo de caídas. (52)

El riesgo de caídas representa un problema de salud pública en la población geriátrica, ya que se estima que más del 30 % de los adultos mayores de 65 años experimentan al menos una caída al año, y aproximadamente el 10 % de estos eventos resultan en lesiones graves, como fracturas o traumatismos craneoencefálicos. (53)

Es fundamental reconocer que la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades asociadas al envejecimiento contribuye a la pérdida progresiva de la funcionalidad, incrementando la vulnerabilidad del adulto mayor y su grado de dependencia. La identificación temprana de los factores de riesgo, así como la implementación de estrategias preventivas y de cuidados individualizados, son esenciales para reducir la incidencia de caídas, preservar la autonomía y mejorar la calidad de vida en esta población. (68)

Importancia de la funcionalidad en el adulto mayor

En el contexto de la valoración geriátrica integral, la funcionalidad constituye un eje central, ya que permite determinar el nivel de independencia o dependencia del adulto mayor, facilitando el diseño de estrategias de intervención, tratamiento y rehabilitación. (62)

Evaluar la funcionalidad no solo posibilita la planificación de objetivos terapéuticos individualizados, sino que también permite la implementación de medidas preventivas orientadas a retrasar o evitar un deterioro funcional progresivo. Asimismo, la capacidad del paciente para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) se considera un indicador global del impacto de las condiciones de salud, el entorno y el sistema de apoyo social, lo que permite establecer un enfoque holístico en el cuidado del adulto mayor. (56)

La capacidad funcional del adulto mayor se define como el conjunto de habilidades físicas, cognitivas y sociales que le permiten desempeñarse de manera autónoma en su entorno. Esta capacidad está determinada por la integridad de las funciones psicomotoras, cognitivas y conductuales, las cuales influyen directamente en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y en la calidad de vida del individuo (56). La evaluación de la capacidad funcional es fundamental para la planificación de intervenciones dirigidas a la promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía, permitiendo así una atención integral y centrada en la persona.

La habilidad psicomotora se refiere a la capacidad del individuo para ejecutar actividades que requieren una coordinación eficiente del sistema musculoesquelético en conjunto con procesos cognitivos y de intención. Esta interacción es esencial para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), ya que permite la realización de tareas básicas como la movilidad, el autocuidado y la manipulación de objetos. (57)

La valoración integral del adulto mayor debe abordarse desde un enfoque multidimensional, considerando los aspectos físicos, mentales, sociales y funcionales. Dentro de estos, la funcionalidad se destaca como un eje central en la evaluación geriátrica, ya que constituye un indicador clave del estado de salud general del paciente. La funcionalidad permite determinar el grado de independencia o dependencia del adulto mayor en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), lo que facilita la identificación de riesgos, la planificación de cuidados y la implementación de estrategias de intervención temprana para la promoción de la autonomía y la prevención del deterioro funcional. (73)

Desde el enfoque científico, se han desarrollado diversas escalas estandarizadas para la evaluación y cuantificación de la capacidad funcional en el adulto mayor. Estas herramientas deben cumplir con ciertos criterios esenciales,

como ser breves, sencillas y de fácil aplicación, permitiendo una evaluación rápida y eficaz. Su diseño debe garantizar su utilidad en diferentes niveles de atención, incluyendo la atención primaria, y ser aplicable por profesionales de la salud con formaciones diversas, facilitando así la identificación temprana de alteraciones funcionales y la planificación de intervenciones oportunas en el cuidado geriátrico. (56)

Estado de salud funcional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el respaldo de diversos encuentros de expertos, han determinado siete dimensiones clave para la evaluación del estado de salud funcional en el adulto mayor: (74)

1. Actividades de la vida diaria (AVD): Incluyen tanto las actividades básicas relacionadas con el autocuidado (alimentación, higiene, movilidad) como las actividades instrumentales, que permiten la autonomía en la comunidad (manejo de finanzas, compras, uso del transporte, entre otras). (74)

2. Funcionalidad psicosocial: Se relaciona con la capacidad del adulto mayor para adaptarse a cambios en su entorno, mantener relaciones interpersonales y afrontar desafíos emocionales o sociales. (74)

3. Recursos ambientales: Valora la accesibilidad y adecuación del entorno, como la seguridad y adaptabilidad del hogar, así como la facilidad para acceder a servicios de salud y transporte. (74)

4. Recursos sociales: Considera la red de apoyo con la que cuenta el adulto mayor, como la familia, los amigos y la comunidad. (74)

5. Recursos económicos: Analiza la situación económica en función de indicadores locales de pobreza, ya que las comparaciones de ingreso per cápita entre países pueden no ser precisas para determinar el bienestar financiero del adulto mayor. (74)

6. Salud física: Evalúa la presencia de patologías crónicas y condiciones médicas que puedan afectar la funcionalidad y calidad de vida. (74)

7. Salud mental: Abarca el estado cognitivo y emocional, evaluando posibles deterioros en la memoria, la capacidad de juicio, la orientación y el estado de ánimo. (74)

Estos aspectos permiten una evaluación integral y multidimensional de la salud del adulto mayor, orientando estrategias de intervención en prevención, promoción y rehabilitación desde un enfoque de atención geriátrica centrada en la persona.

Factores de riesgo para perder la funcionalidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un factor de riesgo como cualquier característica, condición o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de desarrollar una enfermedad o lesión. (38)

Desde el enfoque de salud pública y enfermería, la identificación de factores de riesgo permite la implementación de estrategias preventivas y de promoción de la salud, especialmente en poblaciones consideradas sanas, pero que presentan predisposición a ciertas patologías. Aquellos individuos expuestos a estos factores tienen una mayor probabilidad de manifestar enfermedades o condiciones adversas en el transcurso del tiempo, lo que resalta la importancia de la detección temprana, intervención oportuna y educación sanitaria para minimizar su impacto en la calidad de vida. (48)

En este contexto, la funcionalidad del individuo puede verse comprometida debido a la presencia de diversos factores de riesgo. Entre ellos, las enfermedades crónicas constituyen un elemento determinante, ya que incrementan la probabilidad de deterioro en la capacidad funcional del adulto mayor, afectando su autonomía en las actividades de la vida diaria y aumentando el riesgo de mortalidad (60). Además, la presencia de patologías crónicas favorece la aparición de complicaciones secundarias, lo que puede derivar en el desarrollo de nuevas enfermedades, agravando el estado de salud del paciente y aumentando su nivel de dependencia. Desde la perspectiva de la enfermería geriátrica, la identificación y el manejo oportuno de estos factores resulta esencial para la implementación de estrategias de cuidado, prevención y rehabilitación, con el objetivo de preservar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (75)

Las patologías consideradas dentro del análisis de la salud del adulto mayor incluyen un conjunto de enfermedades crónicas de alta prevalencia, que impactan significativamente en la funcionalidad y calidad de vida de esta población (76). Entre ellas se destacan:

1. Artritis y artrosis: Enfermedades musculoesqueléticas que afectan la movilidad y el desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD), generando dolor, rigidez e inflamación articular. (76)

2. Accidente vascular transitorio (AVT): Episodio neurológico transitorio que puede ser precursor de un accidente cerebrovascular (ACV), con potencial impacto en la movilidad, autonomía y comunicación del paciente. (76)

3. Cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca: Condiciones que afectan el sistema cardiovascular, limitando la capacidad funcional del individuo y aumentando el riesgo de eventos cardiovasculares agudos. (76)

4. Diabetes mellitus (DM): Trastorno metabólico que altera la regulación de la glucosa en sangre, favoreciendo el desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares, con repercusiones en la funcionalidad y autonomía del paciente. (76)

5. Hipertensión arterial (HTA): Enfermedad crónica caracterizada por el aumento sostenido de la presión arterial, lo que incrementa el riesgo de complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. (76)

6. Osteoporosis: Patología caracterizada por la disminución de la densidad ósea, aumentando la fragilidad ósea y el riesgo de fracturas, lo que puede comprometer la independencia del adulto mayor. (76)

Desde el cuidado de enfermería geriátrica, es fundamental el abordaje integral de estas patologías a través de estrategias de prevención, control y rehabilitación, con el propósito de preservar la funcionalidad, prevenir complicaciones y optimizar la calidad de vida del paciente.

La disminución de la funcionalidad es un fenómeno común en la población adulta mayor y puede estar influenciado por diversos factores, tales como los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, las condiciones sociales y la aparición de alguna enfermedad crónica o aguda. Es importante reconocer que aproximadamente el 25 % de los adultos mayores de 65 años experimentan dificultades en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), requiriendo asistencia para tareas como la alimentación, el aseo personal, la movilidad y el vestido. A medida que avanza la edad, esta dependencia se incrementa, llegando a afectar a cerca del 50 % de las personas mayores de 85 años, quienes necesitan apoyo de terceros para llevar a cabo dichas actividades

esenciales (77). Esto resalta la importancia de una evaluación integral de la funcionalidad en el adulto mayor, donde permita identificar riesgos de dependencia, implementar estrategias de prevención y diseñar planes de cuidado individualizados enfocados en la promoción de la autonomía y la calidad de vida. (60)

1.2.4. Dimensiones

A. Actividades básicas de la vida diaria

Es la labor que realiza con normalidad una persona en su vida cotidiana, como vestirse, alimentarse, asearse, entre otros. Para evaluar el grado de independencia o dependencia en estas tareas, se utilizan herramientas estandarizadas, siendo el Índice de Katz el instrumento más ampliamente empleado a nivel internacional, adaptado según el contexto de cada país (78). Asimismo, existen otros métodos de evaluación, como el Índice de Barthel, que también contribuye a la identificación del grado de dependencia del individuo.

Desde la perspectiva de enfermería geriátrica, la aplicación de estas herramientas permite diseñar intervenciones específicas para preservar la autonomía del adulto mayor, prevenir el deterioro funcional y mejorar su calidad de vida, facilitando un abordaje integral en el cuidado de la persona mayor. (79)

Ausencia de incapacidad

En la escala de Katz, la ausencia de incapacidad indica que el individuo mantiene una independencia funcional completa, lo que significa que puede realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sin requerir asistencia externa. Este nivel refleja un estado óptimo de funcionalidad, evidenciado por la capacidad para llevar a cabo tareas esenciales como bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, movilizarse, mantener la continencia y alimentarse de manera autónoma. La presencia de estas habilidades sugiere un adecuado estado físico, cognitivo y emocional, lo que favorece una mayor calidad de vida y bienestar en la persona mayor. (80)

Una puntuación que indique independencia total sugiere que el adulto mayor no presenta limitaciones funcionales significativas. Sin embargo, desde el enfoque de prevención, es fundamental realizar un seguimiento periódico, ya que la funcionalidad puede deteriorarse con el tiempo debido a factores como el envejecimiento, la presencia de comorbilidades o cambios en el entorno. Un

monitoreo continuo permitirá la identificación temprana de alteraciones funcionales y la implementación de estrategias para promover la autonomía y prevenir la dependencia en el adulto mayor. (81)

Incapacidad moderada

En la Escala de Katz, el nivel de incapacidad moderada indica que la persona experimenta dificultades parciales en la ejecución autónoma de ciertas actividades básicas de la vida diaria (ABVD), requiriendo asistencia parcial para realizar tareas esenciales. Este nivel refleja una disminución progresiva en la funcionalidad, la cual puede evidenciarse en la necesidad de apoyo para bañarse, vestirse, utilizar el sanitario o moverse, aunque la persona aún mantiene cierto grado de independencia en otras funciones. Estos cambios pueden estar relacionados con alteraciones físicas, cognitivas o emocionales, propias del proceso de envejecimiento o asociadas a enfermedades crónicas. (82)

Una puntuación en este nivel sugiere la importancia de un seguimiento interdisciplinario para monitorear la evolución de la incapacidad y definir estrategias de apoyo personalizadas. Desde el enfoque de enfermería, es clave implementar medidas como rehabilitación funcional, adaptación del entorno y asistencia parcial, con el objetivo de conservar la autonomía, prevenir la progresión de la dependencia y mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (83)

Incapacidad severa

En la escala de Katz, el nivel de incapacidad severa indica una pérdida considerable de la autonomía, donde la persona depende casi completamente de la asistencia de terceros para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este nivel refleja un deterioro funcional avanzado, evidenciado por la incapacidad total o casi total para llevar a cabo tareas esenciales como bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, moverse, mantener la continencia y alimentarse sin asistencia. Este grado de dependencia está frecuentemente relacionado con enfermedades crónicas avanzadas, deterioro cognitivo severo, afecciones neuromusculares o discapacidades progresivas, que afectan la capacidad física y mental del adulto mayor.

Una puntuación en este nivel implica la necesidad de cuidados constantes y un abordaje interdisciplinario, que puede incluir la atención de cuidadores, adaptaciones del entorno y seguimiento médico especializado. La implementación de estrategias centradas en el cuidado paliativo, la prevención

de complicaciones (úlceras por presión, infecciones, caídas) y el mantenimiento del confort es fundamental para optimizar la calidad de vida del paciente, preservar su dignidad y promover su bienestar integral. (83)

B. Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) permiten que las personas mantengan su interacción y autonomía dentro de su entorno, ya que requieren un mayor nivel de complejidad en comparación con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (84). Estas actividades incluyen realizar compras, utilizar el teléfono, cocinar, lavar la ropa, manejar las finanzas y administrar la medicación, entre otras. En nuestra investigación se empleará la escala de Lawton y Brody.

Dependencia

El nivel de dependencia establecido en la escala de Lawton y Brody indica una pérdida significativa de autonomía en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), lo que implica la necesidad de asistencia total para su desempeño.

Desde una perspectiva funcional y geriátrica, este nivel refleja un deterioro avanzado, en el que la persona requiere apoyo externo para tareas esenciales como manejo de finanzas, uso del teléfono, preparación de alimentos, administración de medicamentos, transporte y mantenimiento del hogar. (60)

Este grado de dependencia puede estar relacionado con alteraciones físicas, cognitivas o emocionales, lo que limita la capacidad del individuo para desenvolverse en su entorno. En tal contexto, la acción del profesional de enfermería es clave para garantizar la seguridad, bienestar y calidad de vida de los adultos mayores, mediante la coordinación de cuidados individualizados, la educación de los cuidadores y la implementación de estrategias que favorezcan la autonomía en la medida de lo posible. (85)

Asimismo, es fundamental realizar una evaluación geriátrica integral y una intervención interdisciplinaria que permita establecer planes de cuidado personalizados, con el objetivo de optimizar la funcionalidad, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Dependencia moderada

El nivel de dependencia moderada, según la escala de Lawton y Brody, indica que la persona presenta dificultades en varias actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), requiriendo apoyo parcial o supervisión para su ejecución.

Este nivel representa una disminución en la autonomía del individuo, que puede afectar la capacidad para manejar finanzas, administrar medicamentos, preparar alimentos, utilizar el teléfono, movilizarse en la comunidad y mantener su hogar. Aunque conserva algunas habilidades funcionales, su desempeño es limitado y depende de ayuda externa en distintos grados. (85)

Desde una perspectiva enfermera y geriátrica, este nivel de dependencia sugiere la necesidad de seguimiento continuo para analizar la evolución de las capacidades funcionales y diseñar estrategias de apoyo adaptadas a sus necesidades. (86)

Las intervenciones pueden incluir:

- Adaptaciones en el entorno domiciliario para mejorar la seguridad y prevenir riesgos como caídas.
- Apoyo por parte de cuidadores y familiares, promoviendo la independencia en la medida de lo posible.
- Asesoramiento nutricional para garantizar una alimentación adecuada.
- Entrenamiento en el uso de herramientas tecnológicas, como teléfonos de fácil acceso o sistemas de alerta médica.
- Supervisión en la administración de medicamentos para evitar errores.

Independencia

El nivel de independencia, según la escala de Lawton y Brody, indica que la persona realiza de manera autónoma todas las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), sin requerir asistencia ni supervisión. (87)

Este nivel refleja una funcionalidad óptima en tareas complejas como:

- Administración de medicamentos.
- Manejo de finanzas.
- Mantenimiento del hogar.

- Movilidad y uso del transporte.
- Preparación de alimentos.
- Uso del teléfono y acceso a la comunicación.

Desde una perspectiva enfermera y geriátrica, la independencia establecida en la funcionalidad sugiere un buen estado físico, cognitivo y emocional, favoreciendo la calidad de vida y el bienestar de los adultos mayores. (88)

Sin embargo, se recomienda un seguimiento preventivo para:

- Detectar cambios incipientes en la funcionalidad.
- Fomentar estrategias de envejecimiento activo y saludable.
- Prevenir riesgos como caídas o deterioro cognitivo.
- Promover hábitos saludables que contribuyan al mantenimiento de la autonomía.

1.3. Términos básicos

Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos incluyen alteraciones emocionales (tristeza, desesperanza), cognitivas (pensamientos negativos, dificultades de concentración), físicas (cambios en el sueño y apetito, fatiga) y conductuales (aislamiento social, disminución de la actividad). Estos pueden presentarse con distintos niveles de intensidad y requieren evaluación clínica para su diagnóstico y tratamiento. (8)

Depresión

Es un trastorno complejo con componentes emocionales, cognitivos, físicos y conductuales. Su impacto en la calidad de vida es significativo y requiere una evaluación profesional para su diagnóstico y tratamiento. (43)

Sin depresión

Estado de equilibrio emocional, donde la persona mantiene un estado de ánimo estable, disfruta de sus actividades diarias y no presenta síntomas depresivos clínicamente significativos. (74)

Depresión establecida

Se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que aún no alcanzan la severidad o duración necesarias para un diagnóstico clínico de depresión, pero que indican un riesgo latente. (61)

Funcionalidad

Capacidad de una persona para desenvolverse en su entorno, efectuando actividades básicas e instrumentales en su vida diaria. (89)

Funcionalidad en adultos mayores

La funcionalidad en adultos mayores se relaciona con su capacidad para realizar actividades diarias y mantener su independencia. (77)

Actividades básicas de la vida diaria

Incluyen tareas esenciales como el autocuidado, la movilidad y la alimentación. Su alteración indica una pérdida de independencia y la necesidad de apoyo o intervención. (79)

Ausencia de incapacidad

Involucra la capacidad plena para efectuar actividades de la vida diaria sin restricciones significativas. (77)

Incapacidad moderada

Implica dificultades parciales en la ejecución de actividades diarias, requiriendo apoyo ocasional, pero sin una dependencia total. (74)

Incapacidad severa

Implica una dependencia total para la realización de actividades diarias primordiales, la consideran una condición caracterizada por una restricción grave en la autonomía, asocian la incapacidad severa con enfermedades neurológicas o mentales avanzadas que afectan la independencia del individuo. (69)

Actividades instrumentales de la vida diaria

Incluyen tareas esenciales para la independencia, como el manejo del hogar, el uso del transporte y la administración de medicamentos. Su afectación suele ser un indicador temprano de pérdida de autonomía. (84)

Dependencia

Es una etapa en la cual un individuo necesita cooperación para realizar sus actividades diarias. (79)

Dependencia moderada

Se define como la condición en la que una persona requiere asistencia parcial para realizar ciertas actividades diarias, especialmente las instrumentales, pero aún conserva cierta independencia en otras tareas esenciales. (10)

Independencia

Es la capacidad de una persona para realizar actividades diarias sin ayuda externa, abarcando tanto las funciones básicas como las instrumentales. Depende de factores físicos, cognitivos y emocionales, y su mantenimiento es clave para su autonomía y la calidad de vida personal. (88)

CAPÍTULO II

Materiales y métodos

En el presente capítulo se presentarán las hipótesis que plantea la siguiente investigación, se identificarán las variables y su operacionalización, y también se presentará la metodología planteada.

2.1. Hipótesis

2.1.1. Hipótesis general

H_1 : Existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, durante el periodo 2018–2022.

H_0 : No existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, durante el periodo 2018–2022.

2.1.2. Hipótesis específicas

H_1 : Existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

H_0 : No existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

H_1 : Existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

H_0 : No existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

2.2. Identificación de las variables

Variable 1. Síntomas depresivos

Variable 2. Capacidad funcional

2.3. Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		
					INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Síntomas depresivos	Es la presencia de síntomas como tristeza, desgano, falta de energía, sin ganas de realizar alguna actividad, esto previo en función de destacarte de otras enfermedades que podrían generar depresión.	Los síntomas depresivos se medirán con la escala o test de Yesavage el cual mide algunos síntomas depresivos en la tercera edad.	Alteraciones de la motivación	Pérdida de interés Actividades diarias	Puntuación en la Escala de Yesavage	Ordinal	Cuantitativa
			Alteraciones cognitivas	Dificultades de concentración Memoria	Puntuación en la Escala de Yesavage	Ordinal	Cuantitativa
			Disminución de afecto	Afecto positivo Afecto negativo	Puntuación en la Escala de Yesavage	Ordinal	Cuantitativa
Capacidad funcional	Son las actividades que realiza el adulto mayor, tanto básicas como instrumentales, para poder llevar una vida normal como lo hacía antes; esta variable se fundamenta en dos conceptos (ABVD) y (AIVD).	En el presente estudio se medirá la funcionalidad a través de los conceptos como son ABVD el cuales medido con el Índice de Katz y el otro AIVD con la Escala de Lawton y Brody.	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	– Bañarse – Vestirse – Uso del retrete o baño – Transferencia silla–cama – Continencia de esfínteres – Alimentación	Puntuación total en el Índice de Katz	Ordinal	Cuantitativa
			Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	– Comer – Lavarse – Vestirse – Arreglarse – Deposiciones (valórese la semana previa) – Micción (valórese la semana previa) – Usar el retrete – Trasladarse – Deambular – Escalones	Puntuación total en el índice de Barthel	Ordinal	Cuantitativa

2.4. Metodología

2.4.1. Método de investigación

En cuanto al método de investigación, se empleó el método científico como base fundamental de la investigación médica. Estuvo constituida por: definición del problema, formulación de hipótesis (en la que se admite una posible solución). Potenciar la hipótesis y evaluar los resultados de manera crítica, con el fin de verificar si las hipótesis planteadas por el investigador son ciertas o no. (90)

Así mismo se utilizó el método deductivo, que permitió realizar deducciones analíticas al obtener las explicaciones específicas a partir de las conclusiones obtenidas. Las investigaciones de principios de aplicación universal, teoremas, postulados y reglas establecen los tipos y base de la metodología que han sido validados con anterioridad y se adaptan a las soluciones. (90)

2.4.2. Tipo de investigación

Tipo: Aplicada

La investigación aplicada se orientó a la solución de problemas concretos mediante el uso del conocimiento teórico generado en investigaciones básicas. Su propósito fue mejorar procesos, técnicas o metodologías en áreas como la salud, la educación o la industria. Se desarrolló con la intención de obtener resultados que puedan ser implementados en la práctica para generar un impacto en la sociedad. (91)

2.4.3. Nivel de investigación

Nivel de estudio: correlacional o relacional

Los estudios en este nivel de investigación son aquellos que tienen como propósito principal analizar la relación o asociación entre dos o más variables dentro de un determinado contexto, sin manipularlas ni establecer una relación causal directa entre ellas.

En este tipo de estudios, se busca determinar cómo una variable se comporta en función de otra, identificando si existe una correlación positiva, negativa o nula entre ellas.

Este enfoque es útil cuando se quiere conocer la intensidad y dirección de la relación entre dos fenómenos, lo que permite generar hipótesis para estudios más avanzados, como los explicativos o experimentales. La investigación

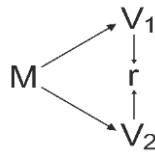
correlacional no interviene en las variables, sino que se basa en la observación y análisis estadístico de los datos obtenidos. (91)

2.4.4. Diseño de la investigación

Con relación al diseño de la investigación, se clasificó como no experimental y transversal. La investigación no experimental es determinada porque en su estudio las variables no pueden ser intencionalmente manipuladas; en este caso, el investigador solo se enfoca en observar y evaluar los fenómenos tal cual se evidencian naturalmente. (90)

Debido a que no se realizaron intervenciones en las variables de estudio, y fue transversal, los datos de los síntomas depresivos y funcionalidad en adultos mayores en periodo de enero del 2018 hasta diciembre del 2022 fueron obtenidos en un solo momento sin seguimiento posterior.

El esquema de diseño utilizado es:



Donde:

M: Muestra final de adultos mayores del P.S. Santa Rosa de Ocopa

V₁: Síntomas depresivos

V₂: Capacidad funcional

r: Relación

2.4.5. Población y muestra población

La población objetivo estuvo compuesta por adultos mayores que recibieron atención médica en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa durante los años 2018 a 2022, específicamente en el periodo de enero a diciembre de cada uno de esos años.

Según cifras proporcionadas por la institución, se determinó una población total de 274 adultos mayores atendidos desde el año 2018 hasta el 2022, y que aún siguen siendo atendidos en dicho puesto de salud. La cantidad de historias clínicas cada año fue la siguiente:

Cuadro poblacional

Tabla 2. Población adulta mayor atendida por año en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022

Año	Cantidad
2018	58
2019	73
2020	37
2021	32
2022	74
Total	274

Nota: Datos proporcionados por el Puesto de Salud de Ocopa.

Muestra

Es un subconjunto de elementos seleccionados factibles y de interés, que presentan características en común para su elección de la población (90).

Fórmula de población finita

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde:

n: Tamaño de muestra que queremos calcular (¿?)

N: Tamaño de la población (274)

Z: Coeficiente de confianza para un nivel de confianza determinado (1.96)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

d: Error máximo admisible (0.05)

$$n = \frac{274 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (274 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{274 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (274 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{263.15}{0.9604 + 1.643}$$

$$n = \frac{263.15}{1.643}$$

$$n = 160.17$$

Con la fórmula de población finita se obtuvo a 160.17 y como se trata de personas no se puede dividir se decide consolidarse en 161, siendo el **muestreo**

probabilístico del tipo estratificado de las 274 historias clínicas, es decir, el 58,75 % que siguen siendo atendidas en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa correspondiente al periodo de enero del 2018 a diciembre del 2022.

Cuadro muestral

Tabla 3. Muestra de la población adulta mayor atendida por año en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022

Año	Cantidad	Muestra	%
2018	58	34	12,4 %
2019	73	42	15,3 %
2020	37	21	7,7 %
2021	32	20	7,3 %
2022	74	44	16,1 %
Total	274	161	58,8 %

Nota: consolidación desde la población.

Esto plantea considerar una muestra probabilística de estudio de tipo aleatorio simple, ya que se evidencia un conjunto representativo de la población en el que todos los elementos tienen la oportunidad de participación para su análisis. (20)

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años que se siguen atendiendo en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa y se evaluaron con la ficha de atención integral del adulto mayor del MINSA periodo desde el 1 de enero del 2018 hasta el 31 de diciembre del año 2022.
- Adultos mayores que contaron con los datos completos para la ejecución de la prueba de hipótesis.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que tuvieron algún trastorno de salud mental.
- Adultos mayores que no registraron todos los datos necesarios para la presente investigación.
- Adultos mayores con demencia.

- Adultos mayores que estuvieron tomando alguna mediación neurológica o psiquiátrica u otro tipo que podría interferir con la funcionalidad correcta del paciente.

2.4.6. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

En este trabajo de investigación, se utilizó de revisión documental, revisión de las historias clínicas de los pacientes (92). Y como técnicas e instrumentos fueron:

2.4.6.1. Técnica de recolección de datos:

- **Encuesta:** Se aplicó a los adultos mayores para evaluar tanto los síntomas depresivos como su capacidad funcional.

- **Observación estructurada:** Permitió evaluar la capacidad funcional a partir de la ejecución de actividades diarias.

- **Análisis documental:** Se revisaron los registros de salud de los pacientes en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa para complementar la información obtenida.

2.4.6.2. Instrumentos de recolección de datos:

1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida de 15 ítems)

- Es un cuestionario validado ampliamente en estudios geriátricos.
- Permite medir la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores.
- Se clasifica en:
 - Normal (0–5 puntos)
 - Probable depresión (6–10 puntos)
 - Depresión establecida (11–15 puntos)

2. Índice de Barthel *(Para medir la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria – ABVD)*

- Evalúa la independencia en funciones como alimentación, movilidad, vestimenta, aseo personal, control de esfínteres, etc.

➤ Se clasifica en:

- Independiente (puntaje alto)
- Dependencia moderada (puntaje intermedio)
- Dependencia severa (puntaje bajo)

3. **Índice de Lawton y Brody** *(Para medir la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria – AIVD)*

➤ Evalúa la autonomía en tareas como uso del teléfono, manejo de dinero, preparación de comidas, transporte, etc.

➤ Se clasifica en:

- Independiente
- Dependencia moderada
- Dependencia severa

Estos instrumentos son los más adecuados para obtener datos cuantificables y comparables que permitan realizar el análisis estadístico correspondiente en la investigación.

2.4.6.3. Confiabilidad y validez de los instrumentos de recolección de datos

Test de Yesavage

El test de Yesavage es una herramienta desarrollada por Jerome Yesavage en 1982. Se utiliza para la evaluación de la sintomatología depresiva en la población adulta mayor, específicamente en personas de 60 años o más. Este test consta de 15 preguntas relacionadas con los síntomas de la depresión, abordando aspectos como el estado de ánimo, el desinterés y el sentimiento de inutilidad.

Las respuestas se registran en una escala de "Sí/No", donde cada respuesta "Sí" se puntúa con 1 punto, mientras que las respuestas "No" se puntúan con 0 puntos. La puntuación total varía de 0 a 15, siendo una puntuación más alta indicativa de una mayor gravedad en los síntomas depresivos.

Funcionalidad-Índice de Katz (ABVD)

El Índice de Katz, también conocido como Escala de Katz, es un instrumento ampliamente reconocido para la evaluación de las capacidades

funcionales del adulto mayor en las (ABVD). Fue desarrollado por Morris Katz en 1963 y se ha convertido en un instrumento crucial para medir la independencia en seis áreas fundamentales de funcionamiento:

- a. Bañarse de forma segura y adecuada.
- b. Vestirse y quitarse la ropa apropiadamente.
- c. Uso del inodoro de manera autónoma.
- d. Transferencia de la cama a una silla u otros lugares.
- e. Control de la continencia, micción y la defecación.
- f. Alimentación de forma independiente.

La calificación en la Escala de Katz se basa en un sistema de puntos donde se asigna "independiente" (0 puntos) si el individuo puede realizar la tarea sin asistencia, o "dependiente" (1 punto) si requiere ayuda. El puntaje total varía de 0 a 6. La puntuación más elevada indica una mayor dependencia en las actividades evaluadas.

Funcionalidad Escala de Lawton y Brody (AIVD)

La Escala de Lawton y Brody, desarrollada en 1969 por Max Lawton y Elisabeth Brody, es una herramienta de uso extendido para evaluar la independencia de la funcionalidad del adulto mayor en (AIVD). Esta escala mide la capacidad de llevar a cabo tareas más complejas y relacionadas con el aspecto social, y evalúa los siguientes componentes:

- a. Uso del teléfono de manera efectiva.
- b. Manejo de las finanzas y pago de facturas.
- c. Medicación tomar de manera correcta.
- d. Compras de forma independiente.
- e. Preparación de alimentos, comidas y bebidas.
- f. Tareas domésticas del hogar, como limpiar y lavar.
- g. Lavado de ropa y secarlo.
- h. Transporte de forma segura y eficiente.

La calificación se basa en un sistema de puntuación donde se asigna "independiente" (1 punto) si el individuo puede llevar a cabo la tarea sin asistencia, o "dependiente" (0 puntos) si requiere ayuda o es incapaz de realizarla. La puntuación total varía en un rango de 0 a 8, la puntuación más elevada indica un mayor grado de independencia funcional. (14)

Confiabilidad del instrumento

Con respecto a la primera variable sobre los síntomas depresivos el alfa fue de 0.740 considerándose fiable para la investigación, por otro lado, con respecto a la segunda variable sobre la capacidad funcional en el abordaje a las actividades de la vida diaria el alfa fue de 0.757 y en el abordaje de las actividades instrumentales de la vida diaria el alfa fue de 0.706 también considerándose fiable para la investigación.

Escala: Síntomas depresivos

Alfa de Cronbach	N de elementos
,740	15

Escala: Actividades básicas

Alfa de Cronbach	N de elementos
,757	6

Escala: Actividades instrumentales

Alfa de Cronbach	N de elementos
,706	10

Validez del instrumento

Tabla 4: Validación de instrumento

Nº	Nombre y apellido Juez/experto	Grado académico	Condición
1	Coco Raúl Contreras Córdova	Médico Geriatra	Aplicable
2	Yoly Ketty Arrieta Roque	Licenciada en Enfermería/ Etapa de vida del Adulto mayor	Aplicable
3	Sonia Mauricio Rodríguez Emiliano	Licenciada en Enfermería/ Etapa de vida del Adulto mayor	Aplicable

2.4.7. Procedimientos de análisis de datos

En el análisis de datos, como es común, primero se empleó la descripción estadística para las variables numéricas, se evaluaron las dimensiones de tendencia central, mientras que para las variables no numéricas se calcularon las frecuencias relativas y absolutas, acompañadas de sus respectivos gráficos.

Luego, se llevaron a cabo pruebas de hipótesis. En este caso, después de categorizar las variables, se utilizó la Chi cuadrado de independencia y se calculó

la fuerza de asociación mediante la Odds Ratio (OR). Se consideró significativo un valor de p menor a 0,05, y, además, el intervalo de confianza no debía incluir el valor 1.

Para llevar a cabo este estudio, se emplearon varios programas estadísticos, entre ellos Excel 2021, SPSS 28.0, Epidat, EpiInfo y MedCalc.

2.5. Consideraciones éticas

En la investigación se reconoció la autoría y se atribuyeron adecuadamente los contenidos e investigaciones recopiladas, haciendo el citado y referencia correctamente en las fuentes bibliográficas utilizadas. La protección y derechos legales que se brindaron a los estudios o trabajos investigativos de la mente humana lo cual predomina como propiedad intelectual. En ella se incluye una gran variedad de creaciones y trabajos como invenciones, obras literarias, marcas musicales y artísticas, secretos comerciales y también presentado como diseños industriales. (42)

No obstante, en terminología de protección de datos y confidencialidad, se preserva la identidad de la población en estudio. Se adaptaron medidas apropiadas respetando los derechos y la autonomía personal, así también el respaldo de información privada y sensible de los involucrados. También, se consiguieron las autorizaciones requeridas de la institución de salud para llevar a cabo la investigación. Esto conllevó a solicitar la autorización y consentimiento correspondiente por parte de la institución de salud para poder acceder a los datos de los pacientes y llevar a cabo el estudio en sus instalaciones.

La aplicación de las consideraciones legales y éticas fue fundamental para garantizar la integridad de la investigación protegiendo la privacidad y los derechos de los participantes y la institución involucrada.

CAPÍTULO III

Resultados

Tabla 5. Género de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Femenino	80	49,69 %	49,69 %	49,69 %
Masculino	81	50,31 %	50,31 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

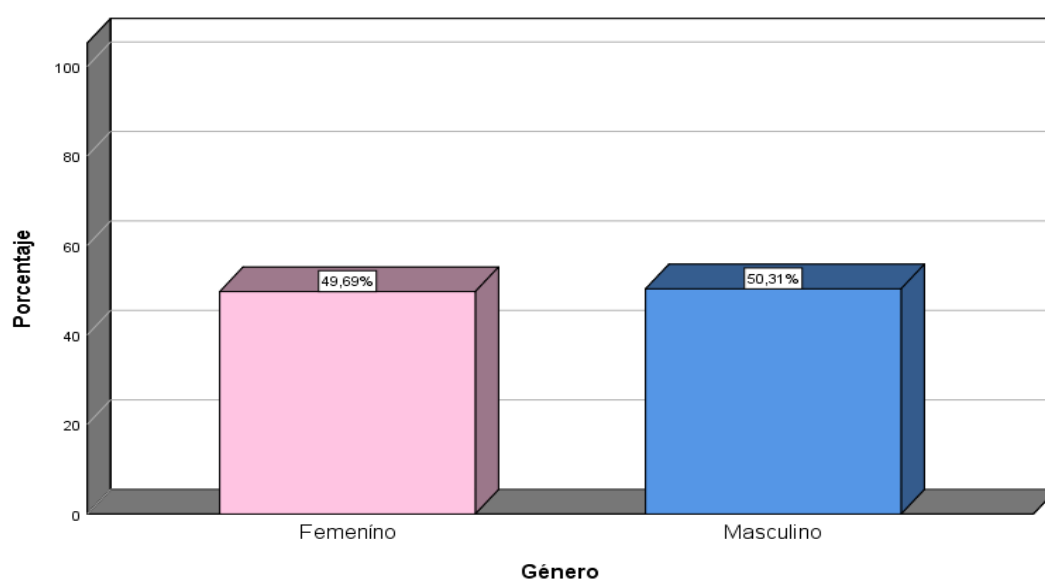


Figura 1: Género de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

La distribución por género de las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa muestra una proporción equilibrada entre hombres y mujeres. Según los datos, el 49,69 % de la muestra corresponde a personas de sexo femenino, mientras que el 50,31 % pertenece al sexo masculino. Esta leve diferencia de 0,62 % indica una representación equitativa de ambos grupos en el estudio.

La representatividad casi paritaria de ambos géneros permite realizar análisis comparativos sin un predominio marcado de una categoría sobre otra. Este equilibrio es relevante para estudios sobre salud en personas mayores, ya que permite evaluar posibles diferencias o similitudes en factores como el estado funcional y la presencia de síntomas depresivos con un adecuado control de la variable de género.

Tabla 6. Edad de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
de 60 a 69	53	32,92 %	32,92 %	32,92 %
de 70 a 80	61	37,89 %	37,89 %	70,81 %
Mayores a 80	47	29,19 %	29,19 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

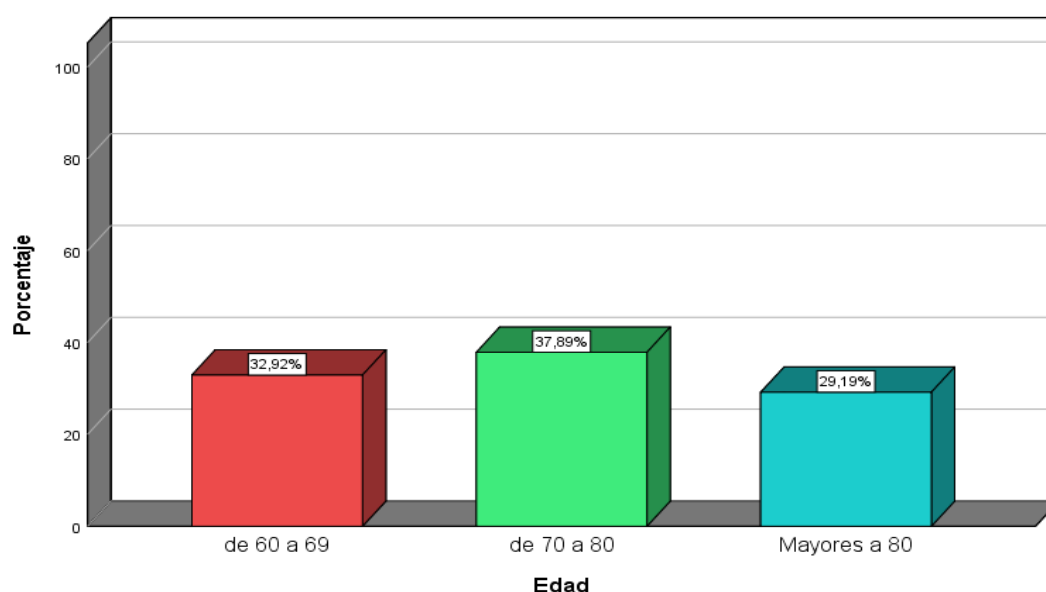


Figura 2: Edad de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

El análisis de la distribución etaria de las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa revela una mayor concentración en el grupo de 70 a 80 años, que representa el 37,89 % del total. Este grupo constituye el segmento más numeroso dentro de la población estudiada, seguido por los adultos mayores de 60 a 69 años, quienes conforman el 32,92 % de la muestra. Finalmente, el 29,19 % corresponde a personas de más de 80 años, lo que indica una presencia significativa de individuos en edades avanzadas.

La composición etaria de la muestra permite analizar cómo las condiciones de salud, funcionalidad y bienestar emocional pueden diferir entre grupos de edad. La presencia de un porcentaje considerable de personas mayores de 80 años resalta la importancia de estrategias de atención especializadas para este segmento de la población, dado que suelen presentar mayores riesgos de deterioro funcional y afecciones crónicas.

Tabla 7. Estado civil de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Soltero(a)	26	16,15 %	16,15 %	16,15 %
Casado(a)	34	21,12 %	21,12 %	37,27 %
Viudo(a)	30	18,63 %	18,63 %	55,90 %
Divorciado(a) / Separado(a)	21	13,04 %	13,04 %	68,94 %
Conviviente	29	18,01 %	18,01 %	86,96 %
no especifica	21	13,04 %	13,04 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

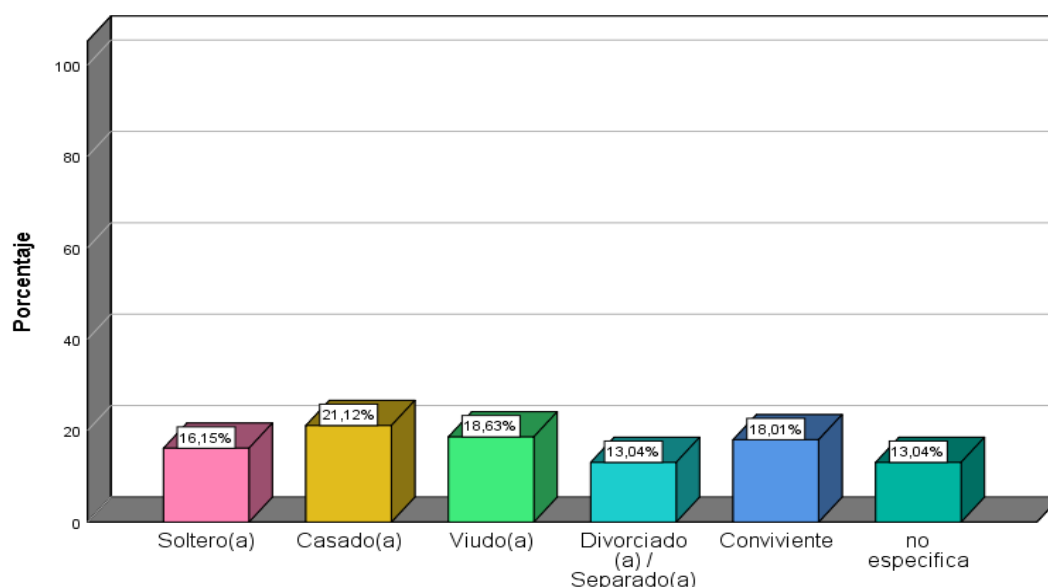


Figura 3: Estado civil de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022

El análisis del estado civil de las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa muestra una distribución variada entre las distintas categorías. El grupo más representativo es el de personas casadas, que constituyen el 21,12 % de la muestra, seguido por los viudos(as) con un 18,63 %, y los convivientes con un 18,01 %. Estas cifras reflejan que una proporción significativa de los adultos mayores mantiene vínculos de pareja, ya sea mediante matrimonio o convivencia.

Por otro lado, el 16,15 % de la población es soltera, mientras que el 13,04 % se encuentra en condición de divorciado(a) o separado(a). Además, un 13,04 % no especifica su estado civil, lo que se debió a no marcar o considerar relevante manifestar su situación actual.

La identificación del estado civil es un aspecto clave en estudios sobre adultos mayores, ya que puede estar relacionado con la calidad del soporte social, el riesgo de depresión y la dependencia funcional. Estos hallazgos sugieren la importancia de fortalecer programas de acompañamiento y asistencia social para aquellos que viven solos o tienen menos acceso a redes familiares.

Tabla 8. Grado de instrucción de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Analfabeto	26	16,15 %	16,15 %	16,15 %
Primaria	27	16,77 %	16,77 %	32,92 %
Secundario	27	16,77 %	16,77 %	49,69 %
Técnico Superior	28	17,39 %	17,39 %	67,08 %
Superior Universitario incompleto	28	17,39 %	17,39 %	84,47 %
Superior Universitario completo	25	15,53 %	15,53 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

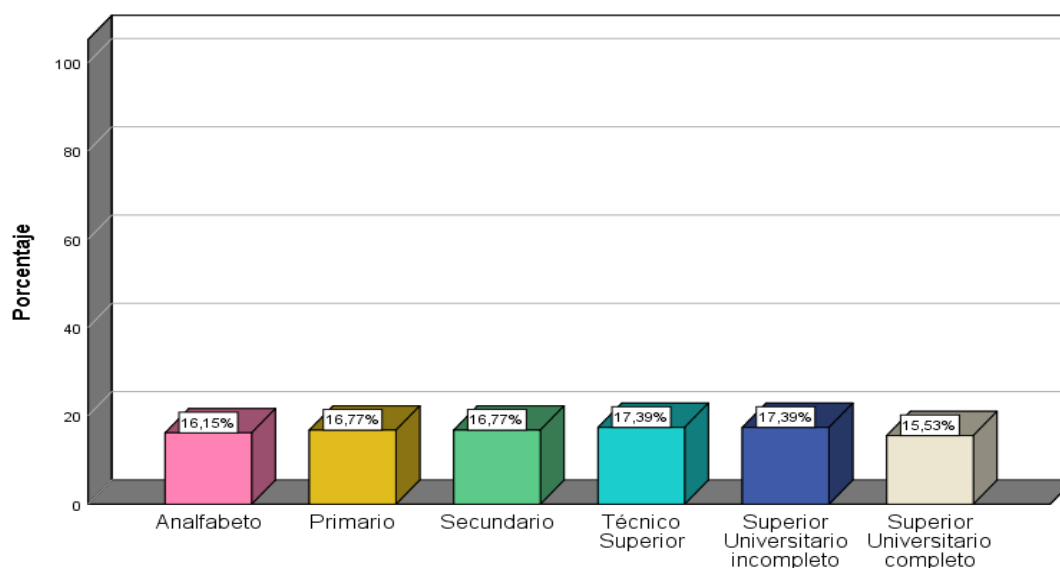


Figura 4: Grado de instrucción de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

El análisis del grado de instrucción de las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa evidencia una distribución relativamente homogénea en los diferentes niveles educativos. El 17,39 % de la población alcanza estudios técnicos superiores, al igual que aquellos con estudios universitarios incompletos. Un 15,53 % completó la educación universitaria, lo que

indica que una parte significativa de los adultos mayores accedió a niveles de educación superior.

Por otro lado, el 16,77 % de los encuestados tiene educación primaria o secundaria, mientras que el 16,15 % se encuentra en condición de analfabetismo. La presencia de este último grupo es relevante, ya que el acceso limitado a la educación puede estar asociado con mayores dificultades en la comprensión de información de salud y menor autonomía en el acceso a servicios médicos.

Desde una perspectiva acumulativa, el 50,31 % de la población ha alcanzado al menos el nivel secundario, y el 33,92 % ha logrado estudios superiores, lo que evidencia un nivel educativo relativamente favorable en comparación con otros grupos de adultos mayores en contextos rurales. Estos hallazgos resaltan la importancia de adaptar estrategias de comunicación en salud según el nivel de instrucción, garantizando que la información sobre prevención, tratamientos y autocuidado sea accesible y comprensible para toda la población adulta mayor.

Tabla 9. Ocupación de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa en el periodo 2018 al 2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Agricultor	32	19,88 %	19,88 %	19,88 %
Comerciante	19	11,80 %	11,80 %	31,68 %
En casa	23	14,29 %	14,29 %	45,96 %
Albañería	33	20,50 %	20,50 %	66,46 %
Ganadería	25	15,53 %	15,53 %	81,99 %
Profesional	29	18,01 %	18,01 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

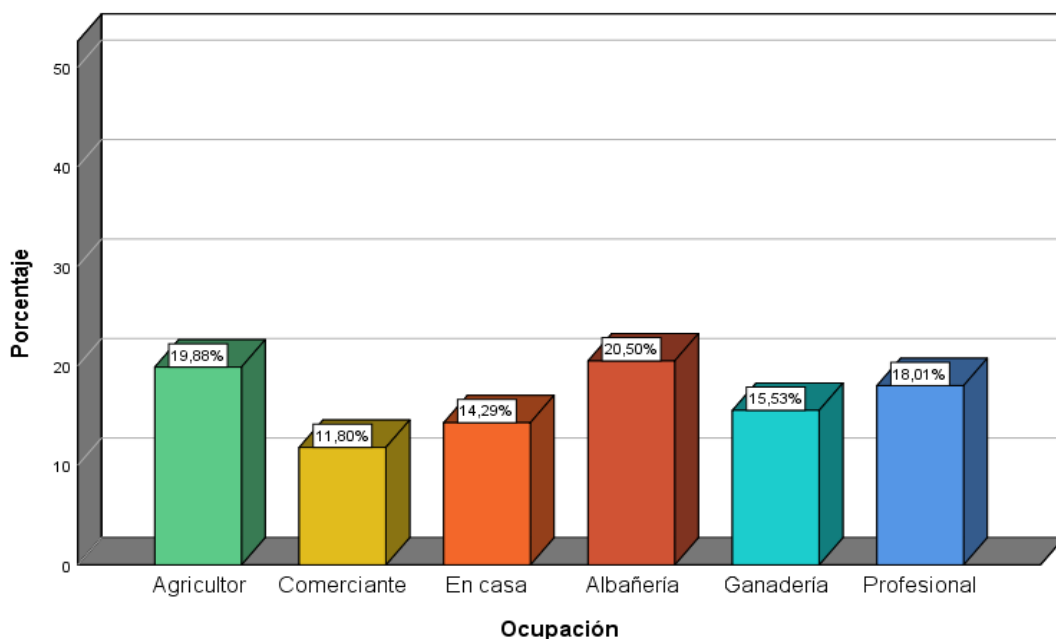


Figura 5: Ocupación de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

El análisis de la ocupación de las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa muestra que las actividades agrícolas y de albañilería son las más frecuentes en esta población. En particular, el 20,50 % de los encuestados se dedica a la albañilería, seguido de un 19,88 % que trabaja en la agricultura. Estos datos reflejan una alta prevalencia de ocupaciones que requieren esfuerzo físico, lo que podría influir en la salud y el bienestar de los adultos mayores.

Asimismo, un 15,53 % de la muestra se dedica a la ganadería, mientras que un 11,80 % trabaja en el comercio, lo que evidencia cierta diversificación en las actividades económicas de la población mayor. Por otro lado, un 14,29 % de los encuestados permanece en casa, lo que podría incluir personas dedicadas a labores domésticas o en situación de retiro. Finalmente, un 18,01 % ejerce alguna actividad profesional, lo que indica la presencia de adultos mayores con formación especializada en la comunidad.

En lo acumulado, se observa que más del 66 % de la población adulta mayor realiza actividades económicas activas, lo que evidencia una prolongación de la vida laboral en este grupo etario. Este hallazgo es relevante para comprender la dinámica laboral de los adultos mayores y sus implicancias en la salud física, ya que ocupaciones de alta demanda física pueden estar asociadas con un mayor riesgo de desgaste funcional y enfermedades musculoesqueléticas. En este sentido, es fundamental implementar estrategias de apoyo laboral y de salud

ocupacional que permitan mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

Tabla 10. Enfermedades crónicas degenerativas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Diabetes mellitus	16	9,94 %	9,94 %	9,94 %
Hipertensión Arterial	14	8,70 %	8,70 %	18,63 %
Cardiopatía	17	10,56 %	10,56 %	29,19 %
Enfermedad renal crónica	27	16,77 %	16,77 %	45,96 %
Enfermedades Osteoarticulares	23	14,29 %	14,29 %	60,25 %
Enfermedad Pulmonar Obstructiva	19	11,80 %	11,80 %	72,05 %
Secuela de accidentes cardiovasculares	20	12,42 %	12,42 %	84,47 %
Otros / Ninguno	25	15,53 %	15,53 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

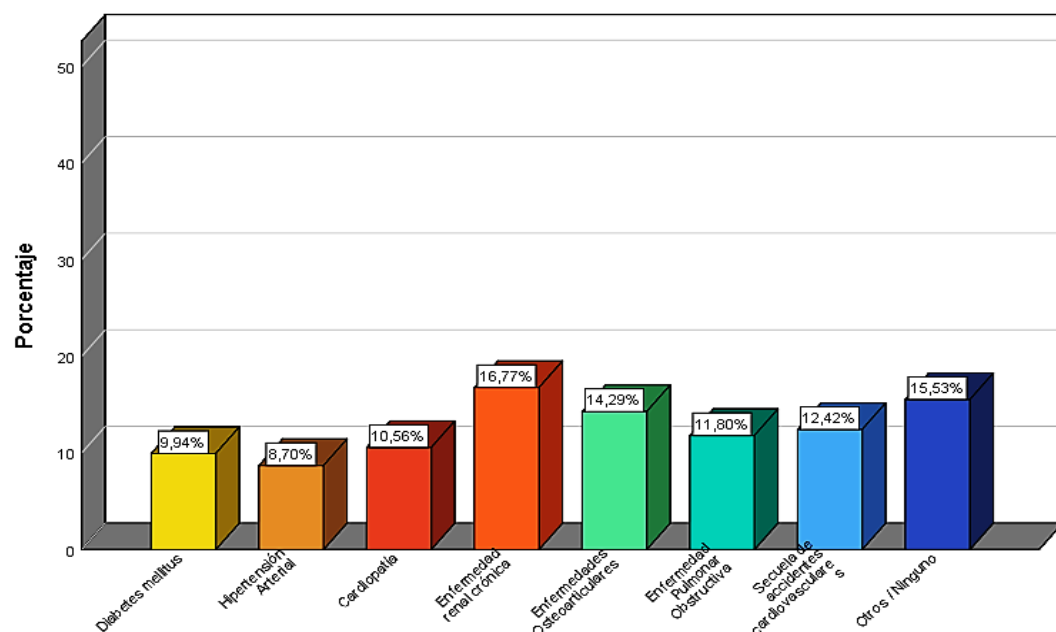


Figura 6: Enfermedades crónicas degenerativas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

El análisis de las enfermedades crónicas degenerativas en las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa revela una alta prevalencia de afecciones que afectan la calidad de vida y la funcionalidad de esta población. La enfermedad renal crónica es la condición más reportada, afectando al 16,77 % de los encuestados, seguida por las enfermedades osteoarticulares, que representan el 14,29 % de los casos. Estas enfermedades son especialmente relevantes, ya que pueden generar limitaciones en la movilidad y aumentar el riesgo de dependencia funcional.

Asimismo, se observa que un 12,42 % de los adultos mayores presenta secuelas de accidentes cerebrovasculares, mientras que un 11,80 % padece enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), lo que resalta la importancia de estrategias preventivas y de rehabilitación para evitar complicaciones. Otras afecciones comunes incluyen cardiopatías (10,56 %), diabetes mellitus (9,94 %) e hipertensión arterial (8,70 %), enfermedades que requieren un control médico continuo para prevenir complicaciones graves.

En lo acumulado, el 84,47 % de los encuestados presenta al menos una enfermedad crónica, lo que evidencia una alta carga de morbilidad en esta población. Solo un 15,53 % reporta no tener enfermedades crónicas o padecer condiciones no especificadas. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la atención primaria en salud, promoviendo programas de control de enfermedades crónicas, educación en autocuidado y acceso a tratamientos adecuados para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Tabla 11. Síntomas depresivos de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Normal	22	13,66 %	13,66 %	13,66 %
Probable depresión	86	53,42 %	53,42 %	67,08 %
Depresión Establecida	53	32,92 %	32,92 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

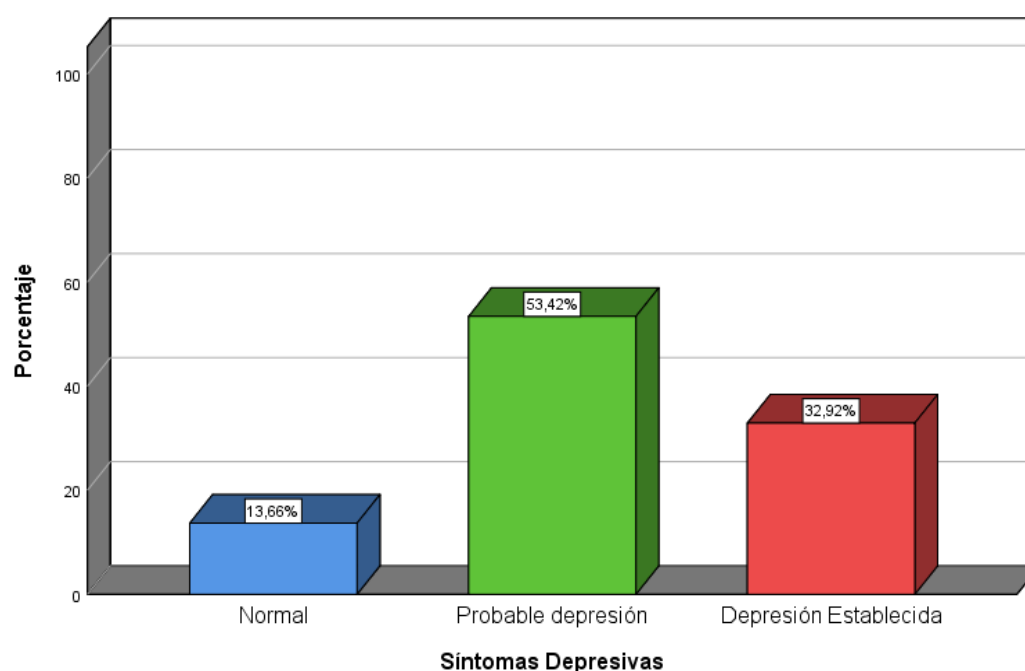


Figura 7: Síntomas depresivos de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

La tabla presenta la distribución de los síntomas depresivos en los adultos mayores registrados en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa. Se evidencia que más de la mitad de la población estudiada (53,42 %) presenta probable depresión, mientras que un 32,92 % ya tiene una depresión establecida. Solo el 13,66 % de los adultos mayores no presenta síntomas depresivos.

El análisis acumulado indica que el 86,34 % de los adultos mayores presentan algún grado de depresión, lo que revela una alta prevalencia de este problema de salud mental en esta comunidad. Este resultado es preocupante, ya que la depresión en adultos mayores puede estar relacionada con el aislamiento social, enfermedades crónicas, discapacidad funcional y la falta de acceso a servicios de salud mental.

El alto porcentaje de casos de probable depresión sugiere la necesidad de detección temprana y estrategias preventivas para evitar que estos casos evolucionen a una depresión establecida. Además, el 32,92 % de adultos con depresión establecida requiere intervenciones urgentes, como terapia psicológica, apoyo social y seguimiento médico para mejorar su bienestar.

Estos datos resaltan la importancia del acompañamiento emocional, la promoción de actividades recreativas, el fortalecimiento del soporte social y el acceso a tratamientos de salud mental. Implementar estrategias de intervención enfocadas en la detección y tratamiento de la depresión en adultos mayores puede contribuir significativamente a mejorar su calidad de vida y reducir el impacto de esta enfermedad en la comunidad.

Tabla 12. Capacidad Funcional – Actividades de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	f	%	% válido	% acumulado
Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, vestirse y bañarse.	48	29,81 %	29,81%	29,81%
Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.	103	63,98 %	63,98 %	93,79 %
Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.	10	6,21%	6,21 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

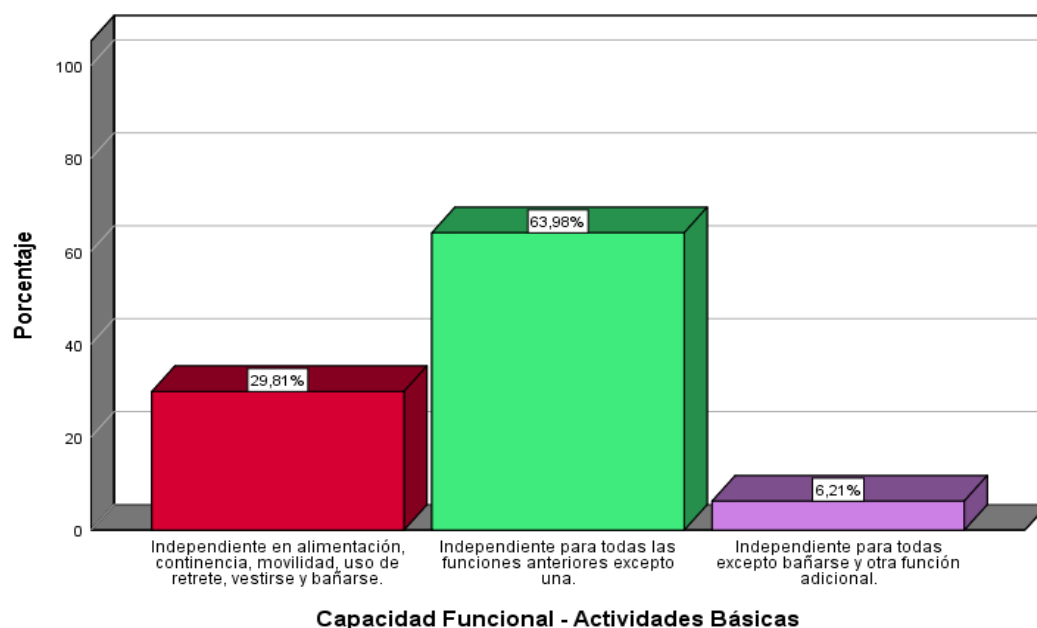


Figura 8: Capacidad Funcional – Actividades Básicas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

La tabla muestra la distribución de la capacidad funcional en actividades básicas de los adultos mayores registrados en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa. Se observa que la mayoría de los adultos mayores (63,98 %) presentan independencia en todas las funciones básicas, exceptuando una. Este grupo representa la mayor proporción dentro de la población estudiada, lo que sugiere que, aunque existen limitaciones funcionales, la mayoría de los adultos mayores mantiene un nivel de autonomía considerable.

Por otro lado, el 29,81 % de los adultos mayores es completamente independiente en todas las actividades básicas, lo que indica una adecuada capacidad funcional en este sector de la población. Sin embargo, un 6,21 % presenta dependencia en al menos dos funciones, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad y la necesidad de asistencia en tareas esenciales como el baño y otra actividad adicional.

El análisis acumulado revela que el 93,79 % de los adultos mayores conserva un nivel funcional que les permite realizar la mayoría de sus actividades básicas con poca o ninguna ayuda. No obstante, el grupo con mayor grado de dependencia funcional (6,21 %) requiere una evaluación más detallada para diseñar estrategias de intervención que prevengan un mayor deterioro y promuevan la autonomía en la medida de lo posible.

Estos resultados resaltan la importancia de la atención geriátrica y los programas de rehabilitación en enfermería, con el fin de mantener o mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores, promoviendo su calidad de vida y evitando la progresión de la dependencia.

Tabla 13. Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

	F	%	% válido	% acumulado
Severa	95	59,01 %	59,01%	59,01 %
Grave	42	26,09 %	26,09 %	85,09 %
Moderada	17	10,56 %	10,56 %	95,65 %
Ligera	7	4,35 %	4,35 %	100,00 %
Total	161	100,00 %	100,00 %	

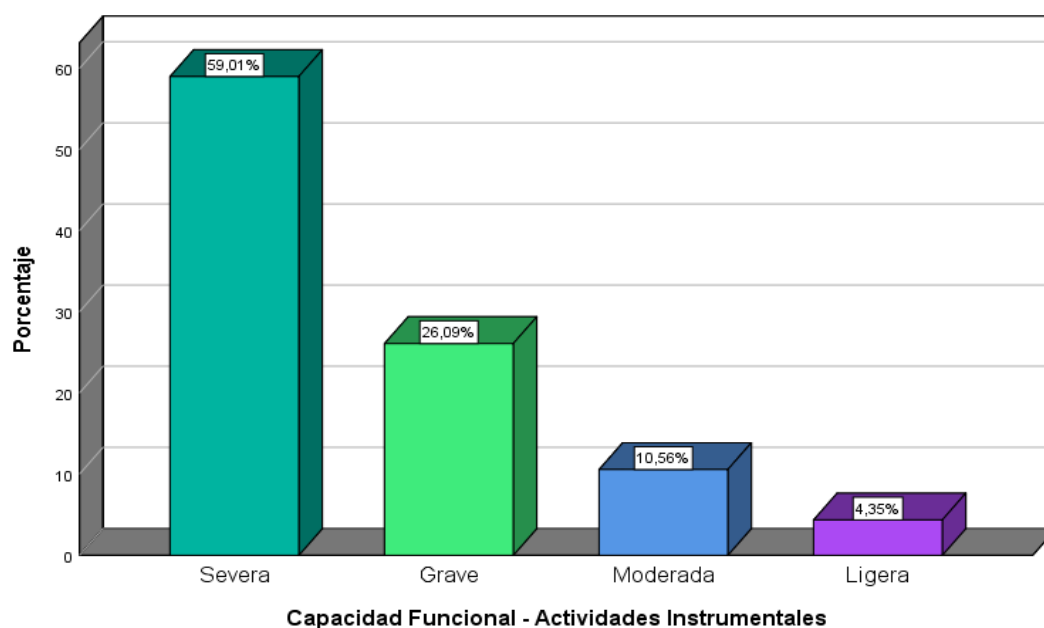


Figura 9: Capacidad Funcional – Actividades instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

La tabla muestra la distribución de la capacidad funcional en actividades instrumentales de los adultos mayores registrados en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa. Se observa que la mayoría (59,01 %) presenta una discapacidad funcional severa, lo que indica una gran dependencia en tareas más complejas de la vida diaria, como el manejo de dinero, uso de transporte, compra de alimentos y administración de medicamentos.

Además, un 26,09 % presenta una discapacidad grave, sumando en total un 85,09 % de adultos mayores con algún grado significativo de dependencia funcional. Un 10,56 % tiene una limitación moderada, mientras que solo el 4,35 % presenta una discapacidad ligera, lo que indica que muy pocos adultos mayores conservan su autonomía en actividades instrumentales.

La incapacidad para realizar actividades instrumentales impacta negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores y aumenta su vulnerabilidad a problemas de salud mental, como la depresión.

Tabla 14. Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades básicas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

			Síntomas Depresivos			Total
			Normal	Probable Depresión	Depresión Establecida	
Capacidad Funcional – Actividades Básicas	Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, vestirse y bañarse.	Recuento	10	31	7	48
		Recuento esperado	6,6	25,6	15,8	48,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Básicas	20,8 %	64,6 %	14,6 %	100,0%
		% dentro de Síntomas Depresivos	45,5 %	36,0 %	13,2 %	29,8%
		% del total	6,2 %	19,3 %	4,3 %	29,8%
	Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.	Recuento	12	52	39	103
		Recuento esperado	14,1	55,0	33,9	103,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Básicas	11,7 %	50,5 %	37,9 %	100,0%
		% dentro de Síntomas Depresivos	54,5 %	60,5 %	73,6 %	64,0%
		% del total	7,5 %	32,3 %	24,2 %	64,0%
	Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.	Recuento	0	3	7	10
		Recuento esperado	1,4	5,3	3,3	10,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Básicas	0,0 %	30,0 %	70,0 %	100,0 %
		% dentro de Síntomas Depresivos	0,0 %	3,5 %	13,2 %	6,2 %
		% del total	0,0 %	1,9 %	4,3 %	6,2 %
	Total	Recuento	22	86	53	161
		Recuento esperado	22,0	86,0	53,0	161,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Básicas	13,7 %	53,4 %	32,9 %	100,0 %
		% dentro de Síntomas Depresivos	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		% del total	13,7 %	53,4 %	32,9 %	100,0 %

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

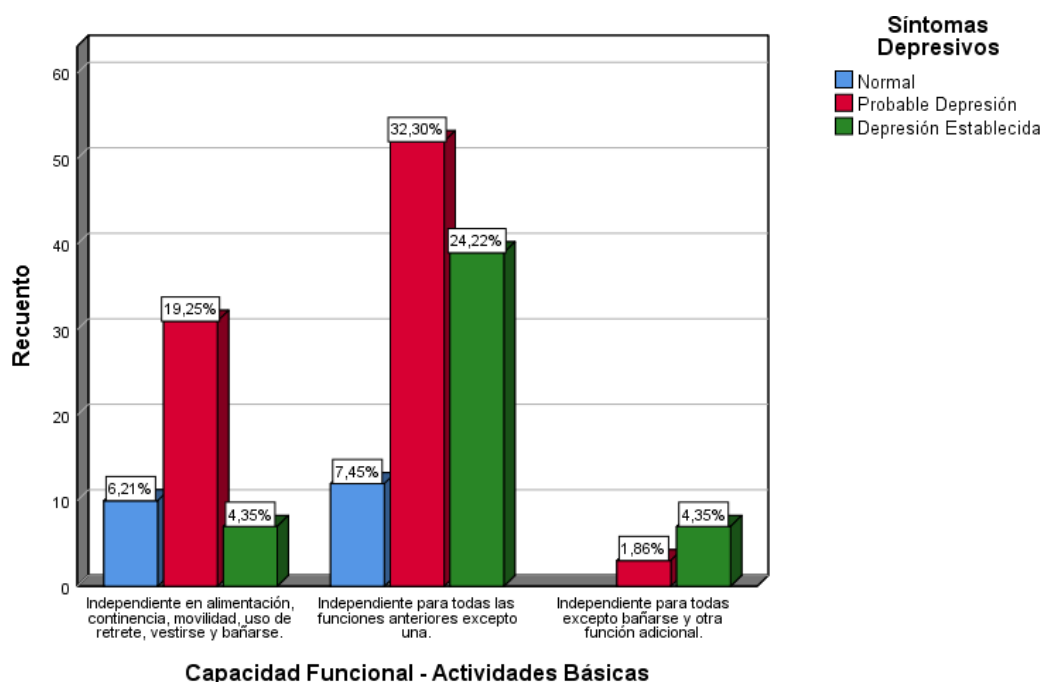


Figura 10: Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades básicas de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

El análisis de la relación entre síntomas depresivos y capacidad funcional en actividades básicas en las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa revela una tendencia importante: a medida que disminuye la capacidad funcional, la presencia de síntomas depresivos es más frecuente y severa.

En el grupo de adultos mayores completamente independientes en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse, el 64,6 % presenta probable depresión, mientras que el 14,6 % muestra depresión establecida. Sin embargo, en el grupo con dependencia parcial en una función básica, los casos de depresión establecida aumentan al 37,9 %, lo que evidencia que la disminución de la autonomía funcional podría estar asociada con un mayor deterioro del bienestar emocional.

El patrón se acentúa aún más en aquellos que son dependientes en bañarse y en otra función adicional, donde el 70,0 % presenta depresión establecida, en comparación con el 30,0 % que muestra signos de probable depresión. Este dato resalta la relación entre la dependencia funcional y el deterioro del estado anímico, evidenciando que la pérdida progresiva de autonomía puede influir significativamente en la salud mental de los adultos mayores.

De manera global, el 53,4 % de la población total presenta probable depresión, mientras que un 32,9 % ha desarrollado depresión establecida. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intervenciones tanto en el ámbito de la rehabilitación funcional como en el soporte psicológico, con el fin de mejorar la calidad de vida de esta población y prevenir el agravamiento de síntomas depresivos en personas con mayor grado de dependencia funcional.

Tabla 15. Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018-2022.

		Síntomas Depresivos			Total	
		Normal	Probable Depresión	Depresión Establecida		
Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	Severa	Recuento	16	57	22	95
		Recuento esperado	13,0	50,7	31,3	95,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	16,8 %	60,0 %	23,2 %	100,0%
		% dentro de Síntomas Depresivos	72,7 %	66,3 %	41,5 %	59,0 %
		% del total	9,9 %	35,4 %	13,7 %	59,0 %
	Grave	Recuento	5	19	18	42
		Recuento esperado	5,7	22,4	13,8	42,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	11,9 %	45,2 %	42,9 %	100,0%
		% dentro de Síntomas Depresivos	22,7 %	22,1 %	34,0 %	26,1%
		% del total	3,1 %	11,8 %	11,2 %	26,1%
	Moderada	Recuento	1	8	8	17
		Recuento esperado	2,3	9,1	5,6	17,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	5,9 %	47,1 %	47,1 %	100,0 %
		% dentro de Síntomas Depresivos	4,5 %	9,3 %	15,1 %	10,6 %
		% del total	0,6 %	5,0 %	5,0 %	10,6 %
	Ligera	Recuento	0	2	5	7
		Recuento esperado	1,0	3,7	2,3	7,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	0,0 %	28,6 %	71,4 %	100,0 %
		% dentro de Síntomas Depresivos	0,0 %	2,3 %	9,4 %	4,3%
		% del total	0,0 %	1,2 %	3,1 %	4,3%
Total		Recuento	22	86	53	161
		Recuento esperado	22,0	86,0	53,0	161,0
		% dentro de Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	13,7 %	53,4 %	32,9 %	100,0 %
		% dentro de Síntomas Depresivos	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		% del total	13,7 %	53,4 %	32,9 %	100,0 %

Nota: Consolidación de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

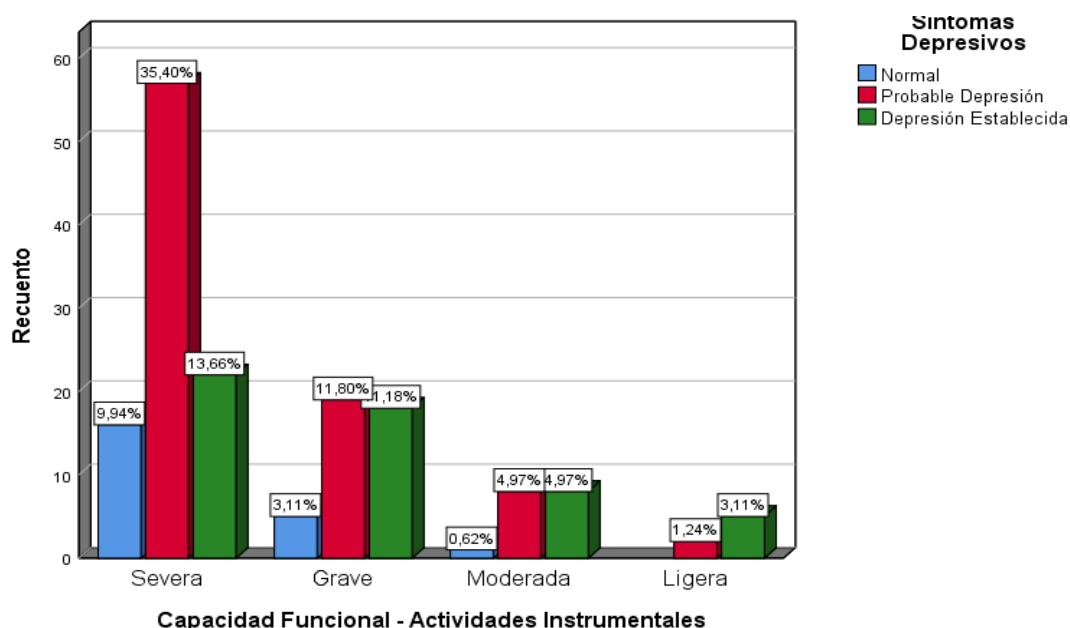


Figura 11: Síntomas depresivos con capacidad funcional – actividades instrumentales de la población adulta mayor registrada en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa, 2018 al 2022.

El análisis de la relación entre síntomas depresivos y capacidad funcional en actividades instrumentales en las personas mayores registradas en el Puesto de Salud de Santa Rosa de Ocopa indica que a mayor deterioro funcional, mayor es la presencia de síntomas depresivos.

En el grupo con deterioro severo de la capacidad funcional, el 60,0 % presenta probable depresión, mientras que el 23,2 % ya muestra depresión establecida. Este grupo concentra la mayor parte de los casos de depresión, representando el 59,0 % del total de encuestados, lo que sugiere que las dificultades para realizar actividades instrumentales, como el manejo del hogar, el uso del transporte o la administración financiera, pueden contribuir al deterioro del bienestar emocional.

A medida que la capacidad funcional disminuye aún más, los casos de depresión establecida aumentan. En el grupo con deterioro grave, el 42,9 % presenta depresión establecida, mientras que, en los niveles moderado y ligero, los porcentajes de depresión establecida alcanzan el 47,1 % y 71,4 %, respectivamente. Este patrón indica que aquellos con mayor pérdida de autonomía en actividades instrumentales son más propensos a desarrollar depresión severa.

De manera global, el 53,4 % de la población presenta probable depresión, mientras que el 32,9 % ya sufre depresión establecida. Estos resultados refuerzan la

importancia de programas de intervención temprana que fomenten la autonomía funcional de los adultos mayores y brinden apoyo psicológico para mitigar el impacto emocional de la pérdida de independencia.

Prueba de normalidad

Tabla 16. Prueba de normalidad de las variables de estudio

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Capacidad Funcional – Actividades Básicas	,137	161	,000
Capacidad Funcional – Actividades Instrumentales	,132	161	,000
Síntomas Depresivos	,169	161	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

La prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) evalúa si los datos siguen una distribución normal. Veamos los resultados:

Análisis de la prueba de normalidad

Hipótesis de la prueba K-S:

H₀ (Hipótesis nula): Los datos siguen una distribución normal.

H₁ (Hipótesis alternativa): Los datos no siguen una distribución normal.

Resultados obtenidos:

- Para capacidad funcional – Actividades básicas: Estadístico = 0.137, **p-valor = 0.000**
- Para capacidad funcional – Actividades instrumentales: Estadístico = 0.132, **p-valor = 0.000**
- Para síntomas depresivos: Estadístico = 0.169, **p-valor = 0.000**

Interpretación:

El p-valor es menor a 0.05 en todas las variables, lo que indica que se rechaza la hipótesis nula. Significa que ninguna de las variables sigue una distribución normal.

Conclusión y recomendación sobre los hallazgos

Dado que las variables fueron medidas en categorías y la prueba de normalidad mostró que no siguen una distribución normal ($p < 0.05$), es adecuado aplicar la prueba Chi-cuadrado de Pearson, ya que es una técnica no paramétrica que permite evaluar la asociación entre variables categóricas sin requerir normalidad. Esta prueba es ideal para analizar si existe una relación

negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas e instrumentales, garantizando un análisis estadístico válido y preciso.

Contraste de hipótesis de estudio

A) Contraste de hipótesis sobre la asociación entre síntomas depresivos y capacidad funcional en actividades básicas.

1. Planteamiento de hipótesis

(H₀): No existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

(H_A): Existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

2. Nivel de significancia

Se establece un nivel de significancia $\alpha=0.05$, el cual es comúnmente utilizado en estudios de salud para determinar la existencia de una relación significativa entre variables.

3. Elección de la prueba estadística

Dado que las variables son categóricas, se emplea la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para evaluar la independencia entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas.

4. Cálculo y análisis de resultados

Tabla 17. Prueba de Chi-cuadrado según objetivo específico 1

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,634	4	,004
Razón de verosimilitud	17,127	4	,002
Asociación lineal por lineal	14,175	1	,000
N de casos válidos	161		

El valor de $p = 0,004$ es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis nula (H₀) y se acepta la hipótesis alternativa (H_A). Esto implica que existe relación negativa significativa entre los síntomas depresivos

y la capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa.

5. Conclusión

El análisis sugiere que la disminución de la capacidad funcional en actividades básicas está relacionada con una mayor presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores. Este hallazgo es relevante para el diseño de estrategias de intervención que busquen preservar la autonomía funcional de esta población, con el fin de reducir el impacto de la depresión y mejorar su calidad de vida.

B) Contraste de hipótesis sobre la asociación entre síntomas depresivos y capacidad funcional en actividades instrumentales

1. Planteamiento de hipótesis

(H₀): No existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

(H_A): Existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.

2. Nivel de significancia

Se considera un nivel de significancia $\alpha=0.05$, el cual es estándar en estudios de salud.

3. Elección de la prueba estadística

Dado que ambas variables son categóricas, se emplea la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para evaluar la independencia entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales.

4. Cálculo y análisis de resultados

Tabla 18. Prueba de Chi-cuadrado según objetivo específico 2

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,937 ^a	6	,044
Razón de verosimilitud	13,517	6	,036
Asociación lineal por lineal	11,006	1	,001
N de casos válidos	161		

El valor de $p = 0,044$ es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, lo que indica que se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_A). Esto significa que existe una relación negativa significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa.

5. Conclusión

Los resultados sugieren que la pérdida de capacidad funcional en actividades instrumentales está asociada con una mayor presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores. Dado que estas actividades incluyen tareas esenciales para la independencia, como el manejo financiero, el uso del transporte y la administración del hogar, su deterioro podría contribuir a un mayor impacto emocional. Esto resalta la importancia de programas de apoyo y rehabilitación para preservar la funcionalidad y reducir el riesgo de depresión en esta población.

Capítulo IV

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en los adultos mayores registrados en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa entre los años 2018 y 2022. A partir de los análisis realizados, se ha evidenciado una correlación significativa entre ambas variables, lo que concuerda con estudios previos a nivel internacional y nacional.

Los resultados reflejan que más del 50 % de los adultos mayores presentan síntomas depresivos, siendo un 32,92 % con depresión establecida y un 53,42 % con probable depresión. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que indican que la depresión es una de las condiciones más prevalentes en la vejez. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta un 30 % de los adultos mayores en América Latina presentan síntomas depresivos, lo que se alinea con los datos obtenidos en este estudio.

Asimismo, la literatura ha señalado que la capacidad funcional deteriorada es un factor de riesgo clave para el desarrollo de síntomas depresivos. En este sentido, los datos obtenidos muestran que el 63,98 % de los adultos mayores presentan dificultades en al menos una actividad básica de la vida diaria, mientras que el 59,01 % tiene una dependencia severa en actividades instrumentales. Esta asociación es respaldada por estudios como el de Lobo et al. (2020) en España, quienes encontraron que los adultos mayores con disminución de su capacidad funcional tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión debido a la pérdida de autonomía y la reducción de su participación social.

Al analizar la relación entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades básicas, los resultados de la prueba de Chi-cuadrado ($p = 0,004$) evidencian una asociación significativa. Se encontró que los adultos mayores con mayor dependencia en actividades como la movilidad, el baño y el vestirse presentaban una mayor prevalencia de síntomas depresivos.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Katz et al. (2019), quienes señalan que la disminución en la independencia funcional influye negativamente en el estado emocional de los adultos mayores, aumentando el riesgo de depresión. Desde una perspectiva teórica, esto se explica mediante el modelo de desadaptación funcional, el cual sostiene que la pérdida de autonomía limita la interacción social y genera sentimientos de inutilidad y desesperanza en las

personas mayores. En este sentido, los datos obtenidos en la comunidad de Santa Rosa de Ocopa sugieren la necesidad de implementar estrategias de intervención en enfermería, orientadas a la rehabilitación funcional y al fortalecimiento de la independencia de los adultos mayores para prevenir el deterioro de su salud mental.

En cuanto a la relación entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en actividades instrumentales, la prueba de Chi-cuadrado ($p = 0,044$) indica una asociación significativa, lo que implica que los adultos mayores con mayor nivel de dependencia en actividades como el manejo financiero, el uso del transporte o la preparación de alimentos presentan una mayor incidencia de depresión.

Los estudios de Gutiérrez-Robledo (2021) en México y Takeda et al. (2020) en Japón han demostrado que la dependencia en actividades instrumentales aumenta la vulnerabilidad psicológica en los adultos mayores. Esto se debe a que estas actividades estuvieron directamente relacionadas con la interacción social y la percepción de autonomía en la vida cotidiana.

Los hallazgos obtenidos en la comunidad de Santa Rosa de Ocopa refuerzan la importancia de diseñar programas de apoyo psicosocial y funcional, que permitan mejorar la autonomía de los adultos mayores a través de estrategias de acompañamiento y rehabilitación en la atención primaria.

Conclusiones

- Se evidencia una relación significativa entre los síntomas depresivos y la capacidad funcional en los adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, lo que nos sugiere que el deterioro en la funcionalidad física está estrechamente vinculado con la presencia de depresión en esta población. Los hallazgos reflejan que aquellos adultos mayores con mayor grado de dependencia funcional presentan una prevalencia considerablemente más alta de síntomas depresivos en comparación con aquellos que conservan su independencia.
- Esto confirma la necesidad de evaluar ambos factores de manera conjunta en la atención geriátrica, con el fin de diseñar estrategias de intervención que mejoren tanto el bienestar emocional como la autonomía de los adultos mayores, contribuyendo en la calidad de vida durante el proceso del envejecimiento.
- Se encuentra que la disminución en la capacidad funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria, tales como la movilidad, el autocuidado y la alimentación, está relacionada con una mayor incidencia de síntomas depresivos.
- Los datos sugieren que la pérdida progresiva de independencia genera frustración, sentimientos de inutilidad y aislamiento social, factores que contribuyen al desarrollo de cuadros depresivos en los adultos mayores. Dado que la mayoría de los participantes del estudio presentan algún grado de limitación funcional, es crucial implementar estrategias de rehabilitación, fisioterapia y apoyo psicosocial dirigidas a preservar la autonomía en estas actividades esenciales. Además, la detección temprana de la pérdida funcional permitiría una intervención oportuna para reducir el impacto negativo sobre la salud mental.
- Se observa que la dependencia en actividades instrumentales, como la administración de finanzas, el uso del transporte, la preparación de alimentos y el manejo de medicamentos, también está vinculada a una mayor presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores. Este hallazgo es relevante, ya que estas actividades son fundamentales para la vida independiente y su pérdida puede generar una sensación de carga para los familiares o cuidadores, afectando la autoestima del adulto mayor.

- La relación encontrada sugiere que promover la autonomía en actividades instrumentales mediante programas de educación, asistencia tecnológica y acompañamiento puede contribuir a la reducción de los síntomas depresivos y al mantenimiento de una mejor calidad de vida. Además, la inclusión de redes de apoyo y estrategias comunitarias puede mitigar el impacto de la dependencia en la salud mental de esta población.

Recomendaciones

- En el ámbito institucional, se recomienda fortalecer los programas de atención geriátrica en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, implementando evaluaciones periódicas que permitan detectar tempranamente síntomas depresivos y deterioro funcional en los adultos mayores. Asimismo, es fundamental capacitar al personal de salud, en especial a los profesionales de enfermería, en la identificación y manejo de la depresión en esta población, promoviendo estrategias de intervención temprana.
- Se sugiere el desarrollo de estrategias comunitarias que incluyan redes de apoyo, talleres de estimulación cognitiva y actividades recreativas, las cuales fomenten la socialización y el bienestar emocional de los adultos mayores. Finalmente, se recomienda fortalecer la coordinación intersectorial entre el sector salud, municipalidades y organizaciones sociales para garantizar el acceso a programas de rehabilitación funcional y atención psicológica en comunidades de difícil acceso.
- A nivel laboral, se recomienda la incorporación de intervenciones multidisciplinarias en la atención de los adultos mayores, integrando profesionales de enfermería, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, con el fin de ofrecer un enfoque integral en su cuidado. Es importante la implementación de protocolos de tamizaje y seguimiento para la detección de síntomas depresivos y deterioro funcional, asegurando un monitoreo continuo y la derivación oportuna a servicios especializados.
- Se sugiere promover programas de autocuidado y rehabilitación que fomenten la actividad física y la independencia funcional, reduciendo el riesgo de depresión y dependencia. Por otro lado, es fundamental sensibilizar al personal de salud y a los cuidadores sobre la importancia del bienestar emocional del adulto mayor, promoviendo un trato humanizado y estrategias que mejoren su calidad de vida en el entorno asistencial.
- Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar los estudios en diferentes contextos geográficos y culturales, con el objetivo de comparar la relación entre síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos

mayores de diversas regiones. También sería pertinente desarrollar investigaciones longitudinales que analicen la progresión del deterioro funcional y la depresión a lo largo del tiempo, identificando factores de riesgo y estrategias de intervención más efectivas.

- Es importante evaluar la efectividad de programas de rehabilitación, atención psicológica y apoyo social en la mejora del bienestar de los adultos mayores con síntomas depresivos y limitaciones funcionales. Finalmente, se sugiere explorar el impacto de la tecnología en la funcionalidad y la salud mental de esta población, analizando el uso de herramientas como aplicaciones móviles, telemedicina y dispositivos de asistencia para mejorar su independencia y estado emocional.

Referencias bibliográficas

1. OMS/WHO. Salud mental de los adultos mayores. [Online].; 2023 [cited 02 marzo 2023]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
2. Casi 1 de cada 5 adultos estadounidenses fue diagnosticado con depresión y la prevalencia varía drásticamente según el estado, de acuerdo con los CDC. [Online].; 2023 [cited 2024 marzo 20]. Available from: [https://cnnespanol.cnn.com/2023/06/15/adultos-estados-unidos-diagnostico-depresion-prevalencia-estado-cdc-trax#:~:text=\(CDC%2C%20por%20sus%20siglas%20en,%2C5%25%20en%20Virginia%20Occidental](https://cnnespanol.cnn.com/2023/06/15/adultos-estados-unidos-diagnostico-depresion-prevalencia-estado-cdc-trax#:~:text=(CDC%2C%20por%20sus%20siglas%20en,%2C5%25%20en%20Virginia%20Occidental).
3. OPS/IRIS. Síntomas de depresión y mortalidad en personas mayores en América Latina: revisión sistemática con metanálisis. [Online].; 2022 [cited 2024 diciembre 25]. Available from: <https://journal.paho.org/es/articulos/sintomas-depresion-mortalidad-personas-mayores-america-latina-revision-sistemica-con>.
4. Martín M. Trastornos psiquiátricos en el anciano. Revista anales del sistema sanitario de navarra. 2009; 22(01): p. 95 - 108.
5. Abad Altamirano P. Situación de la Población Adulta Mayor. [Online].; 2024 [cited 2025 enero 20]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6548711/5706764-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-enero-febrero-marzo-2024.pdf>.
6. MINSA. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. [Online].; 2023 [cited 2025 Febrero 15]. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6598.pdf>.
7. Wierońska JM, Pałucha Poniewiera A, Nowak G, Pilc A. Depression Viewed as a GABA/Glutamate Imbalance in the Central Nervous System. [Online].; 2012 [cited 2025 12 12]. Available from: [https://cdn.intechopen.com/pdfs/30153/InTech-Depression viewed as a gaba glutamate imbalance in the central nervous system.pdf](https://cdn.intechopen.com/pdfs/30153/InTech-Depression%20viewed%20as%20a%20gaba%20glutamate%20imbalance%20in%20the%20central%20nervous%20system.pdf).
8. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona ÁM, Ordóñez Molina J, Osorio Gómez JJ, Chavarriaga Maya LM. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Revistas Javeriana. 2013 enero - marzo; 12(01).
9. Díaz Montecinos D, Aránguiz S, Farías N, Godoy D, Silva N, Durán Agüero S. Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Revista nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2019 Sep 05; 39(02): p. 34 - 39.

10. Husain Krautter S, Ellison JM. Late Life Depression: The Essentials and the Essential Distinctions. [Online].; 2021 [cited 2025 03 12. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.focus.20210006>.
11. Coveñas NS, Sánchez M, Ñaña Cordova AM, Torres Zegarra BC, Jordan Beisaga I, Parodi JF, et al. Ansiedad, depresión y su asociación con dependencia funcional en adultos mayores frágiles. *Revista Gerokomos*. 2024 Dec 02; 35(03): p. 142 - 147.
12. Aravena JM. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2017 Dec; 55(04): p. 255 - 265.
13. Navas Orozco W. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista médica de Costa Rica y Centroamerica*. 2013; LXX(613): p. 495 - 501.
14. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Rincón científico*. 2011 diciembre; 22(4): p. 1–5.
15. Delgado Aguilar S. Análisis descriptivo de la severidad de síntomas depresivos y la funcionalidad en pacientes geriátricos de la consulta del CREAM (Centro Regional para el Estudio del Adulto Mayor), en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" ". Tesis de Especialidad. C.D. México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Departamento de Medicina Humana; 2024.
16. Mora Aguilar DA. Relación existente entre el nivel de funcionalidad y depresión en el grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo, Bolívar. Tesis Pregrado. Ibarra - Ecuador: Universidad Técnica Del Norte, Departamento de Ciencias de la Salud; 2022.
17. Arias Pérez DM. Depresión y calidad de vida en adultos mayores que pertenecen al Centro Gerontológico San Francisco del Cantón Sigchos. Tesis Pregrado. Quito: Universidad Central del Ecuador, Departamento de Psicología; 2022.
18. Zagal Cuevas LE. Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor. Tesis Posgrado. Cuernavaca: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Departamento de Enfermería; 2021.
19. Noj García JD, Asunción De León Hernández LM. Niveles de depresión y funcionalidad del adulto mayor de 65 a 75 años del Centro Mis años Dorados, Mixco 2020. Tesis Pregrado. Guatemala: Universidad De San Carlos De Guatemala, Departamento de Ciencias Psicológicas; 2020.
20. Bedoya Espinoza JR, Morales Castro CJ. Depresión y capacidad funcional en adultos mayores de un Centro de Atención al Adulto Mayor en el distrito de Chilca. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Ricardo Palma, Departamento de Psicología; 2024.

21. Pardo Atoche DS. Depresión en adultos mayores en el caserío de Oidor, Tumbes-2022. Tesis Pregrado. Tumbes: Universidad Nacional De Tumbes, Departamento de Ciencias Sociales; 2023.
22. Acho Chanchari L. Capacidad funcional y depresión en los adultos mayores en el Hospital de Rehabilitación del Callao, 2022. Tesis Prepago. Lima: Universidad Norberth Wiener, Departamento de Ciencias de la Salud; 2022.
23. Grande Zarate CY. Relación entre la depresión y la dependencia funcional del adulto mayor en el albergue casa de todos – Palomino - 2022. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Norbert Wiener, Departamento de Ciencias de la Salud; 2022.
24. Calderón Flores SE. Funcionalidad y depresión en adultos mayores del Centro de Adulto Mayor de San Clemente en tiempos de Covid-19, diciembre 2020. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Norbert Wiener, Departamento de Ciencias de la Salud; 2020.
25. Morales Guillermo MA. Factores asociados al desarrollo de síndrome depresivo en adultos mayores en un establecimiento de salud nivel I-4 de la región junin- 2023. Tesis Pregrado. Huancayo: Universidad Nacional del Centro Del Perú, Departamento de Medicina Humana; 2024.
26. Aida Chong D. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012 junio; 28(2): p. 79-86.
27. Navarro Despaigne DA, Prado Martínez C, Manzano Ovies BR. Osteosarcopenia: del envejecimiento de la unidad óseo-muscular a la enfermedad. Revista Cubana de Reumatología. 2021 mayo; 22(1): p. 1–27.
28. Montalvo Toro J. La vejez y el envejecimiento desde la perspectiva de la síntesis experimental del comportamiento. Revista Latinoamericana de Psicología. 1997; 29(3): p. 459–473.
29. Reynoso–Alcántara V, Guiot–Vázquez MI, Diaz–Camacho JE. Modelo de reserva cognitiva: orígenes, principales factores de desarrollo y aplicabilidad clínica. Revista Mexicana de Neurociencia. 2018 marzo–abril; 19(2): p. 62–73.
30. Del Olmo AF. Reserva cognitiva: ¿De qué hablamos cuando hablamos de ella? [Online].; 2024 [cited 2025 abril 30. Available from: <https://neuronup.com/estimulacion-y-rehabilitacion-cognitiva/dano-cerebral-adquirido/reserva-cognitiva/>.
31. Zúñiga Hernández C. Definición de fragilidad social en personas mayores: una revisión bibliográfica. Revista médica de Chile. 2020 diciembre; 148(12): p. 1787–1795.
32. Cruz Jentoft A, Sayer AA. Sarcopenia. PubMed. 2019 29 de junio.

33. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo Multidisciplinar. Elsevier. 2022 mayo 19; 54(1): p. 1–9.
34. Cristofori G, Aguado–Ortego R, Gómez–Pavón J. Concepto y manejo práctico de la fragilidad en neurología. Revista Neurol. 2023; 76(10): p. 327–336.
35. Lliguisupa Peláez V, Álvarez Ochoa R, Bermejo Cayamcela D, Ulloa Castro A, Estrada Cherres J. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación. 2020 julio - diciembre; VIII(01): p. 16 - 21.
36. Rodríguez Vargas M, Pérez Sánchez L, Marrero Pérez Y, Rodríguez Ricardo A, Pérez Solís D, Peña Castillo Y. Depresión en la tercera edad. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2022 Apr 05; 26: p. 1 - 16.
37. OMS. Depresión. [Online].; 2023 [cited 2025 03 12. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
38. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [Online].; 2023 [cited 2025 03 13. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
39. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5th ed. Arango López C, editor. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
40. Guía de Práctica Clínica GPC. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. [Online]. México D.F.; 2011 [cited 2025 03 07. Available from: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-194-08/ER.pdf>.
41. Barcia D, Alcántara AG. Depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y clínicos. [Online].; 2000 [cited 2025 03 07.
42. Molés Julio MP, Esteve Clavero A, Lucas Miralles MV, Folch Ayora A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Revista Electrónica Enfermería Global. 2019 Jun; 18(55): p. 58 - 70.
43. Campos González L. Depresión geriátrica en los pacientes de la unidad medica "Las Animas Tulyehualco". Tesis Posgrado. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Departamento de Medicina; 2024.
44. Sarró Maluquer M, Ferrer Feliu A, Rando Matos Y, Formiga F, Rojas Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Revista Semergen - Medicina de Familia. 2013 Oct; 39(07): p. 354 - 360.
45. Alcalá V, Camacho M, Giner J. Afectos y depresión en la tercera edad. Revista Psicothema. 2007; 19(01): p. 49 - 56.
46. Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. Revista Médica Electrónica. 2007; 29(05).

47. Aray Intríago ME, Mera Leones RM, Bergmann Zambrano RL. Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico "Futuro Social". Revista Científica. 2022 julio-septiembre; 08(03): p. 2032 - 2056.
48. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Revista Cubana de Higiene y Epidemiol. 2011 Oct 11; 49(03): p. 470 - 481.
49. Berenzon Gorn S, Tiburcio Sainz M, Medina Mora Icaza ME. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. Revista Salud mental. 2005 enero - diciembre; 28(06): p. 33 - 40.
50. Salud Mental 360. Factores de riesgo de la depresión y cómo prevenirla. [Online].; 2021 [cited 2025 03 11. Available from: <https://www.som360.org/es/articulo/factores-riesgo-depresion-como-prevenirla>.
51. Failoc Rojas VE, Del Pielago Meono A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2021 octubre - diciembre; 50(04): p. 285 - 289.
52. Quinatoa Pilco VM, Santamaría Guisamana SE. Sintomatología depresiva y su relación con la sintomatología de ansiedad por separación en adultos mayores Cantón Riobamba. Revista Polo del Conocimiento. 2021 Dec; 06(12): p. 1676 - 1697.
53. Salud Mental 360. Factores de riesgo de la depresión. [Online].; 2025 [cited 2025 03 13. Available from: <https://www.som360.org/es/libro/trastornos-depresivos/factores-riesgo>.
54. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. 2018 Jul; 29(03): p. 182 - 191.
55. Cornachione Larrínaga MA. Vejez. Psicología del Desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. 2nd ed. Argentina: Editorial Brujas; 2008.
56. Mayo Clinic. Depresión (trastorno depresivo mayor). [Online].; 2022 [cited 2025 03 11. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
57. Gómez Angulo C, Campo Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Revista Universitas Psychologica. 2011 Dec; 10(03): p. 735-743.
58. Martínez De La Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Colomer CA, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Revista MEDIFAM. 2002 Diciembre; 12(10): p. 620 - 630.

59. De la Fuente Bacelis TJ, Quevedo Tejero EC, Jiménez Sastré A, Zavala González M. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Revista Archivos en Medicina Familiar*. 2010 enero - marzo; 12(01).
60. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Revista Gerokomos*. 2011 Dec 11; 22(04): p. 162 - 166.
61. Medline Plus. Depresión en los adultos mayores. [Online].; 2024 [cited 2025 03 14]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>.
62. Trigás Ferrín M, Ferreira González L, Meijide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Revista Galicia Clínica*. 2011 May 04; 72(01): p. 11 - 16.
63. CDINC. La Reserva Cognitiva: Qué es y cómo nos protege del deterioro cognitivo. [Online].; 2018 [cited 2025 abril 12]. Available from: <https://cdincbarcelona.com/es/la-reserva-cognitiva-que-es-y-como-nos-protege-del-deterioro-cognitivo/>.
64. Díaz-Orueta U, Buiza-Bueno C, Yanguas-Lezaun J. Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2010 febrero 10; 45(3): p. 150-155.
65. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Revista Ciencia y enfermería*. 2005 Jan 06; XI(02): p. 17 - 21.
66. Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Revista Salud Uninorte*. 2012 enero - junio; 28(01): p. 75 - 87.
67. Zurita Pinto DA, Gordillo Alarcón S, Proaño Rosero R, Reyes Zamora J, Maldonado Landázuri MV. Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015. *Revista enfermería investiga, investigación, vinculación, docencia y gestión*. 2016 julio - setiembre; 01(03): p. 112 - 116.
68. Gonzalez CA, Ham Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Revista Salud Pública de México*. 2007 Jan 31; 49(04): p. 448 - 458.
69. Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. 2nd ed. España: Editorial Masson; 2008.
70. Martínez Velilla N, Ibarrola Guillén C, Fernández Navascués A, Lafita Tejedor J. El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. *Revista Atención Primaria*. 2018 Jan; 50(01).

71. Perou Silveira Y, Faez Menéndez M, San Miguel Borges J, Diaz Boloy M. Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. *Revista Información Científica*. 2016 Jun 27; 95(05): p. 851-861.
72. Lara Jaque RA, Mardones Hernández MA. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de Chillán. *Revista Theoria*. 2009 Jul 13; 18(02): p. 81 - 89.
73. Almaraz Moctezuma SDC, Sánchez Barrera E, Vázquez Chacón V. Análisis de los efectos en la capacidad funcional de adultos mayores de 65-75 años de edad mediante el sistema de realidad virtual IREX. *Revista de Fisioterapia*. 2019 Dec; 03(10): p. 14 - 20.
74. Juana S. Evaluación funcional adulto mayor EFAM-Chile. [Online].; 2004 [cited 2025 03 10. Available from: <https://www.medwave.cl/puestadia/congresos/667.html>.
75. Balbuena Imbernón E. Actividades físicas para mejorar la capacidad funcional del adulto mayor que le permita realizar las actividades de la vida diaria. *Revista Digital*. Buenos Aires. 2013 Jun;(181).
76. National Institute on Aging. Depression and Older Adults. [Online].; 2025 [cited 2025 03 11. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/mental-and-emotional-health/depression-and-older-adults>.
77. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? [Online].; 2022 [cited 2025 03 14. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9004688/>.
78. Neuronup. ¿Qué son las actividades de la vida diaria (AVDs)? [Online].; 2022 [cited 2025 03 13. Available from: <https://neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-de-la-vida-diaria-avds/actividades-de-la-vida-diaria-avds-definicion-clasificacion-y-ejercicios/#:~:text=Las%20actividades%20b%C3%A1sicas%20de%20la,de%20las%20ayudas%20t%C3%A9cnicas%20pe>.
79. Acosta Quiroz CO, González Celis Rangel ALM. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2010 julio - diciembre; 15(02): p. 393- 401.
80. Jansson M, Axel A. El costo social de la pérdida de funcionalidad motora y cognitiva en el adulto mayor. *Revista Pharos*. 2001 mayo-junio; 08(01).
81. Soberanes Fernández S, González Pedraza AA, Moreno Castillo YdC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2009 octubre-diciembre; 14(04): p. 161-172.
82. Aiudo. ¿Que es el índice de Katz y para que sirve? [Online].; 2024 [cited 2024 03 13. Available from: <https://aiudo.es/indice-katz-valores-que>

[valora/?srsId=AfmBOorxXYsgvKzdBGOBpxHzokifjOG6BQVy0S7ZOzNZkYcFoHb_N3G8](https://www.emera.es/noticias/indice-de-katz-como-valorar-actividades-basicas-vida-diaria/).

83. Emera España. Índice de Katz, cómo valorar las actividades básicas de la vida diaria. [Online]. [cited 2025 03 14. Available from: <https://emera-group.es/noticias/indice-de-katz-como-valorar-actividades-basicas-vida-diaria/>.
84. López Espinoza MÁ, Lara Jaque RA, Espinoza Lavoz EdC, Pinto Santuber C. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. Revista Index de Enfermería. 2012 enero - junio; 21(01).
85. Emera España. Grados y niveles de dependencia en el adulto mayor. [Online]. [cited 2025 03 14. Available from: <https://emera-group.es/noticias/grados-y-niveles-de-dependencia-adulto-mayor/>.
86. Loredó Figueroa MT, Gallegos Torres RM, Xequé Morales AS, Palomé Vega G, Juárez Lira A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Revista Enfermería universitaria. 2018 Apr 12; 13(03): p. 159 - 165.
87. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Escala de Lawton y Brody (Actividades instrumentales de la vida diaria). [Online].; 2019 [cited 2025 03 14. Available from: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3b-ESCALA-DE-LAWTON-Y-BRODY.pdf>.
88. Cuidar con Amor. La Escala de Lawton y Brody. [Online].; 2022 [cited 2025 03 14. Available from: <https://cuidarconamor.com/la-escala-de-lawton-y-brody/>.
89. Zavala González MA, Domínguez Sosa G. Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011; 49(06): p. 585 - 590.
90. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación las rutas cualitativas, cuantitativas y mixta. Primera ed. Montes de Oca CT, editor. México: Mc Graw Hill Education; 2019.
91. Tamayo y Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Quinta ed. México: EDITORIAL LIMUSA SA; 2012.
92. Córdova Baldeón I. Instrumentos de investigación. Primera ed. Lima: San Marcos EIRL; 2018.
93. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión en las personas mayores. [Online].; 2017 [cited 2025 03 10. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Depresion.pdf.

94. López Muñoz F, Álamo C. Neurobiology of Monoaminergic Neurotransmission and Antidepressants. [Online].; 2013 [cited 2025 03 12. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-81-322-0825-9_23.
95. Álamo C, López Muñoz F. Depresión y ritmos circadianos: relación farmacológica. El papel de la agomelatina. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2010; 03(01): p. 2 - 11.
96. McEwen BS, Eiland L, Hunter RG, Miller MM. Stress and anxiety: structural plasticity and epigenetic regulation as a consequence of stress. [Online].; 2012 [cited 2025 03 12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21807003/>.
97. Toda S, Iguchi Y, Ziqiao , Nishikawa H, Nagasawa T, Watanabe H, et al. Reconsidering Animal Models of Major Depressive Disorder in the Elderly. [Online].; 2016 [cited 2025 03 11. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4976092/>.
98. Boeira Rocha R, Ronconi Dondossola E, Grande AJ, Colonetti T, Bisognin Ceretta L, Passos IC, et al. Increased BDNF levels after electroconvulsive therapy in patients with major depressive disorder: A meta-analysis study. [Online].; 2016 [cited 2025 03 10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27552533/>.
99. Haroon E, Fleischer C, Felger J, Chen X, Woolwine B, Patel T, et al. Conceptual convergence: increased inflammation is associated with increased basal ganglia glutamate in patients with major depression. [Online].; 2016 [cited 2025 03 12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26754953/>.
100. Ávila Funes JA, Melano Carranza E, Payette H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Revista Salud Pública de México. 2007 Oct; 49(05): p. 367 - 375.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

TÍTULO: Síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1: Síntomas Depresivos Indicadores: Puntuación en la Escala de Yesavage Variable 2: Capacidad Funcional Indicadores: Puntuación total en el Índice de Katz Puntuación total en el índice de Barthel	Método: Científico Tipo: Aplicada Alcance: Diseño: No Experimental	Población: 274 pacientes registrados en el Puesto de Salud de Ocopa. Muestra: 161 pacientes del puesto de salud Recopilación de datos: Instrumento: Plan de análisis de datos:
¿Qué relación existe entre los síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022?	Determinar la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.	Existe una relación significativa entre los síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.			
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas			
¿Cuál es la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades básicas en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022?	Establecer la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades básicas en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.	La relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades básicas es significativa en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.			
¿Cuál es la relación entre los Síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades instrumentales en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022?	Establecer la relación entre los Síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades instrumentales en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.	La relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional – actividades instrumentales es significativa en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022.			

Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables

TÍTULO: Síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		
					INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Género	Condición orgánica, fenotípica y genotípica de la persona registrado en la H.C.	Según su género.	–	–	Masculino / Femenino / Otro	Nominal	Cualitativa
Edad	Tiempo de vida hasta el estudio del individuo H.C.	Años de vida cumplidos	–	–	Número de años cumplidos	Escala de razón	Cuantitativa
Estado civil	Estado civil que tiene en el DNI el individuo H.C	Estado civil	–	–	Soltero / Casado / Viudo / Divorciado / Unión libre	Nominal	Cualitativa
Grado de instrucción	Grado académico máximo alcanzado del individuo H.C	Grado educativo más alto	–	–	Sin estudios / Primaria / Secundaria / Técnico / Universitario	Ordinal	Cualitativa

Ocupación	Ocupación anterior del adulto mayor en función de la preparación.	La calificación según el grado de conocimiento para el trabajo	-	-	Profesional / Técnico / Obrero / Ama de casa / Otro	Nominal	Cualitativa
Enfermedad crónica degenerativa	Enfermedades que tiene el paciente además de funcionalidad y depresión del individuo H.C	Comorbilidades	-	-	Diabetes / Hipertensión / Artrosis / Enfermedad cardiovascular / Otras	Nominal	Cualitativa

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	OPERACIONALIZACIÓN		
					INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Síntomas depresivos	Es la presencia de síntomas como tristeza, desgano, falta de energía, sin ganas de realizar alguna actividad, esto previo en función de destacarte de otras enfermedades que podrían generar depresión.	Los síntomas depresivos se medirán con la escala o test de Yesavage el cual mide algunos síntomas depresivos en la tercera edad.	Alteraciones de la motivación	Pérdida de interés Actividades diarias	Puntuación en la Escala de Yesavage	Ordinal	Cuantitativa
			Alteraciones cognitivas	Dificultades de concentración Memoria	Puntuación en la Escala de Yesavage	Ordinal	Cuantitativa
			Disminución de afecto	Afecto positivo Afecto negativo	Puntuación en la Escala de Yesavage	Ordinal	Cuantitativa

Capacidad funcional	Son las actividades que realiza el adulto mayor tanto básicas e instrumentales para poder llevar una vida normal como lo hacía antes, esta variable se fundamenta en dos conceptos (ABVD) y (AIVD).	En el presente estudio se medirá la funcionalidad a través de los conceptos como son ABVD el cual es medido con el Índice de Katz y el otro AIVD con la Escala de Lawton y Brody.	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	– Bañarse – Vestirse – Uso del retrete o baño – Transferencia silla–cama – Continencia de esfínteres – Alimentación	Puntuación total en el Índice de Katz	Ordinal	Cuantitativa
			Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	– Comer – Lavarse – Vestirse – Arreglarse – Deposiciones (valórese la semana previa) – Micción (valórese la semana previa) – Usar el retrete – Trasladarse – Deambular – Escalones	Puntuación total en el índice de Barthel	Ordinal	Cuantitativa

Anexo 3: Instrumentos utilizados (incluida ficha técnica)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 – 4 : Normal
 - 5 ó + : Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

Descripción de ítems	Si	No
1– En general ¿Está satisfecho con su vida?		
2– ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?		
3– ¿Siente que su vida está vacía?		
4– ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?		
5– ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6– ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?		
7– ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8– ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?		
9– ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?		
10– ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11– En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?		
12– ¿Actualmente se siente un/a inútil?		
13– ¿Se siente lleno/a de energía?		
14– ¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15– ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

0 – 5: Normal	6 – 9: Depresión Probable	>10: Depresión establecida
---------------	---------------------------	----------------------------

CUESTIONARIO SOBRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES

Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022

1. Identificación del Investigador o Institución

Este cuestionario es parte de un estudio realizado por [Bach. Esthefani Deysi Zambrano Huaylinos], con el objetivo de evaluar la relación entre síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa.

2. Propósito del Instrumento

El propósito de este cuestionario es recopilar información sobre el estado emocional y la capacidad funcional de los adultos mayores. La información obtenida servirá para proponer estrategias de intervención que mejoren su calidad de vida.

3. Instrucciones Generales

- Lea cuidadosamente cada pregunta antes de responder.
- Marque la alternativa que mejor represente su situación actual.
- En caso de preguntas abiertas, escriba su respuesta de manera clara.
- No hay respuestas correctas o incorrectas, lo importante es su percepción personal.

4. Confidencialidad y Consentimiento

Su participación en este estudio es voluntaria y la información proporcionada será utilizada exclusivamente con fines de investigación. Se garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Al completar este cuestionario, usted brinda su consentimiento para participar en el estudio.

Datos generales

Género : (M) (F)

Edad :

Estado civil :

- | | | | |
|-----------------|-----|------------------------------------|-----|
| – Soltero | () | – Divorciado(a) / Separado(a)..... | () |
| – Casado | () | – Conviviente | () |
| – Viudo | () | – Otros | () |

Grado de instrucción :

- | | | | |
|--------------------|-----|---|-----|
| – Analfabeto | () | – Técnico Superior | () |
| – Primaria | () | – Superior Universitario incompleto ... | () |
| – Secundaria | () | – Superior Universitario completo | () |

Ocupación:

- | | | | |
|---------------------|-----|---------------------|-----|
| – Agricultor | () | – Albañilería | () |
| – Comerciante | () | – Ganadería | () |
| – En casa | () | – Profesional | () |

Enfermedad crónica degenerativa:

- | | |
|--|-----------|
| – Diabetes mellitus | – Ninguno |
| – Hipertensión Arterial | |
| – Cardiopatía | |
| – Enfermedad renal crónica | |
| – Enfermedades Osteoarticulares | |
| – Enfermedad Pulmonar Obstructiva | |
| – Secuela de accidentes cardiovasculares | |
| – Otros | |

Encuesta para la valoración de las ABVD

Índice de Katz

Actividades básicas

Bañarse

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

Vestirse

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

Uso del retrete o baño

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

Transferencia silla-cama

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

Continencia de esfínteres

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

Alimentación

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

☒ Independiente ☐ Dependiente

VALORACIÓN

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

ÍNDICE DE BARTHEL

La información se obtiene del cuidador principal.

PARÁMETROS	
- Comer	Puntuación
Totalmente independiente	10
Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
Dependiente	0
- Lavarse	
Independiente: entra y sale solo del baño	5
Dependiente	0
- Vestirse	
Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
Necesita ayuda	5
Dependiente	0
- Arreglarse	
Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
Dependiente	0
- Deposiciones (valórese la semana previa)	
Continencia normal	10
Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
Incontinencia	0
- Micción (valórese la semana previa)	
Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
Un episodio diario como máximo de incontinencia, o 5 necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
Incontinencia	0
- Usar el retrete	
Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
Trasladarse Dependiente	0
- Trasladarse	
Independiente para ir del sillón a la cama	15
Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
Dependiente	0
- Deambular	
Independiente, camina solo 50 metros	15
Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
Dependiente	0
- Escalones	
Independiente para bajar y subir escaleras	10
Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Micción (valórese la semana previa)

Resultado	Grado de dependencia
< 45	Severa
45 – 59	Grave
60 – 80	Moderada
80 – 100	Ligera

Anexo 4: Validación por expertos



ANEXO 4:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: COCO RAUL CONTRERAS CORDOVA

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permitame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Índice de Katz y Escala de Yesavage

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	SINTOMAS DEPRESIVOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE OCOPA, 2018-2022.
--------------------------------------	--

El resultado de esta evaluación permitirá la **VAIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento. De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 15/04/2024

Tesista: Esthelfani Deysi Zambrano Huayinos
D.N.I.: 77665546

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS (Ficha de recolección de datos, otros)

Criterios	Escala de valoración				
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se incrementan ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se incrementan ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.
					5
					5
					5
					5
					3

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

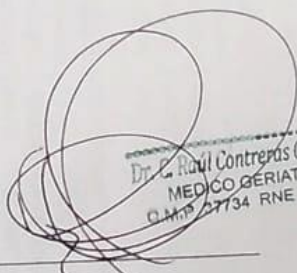
Nombres y Apellidos	COCO RAUL CONTRERAS CORDOVA
Profesión y Grado Académico	MEDICO ESPECIALISTA
Especialidad	GERIATRIA MASTER HOSP. DOMICILIARIA
Institución y años de experiencia	UNCP 125 HDAC 21a
Cargo que desempeña actualmente	MEDICO ASISTENTE. EX DIRECTOR REGIONAL

Puntaje del Instrumento Revisado: 23

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒ APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:


Dr. R. Raúl Contreras Córdova
MEDICO GERIATRA
C.M.S. 27734 RNE 21998

Nombres y apellidos:

DNI: 20667110

COLEGIATURA: 37734

ANEXO 4:

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTO**

JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: Soly Ketly Anieta Roque

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

Índice de KATZ

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	SINTOMAS DEPRESIVOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE OCOPA, 2018-2022.
--	---

El resultado de esta evaluación permitirá la **VALIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento. De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 20 - 04 - 24



Tesisista: Esthefani Deysi Zambrano Huaylinos
D.N.I.: 77665546

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

104

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	Soly Ketly Arrieta Roque
Profesión y Grado Académico	Lic. Enfermería Especialista en Salud Familiar
Especialidad	Especialista en Salud Familiar y Comunitaria
Institución y años de experiencia	Micro Red Chupaca - IPRESS C.S. Pedro Sánchez Meza - 7 años.
Cargo que desempeña actualmente	Responsable de Etapa de vida Adulto Mayor

Puntaje del Instrumento Revisado: 24

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE (☒) APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN (☐) NO APLICABLE (☐)

Título del proyecto:

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
UNIDAD EJECUTORA 412 SALUD CHUPACA
IPRESS PEDRO SÁNCHEZ MEZALic. Soly K. Arrieta Roque
CEP. 28013

Nombres y apellidos: Soly Ketly Arrieta Roque

DNI: 21259752

COLEGIATURA: 28013

ANEXO 4:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD SOLICITUD DE VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTO

Estimado Especialista: SONIA MARINA RODRIGUEZ ENRIQUE

Considerando su actitud ética y trayectoria profesional, permítame considerarlo como **JUEZ EXPERTO** para revisar el contenido del siguiente instrumento de recolección de datos:

JUDICE DE BARTHOL

Le adjunto las matrices de consistencia y operacionalización de variables para la revisión respectiva del proyecto de tesis:

Título del proyecto de tesis:	SINTOMAS DEPRESIVOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD SANTA ROSA DE OCOPA, 2018-2022.
--	---

El resultado de esta evaluación permitirá la **VAIDEZ DE CONTENIDO** del instrumento. De antemano le agradezco sus aportes y sugerencias.

Huancayo, 26/04/24



Tesista: Esthela Deysi Zambrano Huaylín
D.N.I.: 77665546

ADJUNTO:

Matriz de consistencia

Matriz de operacionalización de variables

RÚBRICA PARA LA VALIDACIÓN DE EXPERTOS (Ficha de recolección de datos, otros)

Criterios	Escala de valoración					PUNTAJE
	(1) Deficiente 0-20%	(2) Regular 21-40%	(3) Bueno 41-60%	(4) Muy bueno 61-80%	(5) Eficiente 81-100%	
1. SUFICIENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son suficientes para obtener su medición.	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se incrementan ítems para evaluar completamente la dimensión o indicador.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
2. PERTINENCIA: Los ítems de una misma dimensión o indicador son adecuados para obtener su medición.	Los ítems no son adecuados para medir la dimensión o indicador.	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión o indicador, pero no corresponden a la dimensión total.	Se incrementan ítems para evaluar la dimensión o indicador completamente.	Los ítems son relativamente suficientes.	Los ítems son suficientes.	5
3. CLARIDAD: Los ítems se comprenden fácilmente, es decir, su sintaxis y semántica son adecuadas.	Los ítems no son claros.	Los ítems requieren modificaciones en el uso de palabras por su significado o por el orden de las mismas.	Se requiere una modificación específica de algunos ítems.	Los ítems son claros en lo sintáctico.	Los ítems son claros, tienen semántica y sintaxis adecuada.	5
4. COHERENCIA: Los ítems tienen relación lógica con la dimensión o indicador que están midiendo.	Los ítems no tienen relación lógica con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación tangencial con la dimensión o indicador.	Los ítems tienen una relación regular con la dimensión o indicador que está midiendo.	Los ítems están relacionados con la dimensión o indicador.	Los ítems están muy relacionados con la dimensión o indicador.	5
5. RELEVANCIA: Los ítems son esenciales o importantes y deben ser incluidos.	Los ítems deben ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems pueden ser eliminados sin que se vea afectada la medición de la dimensión o indicador.	Los ítems tienen alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que éste mide.	Los ítems son necesarios.	Los ítems son muy relevantes y debe ser incluido.	5

INFORMACIÓN DEL ESPECIALISTA

Nombres y Apellidos	SOLIA NOVELLA RODRIGUEZ EMILIANO
Profesión y Grado Académico	MAESTRA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD LICENCIADA EN ENFERMERIA
Especialidad	MENTOR : EMERGENCIAS Y DESASTRES
Institución y años de experiencia	RED DE SALUD HUAYLAS SUR CON MAS DE 5 AÑOS DE EXPERIENCIA
Cargo que desempeña actualmente	COORDINADORA DE ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR COORDINADORA EDAS / IRAS

Puntaje del Instrumento Revisado: 25

Opinión de aplicabilidad:

APLICABLE ☒ / APLICABLE LUEGO DE REVISIÓN () NO APLICABLE ()

Título del proyecto:

 **DIRECCION REGIONAL DE SALUD - AREQUIPA**
SECRETARIA REGIONAL DE SALUD
Lic. Solia M. Rodriguez Emiliano
C.E. 1000
COORDINADORA DE ETAPA ADULTO MAYOR

Nombres y apellidos: SOLIA NOVELLA RODRIGUEZ EMILIANO

DNI: 42125762

COLEGIATURA: 090025

Anexo 5: Consentimiento y/o asentimiento de ser necesario

CONSENTIMIENTO INFORMADO

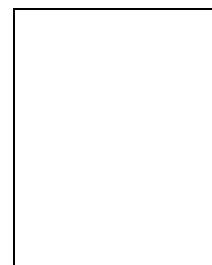
Yo

Identificado(a) con DNI N°, persona natural que es atendida en el centro de salud de Ocopa – Concepción, autorizo mi participación en la investigación titulado: **“Síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022”**, realizado por la estudiante de Pre-Grado de la carrera profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud: Bach. Esthefani Deysi Zambrano Huaylinos; egresado de la Universidad Continental.

Dicho proyecto tiene como objetivo: Determinar la relación entre los síntomas depresivos y capacidad funcional en adultos mayores del Puesto de Salud Santa Rosa de Ocopa, 2018–2022, por tanto, firmo en señal de aceptación y con responsabilidad en las respuestas que considere adecuadas a mi situación,

Concepción, de del 202....

Firma del Participante



Anexo 6: Permiso de la institución donde se realizará la investigación



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas
de Junín y Ayacucho"



AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TESIS

El que suscribe, jefe del establecimiento de salud Santa Rosa de Ocopa de la Provincia de Concepción.

Hace constar que:

Por medio de la presente, se autoriza a la egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Continental de Huancayo, ESTHEFANI DEYSI ZAMBRANO HUAYLINOS, para que realice un estudio retrospectivo, recopilando datos desde el 01 de enero del año 2018, hasta el 31 de diciembre del año 2022. Con el fin de llevar a cabo su tesis titulada "SINTOMAS DEPRESIVOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD DE SANTA ROSA DE OCOPA, 2018-2022".

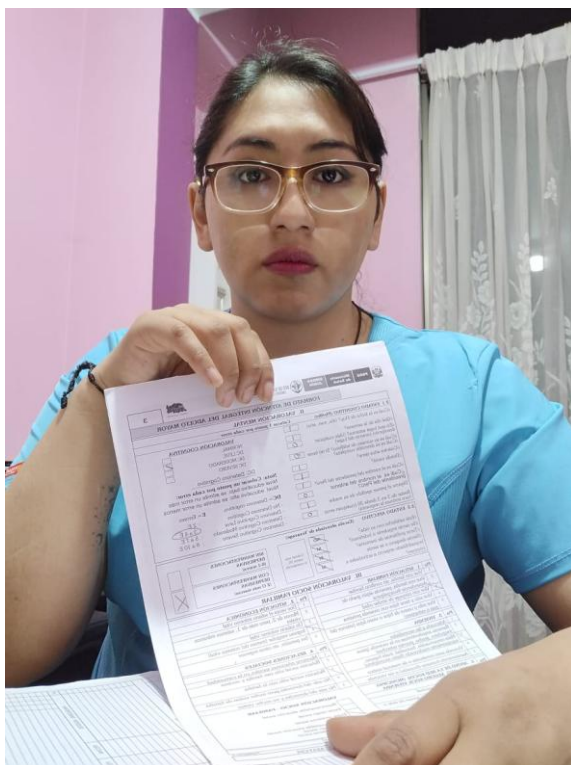
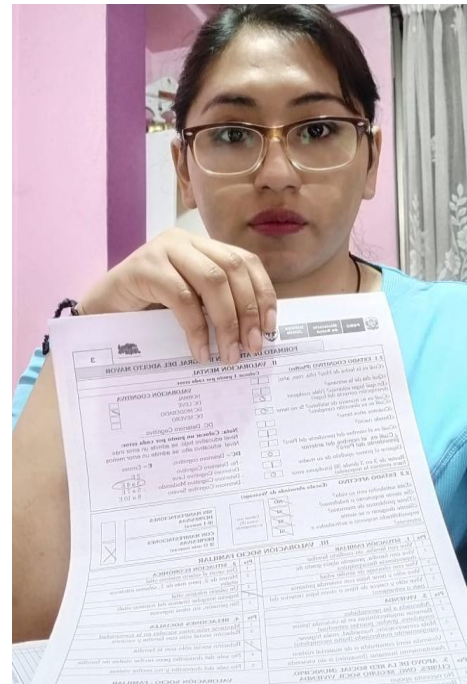
La presente autorización para la recopilación de datos fue concedida desde el 01 de mayo hasta el 30 de diciembre del año 2023 haciendo uso de las instalaciones para poder recopilar dicha información en el Centro de salud Santa Rosa de Ocopa, perteneciente a la Microred Concepción, integrada a la Red de Salud Valle del Mantaro bajo la jurisdicción de la Dirección Regional de Salud Junín. Durante dicho periodo, ha demostrado puntualidad, responsabilidad e interés en el desarrollo de su investigación.

La presente constancia se emite a solicitud de la interesada para los fines que considere convenientes.

Concepción 01 de marzo del 2024.



Anexo 7: Registro fotográfico



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	
II. VALORACIÓN MENTAL Colocar 1 punto por cada error	
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) ¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año) ¿Qué día de la semana? ¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar) ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuántos años tiene? ¿Dónde nació? ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú? Dígale el primer apellido de su madre Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	VALORACIÓN COGNITIVA NORMAL DC LEVE DC MODERADO DC SEVERO DC: Deterioro Cognitivo Nota: Colocar un punto por cada error. Nivel educativo bajo: se admite un error más. Nivel educativo alto: se admite un error menos. DC = Deterioro cognitivo, E = Errores - No Deterioro Cognitivo 2 E - Deterioro Cognitivo Leve 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo 8 a 10 E
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage) ¿Está satisfecho con su vida? ¿Se siente impotente o indolente? ¿Tiene problemas de memoria? ¿Siente desánimo o se siente impotente respecto a actividades e intereses?	
III. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	
1. SITUACIÓN FAMILIAR 1. Vive con familia, sin conflicto familiar 2. Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica 3. Vive con pareja de similar edad 4. Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima 5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	2. SITUACIÓN ECONÓMICA 1. Dos veces el salario mínimo vital 2. Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales 3. Un salario mínimo vital 4. Ingreso irregular (menos del mínimo vital) 5. Sin pensión, sin otros ingresos
3. VIVIENDA 1. Adecuada a las necesidades 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas) 3. Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto) 4. Vivienda semi construida o de material rústico 5. Asestamiento humano (favelación) o sin vivienda	4. RELACIONES SOCIALES 1. Mantiene relaciones sociales en la comunidad 2. Relación social solo con familia y vecinos 3. Relación social solo con la familia 4. No sale del domicilio pero recibe visitas de familia 5. No sale del domicilio y no recibe visitas
5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIO VIVIENDA) 1. No necesita apoyo 2. Requiere apoyo familiar o vecinal 3. Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social 4. No cuenta con Seguro Social 5. Situación de abandono familiar	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR Buena/aceptable situación social Existe riesgo social Existe problema social 5 a 9 pts Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts Existe riesgo social, 15 pts Existe problema social

Anexo 8: Evidencias que validen los equipos utilizados de corresponder

Archivo

Editar

Ver

Datos

Transformar

Analizar

Gráficos

Utilidades

Ampliaciones

Ventana

Ayuda

Data Okxan [ConjuntosDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

ArchivoEditarVerDatosTransformarAnalizarGráficosUtilidadesAmpliacionesVentanaAyuda

</

Data Oklar [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Confiabilidad de los instrumentos

Fiabilidad

Escala: Actividades Básicas

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,757	6

<i>Estadísticas de total de elemento</i>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Act-Ba: Bañarse	2,7702	1,678	,135	,736
Act-Ba: Vestirse	2,6398	1,669	,166	,715
Act-Ba: Uso del retrete o baño	2,7329	1,684	,133	,737
Act-Ba: Transferencia silla-cama	2,8075	1,594	,206	,787
Act-Ba: Continencia de esfínteres	2,7143	1,605	,202	,790
Act-Ba: Alimentación	2,7640	1,669	,143	,730

Fiabilidad

Escala: Actividades Instrumentales

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,706	10

<i>Estadísticas de total de elemento</i>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Act-In: Comer	16,7019	11,111	,252	,686
Act-In: Lavarse	16,9379	12,359	,075	,714
Act-In: Vestirse	16,6460	11,680	,125	,714
Act-In: Arreglarse	17,0683	12,414	,051	,718
Act-In: Deposiciones	16,7702	10,566	,331	,667
Act-In: Micción	16,8385	10,586	,357	,662
Act-In: Usar el retrete	16,8261	10,395	,390	,653
Act-In: Trasladarse	16,3478	9,328	,402	,644
Act-In: Diambular	16,6273	9,435	,398	,646
Act-In: Escalones	16,4348	10,735	,310	,673

Fiabilidad

Escala: Síntomas Depresivos

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,740	15

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	8,3665	9,784	,379	,723
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	8,4845	9,851	,340	,727
3- ¿Siente que su vida está vacía?	8,4969	9,689	,395	,721
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	8,4783	9,551	,443	,716
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	8,1863	10,465	,212	,738
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	8,5590	9,336	,525	,707
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	8,2174	10,421	,211	,738
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	8,2981	10,098	,292	,732
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	8,2547	10,378	,210	,739
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	8,3913	9,602	,436	,717
11- ¿En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	8,4720	9,788	,362	,725
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	8,4534	9,712	,389	,722
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	8,3416	9,889	,350	,726
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	8,4286	9,846	,346	,726
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	8,3975	10,316	,194	,742