

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO  
CON EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LOS  
ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL  
CLUB AIPA TACNA - 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Claudio Cauna Quispe

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN –TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Enfermería**

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL  
SÍNDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA - 2016**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. CLAUDIO CAUNA QUISPE**

Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Aprobado por Unanimidad ante el siguiente jurado.

**Dra. Victoria Nora Vela de Córdoba  
PRESIDENTA**

**Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar  
JURADO**

**Lic. Jenny C. Mendoza Rosado  
JURADO**

**Dra. Ingrid María Manrique Tejada  
ASESORA**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación está dedicado a mis padres Edmundo Cauna Paredes e Inocencia Quispe Pacoticona, por su apoyo incondicional y por brindarme los medios necesarios para seguir esta carrera profesional.

Claudio Cauna Quispe

## **AGRADECIMIENTOS**

- ❖ A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, al personal docentes y administrativo por todas sus enseñanzas brindadas a lo largo de mi formación profesional.
  
- ❖ A la Sra. Hilda Cofre de Lajo presidenta del AIPA y a sus miembros, por las facilidades brindadas en la realización del presente trabajo de investigación.
  
- ❖ A la Dra. Ingrid Manrique Tejada por su asesoría, apoyo y orientación a lo largo de la realización del presente trabajo de investigación.

Claudio Cauna Quispe

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	i
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	ii
<b>RESUMEN</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
 <b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Fundamentos y formulación del problema.....	05
1.2 Objetivos.....	12
1.3 Justificación.....	13
1.4 Formulación de la hipótesis.....	16
1.5 Operacionalización de variable.....	17
 <b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	21
2.2 Bases teóricas.....	38
2.3 Definición conceptual de términos.....	75

### **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1 Material y métodos.....	77
3.2 Población y muestra.....	77
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	79
3.4 Procedimientos de recolección de datos.....	82
3.5 Procesamiento de datos.....	84

### **CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS**

4.1 Resultados.....	85
4.2 Discusión.....	98

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>108</b>
--------------------------	------------

<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>110</b>
-----------------------------	------------

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>112</b>
--	------------

<b>ANEXOS.....</b>	<b>125</b>
--------------------	------------

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA Nro. 01</b>	Tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	86
<b>TABLA Nro. 02</b>	Nivel de dependencia funcional según actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	88
<b>TABLA Nro. 03</b>	Nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	90
<b>TABLA Nro. 04</b>	Relación entre el nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria según el tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	92

<b>TABLA Nro. 05</b>	Relación entre el nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria según el tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	95
<b>TABLA Nro. 06</b>	Edad de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	168
<b>TABLA Nro. 07</b>	Sexo de los adultos mayores miembros Del club AIPA, Tacna – 2016.	170
<b>TABLA Nro. 08</b>	Grado de instrucción de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	172
<b>TABLA Nro. 09</b>	Estado civil de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	174
<b>TABLA Nro. 10</b>	Trabajo según actividad económica de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	176
<b>TABLA Nro. 11</b>	Convivencia con familia de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	178

<b>TABLA Nro. 12</b>	Tipo de seguro de salud de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	180
<b>TABLA Nro. 13</b>	Estado de salud según padecimiento de enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	182
<b>TABLA Nro. 14</b>	Dimensiones del nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	184
<b>TABLA Nro. 15</b>	Dimensiones del nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	186
<b>TABLA Nro. 16</b>	Dimensiones del nivel de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	189

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO Nro. 01</b>	Tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	87
<b>GRAFICO Nro. 02</b>	Nivel de dependencia funcional según actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	89
<b>GRAFICO Nro. 03</b>	Nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	91
<b>GRAFICO Nro. 04</b>	Relación entre el nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria según el tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	94

<b>GRAFICO Nro. 05</b>	Relación entre el nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria según el tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	97
<b>GRAFICO Nro. 06</b>	Edad de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	169
<b>GRAFICO Nro. 07</b>	Sexo de los adultos mayores miembros Del club AIPA, Tacna – 2016.	171
<b>GRAFICO Nro. 08</b>	Grado de instrucción de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	173
<b>GRAFICO Nro. 09</b>	Estado civil de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	175
<b>GRAFICO Nro. 10</b>	Trabajo según actividad económica de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	177

<b>GRAFICO Nro. 11</b>	Convivencia con familia de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	179
<b>GRAFICO Nro. 12</b>	Tipo de seguro de salud de los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	181
<b>GRAFICO Nro. 13</b>	Estado de salud según padecimiento de enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna – 2016.	183

## RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA Tacna 2016. Es un estudio cuantitativo de diseño descriptivo correlacional, la población fue de 42 adultos mayores, se aplicó el Índice de Barthel, Índice de Lawton y Brody, y el Test de Yesavage. Los resultados indican que el nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) es moderada con un 35,7%, en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) es ligera con un 40,5% y el síndrome depresivo en un 40,5% con depresión leve. Concluyéndose que existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo,  $p < 0,05$ .

**Palabras clave:** Dependencia Funcional, Síndrome Depresivo y Adulto Mayores.

## **ABSTRACT**

The present research aims to: Determine the relationship between functional dependency level and depressive syndrome in the older members of the AIPA Tacna 2016 club. It is a quantitative descriptive design study, the population was 42 older adults, was applied The Barthel Index, Lawton and Brody Index, and the Yesavage Test. The results indicate that the level of functional dependence in basic activities of daily living (ABVD) is moderate with 35,7%, instrumental activities of daily living (AIVD) is slight with 40,5% and depressive syndrome In 40,5% with mild depression. It was concluded that there is a significant relationship between functional dependence level and depressive syndrome,  $p < 0,05$ .

**Keywords:** Functional Dependence, Depressive Syndrome and Older Adult.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no es una enfermedad, pero sí genera vulnerabilidad. Aunque todos los seres vivos envejecen como parte de un fenómeno universal, es un proceso totalmente individual, ya que cada quien envejece de manera diferente (21).

Según la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (2).

Nuestro país también presenta este aumento de la esperanza de vida demostrado en el Informe Técnico N° 2 – Junio 2016 del INEI en donde se señaló un aumento en la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016. También que el 40,7% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En cuanto las mujeres que padecen alguna discapacidad el 49,0% son adultas mayores mientras que en los hombres es 36,7%. Lo que conduce a una dependencia de esta población afectada (7).

En tal sentido, el presente estudio tiene como objetivo general:  
Determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA Tacna 2016. En donde los resultados permiten conocer el nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y la depresión en los adultos mayores y su grado de correlación.  
Dado que conociendo la real situación que viven los adultos mayores, el profesional de enfermería podrá intervenir en este grupo de forma integral, lo que a su vez permitirá fortalecer y fomentar a través del cuidado y la educación la autonomía e independencia de los adultos mayores, aumentando con ello su bienestar físico y emocional favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. El ser humano llega a la cúspide de su vida como un adulto mayor el cual desfavorablemente formaba parte de la minoría en un mundo que no se interesaba por su estudio ni por la solución de sus problemas. Sin embargo contradictoriamente en la actualidad representan una población en constante aumento.

Siendo importante las consecuencias que ello conlleva, entre los cambios demográficos sumados al aumento de la esperanza de vida, no determinan necesariamente una mejoría en la calidad de vida ni en el estado de salud de los adultos mayores, sí no todo lo contrario, dado que va de la mano con el deterioro progresivo de las funciones físicas, mentales y sociales del adulto mayor, convirtiéndolo en un grupo poblacional en constante riesgo de morbi-mortalidad, conllevándolo a una dependencia funcional en la realización de las actividades de su vida diaria acompañado muchas veces con síntomas de depresión que agravan su estado.

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2007, se estimó que la población mundial de personas de 60 años a más alcanzaba a 600 millones, lo que representaba el 8,7% de la población general y se calculó que para el 2025 esa población ascenderá de 1 a 2 millones, equivalente al 13,7% de la población en general (1).

Según la OMS Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (2).

Según SENANA en el Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores (Chile). Revela que entre 21,4% y 25,5% de las personas de 60 años y más presentan dificultad en la realización de actividades de la vida diaria y un 10,7% discapacidad severa. En relación a la prevalencia de personas mayores postradas, el Ministerio de Salud estima que un 3,3% de adultos mayores se encuentran en dicha situación (3).

Según la encuesta “SABE” de MIES 2009 – 2010; Ecuador presenta un aumento en su población adulta mayor proyectándose que para el 2050 existirán 3294 adultos mayores de 65 años, siendo en el 2010 solo 896 adultos mayores de los cuales 1 de cada 8 ha experimentado trastornos mentales y más de la mitad de los Adultos Mayores que viven en indigencia experimentan depresión (4).

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La depresión es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores (5).

Según la encuesta de Protección Social realizada por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Chile-2004) se demostró que, los adultos mayores presentan una tasa global de dependencia de 21,4 %. En las mujeres mayores de 60 años esta tasa alcanzó un 27% y en los hombres un 17%. Por otra parte, ese mismo año, el FONADIS estimó una tasa de prevalencia de 12,9% de discapacidad en la población general. Del total de discapacitados del país, los adultos mayores representan el 45% (6).

En nuestro país según Instituto Nacional de Estadística e Informática en el informe técnico N° 2 – junio 2016 del INEI señalo un aumento en la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016. También que el 40,7% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En cuanto las mujeres que padecen alguna discapacidad el 49,0% son adultas mayores mientras que en los hombres es 36,7%. Lo que conduce a una dependencia de esta población afectada (7).

En el 2014 el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) menciona que actualmente existen casi tres millones de personas mayores de 60 años en el Perú en base a los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), este año las personas adultas mayores representan el 9,4% de la población total y se proyecta que en el año 2021, este porcentaje se incrementará a 11,2% (8).

En la Dirección Regional de Salud Tacna, ASÍS en el año 2012 especifica que ha habido un aumento en la población adulto mayor en comparación con el ASIS del año 2010, con una población 7,5% y en el año 2012 la población adulto mayor aumento a un 10,9% siendo la población de 24 467 adultos mayores (25). Lo cual demuestra que en la actualidad la población de adultos mayores está creciendo considerablemente.

El Ministerio de Salud según los lineamientos de política del sector 2002 – 2012, busca atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr

el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable (10).

Por otro lado en el aspecto psicológico, los adultos mayores se ven afectados por una serie de modificaciones en las funciones cognitivas y afectivas como la inteligencia, la memoria, la resolución de problemas, la creatividad, la reacción a estímulos, las emociones, motivaciones y personalidad. Todo esto forma un conjunto de modificaciones psíquicas que agregando además que esta etapa de vida va asociada a la pérdida progresiva del estado de salud, en tal caso, los trastornos emocionales como el síndrome depresivo llegan a ser mortales.

En el análisis de la situación de salud mental en la región de salud Tacna (2009) se evidencia una incidencia 440 casos de trastornos depresivos, de los cuales el 20,4% se presentan en el adulto mayor (11).

La existencia de clubes, organizaciones y demás asociaciones que apoyen a los adultos mayores vienen a ser una alternativa para el desarrollo de una mejor calidad de vida de esta

población, el Club AIPA (Asistencia Integral para el Anciano) fundado en 1996 por su presidenta, la Sra. Hilda Cofre de Lajo en convenio con varias instituciones, brindan apoyo a los adultos mayores miembros, en su mayoría de bajos recursos económicos y en algunos casos con antecedentes de abandono familiar o violencia familiar, donde la dependencia funcional como el síndrome depresivo contribuyen a la disminución de la autoestima y del bienestar auto-percibido generando maltrato, abandono y marginación en las personas afectadas, en este caso los adultos mayores se vean cada vez más aislados de la sociedad.

Sumado a que en el análisis de la situación de salud mental en la Región de Salud Tacna (2009) se evidencia una incidencia 440 casos de trastornos depresivos, de los cuales el 20,4% se presentan en el adulto mayor (11). Este conjunto de modificaciones en las funciones cognitivas y afectivas que agregando a la pérdida progresiva del estado de salud conllevan a que los trastornos emocionales como el síndrome depresivo puedan ser mortales.

Los adultos mayores pasan por una etapa de la vida donde experimentan un conjunto de cambios psicológicos y emocionales: Se dan ciertos sentimientos de inutilidad, de impotencia ante diferentes situaciones, especialmente de pérdida de familiares, amigos, trabajo o salud. La disminución de la autoestima y del bienestar auto-percibido puede generar maltrato, abandono y marginación. Es posible observar cambios relevantes en las rutinas y relaciones entre los miembros, e incluso en la estructura y composición familiar, hacen necesario muchas veces contar con un cuidador, lo cual puede representar una carga económica para los adultos mayores y su entorno familiar (29).

La dependencia funcional y el síndrome depresivo llevan a los adultos mayores a que sean cada vez más aislados de la sociedad, siendo víctima muchas veces de enfermedades crónico-degenerativas, de abandono familiar y de violencia familiar generando un alto impacto tanto en la calidad de vida de las personas afectadas como para quienes están a cargo de sus cuidados, así como también altos costos en atenciones y tratamiento para el ministerio de salud, incrementando la carga hospitalaria y la demanda de atención de los servicios de salud.

Es por ello que el profesional de enfermería es, dentro del equipo de salud, el que cumple la función integral respecto del adulto mayor ya que prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del adulto mayor en la que no intervenga ya que es quien está constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, a través del cuidado (17).

#### **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

¿Existe relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA Tacna 2016?

## **1.2. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA Tacna 2016.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del club AIPA.
- Identificar el síndrome depresivo en los adultos mayores del club AIPA.
- Establecer la relación entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores del club AIPA.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN:**

El aumento de la población adulta mayor, el aumento de la esperanza de vida, el deterioro progresivo de su salud asociado a la edad, la predisposición a la dependencia funcional y a enfermedades mentales como el síndrome depresivo traen consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Los adultos mayores atraviesan una etapa en la que los proyectos de vida ya se han consumado, en donde el proceso de envejecimiento a través del tiempo realiza cambios naturales, graduales, e irreversibles en su persona, haciendo que esta envejezca de manera diferente, dependiendo de sus características innatas adquiridas a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida. Dicha situación hace que los adultos mayores muchas veces se jubilen y dejen de trabajar ocasionando que algunos casos sean menospreciados en sus familias o sean víctimas de violencia o abandono.

En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud del adulto mayor sumado al deterioro progresivo de su funcionalidad, así como la disminución de la interacción con la sociedad hacen a este grupo etareo susceptible a enfermedades y entre ellas el síndrome depresivo la cual aumenta la percepción de tener mala salud.

Estos antecedentes reflejan uno de los principales desafíos para los profesionales de la salud ante el envejecimiento poblacional, la dependencia funcional y la relación con el síndrome depresivo en los adultos mayores generan un alto impacto tanto en la calidad de vida de las personas como para quienes están a cargo de sus cuidados, así como también altos costos en atenciones y tratamiento para el ministerio de salud.

Los resultados del presente estudio permitirán conocer el nivel de dependencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y la depresión en los adultos mayores y el grado de correlación entre ambas variables. También el profesional de enfermería podrá intervenir en este grupo de forma integral, lo que a su vez permitirá fortalecer y fomentar a través del cuidado y la educación la autonomía e independencia de los adultos mayores, aumentando con ello su bienestar físico y emocional favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

A su vez el presente estudio motiva al profesional de enfermería a especializarse en el ámbito de la enfermería gerontogeriatrica y establecer intervenciones que reduzcan el impacto de los efectos negativos de la dependencia funcional y su repercusión en el síndrome depresivo; desarrollando habilidades y actitudes, así como conocimiento que le permita realizar un proceso de atención específico, donde se lleve a cabo una valoración precisa de acuerdo al grado de dependencia y de esta manera poder establecer un plan de cuidados aplicable según la necesidad.

Por otro lado contribuirá a la promoción, al fomento de futuras investigaciones y estudios que permitan sistematizar e investigar los problemas de la población adulta mayor y a su vez brindara información actualizada y veraz a los profesionales de la salud y en especial a los profesionales de enfermería, que al ser uno de los miembros de un equipo multidisciplinario que están en constante contacto con el bienestar y la satisfacción de las necesidades de la persona, familia y comunidad.

#### **1.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS:**

H0: No existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA.

H1: Existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA.

## **1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:**

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel de dependencia funcional en los adultos mayores.

VARIABLE DEPENDIENTE: Síndrome depresivo en los adultos mayores.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Nivel de dependencia funcional en los adultos mayores.	Es el grado en el que los adultos mayores presentan la incapacidad para realizar de manera independiente las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	Actividades básicas de la vida diaria:	1) Alimentación. 2) Baño. 3) Vestirse. 4) Arreglarse. 5) Control de deposiciones 6) Control de micción 7) Uso del retrete. 8) Trasladarse. 9) Deambular. 10) Subir y bajar escaleras.	Índice de Barthel:  Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.	Dependencia total (0 - 20 puntos)  Dependencia severa (25 - 60 puntos)  Dependencia moderada (65 - 90 puntos)  Dependencia leve (95 puntos)  Independencia (100 puntos)	Ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
		Actividades instrumentales de la vida diaria.	1) Capacidad para usar el teléfono. 2) Hacer compras. 3) Preparación de la comida. 4) Cuidado de la casa. 5) Lavado de la ropa. 6) Uso de medios de transporte. 7) Responsabilidad respecto a su medicación 8) Manejo de sus asuntos económicos.	Índice Lawton y Brody:  Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.	Dependencia Total (00 - 01 puntos)  Dependencia Severa (02 - 03 puntos)  Dependencia Moderada (04 - 05 puntos)  Dependencia Ligera (06 - 07 puntos)  Independencia (08 puntos)	Ordinal

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Síndrome depresivo en los adultos mayores.	Es el conjunto de síntomas psíquicos y somáticos de depresión que son expresados por los adultos mayores, y que afectan la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.	Tipo de síndrome depresivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin depresión</li> <li>• Depresión leve</li> <li>• Depresión grave</li> </ul>	Test de Yesavage:  Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.	Sin depresión (00 – 05 puntos)  Depresión leve (06 – 09 puntos)  Depresión grave (10 – 15 puntos)	Ordinal

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:**

Mediante la revisión de investigaciones y estudios realizados a nivel internacional, nacional y local relacionados con el problema y/o variables de estudio se encontraron los siguientes trabajos:

##### **A NIVEL INTERNACIONAL:**

**Bastidas, H.** (12), en su estudio titulado “Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica” en Colombia - 2014. Siendo un estudio a partir de la revisión sistemática de 51 artículos descriptivos o correlacionales en inglés publicados a partir del año 2000 en las bases de datos PsycNet, Ebsco y Science Direct, en donde se llegó a las siguientes discusiones: la depresión como factor etiológico precursor de las enfermedades médicas en adultos mayores, las enfermedades como factores etiológicos precursores de la depresión geriátrica, la depresión geriátrica como reacción emocional ante las enfermedades médicas.

**Rodríguez, M; Quintana, F. y Pérez, M. (13)**, en su estudio titulado “Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas, en la ciudad de Madrid” en Madrid, 2014. Estudio descriptivo transversal, realizado sobre una muestra de 103 ancianos, Aplicando los siguientes instrumentos: Entrevista sociodemográfica, el índice de Barthel versión modificada por Granger, Albrecht y Hamilton, cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer (SPMSQ), cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI-R), escala de ansiedad ante la muerte de Templer (DAS), escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) y por último el Cuestionario de Satisfacción con la Vida (CSV). Cuyos resultados demuestran la relación entre el nivel de dependencia y el bienestar emocional, que los mayores niveles de dependencia se corresponden con una mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Así como también el deterioro cognitivo (Pfeifer) correlaciona positivamente con el nivel de depresión (Yesavage) y la ansiedad (STAI-R) y de manera negativa con las puntuaciones del Barthel, Por lo tanto a mayor deterioro cognitivo, mayores niveles de depresión, ansiedad y dependencia. La edad correlaciona de manera inversa con las puntuaciones del Barthel, señalando que a mayor edad, mayor dependencia.

**Rodríguez, R y Landeros, M.** (14), en su estudio titulado “Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa en el Hospital General de Silao, Guanajuato en México” en México, 2014. Estudio descriptivo, correlacional, transversal, muestreo por conveniencia, incluyó a 90 adultos mayores y 90 agentes de cuidado dependiente. Se describió el perfil socio demográfico, se aplicó el índice de Barthel (nivel de dependencia) y la entrevista de Zarit (sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente). Teniendo como resultados: En el índice de Barthel presentaron dependencia leve (41,1%) en las actividades de la vida diaria. El perfil del agente de cuidado dependiente correspondió a una mujer de edad media ( $53,8 \pm 5,2$ ), casada (88,9%), ama de casa (73,3%), hija de quien cuida (48,9%). En la entrevista de Zarit se encontró a agentes de cuidado dependiente sin sobrecarga (85,6%). Para verificar si existía correlación entre las variables sobrecarga subjetiva y dependencia funcional, se obtuvo el coeficiente de correlación rho de Spearman (-0,46),  $p < 0,05$ . concluyendo que a menor grado de dependencia del adulto mayor, menor es el nivel de sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente.

**Gorosabel, J.** (15), en su estudio titulado: “Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria” en Madrid, 2013. Estudio de tipo descriptivo transversal sobre una población de atención primaria extrayendo una muestra de 1075 personas entre 18 y 69 años. Aplicando los cuestionarios de PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). Teniendo como conclusiones que los trastornos psíquicos comunes son muy frecuentes en esta muestra de atención primaria, siendo los más frecuentes el trastorno depresivo mayor (20,1%), el trastorno depresivo menor (12,9%), el trastorno de ansiedad generalizada (11,4%), la distimia (8,9%) y el trastorno de pánico (3,8%). Siendo la comorbilidad del trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizado es muy elevada (8,7%). El 43,4 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor presenta también trastorno de ansiedad generalizada y el 76,7 % de los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada presenta comorbilidad de trastorno depresivo mayor.

**Milagros de la Fuente, M; Bayona, I; Fernández, F; Martínez, M. y Navas, F.** (16), en su estudio titulado “La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel en los residentes de la ciudad de Soria, Madrid” en Madrid, 2012. Estudio descriptivo transversal realizado sobre una muestra de 156 ancianos (101 mujeres y 55 hombres) institucionalizados. Se aplicó el índice de Barthel Para la medición de la dependencia frente a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Dando como principales resultados que un 70,9% de los hombres son independientes y un 29,1% son dependientes para alguna de las ABVD; frente al 54,5% de mujeres independientes y el 45,5% de dependientes. También puede observarse que el 76,6% de los ancianos de menos de 85 años son personas independientes y el 23,4% son dependientes y los ancianos de 85 y más años, son independientes el 48,9% y dependientes el 51,1%. Concluyendo en que la dependencia del anciano institucionalizado aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud.

**Kattz, M.** (17), en su investigación titulada: “Dependencia en el adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria” en Minatitlán, 2012. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal sobre una muestra de 237 adultos mayores de 70 años y más. El objetivo fue Identificar el grado de dependencia que tienen los adultos mayores para realizar sus actividades de la vida diaria. Aplicando como instrumentos una Cédula de Datos Personales (CDP) y el Índice de Barthel (IB). Dando como resultados que el 45,15% de los adultos mayores son independientes y un 54,85% tienen algún grado de dependencia, donde el sexo femenino fue más dependiente con un 31,23%. El grado leve de dependencia es el que prevalece con un 45,99%. En los grupos de edad “81 a más de 90”, únicamente el 3,8% fueron independientes esto indicó que la independencia disminuye conforme aumenta de edad.

**Buri, A.** (4) en su estudio titulado: "Trastornos Emocionales en el adulto mayor en los ancianatos del Cantón Loja, mayo 2010" en Ecuador, 2011. Siendo una investigación de tipo Descriptivo y transversal sobre una muestra de 67 adultos mayores que presentan trastornos de depresión y demencia senil, con los objetivos de determinar los principales trastornos emocionales en el adulto mayor y Conocer el estado de depresión y grado de demencia senil a través de test psicológicos. Se aplicaron los test de depresión de Beck y el test de Demencia senil. Dando como resultado que el 58,8% de los adultos mayores masculinos presentan algún grado de depresión, mientras que en el sexo femenino es el 78,6 %.

**Segovia, M. y Torres E.** (18), en su estudio titulado "Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero" en Potosí, 2011. Siendo un estudio de recopilación bibliográfica con la revisión total de 25 libros, de los cuales 13 fueron del área de gerontogeriatría, ocho libros del área de enfermería, dos libros electrónicos y dos más de áreas afines, cuyos resultados definieron los conceptos de: Funcionalidad, Valoración funcional del adulto mayor y de Modelos para el cuidado enfermero.

## **A NIVEL NACIONAL:**

**Licas, M.** (19) en su investigación titulada: “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014” en Lima, 2014. Siendo un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal, sobre una muestra de 73 adultos mayores, utilizando el cuestionario escala de depresión geriátrica – Test de Yesavage. Teniendo como resultados relacionado al nivel de depresión de los adultos mayores se aprecia que del 100 % (73) de los encuestados el 58%(42) tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % (17) sin depresión y finalmente el 19%(14) con un nivel de depresión severo. Y que el nivel de depresión normal predomina en la edad comprendida entre los 60-64 años siendo este un 9,5% (7). En el nivel de depresión leve en su mayoría predomina la edad comprendida entre los 65-69 años con un 27,3. % (20). Finalmente en el nivel de depresión severa predomina la edad comprendida entre los 70-74 años con un 6,8%.

**Del Aguila, C. Schérmuly, L. y Yabar, P. (20)**, en su estudio titulado: “Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan (Minsa) Iquitos” en Iquitos, 2014. Estudio es de tipo cuantitativo y de diseño no experimental, descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 100 adultos mayores. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos el Índice de Barthel (ABVD), Escala de Lawton y Brody (AIVD), Test Mini Mental State (MEC), Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (GDS), Test de Snellen y el Cuestionario de disminución de la agudeza auditiva. En dicho estudio se concluye con lo siguiente: El 75% de los adultos mayores mostró algún grado de depresión, observándose mayor proporción de depresión leve en mujeres (30,0%) en comparación con los varones (27,0%). En cuanto a la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria el 100 % de los adultos mayores tiene algún grado de dependencia funcional, el 87% muestra dependencia leve, observándose mayor porcentaje en mujeres (48,0%) en comparación con los varones (39,0%). Y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el sexo femenino tiene mayor dependencia funcional con un 83% que los varones con un 75%.

**Delgado, T.** (21), en su estudio titulado: Capacidad “funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención residencial geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro” en Lima, 2014. Cuyo objetivo fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, Centro de atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”. Lima, 2014. Siendo una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra fue de 92 adultos mayores. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos la lista de chequeo y el índice de Barthel para medir la capacidad funcional. Teniendo como resultados que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una  $r = -0,433^{**}$  y una  $p = 0,013$  %; se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado con una  $r = -0,101$  y una  $p = 0,677$ , no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo.

**Runzer, F.** (22), en su estudio titulado: "Fragilidad en adultos mayores y su asociación con dependencia funcional" en Lima, 2012. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre fragilidad y dependencia funcional en adultos mayores del Centro Geriátrico Naval (CEGENA) durante el 2011. Siendo un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, analítico y de corte transversal. La población estuvo constituida por 1620 pacientes adultos mayores ambulatorios y aplicando la fórmula de prevalencia de cálculo muestral, la cifra ascendió a 311 adultos mayores a estudiar. Los instrumentos aplicados fueron las escalas para medir fragilidad, actividades básicas de la vida diaria, Cuestionario de Pfeifer, cuestionario de síndromes geriátricos y cuestionario de determinantes sociodemográficas. Teniendo como resultado una prevalencia de dependencia funcional de 36,98%, una prevalencia de fragilidad de 27,7%, teniendo entre ambas variables una asociación estadísticamente significativa, ( $p < 0,05$ ). Concluyendo en que la prevalencia de dependencia funcional y fragilidad es alta, y hay una asociación significativa entre ambas.

**González, M, Robles, E.** (23), en su estudio titulado: “Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro” En Lima, 2011. Estudio cuantitativo; de método descriptivo, prospectivo y de corte transversal. El objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, sobre una población total constituida por 353 adultos mayores, la técnica aplicada fue la entrevista. Se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas. Teniendo como resultado que los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad con una mayor predominancia de riesgo de depresión moderada. Así como también el 22,2 % de hombres y el 28,1% de mujeres tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, se observa que el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres. Se realizó la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ( $p = 0,910$ , no significativo).

**Yemira, K.** (24) en su estudio titulado “Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín” en Lima, 2010. Con el objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluye con lo siguiente: La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. Los factores biopsicosociales que influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

## **A NIVEL LOCAL:**

**Huallpa, J.** (25) en su estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de San Francisco del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, en la ciudad de Tacna – Perú” en Tacna, 2014, siendo un estudio de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional realizado sobre una muestra de 60 adultos mayores, aplicando el cuestionario de nivel de conocimientos sobre el autocuidado siendo de elaboración propia y también el TEST DE CYPAC – AM. En cuanto al resultado se obtiene que: el nivel de conocimiento medio, el 35,0% presentan prácticas de autocuidado parcialmente adecuadas, mientras un 6,7% presentan prácticas parcialmente adecuadas y nivel de conocimientos alto el 3,3% presenta práctica adecuada, así mismo no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y práctica del autocuidado del adulto mayor.

**Mamani, G.** (26) en su estudio titulado “Factores Socioculturales que se relacionan con el Estilo de vida del adulto mayor del club virgen de las Mercedes”, en Tacna, 2013. Siendo una investigación de tipo descriptivo analítico, correlacional de corte transversal. Utilizando como instrumentos de valoración: factores socioculturales y estilos de vida. Teniendo como resultado que el 67,5% de los adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable. En relación los factores socioculturales el factor social: se observa que el 50% con edades entre 60 a 64 años; el 60% son de sexo masculino; estado civil 45% los casados 56,3 % trabajan, el 58,8 tiene un ingreso económico de 100 a 500 soles; el 51,3% tiene su actividad laboral actual en casa; el 67,5 % tienen dependencia económica. En el área cultural, se observa que el 42,5 % tiene primaria, el 46,3% religión católica. Llegando a la conclusión que los factores socioculturales se relaciona significativamente al estilo de vida.

**Gamero, K.** (27) en su estudio titulado “Calidad de atención de enfermería y su relación con el autocuidado de paciente adulto mayor Diabético-Policlínico metropolitano red Asistencial–Tacna, 2011”. Siendo una investigación de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional. La población está conformada por 550 pacientes diabéticos escogiendo una muestra de 147 adultos mayores. Obteniendo como resultado que el 69,39 % de los adultos mayores diabéticos tiene una buena percepción de la calidad de atención de enfermería y el 70,7 % asumen un buen nivel de autocuidado, del cual existe relación significativa entre la calidad de atención percibida y el autocuidado de los pacientes adultos mayores ( $P=0,010$ ), es decir, que cuando aumenta la percepción de la calidad de atención, hay un incremento de la proporción de autocuidado por parte de estos pacientes.

**Chucuya, P.** (28) en su estudio titulado “Relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del centro de atención residencial del adulto mayor San Pedro Tacna - 2011” siendo un estudio de tipo descriptivo analítico, correlacional de corte transversal, con una sola población conformada por 25 adultos mayores. Se aplicaron como instrumentos el índice de KATZ, la escala de depresión de YESAVAGE y la escala de autoestima de ROSEMBERG. Llegando a la conclusión de que en los factores psicosociales: el mayor porcentaje de la población presenta depresión grave (56%) y una autoestima baja (52%). En cuanto a la autonomía funcional del adulto mayor la mayoría de la población presenta incapacidad moderada (40%) y un porcentaje significativo incapacidad severa (36%). Entonces los factores psicosociales como la edad, sexo, relaciones sociales, autoestima y depresión se relacionan de manera significativa con la autonomía funcional del adulto mayor y aquellos que no se relacionan son la procedencia, estado civil y religión.

## **2.2. BASES TEÓRICAS:**

### **1.1.1. DEPENDENCIA FUNCIONAL:**

La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno. La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales” (3).

Barthel D, Mahoney F. La describe como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria” (3).

Baltes M. y Wahl H. La definen como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él” (3).

La dependencia funcional en los adultos mayores representa una incapacidad para realizar de manera autónoma las actividades de la vida diaria tanto las básicas (vestirse, bañarse o ducharse, asearse, andar, alimentarse y el control de

esfínteres) como las instrumentales (capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, manejo de sus asuntos económicos).

### **CLASIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL:**

Según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización. La dependencia se puede considerar como:

- **DEPENDENCIA SEVERA:**

Son los individuos con limitación funcional severa, los cuales, debido a esa condición, siempre necesitan ayuda. Ellos constituirán los sujetos con dependencia severa. Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyeron las siguientes situaciones:

- Individuos Postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.

- Sujetos que presenten Demencia de cualquier grado.  
Se define como puntaje MMSE corto <13 puntos y puntaje test de actividades funcionales de Pfeffer >5 puntos.
- Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse)
- Incapacidad para efectuar 2 AIVD (3).

- **DEPENDENCIA MODERADA:**

Considerando la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre. La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones:

- Incapacidad para bañarse.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 ABVD.
- Requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar 3 AIVD.
- Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD (3).

- **DEPENDENCIA LEVE:**

La dependencia leve se ha definido como:

- Incapacidad para efectuar 1 AIVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD (3).

### **CONSECUENCIAS DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL:**

La dependencia funcional trae consigo implicaciones que pueden ocurrir tanto en el plano individual, del hogar y el social.

A nivel individual ocasiona disminución de la autoestima y del bienestar auto-percibido y puede generar maltrato, abandono y marginación. En cuanto a las implicaciones dentro del hogar, es posible observar cambios relevantes en las rutinas y relaciones entre los miembros, e incluso en la estructura y composición familiar, siendo necesario a veces contar con un cuidador, lo cual puede

representar una carga económica para los adultos mayores y para su entorno familiar. Nivel social, en tanto, la dependencia funcional contribuye a incrementar la carga hospitalaria y la demanda de atención de los servicios de salud (29).

#### **VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL:**

La evaluación funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento (30).

La valoración funcional determina o mide la capacidad de una persona para adaptarse a los problemas cotidianos y se efectúa a través de la medición de las siguientes actividades de la vida diaria:

- **ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):**

Son actividades que realiza normalmente una persona en su vida cotidiana, como vestirse, bañarse o ducharse, asearse, andar y alimentarse (31).

Para realizar la recogida de datos y valoración de las actividades básicas de la vida diaria se utilizó el índice de Barthel.

El Índice de Barthel es un instrumento que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Y evalúa aspectos como: Autocuidado y deambulación (31).

**FIABILIDAD, VALIDEZ Y LIMITACIONES:** Su reproducibilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la reproducibilidad de la versión original. De este trabajo se deduce una buena reproductibilidad inter e intraobservador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores (32).

DESCRIPCIÓN Y NORMAS DE APLICACIÓN: La valoración se realiza según la puntuación de una escala de al 100 con intervalos de 5 puntos (dependencia total e independencia, respectivamente). A menor puntuación, más dependencia y a mayor puntuación, más independencia.

- ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD):

Son actividades que hacen referencia a tareas más complejas necesarias para adaptarse con independencia al medio en el que se vive habitualmente: usar el teléfono, el transporte, manejar el dinero o la medicación, realizar las tareas de las casa (31).

Para realizar la recogida de datos y la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria se utilizó el índice de Lawton y Brody.

El índice de Lawton y Brody. Es un instrumento que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Publicada en 1969 y traducida al español en 1993, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana y evalúa aspectos como: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de sus asuntos económicos (33).

FIABILIDAD, VALIDEZ Y LIMITACIONES: Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona. Algunas actividades requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro. No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo (32).

DESCRIPCIÓN Y NORMAS DE APLICACIÓN: Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems. A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (Independencia total).

#### **1.1.2. SÍNDROME DEPRESIVO:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (34).

La depresión también se define como un síndrome clínico caracterizado por un tono bajo de humor, dificultad para pensar y cambios somáticos precipitados por sentimientos de pérdida o culpa (35).

El síndrome depresivo es un trastorno afectivo que varía de desde bajas transitorias de ánimo con características de las vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. Caracterizada por una tristeza persistente, desmotivación y pérdida de la autoestima. Estos sentimientos están acompañados de disminución de la energía y de la concentración, trastornos del sueño (insomnio), disminución del apetito y pérdida de peso. En las personas de edad avanzada, el síndrome depresivo esta frecuentemente caracterizado por una preocupación excesiva por los dolores y achaques corporales (37).

### **SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DEPRESIVO:**

La CIE-10 establece que un episodio depresivo presenta los siguientes parámetros:

- Estado de ánimo depresivo, de duración no inferior a dos semanas.

- Situación no atribuible al empleo de sustancias psicoactivas o a la presencia de algún trastorno mental orgánico.
- Presencia de síndrome somático: en otras clasificaciones se denominan “síntomas melancólicos” o “síntomas endogenomorfos”. Son:
  - Disminución o desaparición del interés y la capacidad de disfrute por las cosas que anteriormente resultaban placenteras.
  - Ausencia de respuestas emocionales ante eventos que, generalmente, suelen desencadenar reacciones.
  - Alteraciones del sueño: es especialmente frecuente la incapacidad de conciliar el sueño (insomnio de conciliación), la de mantenerlo durante más de dos horas consecutivas (insomnio de mantenimiento), o despertarse al menos dos horas antes de la hora prevista.
  - Empeoramiento progresivo durante el día del humor depresivo.
  - Aparición de lentitud en las funciones motoras o agitación.

- Disminución marcada del apetito, disminución del peso corporal por descontrol alimentario (aumento o descenso marcado del apetito) de al menos un 5% en el último mes evaluado.
- Disminución marcada o ausencia de apetito sexual.
- Pérdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo. Sentimiento de inferioridad no justificado prolongado en el tiempo.
- Auto-reproches constantes y desproporcionados con sentimiento de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas.
- Disminución de la capacidad de concentración y pensamiento. Suele acompañarse de falta de decisión (38).

### **CAUSAS DEL SÍNDROME DEPRESIVO:**

En los ancianos, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad.
- Dolor o padecimiento crónico.
- Hijos que dejan el hogar.
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren.
- Pérdida de la independencia, problemas para cuidarse sin ayuda o moverse (39).

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Trastornos tiroideos.
- Mal de Parkinson.
- Cardiopatía.
- Cáncer.
- Accidente cerebrovascular.
- Demencia (mal de Alzheimer)

El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión (39).

## **TIPOS DE SÍNDROME DEPRESIVO:**

- **DEPRESIÓN LEVE:**

Es un tipo de depresión menos grave, lo padece la persona por lo menos semanas, meses o años, incluye síntomas crónicos (a largo plazo), que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de las personas. La depresión leve el adulto mayor evita actividades complejas a causa de la dificultad de acabarlas, se muestra poco deseoso de participar en reuniones. Al ser más evidente la depresión, su participación disminuye de acuerdo a la actividad, se sienten incompetentes, apáticos y retraídos (28).

- **DEPRESIÓN MODERADA O SEVERA:**

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, comer, dormir y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir solo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida (28).

## CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN:

Se puede apreciar diferentes consecuencias como:

- Aumento de riesgo de muerte, aumento de incidencia de suicidios, mayor sufrimiento y alteraciones en su vida previa con (más ingresos en residencias o asilos) mayor frecuencia de desarrollo de una enfermedad somática.
- Pérdida de la salud que acontece la edad, presencia de enfermedad, pérdida de roles, factores biológicos presentes.
- La soledad, baja calidad de vida, incremento de uso de los servicios de salud, deterioro cognitivo, deterioro de la realización de las tareas diarias, alto riesgo de depresión crónica y alto riesgo de suicidio (28).

## VALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR:

Para realizar la valoración de enfermería de la depresión en los adultos mayores, se usan varios instrumentos de medición, cada instrumento tiene ventajas y limitaciones. Los síntomas de depresión pueden ser tan únicos en el adulto

mayor, que el profesional de enfermería debe usar varios métodos y múltiples observaciones al valorar la depresión y entre uno de ellos tenemos:

El Test de Yesavage (GDS-escala de depresión geriátrica), diseñada por Brink y Yesavage en 1983. Es un instrumento de detección selectiva utilizado en muchos ámbitos clínicos para valorar la depresión en la persona mayor. Teniendo a la versión original, de 30 ítems, desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. También la versión abreviada creada por sus mismos autores en 1986, el cual consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no). Que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario (19).

### **1.1.3. ADULTO MAYOR:**

Según la OMS, Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad y que van sufriendo cambio degenerativo en la biología y cognición de la persona (40).

Según Erickson en la vejez la persona pasa por la crisis final de integridad vs. Desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de amor, aun cuando no fueron perfectas. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable (41).

Los ancianos necesitan aceptar sus vidas y su proximidad a la muerte; si fracasan, se sentirán abrumados al comprender que el tiempo es demasiado corto para comenzar otra vida y, por tanto, serán incapaces de aceptar la muerte (41).

## **CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR:**

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral en Salud del Adulto Mayor (2006), las define en cuatro categorías de clasificación:

### **PERSONA ADULTA MAYOR ACTIVA SALUDABLE:**

Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (42).

### **PERSONA ADULTA MAYOR ENFERMA:**

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de

mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor (42).

#### PERSONA ADULTA MAYOR FRÁGIL:

Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según valoración funcional del Índice de Katz. Deterioro cognitivo leve o moderado, según valoración cognitiva Test de Pfeiffer. manifestaciones depresivas, según valoración del estado afectivo escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.

- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28.

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la Prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor (42).

#### PACIENTE GERIÁTRICO COMPLEJO:

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar.

- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses (42).

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista (42).

## **EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y EL ADULTO MAYOR:**

El proceso de envejecimiento produce modificaciones y cambios en la estructura así como también en la fisiología de algunos órganos y sistemas en los adultos mayores, repercutiendo en su estado de salud.

Los cambios más significativos en los adultos mayores son los siguientes:

## CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

En líneas generales, en la vejez se produce una atrofia senil de órganos y tejidos que comporta una disminución de la capacidad funcional (35).

- Disminución del volumen y del peso de los órganos y de los tejidos.
- Distrofia del tejido conectivo.
- Reducción del contenido hídrico de los tejidos.
- Retraso en la diferenciación y en el crecimiento celular.
- Disminución de la elasticidad de los tejidos.
- Acumulación de los pigmentos, de lípidos y de calcio.
- Reducción de la capacidad de homeostasis interna (equilibrio hidroelectrolítico, ácido/base, temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial).

Dentro de las características del proceso de envejecimiento a nivel fisiológico tenemos:

- **ASPECTO EXTERNO:** El aspecto externo va cambiando progresivamente. Las arrugas y las canas son los dos signos externos que expresan el envejecimiento físico de forma aparente.

- Piel: la reproducción celular se produce con mayor lentitud y las células son más irregulares. Las células de la epidermis adelgazan, los haces de colágeno se modifican y se hacen más rígidos, por lo que pierden su funcionalidad, predisponiendo la aparición de arrugas. Desciende significativamente el número de meloncitos, aumenta el riesgo de lesiones cutáneas actínicas, pudiendo dar lugar a pigmentaciones irregulares o incluso a la aparición de manchas más oscuras (lentigo) (36).
- Pelo: La aparición de las canas, como consecuencia de la reducción de la producción de melanina. A su vez, la velocidad de crecimiento del pelo y el diámetro del tallo están disminuidos. Los hombres están más afectados por la caída del cabello en la cabeza y en el tronco, en las mujeres disminuye sobre todo en las axilas y en el pubis. El aumento se produce en los hombres en cejas, orificios nasales y en pabellón auricular, mientras que en las mujeres tiene lugar en el labio superior y en el mentón.

- Uñas: su velocidad de crecimiento está disminuida, y éstas suelen tener menos brillo. El aporte vascular al lecho ungueal está reducido y la matriz se modifica, dando lugar a las estrías longitudinales. Suelen ser más duras por acúmulo de capas córneas, sobre todo las de los pies, y a la vez más espesas y quebradizas, dificultando los cuidados de las mismas.
  
- SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO: Con el proceso de envejecimiento el corazón se atrofia y la elasticidad de éste disminuye, al igual que la de los vasos sanguíneos (esclerosis, depósitos calcáreos, ateroma); con todo, se produce una distensión de la aorta. Todo ello comporta un aumento de las resistencias periféricas, una reducción del gasto cardíaco y una disminución de la velocidad de circulación sanguínea (36).
  
- SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO: A partir de los 40 años se pierde 1 cm de estatura por década. En la vejez, la postura tiende a la flexión general observándose una cifosis de la columna dorsal debido a la deformidad en

cuña de las vértebras y al adelgazamiento de los discos intervertebrales. También se presenta una flexión anterior de cabeza y de nuca, y una flexión ligera de codos, muñecas, caderas y rodillas; los pies se tornan valgus. El desplazamiento del centro de gravedad conduce a un aumento de la energía gastada para conservar el equilibrio y para la marcha normal. A la vez, hay una pérdida normal de la masa muscular, acompañada de disminución de la regeneración tisular.

- **SISTEMA RESPIRATORIO:** Con el envejecimiento aparece una disminución de la expansión de la caja torácica por endurecimiento del cartílago y por la cifosis dorsal. Se reduce el número de alveolos y de cilios y, disminuye el reflejo de la tos. Además, el pulmón está cada vez más rígido. Existe una alteración del parénquima pulmonar y disminuye el intercambio de gases, reduce la capacidad vital (CV) e incrementa el volumen residual (36).

- **SISTEMA DIGESTIVO:** Existe una disminución de la secreción de saliva, el mal estado o ausencias de piezas dentales ocasiona problemas de masticación, adelgaza el esmalte protector, la dentina se hace transparente, aparece una retracción de la encía. Se produce una atrofia papilar en la lengua, la mucosa oral adelgaza y se hace menos elástica, la articulación temporomandibular sufre modificaciones en su cartílago, ligamentos y cápsula, hay un aumento del espesamiento de la bilis. La secreción de jugos gástricos está disminuida, el tamaño del páncreas y su funcionalidad están reducidos (disminución de la secreción de insulina). Existe una reducción de la función absorbente y un sobrecrecimiento bacteriano intestinal. La motilidad está reducida en el estómago, el colon y el intestino delgado (36).
- **SISTEMA HEMATOLÓGICO:** Las modificaciones son básicamente cualitativas, aumento de la fragilidad de los eritrocitos y una disminución de la respuesta a la inflamación y a las infecciones por parte de los leucocitos.

- **SISTEMA URINARIO:** Existe una reducción del número y de la funcionalidad de las nefronas (se pierde al menos el 10% de los glomérulos presentes en la juventud). Se da asimismo un decrecimiento del flujo plasmático renal. A nivel vascular, se presenta una reducción del tamaño arterial, un engrosamiento de la íntima y una atrofia de la media. Aparece disminución del filtrado glomerular, así como de la secreción y de la reabsorción tubular, la reducción de la capacidad secretora de potasio y la reabsorción de agua y sodio.
- **SISTEMA ENDOCRINO:** Se aprecia una disminución de la producción hormonal y de la respuesta orgánica. Aparece una mayor resistencia a la insulina que explica el aumento del número de ancianos diabéticos y con intolerancia a los hidratos de carbono, junto al incremento de las alteraciones cardiovasculares derivadas de la presencia de este factor de riesgo (36).
- **APARATO GENITAL:** En la mujer se produce una reducción de la secreción hormonal (menopausia), disminución de la mucosa vaginal, hay una reducción de

estrógenos y de progestágenos y un aumento de LH y FSH. Crece el tamaño de las mamas por incremento del tejido adiposo y pérdida de elasticidad. En el hombre hay una distensión de la bolsa escrotal y un aumento del tamaño de la próstata, el periodo refractario puede aumentar hasta las 48 h.

- SISTEMA NERVIOSO: Aparece una pérdida de la funcionalidad y del número de neuronas, hay una pérdida de peso y de volumen cerebral, disminuye la producción de neurotransmisores, disminuye la capacidad de coordinación. En cuanto a cambio funcionales: Adelanto de la fase circadiana de sueño, aumento del número y de la duración de los despertares, disminución de la eficacia del sueño nocturno, incremento de la cantidad de sueño superficial y reducción del sueño profundo.
- SISTEMA INMUNITARIO: Con la vejez, la respuesta del sistema inmunitario frente a los estímulos antigénicos está disminuida, al igual que la producción de anticuerpos (36).

- **ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:**

- Vista: Disminuye la elasticidad del cristalino y el tamaño de la pupila, ralentización de la respuesta a la luz, alteración en la percepción de los colores.
- Oído: pérdida de la capacidad auditiva  
Engrosamiento del tímpano, acúmulo de cerumen, la cadena de huesecillos sufre osteoporosis y sus articulaciones anquilosis.
- Gusto: disminuye el número de papilas gustativas y la producción de saliva.
- Olfato: Aumento del tamaño de la nariz, pérdida de capacidad olfatoria.
- Tacto: Reducción de la sensibilidad táctil y dolorosa, merma parcial de los receptores del tacto (36).

#### **CAMBIOS PSÍQUICOS:**

En líneas generales, los cambios psíquicos se pueden relacionar con los siguientes aspectos:

- **MODIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS CEREBRALES:**  
Ello supone alteraciones anatomo-fisiológicas del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.

- MODIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS:
  - Inteligencia: el envejecimiento altera la inteligencia fluida, cuyo máximo se alcanza a los 18 años. La inteligencia cristalizada se mantiene indefinidamente. En el envejecimiento se produce una disminución de la eficiencia intelectual (práctica), pero se mantiene la eficacia de la inteligencia (teoría).
  - Memoria: Uno de los déficits más comunes del envejecimiento es la pérdida de la memoria, sobre todo a largo plazo. Ésta determina la dificultad a la que se enfrentan los ancianos en sus tareas domésticas, las cuales les obligan a recordar acontecimientos realizados en los minutos precedentes. Las dos clasificaciones que se pueden hacer en relación con la memoria son: Los conceptos de memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. Y los conceptos de memoria reciente y memoria remota.

- Resolución de problemas: Presentan cierta dificultad para utilizar estrategias nuevas. El pensamiento se hace más concreto que abstracto. Existe una mayor prudencia ante la toma de decisiones. Hay una mayor rigidez en la organización del pensamiento, presentando cierta dificultad para discriminar la información; hay una tendencia a mantener los propios hábitos, o las estrategias poco pertinentes, y a repetirse de continuo.
  
- Creatividad: se debe tener presente que la creatividad depende de la experiencia, de la propia motivación, del entorno, de la salud, del estilo de vida y de la energía que uno mismo tiene. Se conserva la creatividad en cuanto a la originalidad y a las elaboraciones/ acciones prácticas. Dentro de la creatividad se conservan las humanidades, mientras que las ciencias disminuyen relativamente.
  
- Reacción a estímulos: existe una menor respuesta (se reducen los reflejos), un cierto problema para transformar los estímulos verbales en imágenes

mentales (dificultades en la comprensión) y un enlentecimiento de la respuesta ante los estímulos.

- MODIFICACIÓN EN LA AFECTIVIDAD:
  - Emociones: Se dan ciertos sentimientos de inutilidad, de impotencia ante diferentes situaciones, especialmente de pérdida (familiares, amigos, trabajo, salud).
  - Motivaciones: están muy ligadas a la capacidad de mantener actividades satisfactorias (impulso-estímulo), de ocupar el tiempo, de la influencia del entorno.
  - Personalidad: entre los factores que pueden influir, cabe destacar la salud física y mental, los antecedentes, la pertenencia a un grupo, la identidad social (interés y rol), las interacciones familiares actuales y pasadas, las situaciones de vida, la madurez emocional, entre otros (36).

## CAMBIOS SOCIALES:

La sociedad asigna a cada grupo de edad un rol específico. Los cambios que pueden aparecer en el proceso de envejecimiento son consecuencia de la experiencia personal, de los acontecimientos vividos a lo largo de toda la existencia y de muchas circunstancias impuestas por la situación en la que se encuentra la persona anciana. Así pues, se puede observar una cierta dificultad en el momento de expresar las propias emociones y la afectividad que de ellas se deriva.

La jubilación es una etapa muy crítica en la vida que comporta la desvinculación con el mundo del trabajo. A partir de ese momento tiene lugar toda una serie de pérdidas asociadas a los ingresos, a la satisfacción por el trabajo realizado y la identidad ocupacional, o la interrelación con los compañeros de trabajo. La pérdida del rol de adulto productivo (36).

#### **1.1.4. ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR:**

Uno de los principales objetivos de enfermería es la prevención y promoción de acciones en salud que posibiliten un satisfactorio proceso de envejecimiento en los adultos mayores.

La adaptación al envejecimiento en los adultos mayores, requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etáreo, lo que se traduce en una actitud que transmita valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores (43).

La enfermería geronto-geriátrica contribuye a los cuidados de salud de la población fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima, asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen. Y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos a una muerte digna (44).

La Enfermería Gerontológica, según Gunter y Estes es un servicio de salud que incorpora a los conocimientos específicos de enfermería, aquéllos especializados sobre el proceso de envejecimiento, para establecer en la persona mayor y en su entorno las condiciones que permitan:

- Aumentar las conductas saludables.
- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad.
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte.
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez (45).

- **TEORÍA DE LA AUTOTRASCENDENCIA:**

Pamela G.Reed desarrolló su teoría del auto trascendencia utilizando la estrategia de la “reformulación deductiva”. Reed formuló los principios de las teorías del ciclo vital desde la perspectiva de la enfermera, utilizando el modelo conceptual de Martha Rogers del ser humano unitario (46).

Ésta teoría se basa en la naturaleza del desarrollo de las personas mayores y en la necesidad de producirse un desarrollo continuado para mantener la salud mental y la sensación de bienestar durante el proceso de envejecimiento, por tanto, la investigación inicial para la construcción de la teoría se lleva a cabo con personas mayores. En consecuencia, los resultados sirven para realizar una conceptualización de la salud mental en las personas mayores, en la cual se hace hincapié en la importancia de los recursos que permiten al individuo ampliar los límites del concepto de sí mismo más allá de la preocupación por la salud física y el deterioro cognitivo asociado en el envejecimiento (46).

- **TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:**

Larry C. Coppard y colaboradores definen autocuidado como "todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud" (45).

Orem en su teoría general del autocuidado, define el autocuidado como una función humana reguladora, que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada y continúa a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. Según lo propuesto el autocuidado, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación (28).

Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud (28).

### 2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

**ADULTO MAYOR:** Se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad y que van sufriendo cambios degenerativos en su biología y cognición (5).

**DEPENDENCIA:** La dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero (6).

**DEPENDENCIA FUNCIONAL:** Es el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (47).

**SÍNDROME:** Son un conjunto de síntomas o signos conocidos que pueden aparecer juntos aunque con un origen o etiología de origen desconocido. A su vez, estos síntomas pueden determinar un trastorno específico (33).

**SÍNDROME DEPRESIVO:** Son un conjunto de síntomas psíquicos como tristeza, desinterés, pesimismo, sentimientos de culpa y minusvalía, pérdida del impulso vital, y otros síntomas somáticos como astenia, hipoactividad, anorexia, pérdida ponderal y trastornos del sueño que se mantienen durante la mayor parte del día, y suelen asociarse a un importante deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (48).

**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD):** Son actividades que realiza normalmente una persona en su vida cotidiana, como vestirse, bañarse o ducharse, asearse, andar y alimentarse. En donde La mayoría de ellos incluyen también la continencia de esfínteres (31).

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD):** Son actividades que hacen referencia a tareas más complejas necesarias para adaptarse con independencia al medio en el que se vive habitualmente: usar el teléfono, el transporte, manejar el dinero o la medicación, realizar las tareas de las casa (31).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. MATERIAL Y MÉTODO:**

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, dado que estudia fenómenos sociales a través de técnicas estadísticas; de diseño transversal, dado que busca estudiar dos variables simultáneamente en un determinado momento; descriptivo, porque se busca especificar las propiedades importantes de la muestra de estudio y correlacional, porque tuvo como propósito determinar la relación entre dos o más variables y el grado en que las variaciones que sufre un factor se corresponden con las que experimenta el otro (49).

#### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

##### **POBLACIÓN:**

El universo poblacional está constituido por 42 Adultos mayores en el Club AIPA - Alto de la Alianza, de la ciudad de

Tacna. Para fines de estudio se trabajó con toda la población de Adultos mayores, cuyas edades oscilaban de 60 a más años.

**Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores que son miembros del club AIPA con 60 a más años edad.
- Adultos mayores de cualquier nivel socioeconómico y no importando el nivel de alfabetización.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores miembros que deseen participar en el estudio.
- Adultos mayores que estuvieron presentes el día de aplicación de los instrumentos.

**Criterios de exclusión:**

- Adultos miembros del club AIPA. Menores de 60 años.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en el estudio.
- Adultos mayores ausentes el día de la aplicación de los instrumentos.
- Adultos mayores que presentan alteraciones mentales que imposibiliten su expresión y/o llenado de los instrumentos.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

El método que se utilizó es la encuesta y entrevista para la recolección de datos, así como también los instrumentos utilizados fueron 03 instrumentos para medir las variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel de dependencia funcional; se evalúa con 2 instrumentos para estudiar la funcionalidad de desarrollar actividades básica e instrumentales de la vida diaria.

ÍNDICE DE BARTHEL. El cual permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (31). La valoración se realiza según la puntuación de una escala del 0 al 100 con intervalos de 5 puntos (dependencia total e independencia, respectivamente). A menor puntuación, más dependencia y a mayor puntuación, más independencia.

Según la siguiente interpretación:

- 0-20= Dependencia total.
- 25-60= Dependencia severa.
- 65-90= Dependencia moderada.
- 95 = Dependencia leve.
- 100 = Independencia. (ver anexo N° 03)

ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY. El cual permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Publicada en 1969 y traducida al español en 1993, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana y evalúa aspectos como: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejo de sus asuntos económicos (50).

La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente interpretación:

- 0-1 = Dependencia Total.
- 2-3 = Dependencia Severa.
- 4-5 = Dependencia Moderada.
- 6-7 = Dependencia Ligera.
- 8 = Independencia. (ver anexo N° 04)

Se le agregó un apartado con datos sociodemográficos: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, desarrollo de actividades económicas, vive con familia, tipo de seguro y padecimiento de alguna enfermedad.

VARIABLE DEPENDIENTE, síndrome depresivo en los adultos mayores; se evalúa con la escala de depresión geriátrica – TEST DE YESAVAGE (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, que fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores. La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático (19).

Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, el cual consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) en donde los ítems N° 2, 12 y 15 han sido cambiados por los ítems 25, 16 y 17, que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario (19).

Para este instrumento las respuestas correctas son: Negativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, Afirmativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1.

La escala de interpretación es la siguiente:

- Sin depresión: 0 a 5 puntos.
- Depresión leve: 6 - 9 puntos.
- Depresión grave: 10 - 15 puntos. (ver anexo N° 05)

#### **3.4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la recolección de datos se realizó coordinaciones con la presidenta del Club AIPA, para las facilidades del caso.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo durante los meses de agosto y septiembre del 2016, con un procedimiento personal, su fuente fue de primera mano mediante entrevistas, se aplicó los instrumentos de recolección de datos en los domicilios así como también en el mismo club AIPA de los adultos mayores, utilizando un promedio de 20 minutos para ambos instrumentos.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para el desarrollo del estudio se obtuvo la autorización de las personas con el consentimiento informado, de acuerdo a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, aplicando los siguientes artículos:

- Artículo 13, donde refiere que prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.
- Artículo 17, donde menciona que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio.
- Artículo 20, donde el sujeto de investigación autoriza su participación mediante un consentimiento informado por escrito.
- Artículo 21, en el cual el sujeto deberá recibir una explicación clara y completa del estudio al cuál será sometido.
- Fracción VII, donde se explica la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.
- Fracción VIII, a seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (53).

### **3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS:**

Una vez concluido con la recolección de datos se codificaron y vaciaron a una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo Statical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 23.0.

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la correlación de variables, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

Para la presentación de los resultados se generaron tablas de contingencia y gráficos según corresponda a los objetivos planteados.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. RESULTADOS:**

En este capítulo se presentan las tablas, análisis y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida durante la investigación que fueron procesados en el programa SPSS23.

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

**TABLA Nro. 01**

**TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**

<b>TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Sin depresión	17	40,5%
Depresión leve	17	40,5%
Depresión grave	8	19,0%
Total	42	100,0%

**Nota:** Test de Yesavage GDS – 15 (Escala de Depresión Geriátrica)

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

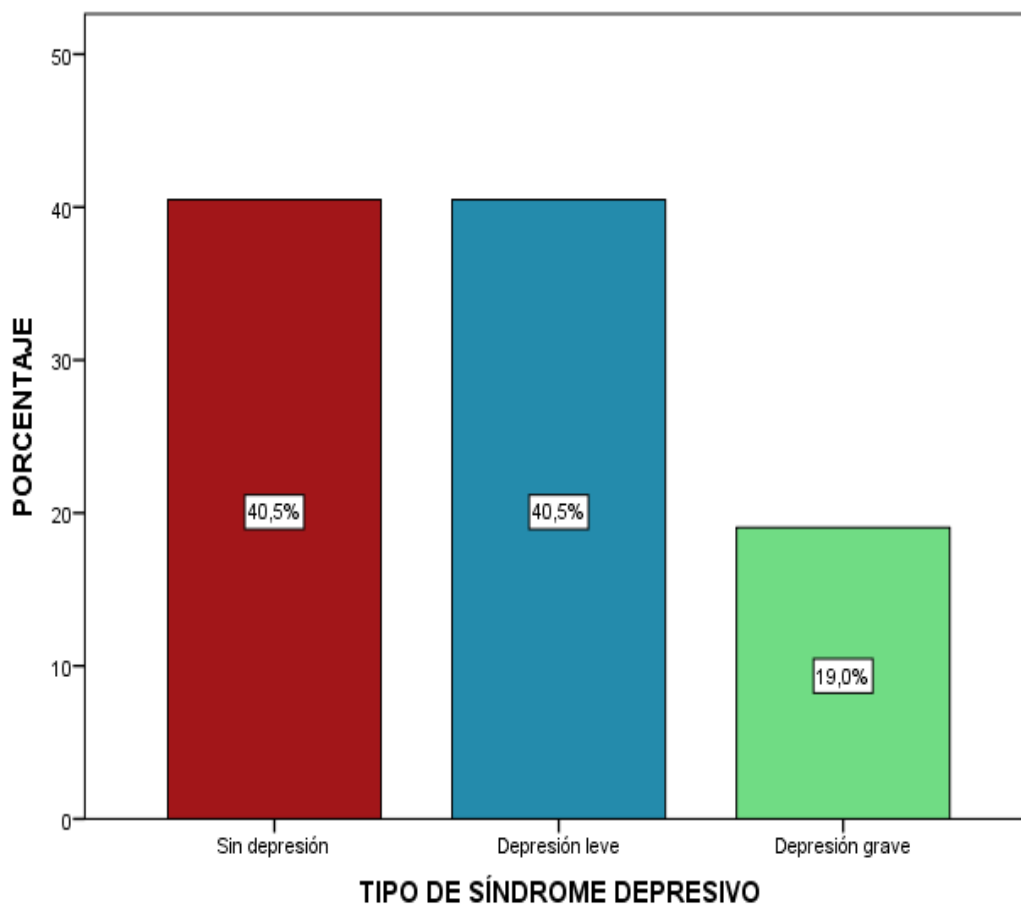
**Elaborado:** Yesavage y modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 01 relacionado al nivel de depresión en los adultos mayores miembros del club AIPA se aprecia que, el 40,5% se encuentra normal sin depresión, seguido de un 40,5% de los encuestados tiene un nivel de depresión leve y finalmente el 19,0% con un nivel de depresión grave.

**GRAFICO Nro. 01**

**TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 01.

**TABLA Nro. 02**  
**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS**  
**DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL**  
**CLUB AIPA**  
**TACNA - 2016**

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES (ABVD)</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Independencia	12	28,6%
Dependencia Ligera	12	28,6%
Dependencia Moderada	15	35,7%
Dependencia Severa	3	7,1%
Dependencia Total	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Nota:** Índice de Barthel (ABVD)

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

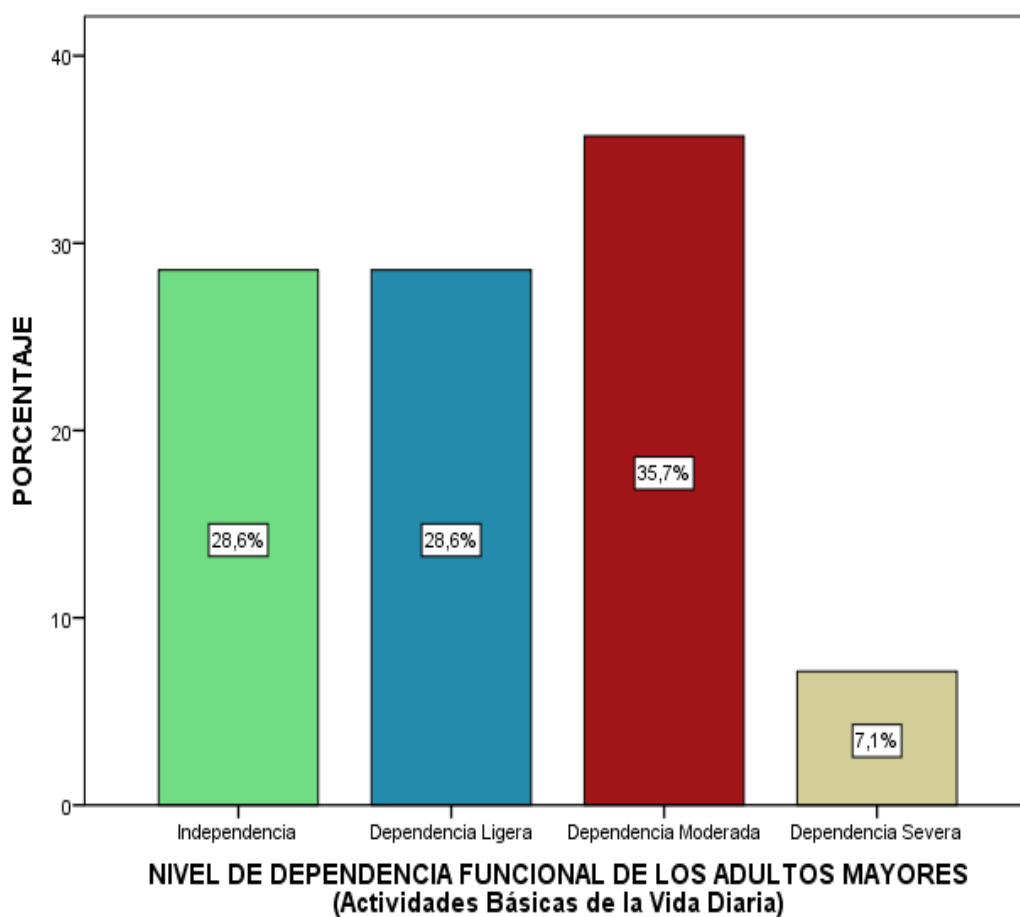
**Elaborado:** Por Mahoney y Barthel, modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 02 se puede observar que, el 35,7% de los adultos mayores del Club AIPA presentan una dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, seguido de un 28,6% con dependencia ligera, un 28,6% es independiente y finalmente un 7,1% presenta dependencia severa.

**GRAFICO Nro. 02**

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS  
DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL  
CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 02.

**TABLA Nro. 03**  
**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES**  
**INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS**  
**MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA**  
**TACNA - 2016**

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES (AIVD)</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Independencia	15	35,7%
Dependencia Ligera	17	40,5%
Dependencia Moderada	3	7,1%
Dependencia Severa	1	2,4%
Dependencia Total	6	14,3%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Nota:** Índice Lawton y Brody (AIVD)

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Por Lawton y Brody, modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

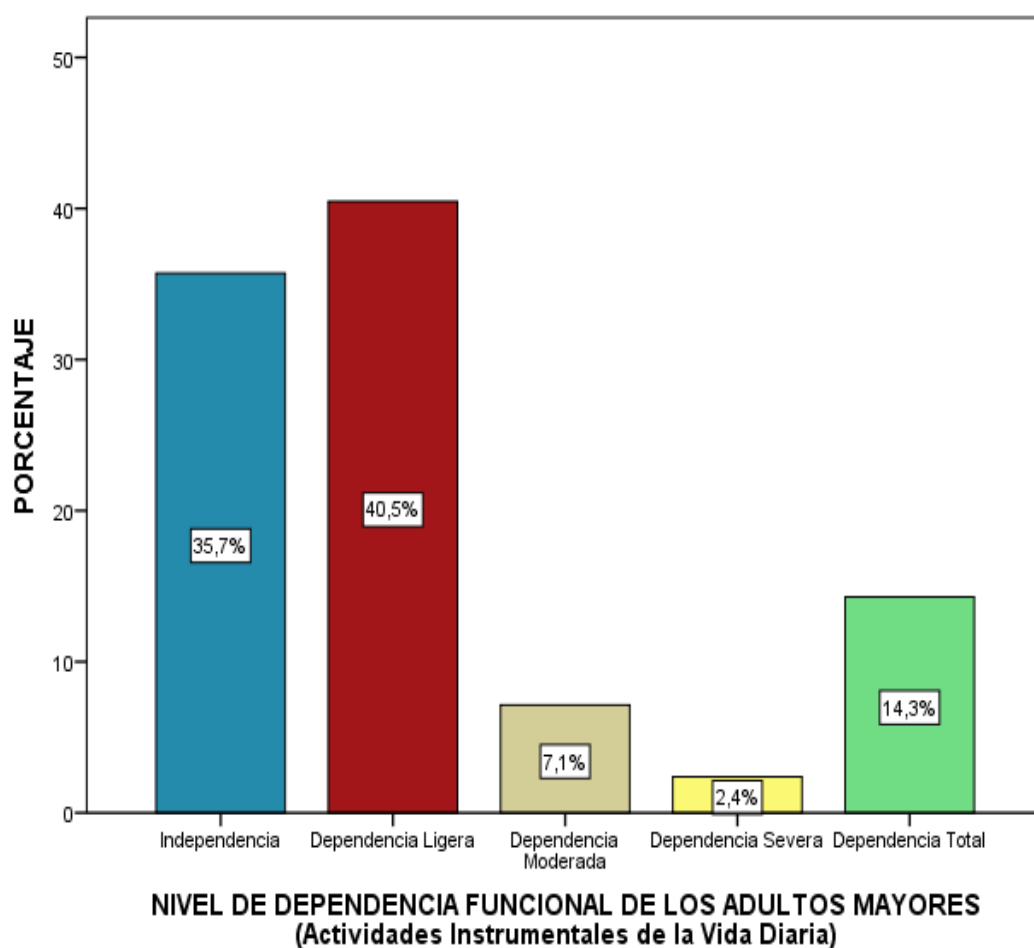
En la tabla Nro. 03 se puede observar que, el 40,5% de los encuestados presentan una dependencia ligera en actividades instrumentales de la vida diaria, seguido de un 35,7% que es independiente, un 14,3% con dependencia total, un 7,1% con dependencia moderada, y finalmente un 2,4% presenta dependencia severa.

**GRAFICO Nro. 03**

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS**

**MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA**

**TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 03.

**TABLA Nro. 04**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL TIPO DE  
SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS  
DEL CLUB AIPA  
TACNA – 2016**

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL (Actividades Básicas de la Vida Diaria)	TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO						TOTAL	
	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN GRAVE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
INDEPENDENCIA	7	16,7%	5	11,9%	0	0,0%	12	28,6%
DEPENDENCIA LIGERA	7	16,7%	3	7,1%	2	4,8%	12	28,6%
DEPENDENCIA MODERADA	3	7,1%	9	21,4%	3	7,1%	15	35,7%
DEPENDENCIA SEVERA	0	0,0%	0	0,0%	3	7,1%	3	7,1%
DEPENDENCIA TOTAL	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>40,5%</b>	<b>17</b>	<b>40,5%</b>	<b>8</b>	<b>19,0%</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>
$X^2 = 20,650^a$		GI = 6		p = 0,002 < 0,05				

**Nota:** Índice de Barthel (ABVD) y Test de Yessavage

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Por Mahoney y Barthel y Yesavage, modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

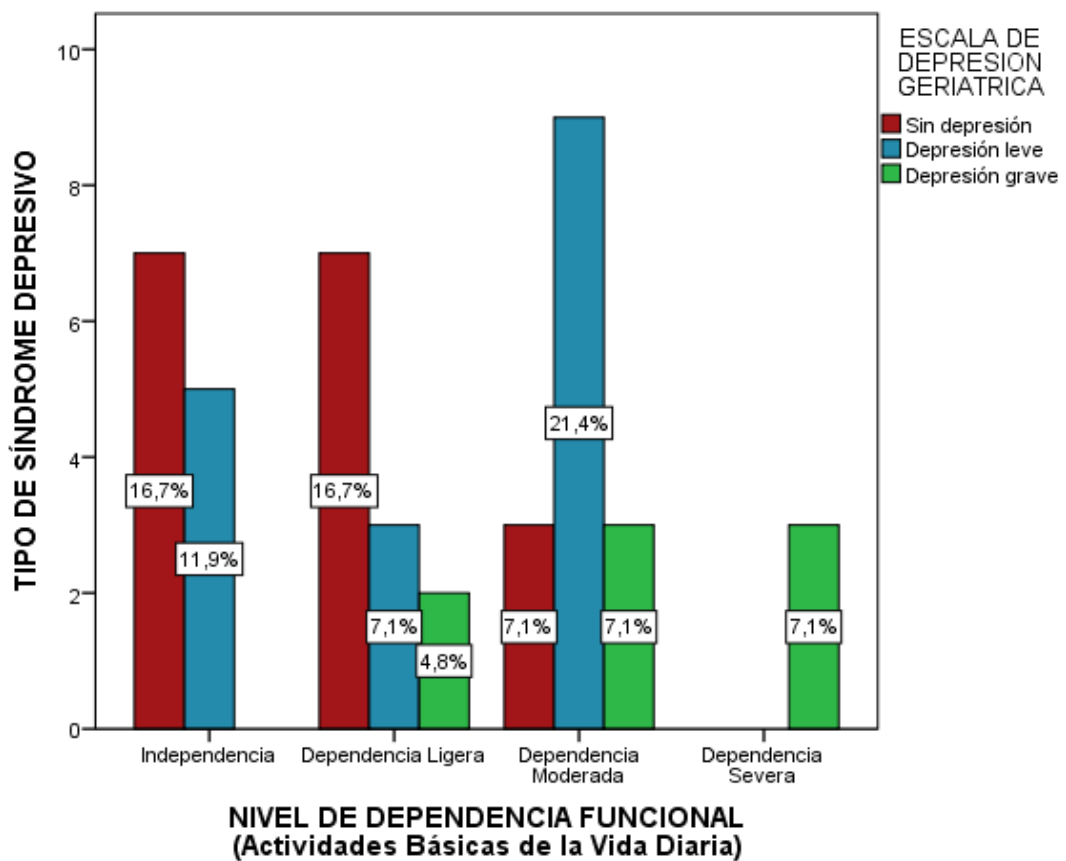
## **DESCRIPCION:**

En la presente tabla se puede apreciar la relación entre el nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria según el tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del Club AIPA. Donde el nivel de dependencia funcional moderado (ABVD) se relaciona con el síndrome depresivo leve con un 21,4%, la dependencia severa (ABVD) se relaciona con la depresión grave en un 7,1% y la independencia (ABVD) se relaciona con estado normal sin depresión con un 16,7%.

Mediante la prueba estadística Chi cuadrado podemos apreciar que si existe relación estadística altamente significativa entre los niveles de dependencia funcional (actividades básicas de la vida diaria) y el tipo de síndrome depresivo con un valor de  $0,002 < 0,05$ .

GRAFICO Nro. 04

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL TIPO DE  
SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS  
DEL CLUB AIPA  
TACNA – 2016



Fuente: Tabla Nro. 04.

**TABLA Nro. 05**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL  
TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA – 2016**

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)	TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO						TOTAL	
	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN GRAVE			
	N	%	N	%	N	%	N	%
INDEPENDENCIA	9	21,4%	6	14,3%	0	0,0%	15	35,7%
DEPENDENCIA LIGERA	6	14,3%	9	21,4%	2	4,8%	17	40,5%
DEPENDENCIA MODERADA	2	4,8%	0	0,0%	1	2,4%	3	7,1%
DEPENDENCIA SEVERA	0	0,0%	0	0,0%	1	2,4%	1	2,4%
DEPENDENCIA TOTAL	0	0,0%	2	4,8%	4	9,5%	6	14,3%
<b>TOTAL</b>	17	40,5%	17	40,5%	8	19,0%	42	100,0%
$X^2 = 21,451^a$		Gf = 8		p = 0,006 < 0,05				

**Nota:** Índice Lawton y Brody (AIVD) y Test de Yesavage

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Por Lawton y Brody, y Yesavage, modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

## **DESCRIPCION:**

En la presente tabla se puede apreciar la relación entre el nivel de dependencia funcional según actividades Instrumentales de la vida diaria y el tipo de síndrome depresivo de los adultos mayores miembros del Club AIPA. Donde el nivel dependencia funcional ligera (AIVD) se relaciona con el síndrome depresivo leve con un 21,4%, la dependencia Total (AIVD) se relaciona con depresión grave en un 9,5% y la independencia (AIVD) se relaciona con estado normal sin depresión con un 21,4%.

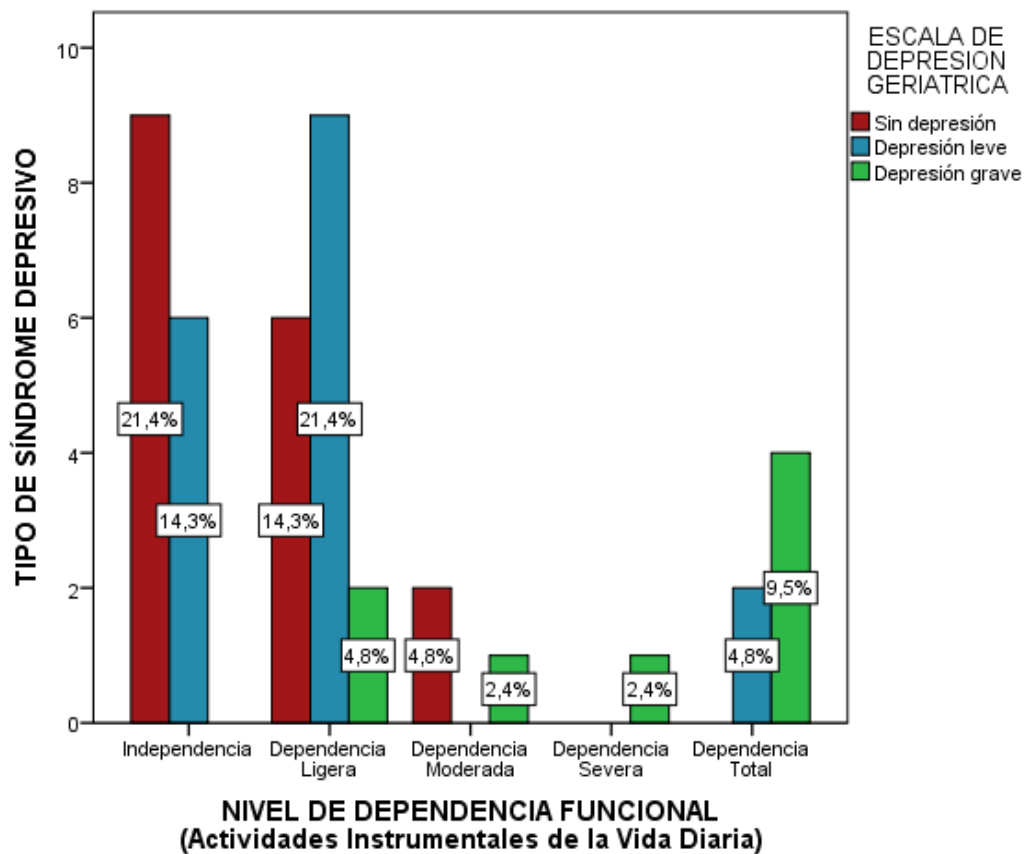
Mediante la prueba estadística Chi cuadrado podemos apreciar que si existe relación estadística altamente significativa entre los niveles de dependencia funcional (actividades Instrumentales de la vida diaria) y el tipo de síndrome depresivo con un valor de  $0,006 < 0,05$ .

**GRAFICO Nro. 05**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL  
TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS ADULTOS MAYORES**

**MIEMBROS DEL CLUB AIPA**

**TACNA – 2016**



Fuente: Tabla Nro. 05.

## 4.2. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en este estudio al evaluar el Nivel de dependencia funcional relacionado con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA, se tiene:

En la Tabla N° 01, que corresponde al nivel de depresión en los adultos mayores miembros del club AIPA es leve con un 40,5% seguido de un 40,5% de los encuestados que se encuentra normal sin depresión y finalmente el 19,0% con un nivel de depresión grave.

Podemos reforzar el término de síndrome depresivo, en el cual se basa Tabloski, P. en su libro "Enfermería gerontológica. 2ª Ed". Definiendo a la depresión como un síndrome clínico caracterizado por un tono bajo de humor, dificultad para pensar y cambios somáticos precipitados por sentimientos de pérdida o culpa. Por otro lado los adultos mayores experimentan ciertos cambios psíquicos como lo son; sentimientos de inutilidad, de impotencia ante diferentes situaciones, especialmente de pérdida (familiares, amigos, trabajo, salud) (35).

El presente trabajo concuerda con la investigación de Buri, A. realizado en Ecuador el 2011, titulado: “Trastornos Emocionales en el Adulto Mayor en los Ancianatos del Cantón Loja, Mayo 2010 – Mayo 2011”. Dando como resultado que el 58,8% de los adultos mayores masculinos presentan algún grado de depresión, mientras que en el sexo femenino es el 78,6 %. Afirmando así una predominancia de la depresión en adultos mayores (4).

También se concuerda con la investigación de Yemira, K. Quien realizó un estudio en Lima-Perú 2010, titulado “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”. Donde la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa (24).

Por otro lado González, M, Robles, E. (2011) En Lima, quien realizó un estudio titulado: “Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro” difiere en sus resultados, concluyendo con una mayor predominancia de riesgo de depresión moderada siendo el 22,2 %

en hombres y el 28,1% en mujeres. Notándose así la diferencia en cuanto al nivel de depresión, a comparación del presente estudio el cual mostro un 40,5% de encuestados con depresión leve (23).

Contrastando con la investigación realizada por Licas, M. (2015) En Lima, titulada: “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”, donde el autor tiene como resultados que el 58% tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % con depresión normal y finalmente el 19% con un nivel de depresión severo. Por presentar una mayor predominancia de la depresión leve a diferencia del presente estudio el cual muestra una igual similitud entre lo normal sin depresión y la depresión leve (19).

Como se puede observar, menos de la mitad de los adultos mayores miembros del club AIPA presentan depresión leve manifestado porque gran parte de los encuestados ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones, también refieren no encontrarse de buen humor la mayor parte del tiempo y con frecuencia se sienten desamparados y desprotegidos.

En las tablas N° 02 y N° 03 que corresponde al nivel de dependencia funcional de los adultos mayores del Club AIPA; se puede observar en ABVD que, el 35,7% presentan una dependencia moderada, seguido de un 28,6% con dependencia ligera, un 28,6% es independiente y finalmente un 7,1% presenta dependencia severa. Mientras que en AIVD se puede observar que, el 40,5% de los encuestados presentan dependencia ligera, seguido de un 35,7% que es independiente, un 14,3% con dependencia total, un 7,1% con dependencia moderada, y finalmente un 2,4% presenta dependencia severa.

Podemos reforzar el término de dependencia funcional, en el cual se basa Barthel D, Mahoney F. describiéndola como la “incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”. O como Baltés M. y Wahl H. definiéndola como “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él” (3).

Dicho lo anterior la dependencia funcional en los adultos mayores representa una incapacidad para realizar de manera autónoma las actividades de la vida diaria tanto las básicas

(vestirse, bañarse o ducharse, asearse, andar, alimentarse y el control de esfínteres) como las instrumentales (capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, manejo de sus asuntos económicos).

El presente trabajo difiere con la investigación de Rodríguez, R y Landeros, M. (2014) En México, quienes realizaron un estudio titulado “Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa en el Hospital General de Silao, Guanajuato en México.” El cual tuvo como resultados: dependencia leve (41,1%) en ABVD, concluyendo que a menor grado de dependencia del adulto mayor, menor es el nivel de sobrecarga subjetiva del agente de cuidado dependiente. En cambio en presente estudio muestra un 35,7% en cuando a dependencia moderada para ABVD (14).

Contrastando con Katz, M. (2012) En Minatitlán, quien realizó una investigación titulada: “Dependencia en el Adulto Mayor para Realizar sus Actividades de la Vida Diaria“. dando como resultados que el 45,15% de los adultos mayores son independientes y un 54,85% tienen algún grado de dependencia, donde el sexo femenino fue más dependiente con un 31,23%. El grado leve de dependencia es el que prevalece con un 45,99%. Se difiere mostrando que solo un 28,6% de los adultos mayores encuestados es independiente (17).

También se difiere con la investigación de Milagros de la Fuente, M; Bayona, I; Fernández, F; Martínez, M. y Navas, F. (2012) En Madrid, quienes realizaron el estudio titulado “La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel en los residentes de la ciudad de Soria, Madrid“. Donde el 70,9% de los hombres son independientes y un 29,1% son dependientes para alguna de las ABVD. Mientras que en el presente estudio la prevalencia de algún grado de dependencia funcional es de un 71,4% en ABVD (16).

Por otro lado a nivel nacional se contrasta con la investigación de Runzer, F. (2012) En Lima, titulada: "Fragilidad en Adultos Mayores y su Asociación con Dependencia Funcional". Teniendo como resultado una prevalencia de fragilidad de 27,7%, así como también una prevalencia de dependencia funcional de 36,98%, difiriendo de los resultados mostrados en donde la prevalencia de algún grado de dependencia funcional es de un 71,4% en ABVD. Mientras que en AIVD se puede observar un 64,3% (22).

También se difiere de Delgado, T. (2014) En Lima, quien realizó un estudio titulado: Capacidad Funcional del Adulto Mayor y su Relación con sus Características Sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro" Lima, 2014. %; encontrando mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7% (21).

Como se puede observar, menos de la mitad de los adultos mayores miembros del club AIPA presentan dependencia moderada en actividades básicas de la vida diaria, manifestado porque refieren tener incontinencia ocasional de la micción, ser dependiente para subir y bajar escaleras y necesitar ayuda para

deambular. Así como también se observa que menos de la mitad presentan dependencia ligera en actividades instrumentales de la vida diaria dado que refieren realizar solo tareas ligeras en el cuidado de la casa, tener dificultad para manejar sus asuntos económicos.

En las tablas N° 04 y N° 05 al relacionar los niveles de dependencia funcional (actividades básicas de la vida diaria) de los adultos mayores del Club AIPA, Donde el nivel dependencia funcional moderado (ABVD) se relaciona con el síndrome depresivo leve con un 21,4%, Aplicando la prueba de Chi-cuadrado encontramos que hay relación estadística altamente significativa de  $p = 0,002 < 0,05$  entre ambas variables. Mientras que el nivel dependencia funcional ligera (AIVD) se relaciona con el síndrome depresivo leve con un 21,4%, demostrando una relación significativa con un valor de  $0,006 < 0,05$ .

El presente trabajo difiere con la investigación Del Aguila, C. Schérmuly, L. y Yabar, P. (2014) En Iquitos, quienes realizaron un estudio titulado: “Síndromes Geriátricos y Capacidad Funcional en Adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan (Minsa) Iquitos 2014”, donde se concluyó con que el 75% de los adultos mayores

mostró algún grado de depresión, observándose mayor proporción de depresión leve en mujeres (30,0%) en comparación con los varones (27,0%). En cuanto a la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria el 100 % de los adultos mayores tiene algún grado de dependencia funcional, el 87% muestra dependencia leve, observándose mayor porcentaje en mujeres (48,0%) en comparación con los varones (39,0%). Y en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el sexo femenino tiene mayor dependencia funcional con un 83% que los varones con un 75%. En donde el coeficiente de contingencia demostró que no existe relación estadística significativa entre el síndrome depresión y la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria ( $CC=0,159$ ;  $p= 0,631 > 0,05$ ). Mientras que en actividades instrumentales de la vida diaria el coeficiente de contingencia tampoco demostró relación estadística con el síndrome de depresión y las AIVD ( $CC=0,473$ ;  $p= 0,195 > 0,05$ ) (20).

Por otro lado se concuerda con los resultados de Chucuya, P. (2011) En Tacna, quien realizó una investigación titulada "Relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del centro de atención residencial

del adulto mayor san pedro Tacna - 2011” el mayor porcentaje de la población presenta depresión grave (56%) En cuanto a la autonomía funcional del adulto mayor la mayoría de la población presenta incapacidad moderada (40%) y un porcentaje significativo incapacidad severa (36%). Entonces los factores psicosociales como la edad, sexo, relaciones sociales, autoestima y depresión se relacionan de manera significativa con la autonomía funcional del adulto mayor. Mostrando también la relación entre autonomía funcional y depresión en dicho estudio con un Chi cuadrado de  $X^2=33,036^a$  y  $p=,000 < 0,05$  (28).

Como se puede observar, menos de la mitad de los adultos mayores miembros del club AIPA presentan depresión leve relacionada al nivel de dependencia moderada en actividad básicas de la vida diaria y dependencia ligera en actividades instrumentales, manifestado porque gran parte de los encuestados ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones, refieren tener incontinencia ocasional de la micción, ser dependiente para subir y bajar escaleras y solo pueden realizar tareas ligeras en el cuidado de la casa.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio de investigación podemos concluir:

1. El síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA se presenta en menos de la mitad (40,5%) con depresión leve, igualmente en menos de la mitad (40,5%) presenta un nivel normal (sin depresión) y finalmente en menos de la mitad con un nivel de depresión grave (19,0%).
2. El nivel de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores del Club AIPA; es moderada en menos de la mitad (35,7%).
3. El nivel de dependencia funcional en actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores del Club AIPA; es ligera en menos de la mitad (40,5%).

4. Los niveles de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria tienen una relación significativa con el tipo de síndrome depresivo con un valor de  $0,002 < 0,05$ .
  
5. Los niveles de dependencia funcional en actividades Instrumentales de la vida diaria tienen una relación significativa con el tipo de síndrome depresivo con un valor de  $0,006 < 0,05$ .

## RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- Sensibilizar al personal de salud y la población en la región de Tacna y en el Perú, sobre la actual situación de los adultos mayores. El Profesional de Enfermería como gestor del cuidado tenga como prioridad la promoción de estilos de vida saludable.
- Determinada la relación entre la dependencia funcional (ABVD-AIVD) y el síndrome depresivo, se deben realizar estudios para cuantificar con mayor poder estadístico y así identificar los factores de riesgo en los que se pueda intervenir para prevenir las patologías que decrecen la calidad de vida de los adultos mayores, como la depresión.
- Asimismo, se requieren investigaciones que den cuenta de los determinantes o factores involucrados en el predominio de la dependencia funcional y el síndrome depresivo a nivel urbano y rural.

- A los responsables del club de adultos mayores, es necesario el establecer programas y actividades recreativas como: viajes, juegos, ejercicios para los adultos mayores que propicien ambientes saludables así como mantener estado óptimo de salud para transitar por esta etapa de la vida y evitar la presencia de cuadros depresivos, así como también mantener una constante coordinación con el equipo de salud multidisciplinario, a fin de fortalecer e incrementar el conocimiento sobre el autocuidado del adulto mayor para así aumentar el grado de auto dependencia.
- Fomentar en Tacna y a nivel nacional e internacional, la investigación a través de estudios poblacionales sobre los adultos mayores, para que exista un patrón comparativo a fin de realizar la medición y análisis de resultados, y así continuar profundizando en el estudio a la dependencia funcional y del síndrome depresivo en los adultos mayores para más adelante evaluar el progreso y el impacto de los programas preventivo promocionales en dicha etapa de vida.
- Realizar estudios de tipo cualitativo teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. El desarrollo en un mundo que envejece. [Internet]. Nueva York. [citado el 21 de Julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess\\_archive/2007wess\\_sp.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess_sp.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet]. OMS [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
3. González, F; Massad, C. y Lavanderos, F. Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores. Chile. [Internet]. SENAMA. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
4. Buri, A. Trastornos Emocionales en el Adulto Mayor en los Ancianatos del Cantón Loja, mayo 2010 – Mayo 2011. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional De Loja. 2011. [citado el 30 de marzo del 2016].

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. OMS [citado el 26 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
6. Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Dependencia de los Adultos Mayores en Chile. [Internet]. Chile-marzo 2008. [citado el 26 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf)
7. INEI. Informe Técnico No 2 - junio 2016. Situación de la Población adulta Mayor. [Internet]. Perú: INEI. [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf)
8. MIMP-PLANPAM. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables N°05-2013. [Internet]. 2013. [citado el 21 de Julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf)
9. INEI. Perú, Características de la Población con Discapacidad. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf)

10. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. -- Lima: Ministerio de Salud, 2006. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf)
11. Luna, M. Análisis de la Situación de Salud Mental por Etapas de Vida en la Región de Salud Tacna Año 2009. Dirección Regional De Salud Tacna [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe\\_Salud\\_Mental\\_09.pdf](http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/desp/Informe_Salud_Mental_09.pdf)
12. Bastidas, H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. SciELO-Revista de Psicología (PUCP): Vol.32 (N°02). [Internet]. 2014. [citado el 26 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472014000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0254-92472014000200001&script=sci_arttext)

13. Rodríguez, M; Quintana, F. y Pérez, M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. SciELO-Index de Enfermería; Vol.23 (No.1-2). [Internet]. 2014. [citado el 26 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014001100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014001100008)
14. Rodríguez, R. y Landeros, M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. SciELO-Enfermería universitaria; Vol.11 (N°03). [Internet]. 2014. [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632014000300003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000300003)
15. Gorosabel, J. Estudio de los Síntomas Somáticos Asociados a los Trastornos Depresivos y de Ansiedad en una población de Atención Primaria. [Tesis doctoral en internet]. Universidad Autónoma De Madrid. 2013. [citado el 30 de marzo del 2016].
16. Milagros de la Fuente, M; Bayona, I; Fernández, F; Martínez, M. y Navas, F. La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel. SciELO-Gerokomos: Vol.23 (N°01). [Internet]. 2012. [citado el 26 de julio del 2016]. URL

disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012001100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012001100004)

17. Kattz, M. Dependencia en el Adulto Mayor para Realizar sus Actividades de la Vida Diaria. [Tesis para acreditar la experiencia educativa experiencia recepcional en internet]. Universidad Veracruzana. 2012. [citado el 27 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/35730/1/hidalgogallegosadilene.pdf>
18. Segovia, M. y Torres E. Funcionalidad del Adulto Mayor y el Cuidado Enfermero. SciELO-Gerokomos; Vol.22 (N°04). [Internet]. 2011. [citado el 26 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011004400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011004400003)
19. Licas, M. Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú. 2015. [citado el 27 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)

20. Del Aguila, C. Schérmuly, L. y Yabar, P. Síndromes Geriátricos y Capacidad Funcional en Adultos Mayores del Centro de Salud I-3 San Juan (Minsa) Iquitos 2014. [Tesis de licenciatura en internet]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2014. [citado el 30 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/477/1/Tesis%20completa.pdf>
21. Delgado, T. Capacidad Funcional del Adulto Mayor y su Relación con sus Características Sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro” Lima, 2014. [Tesis de licenciatura en internet]. Universidad Nacional de San Martín de Porres. 2014. [citado el 30 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/708/554>
22. Runzer F. Fragilidad en Adultos Mayores y su Asociación con Dependencia Funcional. [Tesis de especialidad en Geriátrica en internet]. Universidad Nacional de San Martín de Porres. 2012. [citado el 30 de Julio del 2016].

23. Gonzáles, M. Robles, J. Riesgo de Depresión del Adulto Mayor Según Test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. [Tesis de licenciatura en internet]. Universidad Wiener. 2011. [citado el 30 de julio del 2016].
24. Yemira, K. Factores Biopsicosociales que Influyen en los Niveles de Depresión de los Adultos Mayores del C.S. materno Infantil Tablada de Lurín. [Tesis de licenciatura en internet]. Universidad Mayor de San Marcos. 2010. [citado el 30 de julio del 2016]. URL disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1035/1/Francia\\_rk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1035/1/Francia_rk.pdf)
25. Huallpa, J. Relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de san francisco del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2014. [citado el 30 de marzo del 2016].
26. Mamani, G. Factores Socioculturales que se relacionan con el Estilo de Vida del Adulto Mayor del Club Virgen de las Mercedes, Tacna 2012. Tesis de licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de San Martín de Porres. 2013. [citado el 26 de Julio del 2016].

27. Gamero, K. Calidad de atención de enfermería y su relación con el autocuidado de paciente adulto mayor Diabético-Policlínico metropolitano red Asistencial–Tacna, 2011. Tesis de licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de San Martín de Porres. 2012.
28. Chucuya, P. Relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del centro de atención residencial del adulto mayor san pedro Tacna–2011. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2011. [citado el 30 de marzo del 2016].
29. Manrique, B; Salinas, A; Moreno, K. y Téllez, M. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública Méx. [Internet]. 2011. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.dicyt.com/noticias/caidas-factor-importante-relacionado-con-dependencia-funcional-en-adultos-mayores-en-mexico>
30. Llanes, C. Evaluación funcional y anciano frágil. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24\\_2\\_08/enf05208.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol24_2_08/enf05208.htm)

31. Sánchez, S. Valoración del Nivel de Independencia de los Usuarios la Unidad de Atención a la Tercera Edad Colonia de Belencito a Través de la Escala de Valoración Índice de Barthel. [Tesis de Master Universitario en “Intervención en Calidad de Vida de Adultos Mayores en internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España; 2007-2008. [citado el 27 de julio del 2016].
32. Rosario Mijares. Cambios fisiológicos en el adulto mayor. [Internet]. publicado el 06 de setiembre del 2012, [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://es.slideshare.net/hassankuwait/cambios-fisiologicos-en-el-adulto-mayor-geriatria>
33. Asociación Autismo Córdoba. España. Daniel Comin. [Internet]. 14 marzo del 2012. [citado el 27 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.autismocordoba.org/autismo-c%C3%B3rdoba/qu%C3%A9-es-el-autismo/diferencias-entre-enfermedad-trastorno-y-s%C3%ADndrome/>
34. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Depresión. [Internet]. OMS [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
35. Tabloski, P. Enfermería gerontológica. 2ª Ed. Madrid-España. Editorial Pearson Educación. 2010. [citado el 23 de marzo del 2016].

36. Valle, Manual CTO de Enfermería: Enfermería Geriátrica. 6 ed. Editorial CTO. [Internet]. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN\\_Man6Ed\\_CapM.pdf](http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_Man6Ed_CapM.pdf)
37. Santos, M. Nivel de Autoestima y su Relación con el Síndrome Depresivo en los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor ESSALUD Tacna-2007. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Universidad Jorge Basadre Grohmann. 2008. [citado el 30 de Julio del 2016].
38. Gonzales, H. Webconsultas. Depresión. [citado el 28 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/depresion/sintomas-y-diagnostico-de-la-depresion-291>
39. Timothy, M. Medlineplus. [citado el 30 de Julio del 2016]. URL disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
40. Organización Mundial de la Salud. (OMS) definición de Adulto Mayor. Washington, D.C. Editorial OMS; 2004.
41. RENA, Desarrollo de la edad adulta tardía o vejez. [citado el 30 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema8.html>

42. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores N° 2006 – 8873, 2da edición 2006, Av. Salaverry 801, impreso SINCO editores SAC, Lima. . [citado el 26 de Julio del 2016].
43. Trigas, M; Ferreira, L. y Meijide, H. Escalas de valoración funcional en el anciano, Galicia clínica-sociedad galena de medicina interna. [Internet]. 2011. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
44. Bonafont, A. Sadurní, C. CAPÍTULO 5 Enfermería Geronto-geriátrica: Concepto, Principios y Campo de Actuación. [Internet]. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermeria\\_gerontogeriatrica\\_concepto\\_principios\\_y\\_campo\\_de\\_actuacion.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/enfermeria_gerontogeriatrica_concepto_principios_y_campo_de_actuacion.pdf)
45. Pérez, E. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: conceptos para la práctica. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 31. [Internet]. Washington, D.C. 1993. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3106/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1>

46. Palacio, J. Teorías Intermedias. [citado el 30 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://teoriasintermedias.blogspot.pe/2013/05/teoria-de-la-autotrascendencia-pamela-g.html>
47. Dorantes G, Ávila J. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. Revista panamericana de salud pública (revista en línea). [Internet]. 2005. [citado el 26 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n1/a01v22n1.pdf>
48. Lorán, M. y Cardoner, N. Protocolo Diagnóstico del Paciente con Depresión Aguda y Crónica. [Internet]. 2003. [citado el 27 de julio del 2016]. URL disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/257150065\\_Protocolo\\_diagnostico\\_del\\_paciente\\_con\\_depresion\\_aguda\\_y\\_cronica](https://www.researchgate.net/publication/257150065_Protocolo_diagnostico_del_paciente_con_depresion_aguda_y_cronica)
49. Canales, Alvarado y Pineda, Metodología de la investigación. 2da ed. Washington.1994. [citado el 10 de febrero del 2016].
50. Ollero, M. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Consejería de Salud. 2ª ed. Sevilla. . [Internet]. Junta de Andalucía. 2007. [citado el 27 de julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informaci>

on\_General/p\_3\_p\_3\_procesos\_asistenciales\_integrados/pai/atencion  
\_pacientes\_pluripatologicos\_v3?perfil=org

51. Colconectada. *Normas Vancouver*. Mateo Montes. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.colconectada.com/normas-vancouver/>
52. Brink TL, Yesavage JA, Lum O et al. (1982). Screening tests for geriatric depression. *ClinGerontol*, 1, 37-43. [citado el 25 de Julio del 2016].
53. Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. 3 de febrero de 1983. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
54. Hidalgo, A y Loyo, C. Dependencia en el Adulto Mayor para Realizar sus Actividades de la Vida Diaria. Tesis para Acreditar la Experiencia Educativa Experiencia Recepcional, Universidad Veracruzana; Junio de 2012. [citado el 26 de Julio del 2016].

# **Anexos**

## ANEXO N° 01

# AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,  
Farmacia y Bioquímica

**RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 6438-2016-FACS-UNJBG**

Tacna, 14 de junio del 2016

### VISTO:

El Oficio N° 199-2016-ESEN/FACS, remitido el 02.06.16, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando designación de Asesor para el Proyecto de tesis, y autorización para ejecución presentado por el Est. Claudio Cauna Quispe, y

### CONSIDERANDO:

Que, el Bach. Claudio Cauna Quispe, de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 199-2016-ESEN/FACS, remitido el 02.06.16, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL SINDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA-2016**, presentado por el Est. Claudio Cauna Quispe, de la Escuela Profesional de Ingrid María Manrique Tejada;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesor a la Dra. Ingrid María Manrique Tejada, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis a partir de la fecha;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

### SE RESUELVE:

**ART. 1°:** Oficializar la Designación como Asesor a la Dra. Ingrid María Manrique Tejada, del Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL SINDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA-2016**, presentado por el Est. Claudio Cauna Quispe, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ART. 2°:** Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por el Est. Claudio Cauna Quispe, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Distrib.: ESEN., Interesado., Arch.



YDCBE

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria – Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

## ANEXO N° 02

### AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN EL CLUB AIPA

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"  
"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"

OFICIO N° 491-2016-ESEN/FACS  
Tacna, 2016 Setiembre 14

Señora:  
Hilda Cofre de Lajo  
Presidenta del Club AIPA  
Presente.

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTO**

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Ud. para saludarla muy cordialmente y, a la vez hacer de su conocimiento que el Bach. Claudio Cauna Quispe, viene ejecutando su Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA – 2016**, según Resolución de Facultad adjunta, la misma que está dirigida a todos Adultos Mayores integrantes que asisten a dicho club, por lo que agradeceré se sirva AUTORIZAR dicha aplicación al mencionado Tesista, brindándole las facilidades que el caso requiera. Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,



*María N. Vela de Córdova*  
Directora E.P. Enfermería

Adj.: Lo indicado

Ccch.

*Hilda Cofre de Lajo*  
00437944

Pto A.I.P.A

hora: 4:45 p.m

## ANEXO N° 03

### CUESTIONARIO

**ESTIMADO SR. (A):** El presente instrumento forma parte de un trabajo de Investigación, que tiene como objetivo el identificar la presencia de la dependencia funcional en los adultos mayores del AIPA. Por lo que solicito su participación, a través de su respuesta valiosa e importante, expresándoles que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación y colaboración.

#### DATOS GENERALES:

1. ¿Cuántos años tiene?  
.....
2. Sexo: F ( ) M ( )
3. ¿Qué grado de instrucción tiene?  
( ) Sin instrucción  
( ) Primaria  
( ) Secundaria  
( ) Superior-técnica  
( ) Superior-universitaria
4. Estado civil:  
( ) Soltero  
( ) Conviviente  
( ) Casado  
( ) Viudo  
( ) Divorciado
5. ¿Desarrolla algún trabajo o actividad económica?  
( ) Si Especificar: \_\_\_\_\_  
( ) No
6. ¿Vive con familia (esposa y/o hijos)?  
( ) Si Especificar: \_\_\_\_\_  
( ) No
7. Cuenta con algún tipo de seguro:  
( ) SIS  
( ) ESSALUD  
( ) Sanidad (policía)  
( ) No cuento con seguro
8. ¿Padece de alguna enfermedad crónica degenerativa (HTA, Diabetes, Dislipidemia, Asma, Etc.)?  
( ) Si Especificar: \_\_\_\_\_  
( ) No

## ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

### (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL)

MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		ALIMENTACIÓN
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		BAÑO
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		VESTIRSE
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable
0	Dependiente	
MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		ARREGLARSE
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		CONTROL DE DEPOSICIONES
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	
MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		CONTROL DE MICCIÓN
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	

MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		USO DEL RETRETE
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	

MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas -levantando reposapiés, errando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	

MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		DEAMBULAR
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.

MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA		SUBIR Y BAJAR ESCALERAS
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

La valoración se realiza según la puntuación de una escala del 0 al 100 con intervalos de 5 puntos (dependencia total e independencia, respectivamente). A menor puntuación, más dependencia y a mayor puntuación, más independencia. Según la siguiente interpretación:

#### INTERPRETACIÓN:

- 0 - 20= Dependencia total
- 25 - 60= Dependencia severa
- 65 - 90= Dependencia moderada
- 95 = Dependencia leve
- 100 = Independencia

## ANEXO N° 04

### ÍNDICE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)

ÍNDICE LAWTON Y BRODY	MARCA CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
<b>HACER COMPRAS</b>	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1

Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0

<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0

<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0

<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente interpretación:

**INTERPRETACIÓN:**

- 0-1 = Dependencia Total
- 2-3 = Dependencia Severa
- 4-5 = Dependencia Moderada
- 6-7 = Dependencia Ligera
- 8 = Independencia

## ANEXO N° 05

### TEST DE YESAVAGE (GDS – 15) (ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA)

#### INSTRUCCIONES:

A continuación se les presenta una serie de preguntas relacionadas a las acciones que realiza en su vida diaria. Señale su respuesta marcando con una x uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N°	PREGUNTAS	SI	NO
01	¿En general, está satisfecho/a con su vida?	0	1
02	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
03	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
04	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
05	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
06	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
07	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
08	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
09	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0

13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

\* Los ítems Nº 2, 12 y 15 han sido cambiados por los ítems 25, 16,17 de la versión original de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage

Para este instrumento las respuestas correctas son: Negativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, Afirmativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1.

## INTERPRETACIÓN

- Sin depresión: 0 a 5 puntos
- Depresión leve: 6- 9 puntos
- Depresión grave: 10-15 puntos

## ANEXO N° 06

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADOR: Bach. Claudio Cauna Quispe bachiller de Enfermería de la UNJBG

FECHA:    /    /

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA – 2016” el cual tiene como objetivo: Determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores del club AIPA Tacna 2016. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

DNI \_\_\_\_\_

## **ANEXO N° 07**

### **FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS (MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)**

#### **INSTRUCCIONES:**

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

#### **“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA – 2016”**

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... ..... .....					

## ANEXO N° 08

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°01

#### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... <i>Ninguno</i> ..... ..... .....					

**MUCHAS GRACIAS**

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

Mg. Wender Condori Chipana

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	<del>5</del>
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	<del>5</del>
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	<del>5</del>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	<del>4</del>	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	<del>4</del>	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	<del>4</del>	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	<del>4</del>	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	<del>4</del>	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>Debe tenerse cuidado al aplicarlo por algunos términos técnicos que resolver con su Hoja y evaluar de los (enfermedades, etc.)</i> ..... .....					

MUCHAS GRACIAS

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

Lic. Jenny Mendoza Rosado

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... Ninguno .....					

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
MICHINCHIZA  
LIC. MARCELO ALBERTO CURASI  
GERENTE GENERAL DE LOS PALOS  
CEP 21005

MUCHAS GRACIAS

.....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				<del>4</del>	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					<del>5</del>
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					<del>5</del>
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					<del>5</del>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					<del>5</del>
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					<del>5</del>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				<del>4</del>	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					<del>5</del>
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					<del>5</del>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... <i>Ninguno</i> ..... ..... ..... .....					



.....  
 Lic. Lucero N. Zevallos Monteagudo  
 PSICOLOGA  
 CPS# 22236  
 .....

**FIRMA DEL EXPERTO**

**MUCHAS GRACIAS**

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°01

### ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

#### (VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS)

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	5	5	4	4,75
2	5	4	5	5	4,75
3	5	5	5	5	5
4	5	5	5	5	5
5	5	4	5	5	4,75
6	5	4	5	5	4,75
7	5	4	5	4	4,5
8	5	4	5	5	4,75
9	5	4	5	5	4,75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$
$$DPP = \sqrt{(5 - 4,75)^2 + (5 - 4,75)^2 + \dots + (5 - 4,75)^2}$$
$$DPP = \sqrt{0,625}$$
$$DPP = 0,79$$

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$Dmax. = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots (X_9 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + \dots (5 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{144}$$

$$Dmax. = 12$$

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx. Se divide el Dmáx. hallado con el valor máximo de la escala la cual es 5.

$$\frac{12}{5} = 2,40$$

6. A continuación se construye la escala partiendo desde 0 y sumando el resultado de 2,40, para luego verificar en donde se ubica nuestra DPP (distancia de puntos múltiples). Dividiéndose la escala en intervalos iguales. Llamando a cada intervalo con las letras A, B, C, D, E

Siendo:

- A y B : Adecuación total
- C : Adecuación promedio
- D : Escasa adecuación
- E : Inadecuación

<b>A.</b>			
0,00	2,40		
<b>B.</b>			
2,40	4,80		
<b>C.</b>			
4,80	7,20		
<b>D.</b>			
7,20	9,60		
<b>E.</b>			
9,60	12,00		

7. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.
  
8. En este caso, el valor DPP fue **0,79** el cual se sitúa en la zona “**A**” lo que significa una ***adecuación total*** del instrumento y por ende puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

## ANEXO N° 09

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°02

#### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... - Ninguno ..... ..... .....					

**MUCHAS GRACIAS**

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**  
 Mgr. Wender Condes Chipana

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?			<del>3</del>		
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				<del>4</del>	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?				<del>4</del>	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					<del>5</del>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?				<del>4</del>	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					<del>5</del>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				<del>4</del>	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				<del>4</del>	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					<del>5</del>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>Revisar puntuación de hacer amigos y preparación de la comida.</i> ..... ..... .....					

MUCHAS GRACIAS

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**  
 Lic Jenny Mendoza Rosado

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					<del>5</del>
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					<del>5</del>
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					<del>5</del>
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					<del>5</del>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					<del>5</del>
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					<del>5</del>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					<del>5</del>
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					<del>5</del>
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					<del>5</del>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... Ninguno .....					

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
MILITARI  
LIC. MARCELO A. CURASI  
GERENTE CLÍNICO DE LOS PALOS  
CEL. 973 4199

**MUCHAS GRACIAS**

.....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					<del>5</del>
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					<del>5</del>
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					<del>5</del>
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					<del>5</del>
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					<del>5</del>
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					<del>5</del>
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					<del>5</del>
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					<del>5</del>
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					<del>5</del>
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>..... Ninguno.....</i> ..... ..... .....					

**MUCHAS GRACIAS**

  
 .....  
 Lic. Lucero N. Zevallos Monteagudo  
 PSICOLOGA  
 C.P.S.P. 22236  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°02**  
**ÍNDICE LAWTON Y BRODY**  
**(VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS)**

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	3	5	5	4.5
2	5	4	5	5	4.75
3	5	4	5	5	4.75
4	5	5	5	5	5
5	5	4	5	5	4.75
6	5	5	5	5	5
7	5	4	5	5	4.75
8	5	4	5	5	4.75
9	5	5	5	5	5

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$

$$DPP = \sqrt{(5 - 4,50)^2 + (5 - 4,75)^2 + \dots + (5 - 5)^2}$$

$$DPP = \sqrt{0,563}$$

$$DPP = 0,75$$

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$Dmax. = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots (X_9 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + \dots (5 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{144}$$

$$Dmax. = 12$$

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx. Se divide el Dmáx. hallado con el valor máximo de la escala la cual es 5.

$$\frac{12}{5} = 2,40$$

6. A continuación se construye la escala partiendo desde 0 y sumando el resultado de 2,40, para luego verificar en donde se ubica nuestra DPP (distancia de puntos múltiples). Dividiéndose la escala en intervalos iguales. Llamando a cada intervalo con las letras A, B, C, D, E

Siendo:

- A y B : Adecuación total
- C : Adecuación promedio
- D : Escasa adecuación
- E : Inadecuación

<b>A.</b>			
0,00	2,40		
<b>B.</b>			
2,40	4,80		
<b>C.</b>			
4,80	7,20		
<b>D.</b>			
7,20	9,60		
<b>E.</b>			
9,60	12,00		

7. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.
  
8. En este caso, el valor DPP fue **0,75** el cual se sitúa en la zona “**A**” lo que significa una ***adecuación total*** del instrumento y por ende puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

## ANEXO N° 10

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°03

#### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... ..... .....					


**MUCHAS GRACIAS**

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**  
 Mgr. Wender Condori Chipana

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?				4	
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?				4	
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?				4	
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				4	
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?				4	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?				4	
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				4	
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?				4	
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? <i>... Sería conveniente para su estudio aplicar la Escala de Yesavage original, a menos                      ... que técnicamente los 3 ítems modificados tengan validación profesional de psicología                      ... y geriatría.</i>					

MUCHAS GRACIAS

  
 .....  
**FIRMA DEL EXPERTO**  
 Lic. Jenny Mendoza Rosado

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... Ninguno..... ..... ..... .....					

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 MICRORREGIÓN TACNA  
  
LIC. NANCY MELÉNDEZ CURASI  
 GERENTE LOCAL DE LOS PALOS  
 C.E.P. 21205

**MUCHAS GRACIAS**

.....  
**FIRMA DEL EXPERTO**

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					5
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					5
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?					5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... - Ninguno ..... ..... ..... .....					

MUCHAS GRACIAS

  
 .....  
 Lic. Lucero N. Zavallos Monteagudo  
 PSICOLOGA  
 EPS N. 22735  
 FIRMA DEL EXPERTO

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO N°03

### TEST DE YESAVAGE

#### (VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS)

1. Se construye una tabla como la adjunta, donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

ITEM	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	4	5	5	4.75
2	5	4	5	5	4.75
3	5	4	5	5	4.75
4	5	4	5	5	4.75
5	5	4	5	5	4.75
6	5	4	5	5	4.75
7	5	4	5	5	4.75
8	5	4	5	5	4.75
9	5	4	5	5	4.75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$
$$DPP = \sqrt{(5 - 4,75)^2 + (5 - 4,75)^2 + \dots + (5 - 4,75)^2}$$
$$DPP = \sqrt{0,563}$$
$$DPP = 0,75$$

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$Dmax. = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + \dots + (5 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{144}$$

$$Dmax. = 12$$

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx. Se divide el Dmáx. hallado con el valor máximo de la escala la cual es 5.

$$\frac{12}{5} = 2,40$$

6. A continuación se construye la escala partiendo desde 0 y sumando el resultado de 2,40, para luego verificar en donde se ubica nuestra DPP (distancia de puntos múltiples). Dividiéndose la escala en intervalos iguales. Llamando a cada intervalo con las letras A, B, C, D, E

Siendo:

- A y B : Adecuación total
- C : Adecuación promedio
- D : Escasa adecuación
- E : Inadecuación

<b>A.</b>			
0,00	2,40		
<b>B.</b>			
2,40	4,80		
<b>C.</b>			
4,80	7,20		
<b>D.</b>			
7,20	9,60		
<b>E.</b>			
9,60	12,00		

7. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.
  
8. En este caso, el valor DPP fue **0,75** el cual se sitúa en la zona “**A**” lo que significa una ***adecuación total*** del instrumento y por ende puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

## ANEXO N° 11

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°01 ÍNDICE DE BARTHEL (IB)

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,869	,933	10

#### 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
ITEM01	11,200	9,956	,312	,874
ITEM02	11,200	9,067	,793	,849
ITEM03	11,200	9,067	,793	,849
ITEM04	11,200	9,067	,793	,849
ITEM05	11,200	9,067	,793	,849
ITEM06	11,200	9,067	,793	,849
ITEM07	11,200	9,067	,793	,849
ITEM08	11,000	7,778	,649	,855
ITEM09	11,100	8,322	,895	,835
ITEM10	10,200	7,289	,447	,919

**Confiabilidad:** Se determinó a través del Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto en una muestra de 10 adultos mayores del Distrito de Alto de la Alianza, cuyos resultados fueron de 0,869 presentando un buen grado de confiabilidad.

## ANEXO N° 12

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°02 ÍNDICE LAWTON Y BRODY

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,924	,958	8

#### 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
ITEM01	11,70	58,233	,147	,968
ITEM02	12,20	46,178	,961	,895
ITEM03	12,30	46,233	,946	,897
ITEM04	11,70	42,456	,953	,895
ITEM05	12,20	52,622	,904	,909
ITEM06	12,00	41,556	,922	,899
ITEM07	12,70	57,789	,957	,922
ITEM08	12,50	51,833	,952	,906

**Confiabilidad:** Se determinó a través del Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto en una muestra de 10 adultos mayores del Distrito de Alto de la Alianza, cuyos resultados fueron de 0,924 presentando un elevado grado de confiabilidad.

**ANEXO N° 13**  
**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO N°03**  
**TEST DE YESAVAGE**

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,610	,645	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
ITEM01	21,60	6,267	,365	,580
ITEM02	21,90	6,544	,050	,629
ITEM03	21,80	6,178	,222	,597
ITEM04	21,80	6,178	,222	,597
ITEM05	22,30	6,011	,365	,573
ITEM06	21,80	7,956	-,457	,704
ITEM07	22,20	5,067	,756	,491
ITEM08	21,60	6,711	,081	,613
ITEM09	22,40	5,822	,670	,543
ITEM10	22,30	6,233	,253	,591
ITEM11	21,60	6,267	,365	,580
ITEM12	21,80	5,733	,423	,559
ITEM13	21,90	5,656	,416	,559
ITEM14	22,10	6,100	,227	,596
ITEM15	21,90	6,544	,050	,629

**Confiabilidad:** Se determinó a través del Alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto en una muestra de 10 adultos mayores del Distrito de Alto de la Alianza, cuyos resultados fueron de 0,610 presentando un buen grado de confiabilidad.

## ANEXO N° 14

### PRUEBA DE INDEPENDENCIA

#### CHI-CUADRADO

#### PRUEBA DE HIPOTESIS:

##### Hipótesis:

- **H0:** No existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA.
- **H1:** Existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA.

Sea  $\alpha = 0.05$ .

- **Prueba Estadística:**

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA RELACIONADO AL TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,650 <sup>a</sup>	6	,002
Razón de verosimilitud	20,195	6	,003
Asociación lineal por lineal	10,683	1	,001
N de casos válidos	42		

**Conclusión:**

Se concluye que H1 es verdadera, y que existe relación entre el nivel de dependencia funcional (ABVD) con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA con un grado de significancia de  $0,002 < 0,05$ .

**NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA RELACIONADO AL TIPO DE SÍNDROME DEPRESIVO**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,451 <sup>a</sup>	8	,006
Razón de verosimilitud	23,882	8	,002
Asociación lineal por lineal	13,419	1	,000
N de casos válidos	42		

**Conclusión:**

Se concluye que H1 es verdadera, y que existe relación entre el nivel de dependencia funcional (AIVD) con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA con un grado de significancia de  $0,006 < 0,05$ .

## ANEXO N° 15

### TABLA Nro. 06

#### EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA - 2016

EDAD	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
60 - 64	2	4,8%
65 - 69	4	9,5%
70 - 74	17	40,5%
75 - 79	8	19,0%
80 - 84	6	14,3%
85 - 89	3	7,1%
90 A más	2	4,8%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

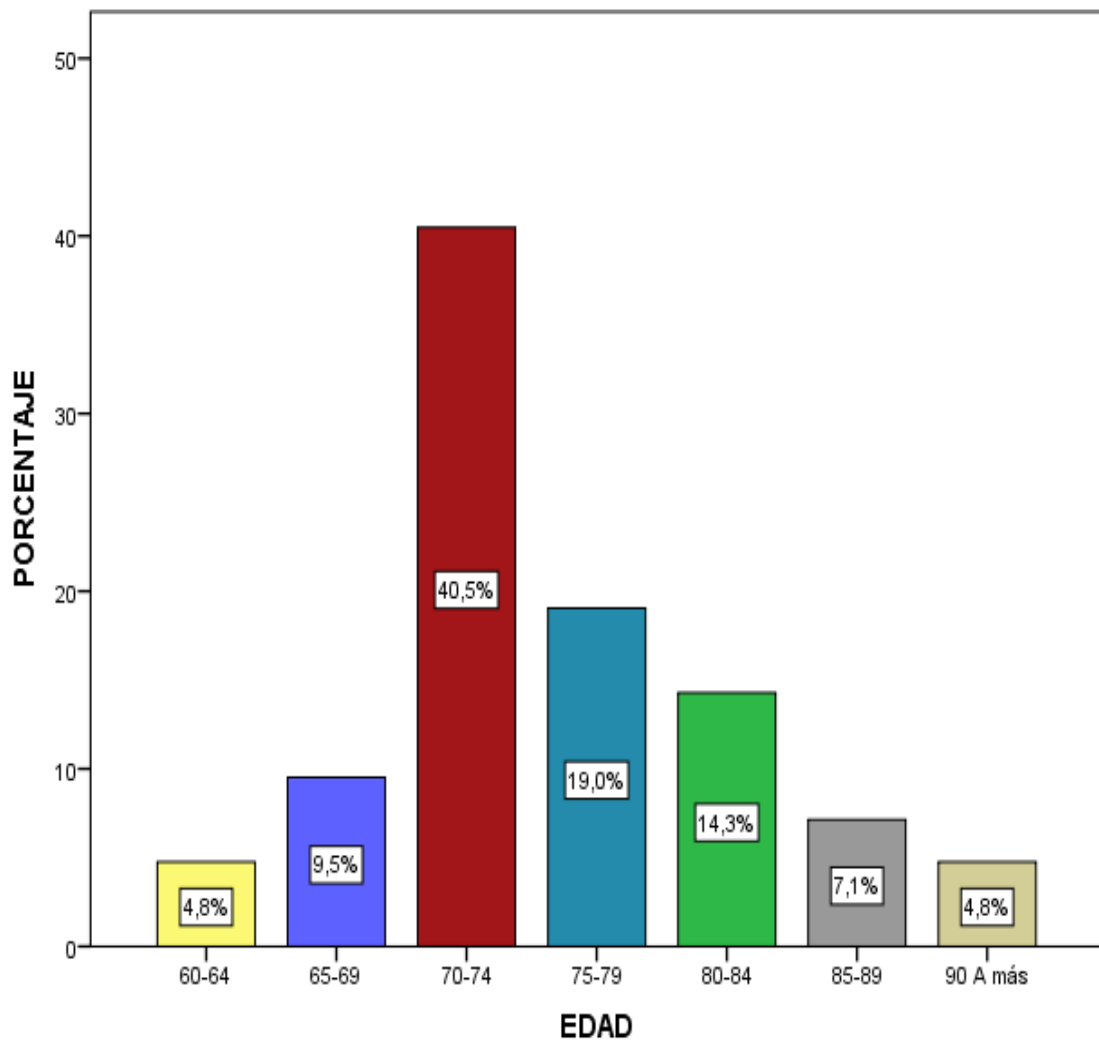
#### DESCRIPCION:

En la tabla Nro. 06 podemos observar que, entre los adultos mayores miembros del Club AIPA (asistencia integral para el anciano), aquellos comprendidos entre 70 a 74 años, agruparon el mayor volumen de la población de estudio con un 40,5%, seguido de los adultos mayores de 75 a 79 años con un 19,0 %.

**GRAFICO Nro. 06**

**EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA**

**TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 06.

**TABLA Nro. 07**

**SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS  
DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Masculino	6	14,3%
Femenino	36	85,7%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

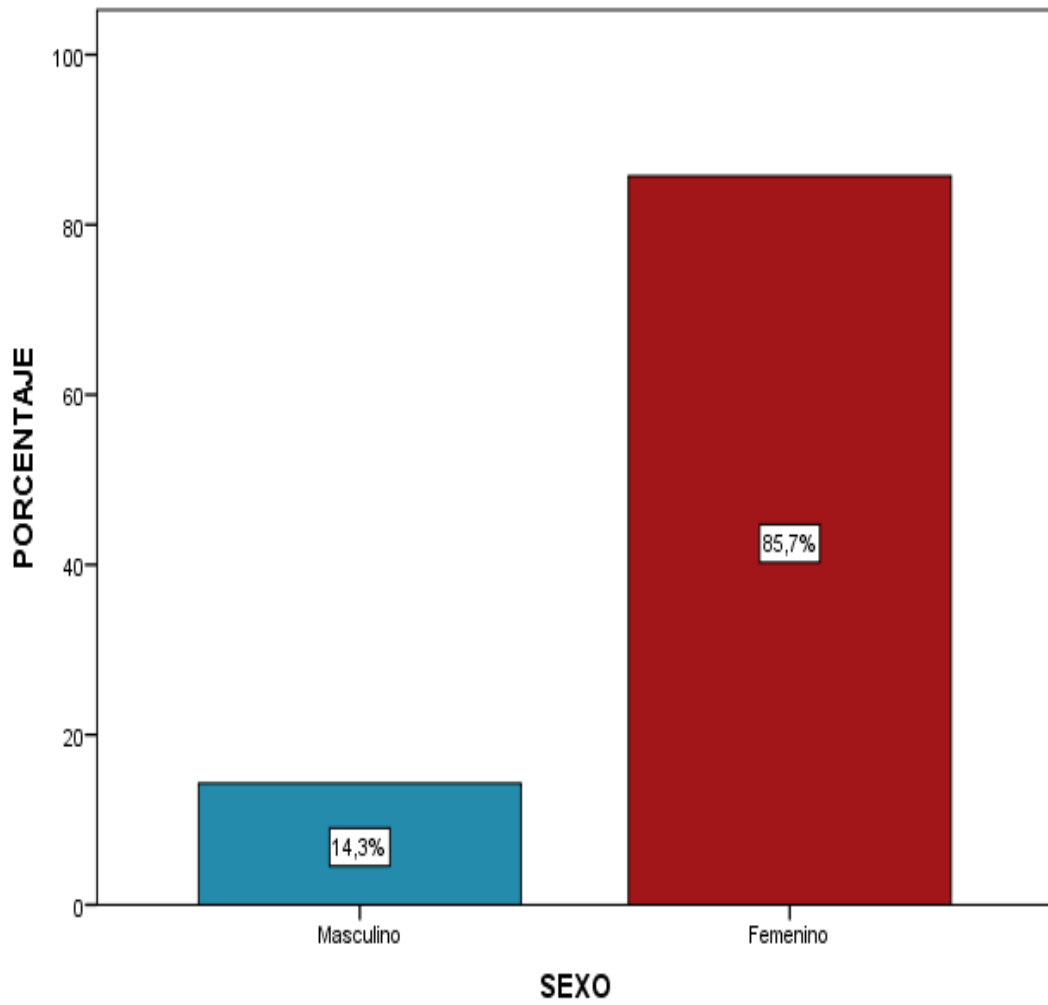
**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 07 con relación al sexo podemos observar que, el 85,7%

De los adultos mayores miembros del Club AIPA son de sexo femenino,  
mientras que el 14,3% son de sexo masculino.

**GRAFICO Nro. 07**

**SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS  
DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Fuente: Tabla Nro. 07.

**TABLA Nro. 08**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES**

**MIEMBROS DEL CLUB AIPA**

**TACNA - 2016**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Superior-universitaria	1	2.4%
Primaria	17	40.5%
Sin instrucción	24	57.1%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

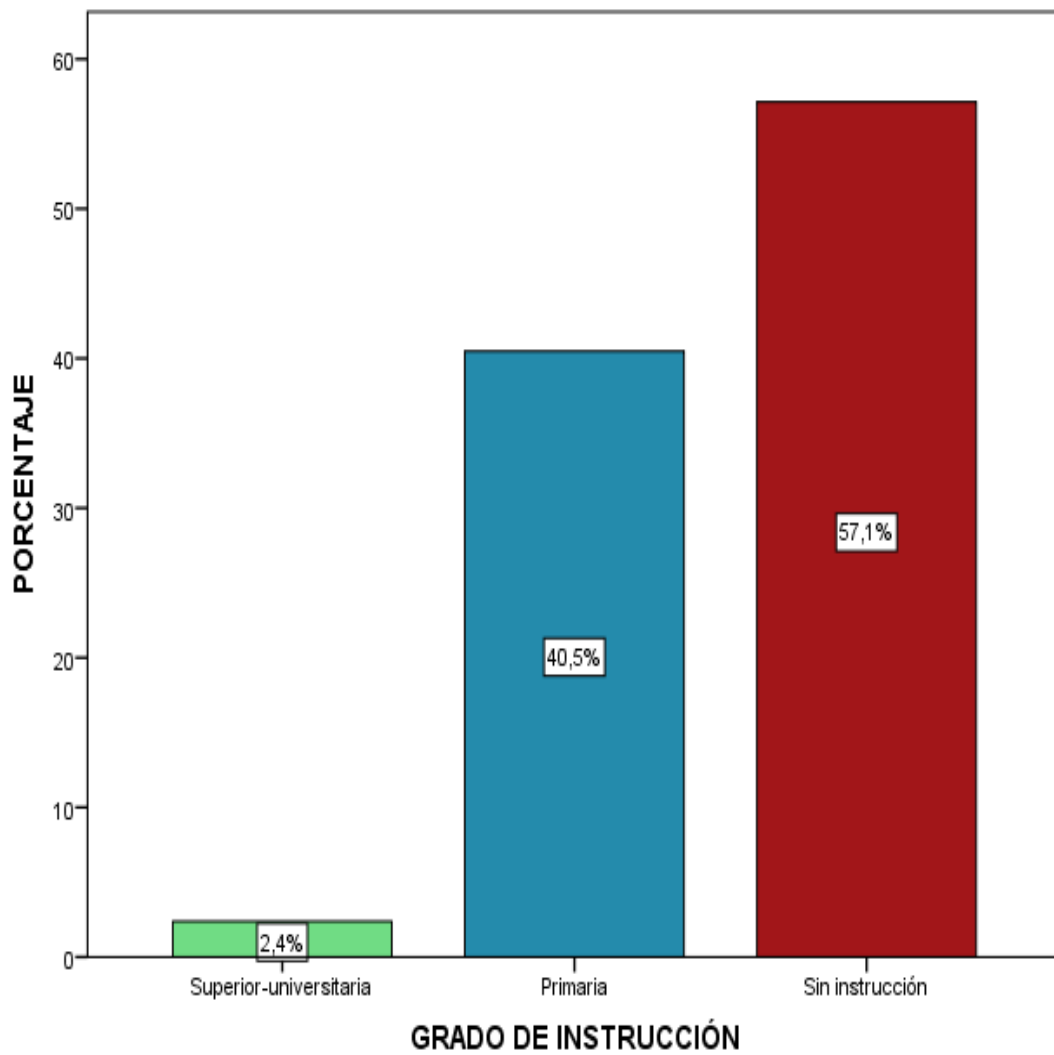
**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 08 con relación al grado de instrucción podemos observar que, el 57,1% de los adultos mayores miembros del Club AIPA no tiene ningún grado de instrucción, mientras que el 40,5% de los encuestados, estudio hasta primaria y un 2,4% hasta superior universitaria.

**GRAFICO Nro. 08**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 08.

**TABLA Nro. 09**

**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS  
DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Divorciado (a)	3	7,1%
Viudo (a)	22	52,4%
Casado (a)	11	26,2%
Conviviente	4	9,5%
Soltero (a)	2	4,8%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

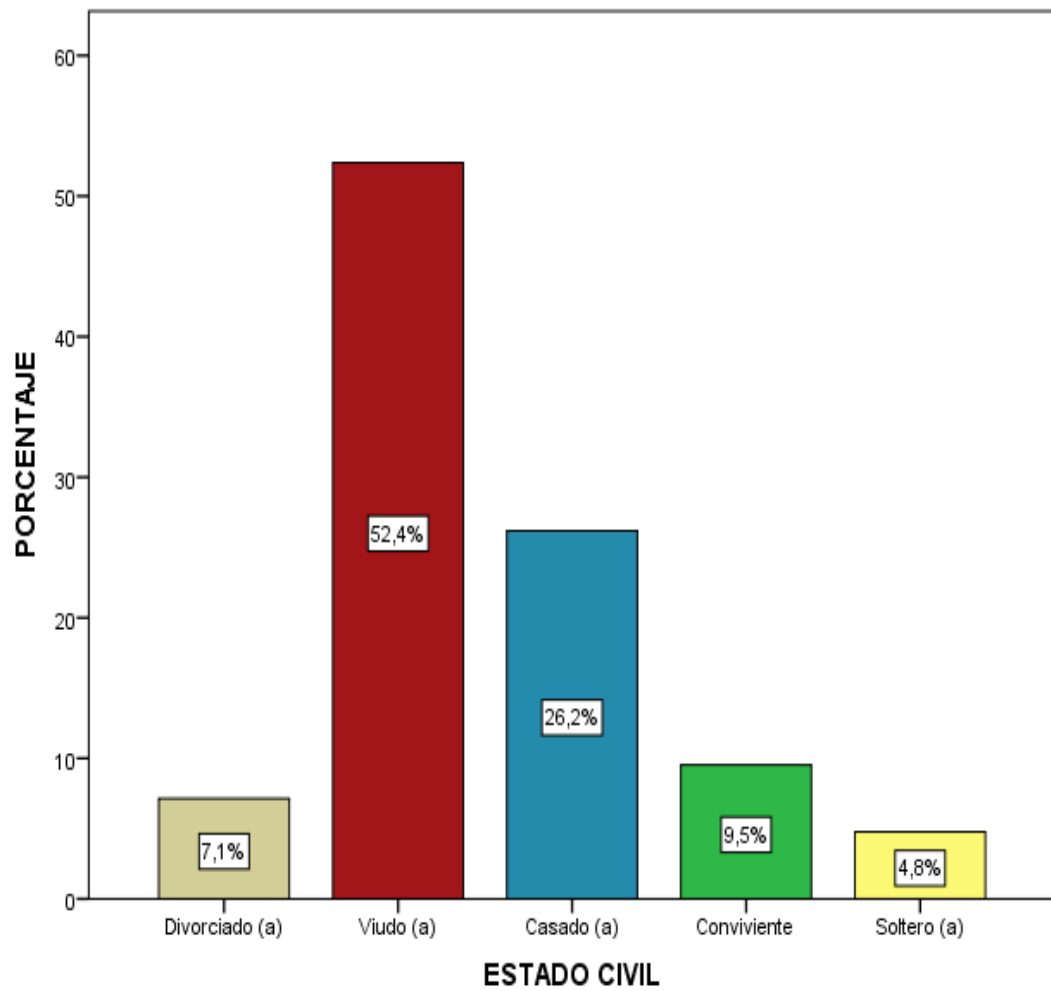
**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 09 se puede observar que, el 52,4% de los adultos mayores miembros del Club AIPA se encuentran viudos, mientras el 26,2% casados, el 9,5% convivientes, el 7,1% divorciados y el 4,8% se encuentran solteros.

**GRAFICO Nro. 09**

**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS  
DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 09.

**TABLA Nro. 10**

**TRABAJO SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LOS ADULTOS  
MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**

<b>TRABAJO (ACTIVIDAD ECONÓMICA)</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Si	13	31,0%
No	29	69,0%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

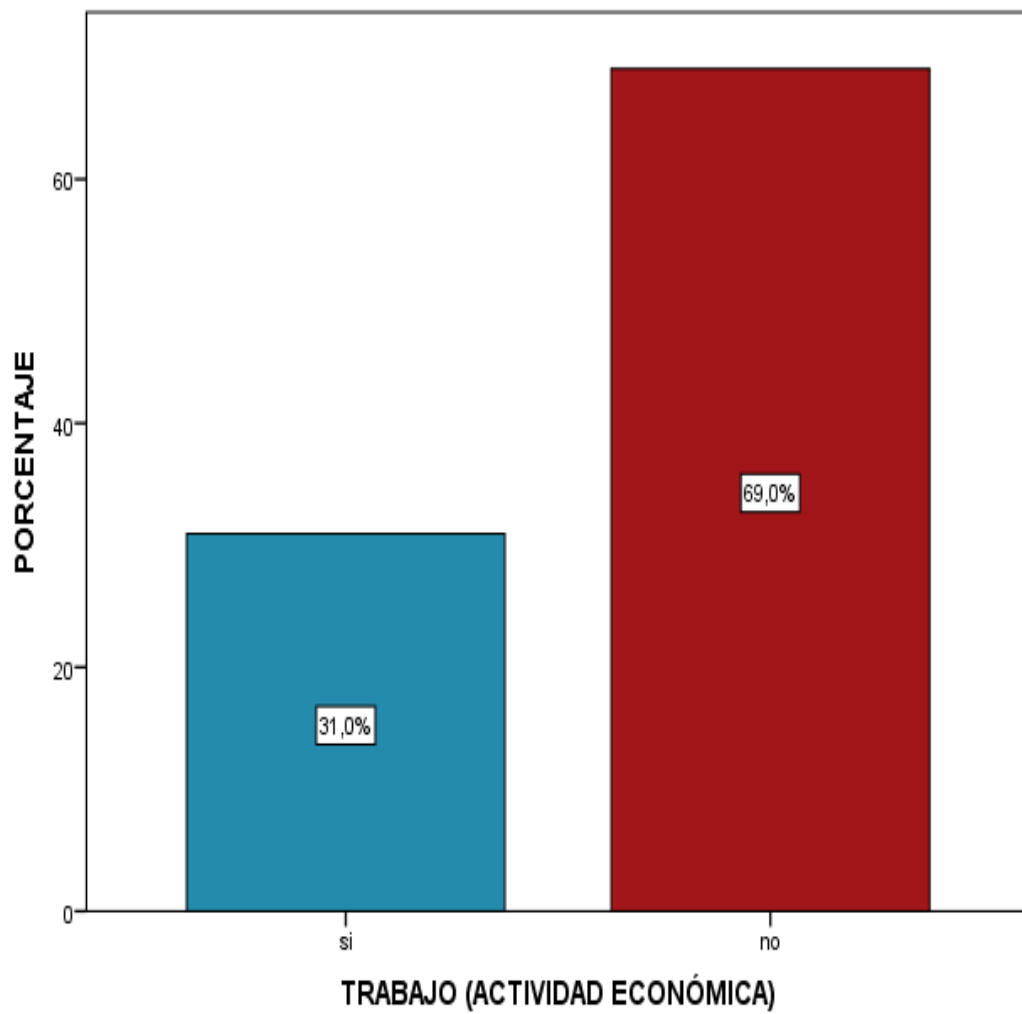
**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 10 se puede observar que un 69,0% de los adultos mayores del Club AIPA no desarrollan algún trabajo (actividad económica), mientras que un 31,0% de los encuestados si desarrollan algún trabajo (actividad económica).

**GRAFICO Nro. 10**

**TRABAJO SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LOS ADULTOS  
MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 10.

**TABLA Nro. 11**

**CONVIVENCIA CON FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES**

**MIEMBROS DEL CLUB AIPA**

**TACNA - 2016**

<b>CONVIVENCIA CON FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
No (Vive Solo)	3	7,1%
Si (Vive con Familia)	39	92,9%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

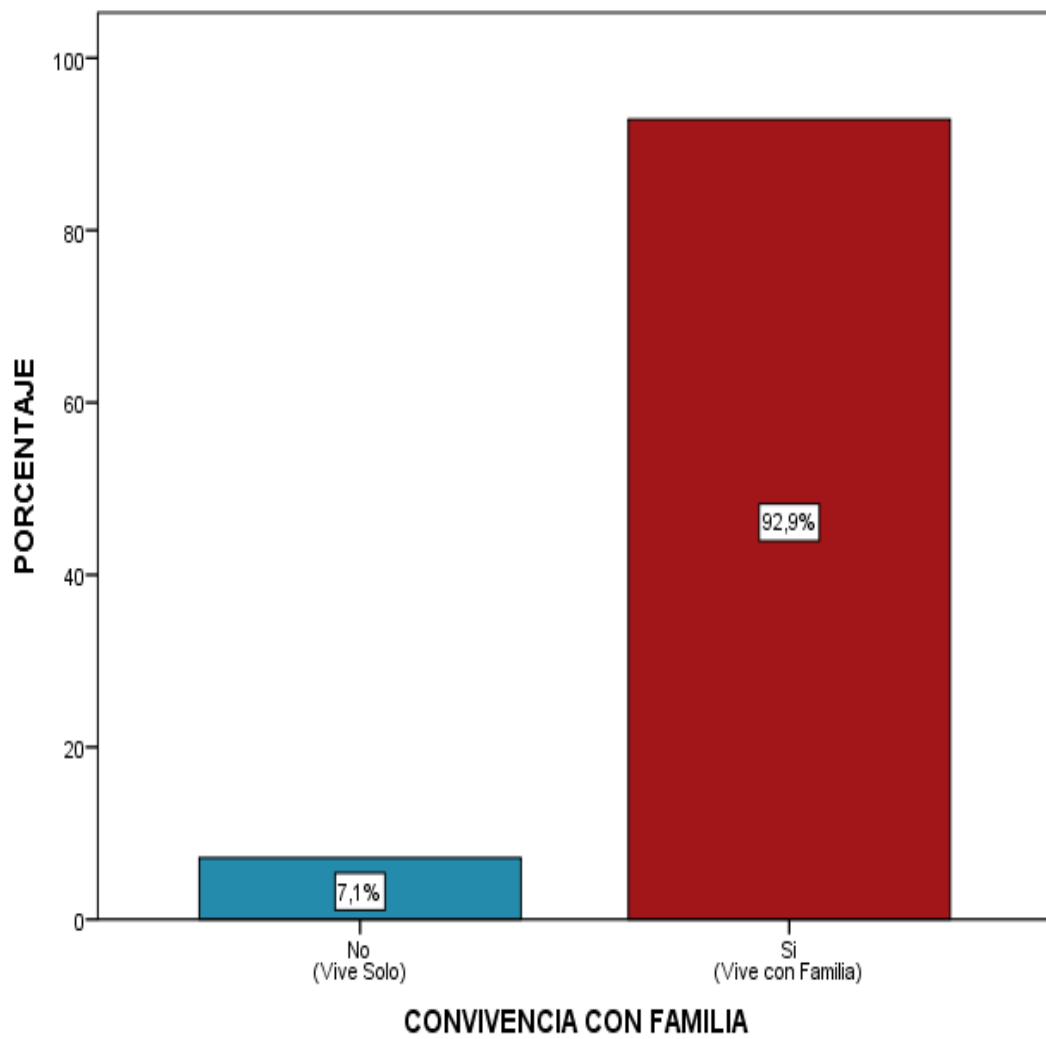
**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 11 se puede observar que, el 92,9% de los adultos mayores miembros del Club AIPA si viven acompañados de familiares, mientras que un 7,1% de los encuestados viven solos.

**GRAFICO Nro. 11**

**CONVIVENCIA CON FAMILIA DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 11.

**TABLA Nro. 12**

**TIPO DE SEGURO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**

<b>TIPO DE SEGURO</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
No cuenta con seguro	5	11,9%
ESSALUD	8	19,0%
SIS	29	69,0%
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

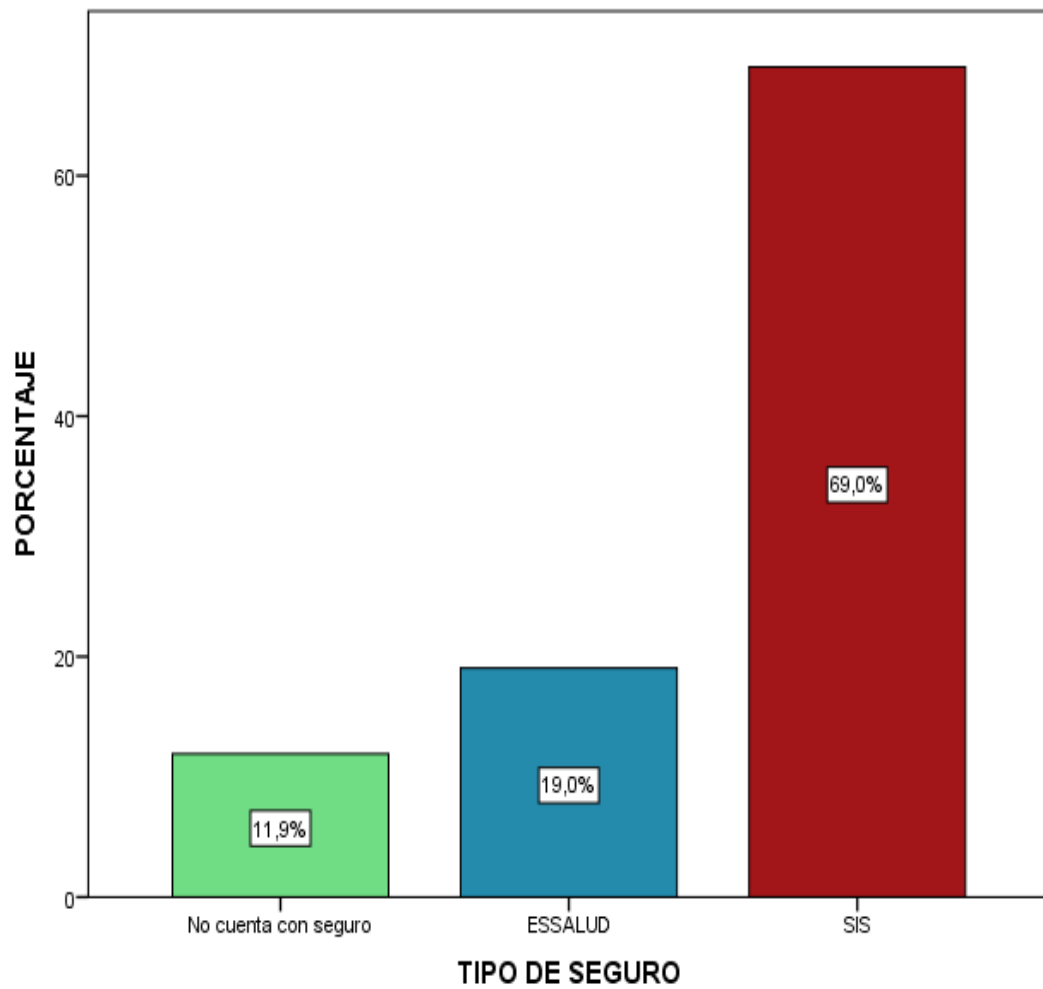
**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 12 se puede observar que un 69,0% de los adultos mayores del Club AIPA cuenta con seguro SIS, mientras que un 19,0% con seguro ESSALUD y solo un 11,9% de los encuestados no cuenta con ningún tipo de seguro de salud.

**GRAFICO Nro. 12**

**TIPO DE SEGURO DE SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 12.

**TABLA Nro. 13**

**ESTADO DE SALUD SEGÚN PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES  
CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**

<b>PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS (ESTADO DE SALUD)</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
Si (Enfermo)	24	57,1 %
No (Sano)	18	42,9 %
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

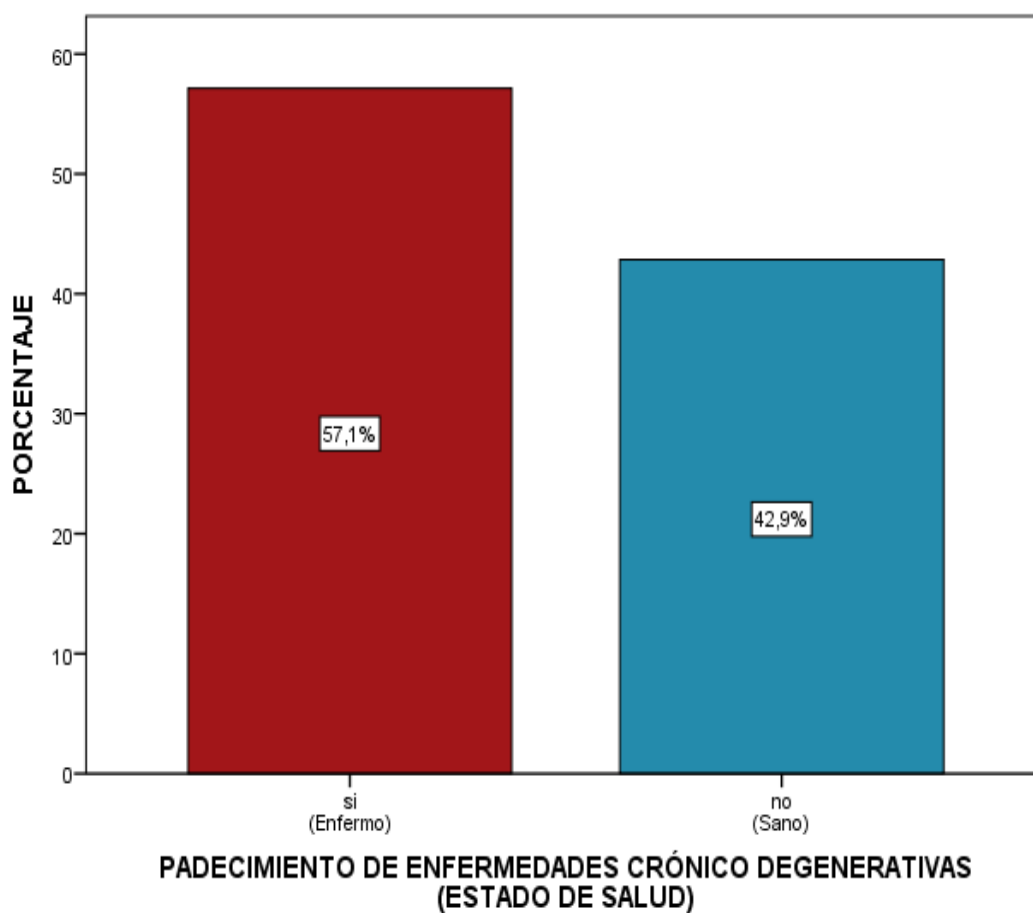
**Elaborado:** Bach. Claudio Cauna Quispe.

**DESCRIPCION:**

En la tabla Nro. 13 se puede observar que un 57,1% de los adultos mayores miembros del Club AIPA padece algún tipo de enfermedad crónica degenerativa (HTA, Diabetes, Dislipidemia, Osteoporosis, Artrosis), mientras que el 42,9% de los encuestados refiere encontrarse sano.

**GRAFICO Nro. 13**

**ESTADO DE SALUD SEGÚN PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES  
CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES  
MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA - 2016**



**Fuente:** Tabla Nro. 13.

**TABLA Nro. 14**

**DIMENSIONES DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS  
MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA – 2016**

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</b>		<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>ALIMENTACIÓN</b>	Independiente	40	95,2 %
	Necesita ayuda	2	4,8 %
	Dependiente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %
<b>BAÑO</b>	Independiente	37	88,1 %
	Dependiente	5	11,9 %
	Total	42	100,0 %
<b>VESTIRSE</b>	Independiente	38	90,5 %
	Necesita ayuda	4	9,5 %
	Dependiente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %
<b>ARREGLARSE</b>	Independiente	39	92,9 %
	Dependiente	3	7,1 %
	Total	42	100,0 %
<b>CONTROL DE DEPOSICIONES</b>	Continente	42	100,0 %
	Incontinencia ocasional	0	0,0 %
	Incontinente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA</b>		<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>CONTROL DE MICCIÓN</b>	Continente	23	54,8 %
	Incontinencia ocasional	19	45,2 %
	Incontinente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %
<b>USO DEL RETETE</b>	Independiente	42	100,0 %
	Necesita ayuda	0	0,0 %
	Dependiente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %
<b>TRASLADARSE (desde la cama al sillón o a la silla de ruedas)</b>	Independiente	36	85,7 %
	Mínima ayuda	5	11,9 %
	Gran ayuda	1	2,4 %
	Dependiente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %
<b>DEAMBULAR</b>	Independiente	36	85,7 %
	Necesita ayuda	6	14,3 %
	En silla de ruedas	0	0,0 %
	Dependiente	0	0,0 %
	Total	42	100,0 %
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	Independiente	24	57,1 %
	Necesita ayuda	4	9,5 %
	Dependiente	14	33,3 %
	Total	42	100,0 %

**Nota:** Índice de Barthel (ABVD)

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Por Mahoney y Barthel, modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

**TABLA Nro. 15**

**DIMENSIONES DEL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN  
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LOS  
ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA – 2016**

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>		<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	Utiliza el teléfono por iniciativa propia	18	42,9 %
	Es capaz de marcar bien algunos números familiares	3	7,1 %
	Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	2	4,8 %
	No es capaz de usar el teléfono	19	45,2 %
	Total	42	100,0 %
<b>HACER COMPRAS</b>	Realiza independientemente todas las compras necesarias	30	71,4 %
	Realiza independientemente pequeñas compras	4	9,5 %
	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	2	4,8 %
	Totalmente incapaz de comprar	6	14,3 %
	Total	42	100,0 %

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>		<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	29	69,0 %
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	3	7,1 %
	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	1	2,4 %
	Necesita que le preparen y sirvan las comidas	9	21,4 %
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	23	54,8 %
	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	10	23,8 %
	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	3	7,1 %
	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0	0,0 %
	No participa en ninguna labor de la casa	6	14,3 %
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>	
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	Lava por sí solo toda su ropa	26	61,9 %
	Lava por sí solo pequeñas prendas	9	21,4 %
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	7	16,7 %
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>

<b>NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>	<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>	
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	29	69,0 %
	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	3	7,1 %
	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	3	7,1 %
	Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0	0,0 %
	No viaja	7	16,7 %
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>	
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	35	83,3 %
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	7	16,7 %
	No es capaz de administrarse su medicación	0	0,0 %
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	33	78,6 %
	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1	2,4 %
	Incapaz de manejar dinero	8	19,0 %
	<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0 %</b>

**Nota:** Índice Lawton y Brody (AIVD)

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

**Elaborado:** Por Lawton y Brody, modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

**TABLA Nro. 16**

**DIMENSIONES DEL NIVEL DE SÍNDROME DEPRESIVO DE LOS  
ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA  
TACNA – 2016**

<b>DIMENSIONES DEL NIVEL DE SÍNDROME DEPRESIVO</b>		<b>FRECUENCIA (n)</b>	<b>PORCENTAJE (%)</b>
¿En general, está satisfecho/a con su vida?	Si	35	83,3 %
	No	7	16,7 %
	Total	42	100,0 %
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si	30	71,4 %
	No	12	28,6 %
	Total	42	100,0 %
¿Siente que su vida está vacía?	Si	23	54,8 %
	No	19	45,2 %
	Total	42	100,0 %
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	24	57,1 %
	No	18	42,9 %
	Total	42	100,0 %
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	8	19,0 %
	No	34	81,0 %
	Total	42	100,0 %

DIMENSIONES DEL NIVEL DE SÍNDROME DEPRESIVO		FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	25	59,5 %
	No	17	40,5 %
	Total	42	100,0 %
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	32	76,2 %
	No	10	23,8 %
	Total	42	100,0 %
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Si	26	61,9 %
	No	16	38,1 %
	Total	42	100,0 %
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	8	19,0 %
	No	34	81,0 %
	Total	42	100,0 %
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	28	66,7 %
	No	14	33,3 %
	Total	42	100,0 %
¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Si	36	85,7 %
	No	6	14,3 %
	Total	42	100,0 %

DIMENSIONES DEL NIVEL DE SÍNDROME DEPRESIVO		FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	16	38,1 %
	No	26	61,9 %
	Total	42	100,0 %
¿Se siente lleno/a de energía?	Si	16	38,1 %
	No	26	61,9 %
	Total	42	100,0 %
¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	11	26,2 %
	No	31	73,8 %
	Total	42	100,0 %
¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	26	61,9 %
	No	16	38,1 %
	Total	42	100,0 %

**Nota:** Test de Yesavage GDS – 15 (Escala de Depresión Geriátrica)

**Fuente:** Encuesta aplicada a los Adultos Mayores del Club AIPA - 2016.

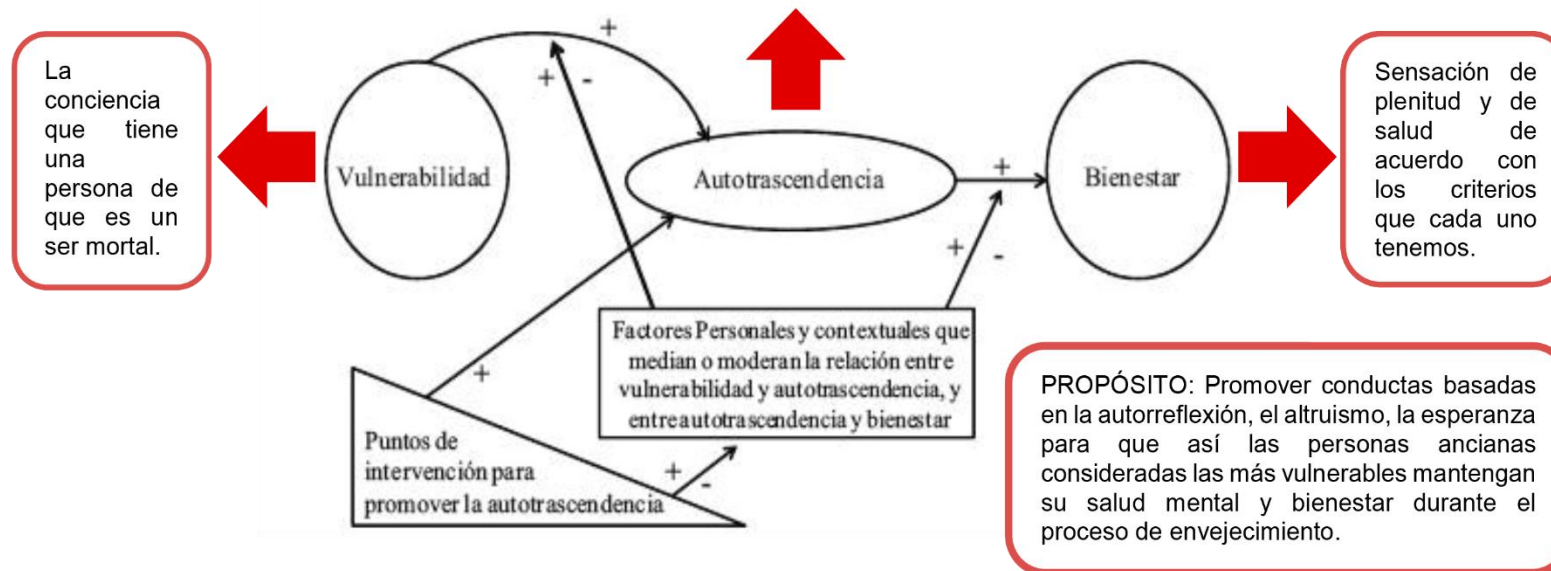
**Elaborado:** Yesavage y modificado por Bach. Claudio Cauna Quispe.

## ANEXO N° 16

### ESQUEMA - TEORÍA DE LA AUTOTRASCENDENCIA

(Pamela G. Reed)

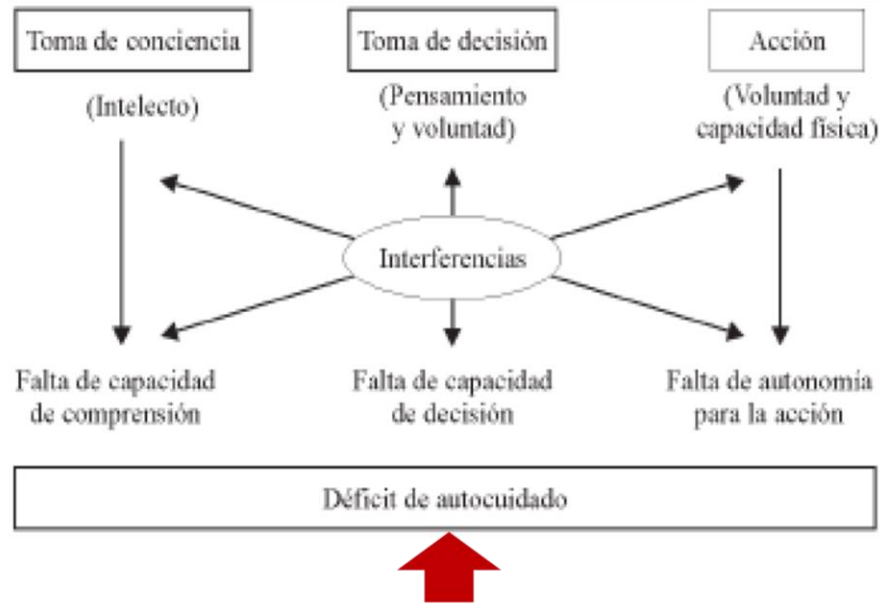
- ✓ Hacia fuera (ampliación de la conciencia que tenemos sobre los demás y nuestro entorno)
- ✓ Hacia dentro (capacidad para mejorar la percepción que tenemos sobre nuestras creencias, valores e ideales)
- ✓ Temporalmente (aumento de la capacidad para integrar el pasado y el futuro de forma que el presente quede reforzado)
- ✓ Transpersonalmente (ampliación de la conciencia más allá del mundo perceptible para el sujeto).



## ANEXO N° 17

### ESQUEMA - TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

**AUTOCUIDADO** como una función humana reguladora, que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada y continúa a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar



#### PROPÓSITO:

Identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud

Las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

ANEXO N° 18

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL RELACIONADO CON EL SÍNDROME DEPRESIVO EN LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA - 2016	¿Existe relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA Tacna 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional y el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA Tacna 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores del club AIPA.</li> <li>Identificar el síndrome depresivo en los adultos mayores del club AIPA.</li> <li>Establecer la relación entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores del club AIPA.</li> </ul>	<p>H0: No existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA.</p> <p>H1: Existe relación significativa entre el nivel de dependencia funcional con el síndrome depresivo en los adultos mayores miembros del club AIPA.</p>	Variable Independiente:	Actividades básicas de la vida diaria.	Alimentación. Baño. Vestirse. Arreglarse. Control de deposiciones de Control de micción Uso del retrete. Trasladarse. Deambular. Subir y bajar escaleras.	El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativo, dado que estudia fenómenos sociales a través de técnicas estadísticas; de diseño transversal, dado que busca estudiar dos variables simultáneamente en un determinado momento; descriptivo, porque se busca especificar las propiedades importantes de la muestra de estudio y correlacional, porque tuvo como propósito determinar la relación entre dos o más variables y el grado en que las variaciones que sufre un factor se corresponden con las que experimenta el otro	<p>POBLACIÓN:</p> <p>Constituido por 42 Adultos mayores en el Club AIPA - Alto de la Alianza, de la ciudad de Tacna.</p> <p>Para fines de estudio se trabajó con toda la población de Adultos mayores, cuyas edades oscilaban de 60 a más años.</p>
				Variable Dependiente:	Actividades instrumentales de la vida diaria.	Capacidad para usar el teléfono. Hacer compras. Preparación de la comida. Cuidado de la casa. Lavado de la ropa. Uso de medios de transporte. Responsabilidad respecto a su medicación Manejo de sus asuntos económicos.		
				Síndrome depresivo en los adultos mayores.	Tipo de síndrome depresivo	Sin depresión Depresión leve Depresión grave		