



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE**

**“DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN  
ADULTOS MAYORES”**

**Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Psicología Clínica**

**Autor:** Chicaiza Lasluiza, Stalin Alexander

**Tutor:** Ps. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

**Ambato-Ecuador**

Septiembre-2022

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de tutor de proyecto de investigación con el tema: “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES”, de Chicaiza Lasluiza Stalin Alexander estudiante de la carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los méritos y requisitos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre 2022

## **EL TUTOR**

---

Ps. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor del presente trabajo de grado.

Ambato, Septiembre 2022

EL AUTOR



---

Chicaiza Lasluiza Stalin Alexander

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación un documento de acceso libre disponible para su lectura, consulta y proceso de investigación. Cedo los derechos en línea primordial mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autor.

Ambato, Septiembre 2022

EL AUTOR



---

Chicaiza Lasluiza Stalin Alexander

## **APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES”, de Chicaiza Lasluiza Stalin Alexander estudiante de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Septiembre de 2022

Para constancia firman

---

Presidenta

---

Primer vocal

---

Segundo vocal

## AGRADECIMIENTO

*A mí amada madre Patricia Lasluiza por su apoyo incondicional y por formar a la persona que soy hoy en día, por su esfuerzo y dedicación a lo largo de estos años.*

*A mi abuelo Julio Chicaiza que ha sido un apoyo incondicional, por creer en mí y en mis sueños siempre.*

*A mi amigo Bryan Andrade que siempre supo estrecharme su mano al igual que su madre y hermano.*

*A mi amiga y compañera Génesis Córdova quien estuvo desde el primer día apoyándome y dándome consejos para poder continuar y cumplir con la meta que me propuse.*

*A mi familia y todas las personas que estuvieron a lo largo del transcurso.*

*Y por último a mis maestros por guiarme e inculcarme sus conocimientos y enseñarme lo importante de la vida.*

*Chicaiza Stalin*

## DEDICATORIA

*Para mi querida Madre quien siempre creyó en mí y fue mi luz en los días difíciles, su compañía y amor incondicional siempre fueron mi motivación para seguir adelante.*

*Para mi abuelo Julio Chicaiza quien supo ser un padre para mí, aunque fue difícil siempre confió en mí y me dio su apoyo. Gracias por confiar en mí, lo logramos.*

*Chicaiza Stalin*

# ÍNDICE DE CONTENIDO

## Contenido

APROBACIÓN DEL TUTOR .....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.- MARCO TEÓRICO .....	2
1.1 Contextualización .....	2
1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	3
1.3 Fundamento teórico .....	8
1.3.1 Trastornos mentales .....	8
1.3.1.1 Trastornos afectivos .....	8
1.3.1.2 La depresión .....	9
1.3.1.3 Tipos de depresión .....	9
1.3.1.3.1 Trastorno depresivo recurrente .....	10
1.3.1.3.2 Trastorno bipolar, en fase depresiva .....	10
1.3.1.3.3 Distimia .....	11
1.3.1.3.4 Trastorno de adaptación, de tipo depresivo .....	11
1.3.1.4 Causas de la depresión .....	12
1.3.1.5 Bases neurobiológicas de la depresión .....	13
1.3.1.6 Teorías sobre la depresión .....	13
1.3.1.7 Efectos de la Depresión en el Adulto Mayor .....	15
1.3.1.8 Depresión y vejez .....	16
1.3.1.9 Diagnóstico .....	16
1.3.2 La dependencia funcional .....	17



1.3.2.1 Dependencia en geriatría.....	
1.3.2.2 Tipos de actividades de la vida diaria .....	18
1.3.2.3 Características de la dependencia funcional .....	18
1.3.2.4 Importancia del diagnóstico funcional.....	19
1.3.2.5 Factores que determinan la dependencia funcional .....	19
1.3.2.6 Instrumentos de evaluación .....	20
1.3.2.7 El índice de Barthel .....	20
1.3.3 OBJETIVOS.....	21
1.3.3.1 Objetivo General: .....	21
1.3.3.2 Objetivo Específicos: .....	21
CAPÍTULO II.- METODOLOGÍA .....	23
2.1 Materiales .....	23
2.1.1 Descripción de los materiales .....	23
2.1.1.1 DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE .....	23
2.1.1.2 ÍNDICE DE BARTHEL .....	24
2.2 Métodos.....	26
2.2.1 Nivel y tipo de investigación .....	26
2.2.2 Operacionalización de las variables .....	26
2.2.3 Población.....	27
2.2.4 Criterios de Inclusión .....	27
2.2.5 Criterios de Exclusión.....	27
2.2.6 Pregunta de investigación.....	27
2.2.7 Hipótesis.....	28
2.2.8 Descripción y procedimiento para la recolección de información .....	28
CAPÍTULO III.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	29
3.1 Análisis y discusión de resultados .....	29
3.2 Verificación de hipótesis .....	35
CAPÍTULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	37
ANEXOS .....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables: dependencia funcional y depresión.....	26
Tabla 2. Frecuencia – dependencia funcional .....	29
Tabla 3. Prevalencia de depresión.....	30
Tabla 4. Rangos – género.....	31
Tabla 5. Estadísticos de prueba.....	31
Tabla 6. Tabla de contingencia entre la dependencia funcional y el género.....	32
Tabla 7. Prueba de normalidad.....	33
Tabla 8. Prueba de correlación dependencia funcional y depresión. ....	34
Tabla 9. Tabla cruzada nivel de dependencia funcional y depresión.....	34

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN  
ADULTOS MAYORES”**

**Autor:** Chicaiza Lasluiza, Stalin Alexander.

**Tutor:** Ps. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro

**RESUMEN**

Este proyecto de investigación se realizó con el objetivo de identificar la relación del nivel de dependencia funcional y la depresión en adultos mayores. Estudio de tipo correlación de corte trasversal en 91 adultos mayores. Se aplicó el Índice de Barthel para la Dependencia Funcional y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para la Depresión. Mediante el análisis estadístico se encontró que existe relación inversamente proporcional entre la dependencia funcional y la depresión, es decir a menores nivel de dependencia, mayor presencia de depresión. En cuanto a la dependencia funcional destaca la presencia del 46,2% de dependencia moderada y lo referente la prevalencia de depresión el 36,3% presenta probable depresión y el 34,1% depresión establecida. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en dependencia funcional. Los adultos mayores que presentan dependencia total son más propensos a presentar depresión establecida.

**PALABRAS CLAVE:** ADULTOS MAYORES; DEPENDENCIA FUNCIONAL;  
DEPRESIÓN; ENVEJECIMIENTO

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER**

**"FUNCTIONAL DEPENDENCE AND ITS RELATIONSHIP TO DEPRESSION  
IN OLDER ADULTS"**

**Author:** Chicaiza Lasluiza, Stalin Alexander.

**Tutor:** Ps. Cl. Mg. Gaibor González, Ismael Álvaro.

**ABSTRACT**

This research project was carried out with the objective of identifying the relationship between the level of functional dependence and depression in older adults. It was a cross-sectional correlation study in 91 older adults. The Barthel Index for Functional Dependence and the Yesavage Geriatric Depression Scale for Depression were applied. Statistical analysis showed that there was an inversely proportional relationship between functional dependence and depression, i.e. the lower the level of dependence, the greater the presence of depression. Regarding functional dependence, 46.2% were moderately dependent and regarding the prevalence of depression, 36.3% were probably depressed and 34.1% were depressed. No statistically significant differences were found between men and women in functional dependence. Older adults with total dependence are more likely to present established depression.

**KEY WORDS:** AGING; DEPRESSION; FUNCTIONAL DEPENDENCE; OLDER ADULTS.

## INTRODUCCIÓN

Las personas al llegar a la etapa adulta mayor son propensas a tener ciertas dificultades para el desenvolvimiento de sus actividades diarias, algunas de las causas podrían ser el perder la movilidad, el deterioro cognitivo o el simple hecho de tener una enfermedad degenerativa lo cual le impida valerse por sí mismo, por esta razón los adultos mayores necesitan de ayuda externa para poder realizar sus actividades que antes la realizaban de forma autónoma. La funcionalidad de las personas se refiere a la capacidad que tienen estas para el desarrollo de las actividades diarias de forma autónoma mientras que la dependencia funcional hace referencia a la dificultad para realizar dichas actividades diarias por sí solas, como es el caso de los adultos mayores. Tal es el caso que resulta de gran importancia la evaluación de esta ya que al no ser tratada esta puede dar paso a la presencia de otros problemas.

Dentro de esta etapa de igual manera el adulto mayor puede tener cambios en su comportamiento ya sea estar triste, infeliz, melancólico, etc., y si estos síntomas persisten en el adulto mayor esto puede desencadenar a que este presente depresión, muchos son los factores que pueden desencadenar este trastorno ya que el adulto mayor por su avanzada edad presenta varias complicaciones, una de las causas que puede estar ligada a la presencia de depresión puede ser la misma dependencia funcional, aunque pueden haber otros factores predisponentes para la presencia de la misma. La depresión si bien es cierto la puede padecer cualquier persona, en el adulto mayor varía en cierto grado ya que estos son más vulnerables a padecerlo, pero esto no significa que sea normal la presencia de depresión en esta población. Resulta muy importante la evaluación tanto física como mental del adulto mayor para así poder cuidar de su salud en general y así logren llevar una vida plena.

## **CAPÍTULO I.- MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Contextualización**

La depresión es un trastorno mental el cual afecta a un 3.8% de la población en todo el mundo. Si bien este trastorno es frecuente en todo el mundo, dentro de esta se incluyen en un 5% a los adultos y a un 5,7% de adultos mayores que están dentro del rango de más de los 60 años. A escala mundial existen un aproximado de 280 millones de personas las cuales padecen depresión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Alrededor de 50 millones de personas viven con Depresión de la región de las Américas, esta cifra es casi un 15% más que en el año 2005. Es así como un reporte que lo realizó la OMS sobre la depresión y trastornos mentales, esta señaló que el 80% de la depresión se presenta en países de ingresos bajos y medios (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2017).

La depresión se presenta en un 5% de la población adulta a nivel de América Latina y el Caribe, es por esto por lo que este trastorno mental está más presente en mujeres que en hombres por lo que 2 y 4 de cada 10 madres pueden sufrir de depresión durante su embarazo en países que están en desarrollo. Se estima que entre un 60% y 65% de personas que padecen depresión no reciben la atención necesaria (Mitchell, 2012).

La depresión en Colombia es una de las causas más frecuentes de servicio de atención en salud, por lo que en el 2005 se atendió a 36584 personas que tenían el diagnóstico de depresión moderada. Y de acuerdo con el SISPRO estas cifras aumentaron más en el 2009 (MinSalud, 2017).

En Ecuador la presencia de Depresión se presenta en mayor medida en las mujeres, según los datos ambulatorios recogidos por el Ministerio de Salud estos triplican al de los hombres. En base a los datos obtenidos más recientes que corresponden al año 2015, hubo un total de 50379 personas en las cuales se incluyen a aquellas con un diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión, dentro de este total se obtuvo que 36631 correspondían a mujeres y tan solo 13748 a hombres (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En Ecuador el 64% de las personas atendidas por depresión fueron mujeres, mientras que en las edades en las que más se registraron personas atendidas por episodios depresivos con un 75.3% de los casos comprendían edades entre los 19 a 59 años. En el 2015 un total de 2088 personas recibieron atención por enfermedades depresivas en los respectivos establecimientos de salud (Censos, 2017).

## **1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Runzer et al. (2017), en su estudio de la asociación entre depresión y dependencia funcional en adultos mayores, buscó determinar la asociación entre las dos variables. Para lo cual realizó un estudio transversal, retrospectivo y analítico en una población de 625 participantes, el cual mostro que existe asociación entre la depresión y la dependencia funcional; asimismo en la misma proporción existe mayor riesgo de presentar dependencia funcional a mayor riesgo de tener depresión.

Así mismo otro estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos en los adultos mayores con adherencia farmacológica, la muestra estuvo conformada por un total de 79 adultos mayores. Los resultados mostraron que en su mayoría las mujeres con una edad promedio de 73,6 años presentaron en un 35,4 % algún grado de dependencia, el 34,2% síntomas depresivos. Se concluyó que un alto porcentaje de adultos mayores no cumplen con el tratamiento prescrito, a lo cual se lo asocia los síntomas depresivos (Barría-Ruiz et al., 2019)

Burgos et al. (2017), de igual forma buscó establecer la relación entre el nivel de funcionalidad y depresión en adultos mayores, en 286 participantes de los cuales 157 fueron mujeres y 129 hombres. Los resultados reflejaron que el 85,65% se encuentran de autovalencia funcional y tan solo el 14,3% con dependencia funcional. Los resultados que arrojó el EFAM serían un predictor de los síntomas depresivos.

Hernandez et al. (2017), en su estudio con 196 adultos mayores, valoraron las actividades básicas de la vida diaria, los resultados mostraron que el 92.9% de la población tenía una dependencia leve en relación con las actividades básicas de la vida diaria, por lo que se determinó que la dependencia y el grado de funcionalidad están ligados a la edad, enfermedades y las relaciones con la familia.

De igual forma Laguado et al. (2017), determinaron que en el género masculino la dependencia es leve a diferencia del género femenino que su independencia es alta, para lo cual realizaron un estudio con el objetivo de determinar la funcionalidad y el grado de dependencia en 60 adultos mayores institucionalizados, en un rango de edad entre los 75 a 84 años.

Duran et al. (2021), considera importante el género, la depresión y la función cognitiva para la valoración de la funcionalidad en los adultos mayores, para lo cual en su estudio en 98 adultos mayores se aplicó la escala de ansiedad y depresión, así como el índice de Barthel. Solo 26,5% presentó depresión, el 30,6% probable depresión y el 13,3% ansiedad establecida. Así mismo el 60,2% presentó deterioro cognitivo y el 8,2% dependencia total. Los resultados mostraron que la edad tiene relación con la depresión y la ansiedad, pero no con la función cognitiva y la dependencia funcional.



Agis et al. (2020), señala que la prevalencia de depresión en adultos mayores del 27,4%, mientras que el 18,9% presentó cierto grado de dependencia funcional y el 16,2% deterioro cognitivo, estos resultados se obtuvieron a fin de determinar la frecuencia de sintomatología depresiva y su tratamiento en personas adultas mayores, en un total de 3114 participantes.

Saenz et al. (2019), en su estudio para determinar los factores que se presentan con más frecuencia asociados a la depresión en adultos mayores de once comunidades del Perú, usaron el cuestionario de Yesavage en un total de 371 personas adultas mayores de 60 años. El cuestionario mostró que un 40,7% de los residentes presentaban depresión. Por lo que existe una asociación entre el promedio de edad de los adultos mayores y el diagnóstico de depresión.

De igual forma Castro et al. (2019), tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión y las características sociodemográficas en pacientes adultos mayores. Los datos se obtuvieron de 16 pacientes que presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En base a los datos obtenidos con el test de Yesavage que un 43,7% de la población presentaba depresión y que el 56,2% mencionó sentirse con frecuencia deprimidos. En cuanto a las características sociodemográficas el promedio de edad fue de 72,1, el 62,5% mujeres y el 81,2% eran analfabetos. Se determinó que existe una alta frecuencia de depresión en pacientes con EPOC.

En otro estudio se analizó la relación de factores sociodemográficos y las condiciones de salud con el estado funcional en los adultos mayores, el cual evaluó el estado funcional a 391 adultos mayores. Se encontraron un nivel de dependencia funcional en el 26,3% en los adultos mayores, estos asociados al género, dependencia económica, síntomas depresivos y deterioro cognitivo. Se concluyó que el proceso de envejecimiento condiciona a la capacidad funcional (Paredes-Arturo et al., 2018).

Rico et al. (2020), para determinar el funcionamiento cognitivo, autonomía a que la independencia en los adultos mayores institucionalizados, usaron el Minimental State Examination y el índice de Barthel en un total de 62 adultos mayores, se obtuvo que el 51,20% fueron mujeres y el 48,80% hombres; en cuanto al deterioro cognitivo el 32,40% presentaron deterioro cognitivo grave y el 13,50% presentaron dependencia entre severa y total.

Así mismo Mora-Quezada et al. (2017), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal con una población que corresponde a 125 personas. Los resultados mostraron que en cuanto a la funcionalidad el 54,2% era autovalente, el 44,4% era autovalente con riesgo y solo el 1,4% tenía cierto riesgo de dependencia. Se concluyó que los adultos mayores muestran un alto nivel de funcionalidad.

Erazo & Fors (2020), mencionan que en el Instituto de Salud Mental se ha encontrado aproximadamente un 15% de adultos mayores con presencia de depresión, el objetivo de su estudio fue establecer la prevalencia de depresión y los posibles factores asociados a las misma. La población fue de 20000 adultos mayores los cuales un 54% presentaron depresión leve y depresión establecida, de los cuales el 59,2% fueron hombre y el 49,6 fueron mujeres. En cuanto a los factores asociados presentaron mayor depresión con el 72,7% en personas divorciadas y el 72,1% en viudos.

Así mismo Mason et al. (2021), para determinar la asociación e interacción de la depresión y las condiciones sociales y dependencia física, en 474 adultos mayores, mostraron que la prevalencia de depresión era de 26,4% con 58% de episodio depresivo y solo el 37,9% vivía con la familia y sin dependencia. Por lo tanto, existe asociación entre depresión y dependencia, riesgo social y pertenencia a grupos sociales.

Para detectar la prevalencia de depresión y los factores asociados en personas de 75 años, para lo cual participaron 400 personas y los resultados fueron: la prevalencia de

síntomas depresivos fue de un 30,5 %, en las mujeres a diferencia de las personas que vivían solas con una prevalencia más alta del 40.1% y el 26,6% se presentaban con personas mayores que vivían solas. La presencia de síntomas depresivos se relaciona con el sexo, la autopercepción, así como con la fragilidad (Molés-Julio et al., 2019).

En la investigación realizada por Baracaldo et al. (2019), en una población de 48 personas, el 62,5% hombres y 37% mujeres en una edad promedio de 77,2 años, se evidenció que presentaban algún grado de dependencia funcional moderado con un 35,4% para la realización de las actividades básicas de la vida diaria y un 6,3% dependencia total. Se concluyó que la dependencia funcional tiene relación con el envejecimiento.

Por otra parte Campo et al. (2018), en el estudio del funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado, en sus resultados solo el 2,70% presentó dependencia leve y el 13,50% dependencia severa y total, de igual forma 32,40% presentaron deterioro cognitivo, en 62 adultos mayores institucionalizados. Es así como en su mayoría los adultos mayores son independientes y autónomos en las ABVD sin embargo la funcionalidad cognitiva sí presentó significativamente un mayor deterioro.

El deterioro funcional parece tener una mayor asociación con respecto al dolor, al igual que el sexo, la edad y el estado financiero según (Castellanos-Perilla et al., 2020). Para esto se analizaron los datos recogidos de un total de 12880 sujetos con el objetivo de explorar la relación entre los factores sociodemográficos, médicos y psicológicos con el deterioro funcional. La dependencia funcional en cuanto acostarse y levantarse de la cama fue de un 3% y el 1,7% dificultad para tomar medicamentos, así mismo se encontró que la edad y el dolor se asociaba con las limitaciones de las AVD.

Para determinar la relación entre el apoyo social y la dependencia funcional en 150 adultos mayores. Los resultados mostraron que en cuanto a la dependencia funcional el 44% es funcionalmente dependiente y solo el 4,7% presentó dependencia total y

dependencia severa, se evidenció también en el 38,7% nivel bajo de apoyo social, el nivel bajo de apoyo instrumental, 53,3% interacción social entre alto y medio y 38,8% apoyo efectivo alto. Se concluyó que existe relación entre las variables (Anglas & Machoa, 2021).

Así mismo Betancourt & Loaiza (2020), mencionan en su estudio la asociación entre factores biopsicosociales y la dependencia funcional, se encontró que la prevalencia general fue del 66,4% de dependencia funcional en relación al sexo, el estudio estuvo conformado por 250 participantes. De los cuales el 58,85 fueron hombre y el 41,15 fueron mujeres y en relación con la edad fue del 67% en el rango de edades entre los 60 a 69 años.

### **1.3 Fundamento teórico**

#### **1.3.1 Trastornos mentales**

El término trastorno mental dentro del DSM-IV implica la distinción entre trastornos mentales y físicos, por tanto, la definición de trastorno mental en base al manual hace referencia a un "síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad" (APA, 1995: XXI, como se citó en Korman & Sarudiansky, 2011).

##### **1.3.1.1 Trastornos afectivos**

Los trastornos afectivos o también llamados trastornos del estado de ánimo son trastornos que se caracterizan por la presencia de alteraciones emocionales, los cuales pueden ser consistentes en periodos de tiempo prolongados en los cuales se experimenta tristeza excesiva, euforia excesiva o en algunos casos ambos. Es así que difieren mucho

de sentir alegrías y tristeza en la vida diaria ya que son experiencias habitual depresión y la manía representan estos dos polos de este tipo de trastorno del ánimo, por lo tanto, caracterizan a los trastornos del estado de ánimo. Cuando únicamente se sufre de depresión se lo denomina trastorno unipolar mientras que episodios de depresión que varían con episodios de manía a estos se los llama trastornos bipolares. Estos se clasifican en dos: bipolar y depresivo (Coryell, 2021).

### **1.3.1.2 La depresión**

Es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen. Este tipo de trastorno puede ser transitorio o permanente, el cual se caracteriza haciendo que la persona presente sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad. Además, esto le puede provocar una incapacidad ya sea total o parcial para poder disfrutar las cosas y de igual manera de los acontecimientos que se desarrollan en la vida diaria (Tena-Suck & Chavez-Mendoza, 2018).

La depresión se caracteriza principalmente por la presencia de una tristeza profunda, en cuanto a su sintomatología esta puede variar ya que es un trastorno que puede presentarse de muchas formas. Es así como la depresión es un estado afectivo holístico el cual está compuesto por las áreas somática, afectiva y cognitiva conductual, siendo así este trastorno el más común a nivel mundial (Tena-Suck & Chavez-Mendoza, 2018).

### **1.3.1.3 Tipos de depresión**

De acuerdo a la Asociación de Estudiantes de Médica Ecuador (AEMPPI, 2017), con el tiempo de duración de la depresión y de la intensidad de los síntomas estos pueden clasificarse leves, moderados y graves. Es así que las personas que tengan una depresión

leve pueden seguir con sus actividades cotidianas de forma normal mientras que los que tengan una depresión grave no puedan mantener sus actividades en torno a o que lo rodee.

De acuerdo con lo que pueda llegar a experimentar el sujeto, se pueden distinguir cuatro tipos de depresión:

#### **1.3.1.3.1 Trastorno depresivo recurrente**

Esta enfermedad se presenta en episodios, esto quiere decir que los síntomas aparecen de manera intensa por algunos meses y después desaparecen casi totalmente. El primer episodio de depresión se presenta a cualquier edad, pero con frecuencia suele presentar a la edad de entre 10 a 45 años, si no es tratado esto puede durar hasta 6 meses e incluso prolongarse hasta años. Si la persona logra superar el primer episodio no volverá a tenerlos, pero aquellos que no logren superarlo tendrán posteriormente más episodios lo cual conllevará a que no exista una recuperación total (García-Sánchez, 2010).

#### **1.3.1.3.2 Trastorno bipolar, en fase depresiva**

Este tipo de trastorno se caracteriza por que los episodios se alternan eso quiere decir que se puede dar de igual manera por fases de euforia, momentos de estabilidad emocional y también de episodios depresivos. El primer episodio suele aparecer después de haber vivido algún conflicto personal, sin la medicación adecuada estos episodios pueden durar meses e incluso alternar en 4 episodios distintos en 10 años (García-Sánchez, 2010).

Este tipo de trastorno es menos frecuente ya que solo una de cada cien personas lo padecerá, se presenta por igual en hombres y mujeres. Sin embargo, los hombres lo suelen

presentar al inicio con un episodio maniaco mientras que en las mujeres se presenta un episodio depresivo (García-Sánchez, 2010).

#### **1.3.1.3.3 Distimia**

Este es un tipo de depresión que se presenta con menos intensidad en los síntomas a diferencia del trastorno depresivo recurrente, pero está a la vez es más prolongada en el tiempo. Suele presentarse en la adolescencia e incluso en la niñez lo cual puede durar años si esta no es tratada. Para ser diagnosticado con distimia el sujeto debe de presentar síntomas depresivos a diario por al menos 2 años. Aparecen con frecuencia en familias que presentaron trastornos depresivos recurrentes (García-Sánchez, 2010).

#### **1.3.1.3.4 Trastorno de adaptación, de tipo depresivo**

En este tipo de trastorno los síntomas son de poca intensidad a diferencia del resto y esta aparece después de un cambio importante en la vida el mismo que le provocará dificultades para adaptarse. Como por ejemplo en casos de divorcios, pérdida de seres queridos, algún fracaso amoroso o inclusive la maternidad y jubilación (García-Sánchez, 2010).

Sin embargo, estos síntomas tienden a desaparecer cuando la persona se va adaptando a estos sucesos y rara vez este tipo de depresión requiere de medicación. Hay que tener mucho cuidado de igual forma ya que algunos trastornos de este tipo hay llegado a agravarse provocando en la persona un episodio depresivo el cual requiere de tratamiento farmacológico (García-Sánchez, 2010).

#### **1.3.1.4 Causas de la depresión**

Pues si bien no se sabe una causa concreta para que se dé la depresión existen múltiples variables que la pueden causar como: biológicas, psicológicas y socio culturales. Si bien para determinar las causas se tiene como referencia cada una de estas variables, las mismas no siempre nos dan una visión general y completa como para dar una explicación del fenómeno (Bosqued-Lorente, 2005).

Los factores externos también son otra causa muy importante para tomar en cuenta en la aparición y el mantenimiento de la depresión, las alteraciones neuroquímicas del sujeto afectan a los neurotransmisores y por tanto esto afecta al Sistema Nervioso Central. Una de las teorías que puede explicar la presencia de la depresión es el modelo teórico del psicólogo Martin Seligman al cual denomino “indefensión aprendida”. En conjunto con Abramson y Teasdale formularon el “estilo atribucional depresivo” (Bosqued-Lorente, 2005).

Así mismo Soutullo (2005), menciona que no se conocen la causa en si de la depresión, aunque se sabe que esta es de origen biológico, es decir que es una enfermedad así como la diabetes, la epilepsia, entre otros. Hay factores predisponentes para que la persona presente depresión como los genes, la ansiedad, pérdida de algún familiar o el abuso del alcohol. De igual manera estudios con resonancia magnética en adolescentes han demostrado que el lóbulo frontal de estos su volumen es inferior, así mismo los factores ambientales y familiares son grandes predisponentes para que una persona tenga depresión.



### **1.3.1.5 Bases neurobiológicas de la depresión**

Las bases de la neurobiología parten de dos grandes hipótesis como son la teoría monoaminérgica y la teoría neurotrófica. La primera nos menciona que en base a las observaciones de un fármaco de estructura tricíclica el cual mejoraba el estado de ánimo de pacientes con tuberculosis mismos que también padecían de depresión, a partir de eso se desarrolló la teoría de monoaminérgica de la depresión. Esta teoría plantea que la etiopatogenia de la depresión tiene relación con la reducción de la actividad monoaminérgica y conforme a esto se da la reducción de diferentes neurotransmisores lo cual desarrolla el trastorno afectivo. Mientras que la hipótesis neurotrófica hace referencia a que las distintas alteraciones morfofuncionales en distintas áreas cerebrales se dan durante la depresión las cuales fueron provocadas por la disminución de factores neurotróficos (Callado, 2008).

En otras investigaciones Matos & Manzano (2021), respecto a la depresión endógena cuyo origen sigue siendo desconocido, sin embargo el punto de partida del conocimiento científico sigue siendo las disfunciones monoaminérgicas. Estas disfunciones tienen que ver con los bajos niveles de neurotransmisión sináptica de las aminas estas a un nivel neurológico, y en segundo lugar podemos mencionar a las alteraciones neuroendocrinas las cuales manifiestan alteraciones en la disminución de los niveles de secreción de hormonas en el eje hipotalámico suprarrenal (HHP) en específico el cortisol. Y por último se encuentran las alteraciones neuroanatómicas las cuales están relacionadas a disfunciones a nivel de circuitos anatómicos.

### **1.3.1.6 Teorías sobre la depresión**

Dentro de las conceptualizaciones freudianas en torno a los fenómenos depresivos, hace referencia a que el término depresión no es propio dentro de la teoría psicoanalítica,

sino que esta proviene dentro del campo de la psiquiatría. Sin embargo, a pesar de psicoanálisis ha desarrollado diferentes modelos en los cuales explica a lo que se conoce como fenómenos depresivos. Es así como la primera construcción sistemática la realizó Abraham con lo cual describió el modelo de depresión y a su vez este pudo incluir dentro de la categoría psicoanalítica a los trastornos depresivos y afectivos (Korman & Sarudiansky, 2011).

Freud por otra parte en sus manuscritos da lugar a que los estados anímicos o efectos depresivos pueden ser causados por diferentes enfermedades ya sean tanto en el sistema nervioso central o de algún otro órgano, esto en la actualidad se lo podría denominar depresión. Así mismo Freud describió varios síntomas en la neurastenia que básicamente son similares a los que actualmente llamamos depresión. Si bien estos síntomas son iguales en cuanto a su descripción, Freud sostenía a la neurastenia por lo que no reconocía otra etiología que no fuera el onanismo (Korman & Sarudiansky, 2011).

Por otra parte, Hugo Bleichmar manifestaba sus conceptualizaciones sobre la depresión, este sostiene que los componentes para considerar como características de un estado depresivo son: a) Fijación a cierto deseo que ocupa lugar, b) una representación de sí mismo indefensa o impotente y c) los componente afectivos y motivacionales las cuales estarán acompañadas de las dos ya antes mencionadas (Korman & Sarudiansky, 2011).

Así mismo David Maldavsky presentaría un enfoque etiológico el cual trató de explicar la formación de las estructuras tanto depresivas como las melancólicas, para ello el recurre al uso de las conceptualizaciones freudianas, para así poder entender como los procesos psíquicos dan lugar a estas estructuras melancólicas y depresivas. Es así como para David el núcleo de estas estructuras es la exigencia (Korman & Sarudiansky, 2011).

Las teorías conductuales de la depresión se caracterizan principalmente por el uso de una metodología científica, este modelo sugiere que la depresión unipolar es un

fenómeno el cual es aprendido y relacionado con sucesos negativos en su entorno. que estas conductas pueden ser influidas por las emociones y las conductas, dando así lugar a las estrategias conductuales las cuales ayudaran a cambiar estos patrones de conducta poco adaptativo (Vázquez et al., 2000).

Las teorías cognitivas de la depresión se remontan a la filosofía y están dan lugar a la psicopatología empírica. Esta teoría menciona que la percepción errónea de uno mismo y de su entorno hace que estas den lugar a un trastorno depresivo. Las investigaciones apoyan estas teorías ya que los sujetos tienden a verse de forma negativa (Vázquez et al., 2000).

La teoría cognitiva de Beck es una de las más conocidas en cuanto a la depresión ya que muchos trabajos se basan en su teoría. Perris, (como se citó en Vázquez et al., 2000), señala que en esta teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos a considerar los cuales explican la depresión 1) la triada cognitiva; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y el procesamiento de información; y 4) disfunción de esquemas. Es así como “la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto” Beck (como se citó en Vázquez et al., 2000).

### **1.3.1.7 Efectos de la Depresión en el Adulto Mayor**

Si bien la depresión tiene consecuencias negativas sobre las personas que lo padecen como el aislamiento social, obesidad, falta de control sobre los impulsos, conductas autolesivas e incluso muerte por suicidio. En los adultos mayores estas consecuencias incluso pueden afectar a su capacidad funcional y más aún cuando en estos presentan deterioro cognitivo tiene por lo cual tienen un efecto pésimo en personas deprimidas. Las consecuencias son una mayor tasa de morbilidad, la discapacidad física

y social, de igual manera un peor pronóstico para la pronta recuperación, así mismo la presencia de depresión en adulto mayor se asocia con la pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, osteoporosis y por último una mala autopercepción de su salud; el deterioro de la función cognitiva también es uno de los efectos que provoca la depresión (Aguilar-Navarro & Ávila-Funesa, 2007).

### **1.3.1.8 Depresión y vejez**

La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos, siendo esta así una enfermedad crónica recurrente que se presentan en el adulto mayor. Las personas ancianas que tienen depresión tienden a ser más susceptibles a padecer de enfermedades crónicas y del deterioro funcional. Los síntomas depresivos en los ancianos tienden a fluctuar por lo que en ellos predomina la fatiga y el insomnio (Macías-Núñez & Álvarez-Gregor, 2009).

La vejez se caracteriza por los cambios que ocurren dentro de esta etapa, por lo que ocurren en diferente dimensión forma, ritmo y por lo tanto las enfermedades en ellos suelen ser diferente a los de un adulto por lo que los síntomas de la enfermedad se la pueden atribuir al envejecimiento. De igual forma el deterioro de los sentidos puede dificultar en gran parte el reconocimiento de los síntomas lo que impedirá la comunicación con el médico, ya que un problema muy frecuente es la poca percepción de dolor por parte de los adultos mayores (Varela-Pinedo, 2005).

### **1.3.1.9 Diagnóstico**

Si bien es cierto que se puede utilizar las clasificaciones del DSM IV y las del CIE 10 en los adultos mayores su peculiaridad puede influir en el correcto diagnóstico, es por ello por lo que en los ancianos los síntomas depresivos pueden llegar a constituirse en una

prolongación de trastornos afectivos iniciales. Por tal motivo el evaluador de confirmar la existencia de estas tres situaciones potenciales, 1) la existencia de reacciones vivenciales las cuales tendrán características depresivas, 2) la depresión endógena unipolar y 3) las máscaras depresivas como manifestaciones conductuales (Villatoro-Martínez & Loría-Castellanos, 2015).

### **1.3.2 La dependencia funcional**

La capacidad funcional que tiene la persona es definida desde un punto de vista de la actividad física y de igual forma desde esta perspectiva es conocida como la función metabólica que se logra al realizar un ejercicio. Es así como el término dependencia se define como la incapacidad de realizar las actividades básicas por si solos (González-Rodríguez et al., 2017).

De igual manera Varela-Pinedo (2005), define a la funcionalidad como la capacidad que tienen las personas para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

#### **1.3.2.1 Dependencia en geriatría**

Desde el punto de vista de la geriatría la capacidad funcional es diferente considerando a esta como un elemento clave para la salud de los adultos mayores, es así como se lo toma como un proceso dinámico el cual va a cambiar de acuerdo con las capacidades de la persona para resolver actividades de la vida diaria (González-Rodríguez et al., 2017).

### **1.3.2.2 Tipos de actividades de la vida diaria**

Las actividades son definidas como aquellos procesos en los cuales el sujeto realiza una tarea o una acción. En este sentido la valoración del sujeto para ejecutar las actividades básicas de la vida diaria (AVD) se la realiza al observar el funcionamiento de esta en diferentes actividades. Estas AVD se clasifican en tres tipos según (González-Rodríguez et al., 2017):

- AVD básicas (ABVD): Este tipo de actividades funcionales son aquellas que se centran en el autocuidado (aseo personal, vestido, movilidad, bañarse, alimentación, y control de esfínteres).
- AVD instrumentales (AIVD): Este tipo de actividades son más complejas ya que estas ayudan al sujeto a adaptarse de forma independiente en el que vive el sujeto.
- AVD avanzadas (AAVD): Este tipo de actividades no son fundamentales para llevar una vida de manera independiente ya que estas son solo actividades en torno al estilo de vida del sujeto. (González-Rodríguez et al., 2017)

### **1.3.2.3 Características de la dependencia funcional**

González (2017), menciona que una característica comúnmente que es más evidente en las personas adultas mayores es la dependencia, sin embargo, esto no quiere decir que la edad es en general la causa principal de la dependencia en la vejez. Por lo tanto, la edad cronológica no es un indicador con precisión ya que pueden existir distintas variaciones ya sean estas variaciones en el estado de salud mental, la participación y la independencia entre personas adultas mayores de la misma edad y la influencia de factores externos como en este caso el económico.

#### **1.3.2.4 Importancia del diagnóstico funcional**

La valoración y el diagnóstico de la funcionalidad del adulto es un procedimiento el cual se lo realiza a fin de obtener datos los mismos que son interpretados en relación con la capacidad funcional de la persona. El diagnóstico funcional es de suma importancia para posterior a esto establecer un diagnóstico multidimensional, mismos que son de valor para el terapeuta y para su pronóstico. Esta evaluación es importante en los adultos mayores ya que nos permite valorar la capacidad de independencia que tienen, mismas capacidades se van deteriorando y perdiendo fácilmente a causa de enfermedades o por problemas comunes del envejecimiento (Varela-Pinedo, 2005).

#### **1.3.2.5 Factores que determinan la dependencia funcional**

Para Macías-Núñez & Álvarez-Gregor (2009), la presencia de una enfermedad es un factor que sobresale para la valoración de la capacidad funcional de la persona, esto no quiere decir que sea la causa principal ya que para esto es necesario la valoración de diferentes aspectos y condiciones tales como lo menciona:

- Presencia de enfermedad

Las enfermedades representan un cambio en el funcionamiento o en la estructura de un órgano, mismo que causara problemas en relación con la capacidad que tiene el sujeto para realizar las actividades y funciones que desempeña.

- Estado mental

Esto se refiere a los procesos que se realizan en la vida diaria, la disminución de esta capacidad funcional significará la disminución significativa del estado de salud.

- Deterioro físico

En este aspecto es importante diferenciar el deterioro que se puede producir por el proceso de envejecimiento o por la presencia de alguna enfermedad, ya que estas pueden

afectar de manera diferente a la persona entre ellas está el deterioro sensorial, esta conciencia, estilo de vida, uso del tiempo, motivación y los roles sociales.

### **1.3.2.6 Instrumentos de evaluación**

Para la evaluación de la capacidad funcional de las personas adultas mayores se las puede realizar a través de diferentes instrumentos, los cuales con frecuencia miden la capacidad que tiene la persona para realizar ciertas actividades mismas que serán un reflejo de su independencia. Por ello esto se divide en dos clases de medidas las básicas e instrumentales. Las instrumentales son aquellas que hacen referencia a las actividades que son básicas para una vida doméstica de forma independiente, mientras que las básicas son aquellas actividades que se llevan a cabo para el cuidado personal básico. Según estas dimensiones existen instrumentos para su evaluación y entre ellos podemos mencionar tales como el Índice de Barthel, la Medida de Independencia Funcional, el Estado de rendimiento de Karnofsky, entre otros (Macías-Núñez & Álvarez Gregor, 2009).

### **1.3.2.7 El índice de Barthel**

Este fue uno de los primeros instrumentos que se usaron para poder cuantificar la capacidad de una persona en el campo de la rehabilitación física, por lo tanto, este instrumento aportó mucho para los fundamentos científicos en base a los resultados de los profesionales y así poder mejorar los programas de mejora de niveles de dependencia. El Índice de Barthel es un instrumento de interpretación simple ya que el test asigna a cada paciente una puntuación está en relación al grado de dependencia que tiene para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria. Las puntuaciones que el instrumento ofrece ayudan en gran medida desde la puntuación global y las puntuaciones parciales para poder conocer cuáles son las deficiencias específicas de cada sujeto evaluado (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).



### **1.3.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.3.1 Objetivo General:**

- Identificar la relación del nivel de dependencia funcional y la depresión en adultos mayores.

Para que este objetivo se cumpla se aplicaron dos instrumentos psicológicos, la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Índice de Barthel a 91 adultos mayores. Posterior a ello se analizó los datos en el programa estadístico SPSS, al no mostrar una distribución normal se aplicó la prueba de correlación de Rho de Spearman.

#### **1.3.3.2 Objetivo Específicos:**

- Analizar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores.

El nivel de dependencia funcional se analizó a través de la aplicación del Índice de Barthel, el cual evaluó el nivel de dependencia funcional del sujeto mediante 10 ítems que hacen referencia a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. El análisis se realizó en base a una tabla de frecuencias.

- Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores.

Para cumplir este objetivo se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage el cual consta de 15 preguntas y se obtuvo una tabla de frecuencias.

- Comparar la dependencia funcional según el sexo.

Para el último objetivo se utilizó el programa estadístico SPSS, en el cual se realizó la comparación de la dependencia funcional según el sexo.

## **CAPÍTULO II.- METODOLOGÍA**

### **2.1 Materiales**

Para esta investigación se usaron la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage para medir los niveles de depresión, así como el Índice de Barthel el cual mide el nivel de dependencia funcional.

#### **2.1.1 Descripción de los materiales**

##### **2.1.1.1 DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

**Nombre del instrumento y autor:** Geriatric Depression Scale GDS. Jerome Yesavage

**Constructo:** Depresión en personas adultas mayores.

**Descripción del constructo:** Según los autores del instrumento, la depresión se caracteriza por la sintomatología cognitiva, afectiva y somática que están presentes en los adultos mayores, como la presencia de sentimiento de tristeza, falta de energía, desesperación, entre otros en base a los criterios del DSM IV. R (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, et al., 1982).

**Adaptaciones:** El cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage consta en su versión recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y comunitaria por un total de 30 preguntas, posterior a ello Sheikh y Yesavage propusieron una versión

abreviada la cual consta de 15 preguntas, a fin de que los evaluados no se canse en el momento de la aplicación.

**Usos o propósitos típicos del instrumento:** Este instrumento se usa para el screening dentro de la evaluación clínica en personas adultas mayores que se sospeche la presencia de depresión.

**Escala:** De 0 a 5 no Depresión, de 6 a 9 puntos Probable Depresión y de 10 a 15 Depresión Establecida.

**Preguntas y calificación:** Consta de 15 preguntas las cuales varían entre puntuaciones de 1 a 0.

**Tiempo de administración:** 10 a 15 minutos.

**Fiabilidad:** La escala total presentó un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.87.

#### **2.1.1.2 ÍNDICE DE BARTHEL**

Fue publicada en el año 1965 y se usó en hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955.

Evalúa el nivel de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las mismas consideradas como básicas. Es una medida simple en cuanto a la obtención e interpretación de los niveles de dependencia. Esta asigna una puntuación para cada grado de dependencia para la realización de distintas actividades básicas de la vida diaria.

Granger utilizó una versión modificada la cual consistía en 15 actividades a diferer la original que eran 10, de igual forma Collin y Wade usaron otra versión modificada la cual su puntuación iban de 1 en lugar de 5, dando así en una escala global un total de 0 a 20 puntos.

Las actividades básicas de la vida diaria incluidas en el índice son 10 los cuales son: comer trasladarse en la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir o bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces y el control de orina.

Las AVD se las pueden asignar en puntuaciones de 0, 5, 10 o 15 puntos. En las puntuaciones globales están pueden variar entre 0 que serían totalmente dependientes y la puntuación máxima de 100 el cual es totalmente independiente.

En cuanto a la fiabilidad con índices de kappa entre 0,47 y 1,00. Y a la consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para su versión original y para la versión de Shah un alfa de 0,90-0,92.

Su validez oscila entre 0,73 y 0,77.

Puntos de corte: 0-20 Dependencia total, 21-60 Dependencia severa, 61-90 Dependencia moderada, 91-99 Dependencia escasa, 100 Independencia (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

## 2.2 Métodos

### 2.2.1 Nivel y tipo de investigación

La investigación es de nivel correlacional, de carácter cuantitativo debido al uso de instrumentos psicométricos que permitirán un posterior análisis estadístico de los resultados obtenidos. Además de esto se usó un diseño no experimental debido a que el estudio se desarrolló sin la necesidad de intervenir o manipular las variables propuestas. Dentro de su desarrollo se rigió por un intervalo de tiempo definido por lo que la aplicación seguirá un lineamiento transversal.

### 2.2.2 Operacionalización de las variables

**Tabla 1.**

*Variables: dependencia funcional y depresión*

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Instrumento</b>
<b>DEPENDENCIA FUNCIONAL</b>	El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (Cid-Ruzafa, 1997).	Nivel de dependencia: Índice de Barthel-Beremos-0 a 20 dependencia total. -21 a 60 dependencia severa- 61 a 90 dependencia moderada-91 a 99 dependencia escasa- 100 independencia. *90 independencia en uso de silla de ruedas	En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un Alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah.

<b>DEPRESIÓN</b>	Según los autores del instrumento, la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros, según los criterios del DSM-IV-TR (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, et al., 1982).	Test screening de depresión: Escala de depresión geriátrica-Baremos- De 0 a 5 no Depresión, de 6 a 9 puntos Probable Depresión y de 10 a 15 Depresión Establecida.	La presentó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.87.
------------------	--	--	--

Fuente: Investigador

### 2.2.3 Población

Adultos mayores del centro de acogida señor de los remedios y espacios alternativos de adultos mayores del sector Huaynacuri parroquia San Miguelito del cantón Píllaro.

### 2.2.4 Criterios de Inclusión

- Adultos mayores desde 65 años en adelante
- Adultos mayores del centro de acogida y que asistan a los espacios activos.
- Adultos mayores sin enfermedad crónica

### 2.2.5 Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que tengan algún tipo de discapacidad.
- Adultos menores de 65 años.
- Adultos mayores con trastornos psiquiátricos.

### 2.2.6 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre dependencia funcional con la depresión en adultos mayores del centro de acogida señor de los remedios y espacios alternativos de adultos mayores del

sector Huaynacuri parroquia San Miguelito del cantón Píllaro en el periodo A Septiembre 2022?

## **2.2.7 Hipótesis**

### **2.2.7.1 Hipótesis de investigación**

La dependencia funcional se relaciona con la depresión en adultos mayores

### **2.2.7.2 Hipótesis Nula**

La dependencia funcional no se relaciona con la depresión en adultos mayores.

## **2.2.8 Descripción y procedimiento para la recolección de información**

- Se realizó la carta compromiso dirigido al Jefe de Desarrollo Social.
- Autorización por parte del Jefe de Desarrollo Social para la aplicación de los reactivos.
- Socialización de los objetivos y métodos de la investigación al Jefe de Desarrollo Social.
- Digitalización de los reactivos dentro de los cuales se encuentra la sociabilización del consentimiento informado a la población.
- Aplicación de los reactivos, calificación de estos y tabulación de los resultados.
- Análisis estadístico de los datos en el paquete estadísticos PSPP.



## CAPÍTULO III.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 3.1 Análisis y discusión de resultados

**Tabla 2.**

*Frecuencia – dependencia funcional*

		<b>Dependencia Funcional</b>	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dependencia Total	7	7.7%
	Dependencia Severa	25	27.5%
	Dependencia Moderada	42	46.2%
	Dependencia Escasa	10	11.0%
	Independencia	7	7.7%
<b>Total</b>		91	100%

**Fuente:** Investigador

#### **Análisis:**

Dentro de la dependencia funcional, el encontró que el 7,7% presentó dependencia total, el 27,5% dependencia severa, el 46,2% dependencia moderada, el 11% dependencia escasa, el 7,7% independencia.

#### **Discusión:**

Los adultos mayores presentaron en un mayor porcentaje la presencia de dependencia moderada y solo el 7,7% presentó dependencia total, así como en la investigación de Duran-Badillo et al. (2021), en donde de igual manera el mayor porcentaje fue de 34,7% que presentaban dependencia moderada y el 8,2% dependencia total. Así mismo Baracaldo-Campo et al. (2019), en su estudio destacó la presencia de

dependencia moderada con un 35,4% y de igual forma solo el 6,3% pres dependencia funcional total.

**Tabla 3.**

*Prevalencia de depresión*

		<b>Depresión</b>	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No depresión	27	29.7%
	Probable depresión	33	36.3%
	Depresión establecida	31	34.1%
<b>Total</b>		91	100%

**Fuente:** Investigador

**Análisis:**

Se encontró que el 34,1% presentó depresión establecida, el 36,3% probable depresión y el 29,7% no presentó depresión.

**Discusión:**

Se pudo evidenciar la presencia de depresión establecida y probable depresión siendo esta la que más destaca en los adultos mayores, así también en el estudio de Duran-Badillo et al. (2021), en el total de adultos mayores, el 26,5% presentó depresión establecida 30,6% probable depresión. De igual forma en el estudio realizado por Saenz-Miguel et al. (2019), en el total de adultos mayores que cumplieron con la selección de población el 40,7% tenían depresión en base al cuestionario de Yesavage.

**Tabla 4.***Rangos – género*

	Género	Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
Dependencia	Masculino	44	46.85	2061.50
	Femenino	47	45.20	2124.50
<b>Total</b>		91		

**Fuente:** Investigador**Análisis:**

Se encontró que dentro del total de la población (n=91), un total de 44 fueron hombres y un total de 47 fueron mujeres.

**Tabla 5.***Estadísticos de prueba*

Estadísticos de prueba	
	Dependencia
U de Mann-Whitney	996.500
W de Wilcoxon	2124.500
Z	-.299
Sig. asintótica(bilateral)	.765
Significación exacta (bilateral)	.768
Significación exacta (unilateral)	.384
Probabilidad en el punto	.002

a. Variable de agrupación: Género

**Fuente:** Investigador

### Análisis:

Dado que la distribución de las puntuaciones de dependencia no era normal se aplicó la prueba de U de Mann -Whitney encontrando que no existe diferencia estadísticamente significativa en los rangos promedios entre hombres (RM=46,85%) y de mujeres (RM=45,20)  $U=996,500$   $p>0,05$ .

### Tabla 6.

*Tabla de contingencia entre la dependencia funcional y el género*

			Género		Total
			Masculino	Femenino	
<b>Dependencia Funcional</b>	Dependencia	Recuento	5	2	7
	Total	%	11,4%	4,3%	7,7%
	Dependencia	Recuento	10	15	25
	Severa	%	22,7%	31,9%	27,5%
	Dependencia	Recuento	20	22	42
	Moderada	%	45,5%	46,8%	46,2%
	Dependencia	Recuento	5	5	10
	Escasa	%	11,4%	10,6%	11,0%
	Independencia	Recuento	4	3	7
		%	9,1%	6,4%	7,7%
<b>Total</b>		Recuento	44	47	91
		%	100%	100%	100%

**Fuente:** Investigador

### Análisis:

Se encontró que los que presentan dependencia total son el 11,4% en el género masculino y el 4,3% en el femenino, los que presentan dependencia severa el 22,7% en el género masculino y el 31,9% en el femenino, los que presentan dependencia moderada el 45,5% en el género masculino y el 46,8% en el femenino, los que presentan dependencia

escasa el 11,4% en el género masculino y el 10,6% en el femenino, prese independencia con el 9,1% en el género masculino y el 6,4% en el femenino.

**Discusión:**

Se pudo evidenciar que no existe una diferencia significativa en cuanto al género en la dependencia funcional, Baracaldo-Campo et al. (2019), en su estudio de igual forma destacó que no existe una diferencia significativa en cuanto al género en la presencia de dependencia. Runzer-Colmenares et al. (2017), en su estudio también encontró una prevalencia general de dependencia funcional del 37,57% en donde el género masculino (n=120) presentaba una mínima diferencia en comparación con el género femenino (n=90).

**Tabla 7.**

*Prueba de normalidad*

<b>Pruebas de normalidad</b>			
	<b>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></b>		
	Estadístico	gl	<b>Sig.</b>
Dependencia Funcional	.129	91	<b>.001</b>
Depresión	.087	91	<b>.088</b>

**a. Corrección de significación de Lilliefors**

**Fuente:** Investigador

**Análisis:**

Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, considerando la población (n=91) se encontró que la distribución de las puntuaciones no fue normal, ya que la significación fue menor a 0,05 por lo que se procedió a utilizar la prueba de Rho de Spearman.

**Tabla 8.***Prueba de correlación dependencia funcional y depresión.*

Correlaciones				
Rho	de	Dependencia Funcional	Coficiente	de Depresión
Spearman			correlación	-.509**
			Sig. (bilateral)	.000
			N	91

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

**Fuente:** Investigador**Análisis:**

Al no mostrar normalidad en las puntuaciones se aplicó la prueba de correlación de Spearman siendo así (Rho =-0.509 p <0,01) por lo tanto si existe relación entre dependencia funcional y depresión.

**Tabla 9.***Tabla cruzada nivel de dependencia funcional y depresión*

Tabla cruzada Dependencia Funcional-Depresión						
Dependencia Funcional		Recuento	Depresión			Total
			No depresión	Probable depresión	Depresión establecida	
Dependencia Funcional	Dependencia Total	Recuento	0	0	7	7
		%	0.0%	0.0%	100%	100%
	Dependencia Severa	Recuento	1	14	10	25
		%	4.0%	56.0%	40.0%	100%
	Dependencia Moderada	Recuento	15	15	12	42
		%	35.7%	35.7%	28.6%	100%
	Dependencia Escasa	Recuento	4	4	2	10
	%	40.0%	40.0%	20.0%	100%	
	Independencia	Recuento	7	0	0	7
		%	100%	0.0%	0.0%	100%
<b>Total</b>		Recuento	27	33	31	91
		%	29.7%	36.3%	34.1%	100%

**Fuente:** Investigador

### **Análisis:**

En base a los resultados los que presentan dependencia total, el 100% tiene depresión establecida, los que presentan dependencia severa, el 4% no tiene depresión, el 56% probable depresión y con el 40% depresión establecida, los que presentan dependencia moderada, el 35,7% no tiene depresión, el 35,7% probable depresión y el 28,6% depresión establecida, los que presentan dependencia escasa el 40% no presentan depresión, el 40% probable depresión y el 20% depresión establecida, los que presentaron independencia, el 100% no tiene depresión.

### **Discusión:**

Se encontró que existe una relación significativa en cuanto a mayor dependencia funcional mayor presencia de depresión establecida, así mismo en el estudio realizado por Runzer-Colmenares et al. (2017), se encontró que existe asociación entre depresión y dependencia funcional, siendo así que la relación fue inversamente proporcional es decir a mayor riesgo de depresión, existe una mayor probabilidad de tener dependencia funcional, así mismo Burgos et al. (2017), en su estudio en adultos mayores encontró que los que presentaban riesgo de dependencia y los que ya padecían dependencia en la mayor parte estos presentaban depresión leve al igual que depresión establecida. Duran-Badillo et al. (2021), en su investigación también encontró que existe relación significativa entre la depresión y la dependencia funcional.

### **3.2 Verificación de hipótesis**

Una vez aplicado los reactivos Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Índice de Barthel, se obtuvo mediante la aplicación de la prueba de correlación de Spearman que si existe una correlación significativa entre dependencia funcional y depresión dado que el resultado de la prueba fue ( $Rho = <0.509$   $p < 0,01$ ) por lo tanto se

verifica la hipótesis en su totalidad, dado que al llegar a la etapa de la vejez los a mayores tienden a disminuir su funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria por esta razón presentan sentimientos de tristeza, agotamiento, pérdida de interés en las tareas, entre otras, que éstas a su vez desencadenan en que presenten depresión.



## **CAPÍTULO IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **4.1 Conclusiones**

En base a la aplicación de la prueba de correlación estadística de Rho De Spearman, se obtuvo que existe una relación significativa entre la Dependencia Funcional y la Depresión ( $Rho=-0.509$   $p < 0,01$ ). Dado que las personas que presentaban dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria fueron más susceptibles a presentar depresión, de tal manera que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

En cuanto a la dependencia funcional se analizó que hubo una gran incidencia de dependencia funcional en los cuales destacó la dependencia moderada con el 46,2% siendo el mayor porcentaje. Esto pudo deberse a que no todos los adultos mayores compartían las mismas condiciones lo cual se refleja en los datos obtenidos en donde cada adulto mayor tenía un nivel de dependencia diferente y en pocos casos también eran independientes.

Una parte de la población adulta mayor se destacó por presentar en gran medida una probable depresión con un 36,3%, seguida de un 34,1% de presencia de depresión establecida lo cual probablemente indicaría que en la población evaluada la mayor parte respondió positivamente a las preguntas que puntúan para indicar que tenían síntomas depresivos.

Con respecto a la dependencia funcional según el género no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los rangos promedios de hombres ( $RM=46,85$ ) y de mujeres ( $RM=45,20$ )  $U= 996,500$   $p > 0,05$ , ya que los adultos mayores en esta etapa supondrían la pérdida de las capacidades para la realización de las

actividades básicas de la vida diaria, por lo tanto, el deterioro funcional se presenta en forma general en la etapa del envejecimiento.

#### **4.2 Recomendaciones**

Se recomienda en la institución tomar las medidas adecuadas para tratar las variables estudiadas con el fin de estimular las capacidades funcionales al igual que cuidar de su salud mental de los adultos mayores, ya que por su edad son propensos a tener depresión y tener dificultades al momento de realizar sus actividades.

Con respecto a los adultos mayores que presentaron algún grado de dependencia, se recomienda brindar estrategias y herramientas que eviten el deterioro funcional del adulto mayor a fin de que conserven su buena funcionalidad y puedan tener una mejor calidad de vida.

Implementar programas dirigidos a los cuidadores, responsables y encargados del cuidado de los adultos mayores, sobre la importancia de la salud mental y la prevención de la depresión con el fin de que se integren mejor en el grupo, controlen sus emociones, se mantengan activos y sean productivos en todos los ámbitos de su vida.

Dado que no existe una diferencia de puntuación de la dependencia funcional en cuanto al género se sugiere crear un plan de prevención en general para los adultos mayores los cuales pueden contener talleres, juegos, actividades recreativas que ayuden a la funcionalidad del adulto mayor. Teniendo en cuenta que el envejecimiento es una etapa que afecta a toda población en donde las capacidades tanto físicas como mentales tienden a disminuir y verse afectadas, por este motivo se presentan por igual tanto en hombres como en mujeres.

## MATERIALES DE REFERENCIA

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. doi:10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Asociación de estudiantes de Medicina Ecuador. (2017). *Principales tipos de depresión: El desafío médico que no encuentra consuelo*. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/principales-tipos-de-depresion-el-desafio-medico-que-no-encuentra-consuelo>
- Aguilar-Navarro, S., & Ávila-Funesa, J. A. (2007). La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 143(2), 141-148.
- Anglas, Y. L. C., & Machoa, L. P. (2021). Apoyo social y dependencia funcional en adultos mayores de seis iglesias adventistas del séptimo Día. *Revista Muro de la Investigación*, 6(2), 76-92. <https://doi.org/10.17162/rmi.v6i2.1639>
- Baracaldo Campo, H. A., Naranjo García, A. S., Medina Vargas, V. A., Baracaldo Campo. (2019). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*, 30(4), 163-166.
- Barría-Ruiz, S. R. J., Leiva-Caro, J. A., Barría-Ruiz, S. R. J., & Leiva-Caro, J. A. (2019). Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos. *Gerokomos*, 30(1), 18-22.
- Betancourt, M. P., & Loaiza, D. M. C. (2020). Factores asociados a la dependencia funcional del adulto mayor de acuerdo con el modelo biopsicosocial. Estudio transversal realizado en 2017 en la capital de Veracruz, México. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.fadf>
- Bosqued Lorente, M. (2005). *Vencer la depresión: Técnicas psicológicas que te ayudarán*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/uta/titulos/47746>
- Burgos, A. V., Paris, A. D., & López, S. L. V. (2017). Relación entre nivel funcionalidad y depresión en adultos mayores del sur de Chile. *revista de humanidades y ciencias sociales y multidisciplinaria*, 53-65.
- Callado, L. Felipe. (2008). *Bases neurobiológicas de la depresión*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/96278>

- Campo Torregroza, E., Laguado Jaimes, E., Martín Carbonell, M., Camargo Hern K. del C., Campo Torregroza. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-03192018000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192018000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Castellanos-Perilla, N., Borda, M. G., Fernández-Quilez, Á., Aarsland, V., Soennesyn, H., & Cano-Gutiérrez, C. A. (2020). Factors associated with functional loss among community-dwelling Mexican older adults. *Biomédica*, 40(3), 546-556.  
<https://doi.org/10.7705/biomedica.5380>
- Censos, I. N. de E. y. (2017,). *Día Mundial de la Salud*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/dia-mundial-de-la-salud/>
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
- Coryell. (2021). *Introducción a los trastornos del estado de ánimo—Trastornos de la salud mental*. Manual MSD versión para público general.  
<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>
- Duran-Badillo, T., Benítez Rodríguez, V. A., Martínez Aguilar, M. de la L., Gutiérrez Sánchez, G., Herrera Herrera, J. L., Salazar Barajas, M. E. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global*, 20(61), 267-284.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Erazo, M., & Fors, M. (2020). *Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018* [Revista]. Bionatura.  
<http://revistabionatura.com/2020.05.03.11.html>
- García Sánchez, J. (2010). *Afronta tu depresión: Con psicoterapia Interpersonal*. Editorial Desclée de Brouwer. <https://elibro.net/es/lc/uta/titulos/47922>
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Macías Núñez, J. F., & Álvarez Gregor, J. (2009). *Dependencia en geriatría*. Ediciones Universidad de Salamanca. <https://elibro.net/es/lc/uta/titulos/52490>
- Mason, D. F. C., Suasnavas, G. F. C., & Suasnavas, V. A. C. (2021). Depresión asociada a condiciones sociales, familiares y dependencia física en un hospital de Quito. *Revista Médica-Científica CAMBIOS HECAM*, 20(1), 44-52.  
<https://doi.org/10.36015/cambios.v20.n1.2021.640>

- Matos, A., & Manzano, G. (2021). Bases neurológicas de la depresión. *Analogía Comportamiento*, 19, Article 19. <https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/analogias/article/view/5165>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema "Depresión: Hablemos" – Ministerio de Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- MinSalud. (2017). *Depresión: Hablemos*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Depresi%C3%B3n-hablemos.aspx>
- Mitchell, C. (2012). *OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente*. Pan American Health Organization / World Health Organization. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Mora Quezada, J. de las N., Osses Paredes, C. F., & Rivas Arenas, S. M. (2017). Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1), 18-30.
- OMS. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OPS. (2017). *OPS/OMS |*. Pan American Health Organization / World Health Organization. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)
- Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., Aguirre-Acevedo, D. C., Paredes-Arturo, Y. V., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2018). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(1), 114-128. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Runzer-Colmenares, F. M., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Diaz, G., Perez, C., & Parodi, J. F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(3), 50-57. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>

- Saenz-Miguel, S., Runzer-Colmenares, F. M., & Parodi, J. F. (2019). Tras depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 26-31.
- Soutullo Esperon, C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. EUNSA. <https://elibro.net/es/lc/uta/titulos/46954>
- Tena Suck, E. A., & Chavez Mendoza, K. (2018). *Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Editorial El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/lc/uta/titulos/39791>
- Varela Pinedo, L. F. (2005). *Principios de Geriatria y Gerontología*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://elibro.net/es/lc/uta/titulos/104108>
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). *Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX – Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 8(3), 417-449.

## ANEXOS

### ÍNDICE DE BARTHEL

Dirección de la Población Adulta Mayor				
ÍNDICE DE BARTHEL (IB)				
(Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria) <sup>1</sup>				
FICHA N° 3a				
Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:	
<p>A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor.</p> <p>La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>			Fecha aplicación primer semestre dd / mm / aa	Fecha aplicación segundo semestre dd / mm / aa
1. COMER				
0	Incapaz			
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.			
10	Independiente: (puede comer solo)			
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
0	Incapaz, no se mantiene sentado.			
5	Necesita ayuda importante ( una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado			
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)			
15	Independiente			
3. ASEO PERSONAL				
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal			
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.			

<b>4. USO DEL RETRETE ( ESCUSADO, INODORO )</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
<b>5. BAÑARSE/DUCHARSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
<b>6. DESPLAZARSE</b>			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
<b>7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
<b>8. VESTIRSE O DESVERTIRSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		



Dirección de la Población Adulta Mayor

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
<b>9. CONTROL DE HECES</b>			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
<b>10. CONTROL DE ORINA</b>			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
		<b>PUNTUACION TOTAL :</b>	

Puntuación máxima total: 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

Puntos de corte:

0 - 20	Dependencia Total
21 - 60	Dependencia Severa
61 - 90	Dependencia Moderada
91 - 99	Dependencia Escasa
100	Independencia
90	Independencia *Uso de silla de ruedas

FIRMA DEL EVALUADOR:

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE<sup>1</sup> FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

**INSTRUCCIONES:**

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> . Cada una de estas respuestas cuenta <b>1 PUNTO</b> .			Total:

**FIRMA DEL EVALUADOR**

<sup>1</sup> Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986; 5:165-172.