

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR LA ESPERANZA. TRUJILLO. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

AUTORES:

**ANYHELA NATALI GALVEZ GOICOCHEA
LUISA LUSMERY KATHERINE HUANES GONZALES**

**CALLAO – 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. CHALCO CASTILLO NANCY SUSANA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 115

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1444-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mi padre, por ser la fortaleza que me impulsa a continuar adelante.

A mi madre, por guiarme cada día con dedicación y amor.

A mis hermanos, por la confianza que brindan en mis acciones.

Anyhela

A mi madre, por haberme formado con buenos sentimientos, hábitos y valores.

A mis abuelos y tíos, por haberme brindado siempre su apoyo incondicional, poniéndose muchas veces en el lugar de mis padres.

y a mis primos que son como mis hermanos por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Luisa

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiar cada paso dado.

A mis amados padres, quiénes me dan confianza y fortaleza.

A mis hermanos, por darme su apoyo incondicional.

A mis estimados docentes, por impartirme sus grandes conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

Anyhela

A Dios, por brindarme sabiduría e iluminar siempre mi camino para alcanzar mis metas.

A mi hermosa familia, por brindarme siempre su apoyo y motivación en mi formación académica.

A mis queridos docentes, por compartir sus grandes enseñanzas y sabiduría,

Por último, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

Luisa

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	09
1.2 Formulación del Problema.....	11
1.2.1 Problema General.....	11
1.2.2 Problemas Específicos.....	11
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos.....	11
1.4 Limitantes de la investigación.....	12
1.4.1 Limitante teórico.....	12
1.4.2 Limitante temporal.....	12
1.4.3 Limitante espacial.....	12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.....	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	15
2.2 Marco	
2.2.1 Teórico.....	18
2.2.2 Conceptual.....	21
2.2.3 Teórico – Conceptual.....	26
2.3 Definición de términos básicos.....	28

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis.....	29
3.2 Operacionalización de variables.....	30

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y diseño de la de Investigación.....	33
4.1.1 Tipo de la Investigación.....	33
4.1.2 Diseño de la Investigación	33
4.2 Población y muestra	
4.2.1 Población.....	34
4.2.2 Muestra.....	34
4.2.3 Criterios de Inclusión.....	34
4.2.4 Criterios de Exclusión.....	34
4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información....	34
4.4 Análisis y procesamiento de datos.....	36

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos.....	38
5.2 Resultados Inferenciales.....	38

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis.....	42
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares.....	42
6.3 Responsabilidad ética.....	45

CONCLUSIONES.....	46
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	47
-----------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
--	-----------

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos validados.....	54
Anexo 2: Consentimiento informado.....	56
Anexo 3: Base de datos.....	57

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

TABLA 1: Sexo de los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	38
TABLA 2: Nivel de Dependencia Funcional en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	39
TABLA 3: Nivel de Depresión en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	40
TABLA 4: Dependencia Funcional y Depresión en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	41

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

FIGURA 1: Sexo de los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	38
FIGURA 2: Nivel de Dependencia Funcional en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	39
FIGURA 3: Nivel de Depresión en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	40
FIGURA 4: Dependencia Funcional y Depresión en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.....	41

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar cuál es la relación entre dependencia funcional y depresión. Investigación descriptiva correlacional de corte transversal realizada en Adultos Mayores del CAM, con una muestra de 40 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó dos instrumentos: Escala Lawton y Brody para evaluar nivel de dependencia y Escala de Yesavage que determina nivel de depresión. Los resultados son presentados e interpretados en tablas de doble entrada, así como en gráficos estadísticos. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Pearson y se llegó a las siguientes conclusiones: para dependencia funcional de un total de 40 encuestados, 72.5 % presentaron dependencia moderada, el 22.5 % presento independencia total y solo el 5% presento dependencia severa. Respecto a la depresión, el 52.5 % presento depresión moderada, mientras que el 42.5 % no presentaron depresión y solo el 5% presento depresión severa. Existe relación altamente significativa entre el nivel de depresión de los adultos mayores y el grado de dependencia funcional basado en la realización de AIVD (Valor $r=-0.7$).

Palabras clave: Adulto Mayor, Depresión y Dependencia Funcional.

-
1. Licenciada de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: anyhela.1.7@gmail.com
 2. Licenciada de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: katty_luzmery@hotmail.com
 3. Doctora en Ciencias de la Educación. Docente Posgrado UNAC. Email: veronica-cajas@hotmail.com

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between functional dependence and depression. Descriptive correlational cross-sectional research conducted in Older Adults of the CAM, with a sample of 40 patients who met the inclusion criteria, to whom two instruments were applied: Lawton and Brody Scale to evaluate dependency level and Yesavage Scale to determine depression level. The results are presented and interpreted in double-entry tables as well as in statistical graphs. For the statistical analysis the Pearson test was used and the following conclusions were reached: for functional dependence of a total of 40 respondents, 72.5% presented moderate dependence, 22.5% presented total independence and only 5% presented severe dependence. Regarding depression, 52.5% presented moderate depression, while 42.5% did not present depression and only 5% presented severe depression. There is a highly significant relationship between the level of depression in older adults and the degree of functional dependence based on the performance of IADL (Value $r=-0.7$).

Keywords: Older Adult, Depression and Functional Dependency.

-
4. Licenciada de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: anyhela.1.7@gmail.com
 5. Licenciada de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: katty_luzmery@hotmail.com
 6. Doctora en Ciencias de la Educación. Docente Posgrado UNAC. Email: veronica-cajas@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La estructura por edad poblacional experimenta cambios significativos, debido a los grandes cambios demográficos de las últimas décadas en el país. En este proceso de envejecimiento, la población peruana aumenta la proporción de adultos mayores de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el 2018. Considerando adulto mayor, en concordancia con el criterio de las Naciones Unidas, a la población de 60 años y más.(1)

Según la Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad en Chile (Ley N° 20422), define dependencia funcional como el estado permanente donde se requiere de otra persona para realizar actividades esenciales de la vida sea por deficiencia física, mental o sensorial, ligadas a falta o pérdida de autonomía.(2)

Según la OMS, “La depresión es un trastorno mental frecuente, que 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.” (3)

El presente trabajo de investigación titulado “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESION EN PACIENTES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR LA ESPERANZA. TRUJILLO. 2018”, tiene por finalidad hacer revisión sobre la asociación de funcionalidad con depresión en los adultos mayores. Asimismo, contribuirá a describir el grado de significancia de esta asociación, a fin de obtener una mayor prevención y promoción de la salud del adulto mayor.

El presente informe final de investigación consta de seis apartados; I: Planteamiento del problema, II: Marco Teorico, III: Variables e hipótesis, IV: Metodología; V: Resultados, VI: Discusión de resultado; asimismo, contiene un apartado donde plantea Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la organización mundial de la salud (OMS); la población mundial envejece rápidamente, representando mayores de 60 años desde 12% en el 2015 al 22% en el 2050. De la población mayor de 60 años el 20% sufre algún trastorno mental, entre los más frecuentes: demencia y depresión. La depresión unipolar afecta la población de este grupo de edad en un 7% y representa un 5.7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas mayores de 60 años.(4)

Los adultos mayores representan más del 20% de la población mundial. Por lo que es necesario que los adultos mayores cuenten con condiciones que puedan atender sus necesidades y problemas propios de su condición y prevenir situaciones de riesgo.(5)

A medida que la población va envejeciendo va disminuyendo muchas capacidades tanto físicas, sensoriales y/o mentales, lo que va generando diversas emociones negativas en las personas adultas mayores, que al englobarse se transforman en signos de depresión. Así vemos, según la OPS; un 5% de los adultos en América Latina y en el Caribe sufren de depresión, el trastorno mental más frecuente del mundo.(6)

La depresión es la más común de las enfermedades psiquiátricas de la población geriátrica. La O.M.S. registra, entre las personas mayores de 65 años que cerca de un 25% padece de al menos un trastorno psiquiátrico; obteniendo la mayor prevalencia dentro de este grupo los padecimientos de tipo depresivo.(7)

En la actualidad en el Perú hay más de 3 000 000 de adultos mayores, esto representa el 9% de la población total del país y cada año aumentan en 3.3%.⁽⁵⁾

El Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021 nos presenta como Objetivo Estratégico 1: Garantizar y promover la autonomía e independencia, mejorando la calidad de vida y el pleno ejercicio de los derechos de los adultos mayores, con su participación, este objetivo plantea consolidar y fortalecer mecanismos que mejoren la su calidad de vida, promoviendo el acceso efectivo a programas que aseguren su autonomía, promuevan el buen trato, su independencia y mejoren su calidad de vida.⁽⁸⁾

El Centro del Adulto Mayor (CAM) La Esperanza fue una de las primeras organizaciones de adultos mayores del país, en un primer momento tomo el nombre de Club de Jubilados del Instituto Peruano de Seguridad Social – La Esperanza. Pertenece a los establecimientos de Essalud cuenta con un promedio de 45 adultos mayores asegurados que participan en diversos programas de recreación y entretenimiento, además de recibir charlas o talleres de diversos temas de autocuidado. Tiene como finalidad promover eventos con enfoque gerontológico que busca la integración y el envejecimiento activo, productivo y exitoso.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la relación entre dependencia funcional y depresión en pacientes del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Trujillo. 2018?

1.2.2 Sub Problemas

- ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en pacientes del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Trujillo. 2018?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Trujillo. 2018?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre dependencia funcional y depresión en pacientes del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Trujillo. 2018

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de dependencia funcional en pacientes del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Trujillo. 2018
- Identificar el nivel de depresión en pacientes del Centro del Adulto Mayor La Esperanza. Trujillo. 2018

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico:

Se encuentran diversos trabajos de investigación que asocian estas variables (dependencia funcional y depresión) tratando de determinar su relación en diversas entidades institucionales de diversas zonas ya sean dentro del país o a nivel internacional.

A nivel internacional a pesar de no encontrarse investigaciones que asocien estas dos variables, presentan investigaciones donde toman como foco de estudio cada una de estas de manera independiente.

1.4.2 Limitante temporal:

Se presento una limitante transversal, se ejecutó con rapidez con un problema correctamente planteado, ya que se hizo uso de 4 horas en un único día. Dentro del mes de Agosto del año 2018.

1.4.3 Limitante espacial:

El estudio se limitó a los adultos mayores asistentes al Centro del Adulto Mayor - ESSALUD del distrito de La Esperanza en la provincia de Trujillo, Departamento La Libertad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Cardozo O., Aguilera E., Ferreira M., Diaz C. “Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados”. Paraguay. 2017

Se realizó un estudio transversal (16) con muestreo no probabilístico. Participaron del estudio 60 adultos mayores entre 61 y 95 años de edad; 50% del sexo femenino, 56,7% de estado civil casado, y 73,3% de escolaridad primaria. El 90,0% consumía algún medicamento y el 96,7% presentaba alguna comorbilidad, siendo la hipertensión la más frecuente. La depresión se observó en 88,3% siendo leve en 50,0%. El 86,7% presentaba dependencia para actividades básicas y 95,0% para las instrumentales de la vida diaria.(9)

Bolaños M., Helo F. “Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional.” Costa Rica. 2015

Estudio de tipo transversal descriptivo y analítico. La información utilizada fue obtenida del estudio CRELES (Costa Rica, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) ejecutado por el Centro Centroamericano de Población (CCP) desde el año 2002, realizando una encuesta en una muestra nacional representativa de 8.000 adultos mayores. Posteriormente con una submuestra de 3.000 se aplicaron escalas y test geriátricos y se realizaron pruebas de desempeño. El presente estudio es de tipo transversal,

descriptivo y analítico. Se determinó una prevalencia de 18.1% para la población en general con predominio del sexo femenino similar a los reportes de estudios internacionales. Los factores de riesgo identificados fueron bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad. La espiritualidad evidenció ser un factor protector. No se determinó asociación entre la edad y la comorbilidad con la presencia de depresión. Existe una clara asociación entre depresión y deterioro funcional. Respecto a la autopercepción de su estado de salud fue valorada en cuatro preguntas y en todas ellas los adultos mayores deprimidos reportaron un estado más negativo.(7)

Rodríguez M., Cruz F. y Pérez M. “Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas”. Madrid. 2014.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en un grupo de personas mayores de 60 años (n=103). Los datos se han recogido usando cuestionarios estandarizados. Para el análisis de los datos se han utilizado correlaciones bivariadas entre las principales medidas, análisis univariado (ANOVA) y la prueba de Bonferroni para comprobar las diferencias significativas entre los grupos ($p < .05$). Los resultados indican que se encuentran diferencias significativas entre los grupos de dependencia para la edad, deterioro cognitivo, depresión y ansiedad ante la muerte. En conclusión, se encuentra una relación directa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de malestar emocional.(10)

Cerquera A., Uribe A., Matajira Y., Correa H. “Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor”. Colombia. 2017

Para el presente artículo se efectuó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Redalyc, Google académico, Ebsco, Medline, entre otras, donde fueron seleccionados 60 artículos que estuviesen incluidos en revistas indexadas. Resultados: Se encuentra una gran prevalencia de estudios que reportan que el envejecimiento asociado al dolor evidencia mayor nivel de dependencia funcional en el adulto mayor.(11)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Aguirre L., Fernando H. “Dependencia Funcional y Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú 2018”

Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se aplicó una encuesta personalizada a 186 adultos mayores que acudieron a consulta externa geriátrica del Hospital III Regional Honorio Delgado durante el mes de febrero del 2018, en la cual usaron instrumentos estandarizados para evaluar funcionalidad para actividades básicas (Índice de Katz) e instrumentales (Escala de Lawton y Brody) de la vida diaria y determinar la incidencia de depresión en dicha población (Escala de depresión geriátrica de Yesavage). Resultados: Del total, la mayoría de adultos mayores son de sexo femenino (66%), con edad promedio de 71 años, casadas (42.5%), con nivel de instrucción primario (39.2%) y dedicadas a labores del hogar (56.5%). La mayoría no padece enfermedad crónico-degenerativa (66.1%) y de aquellos que sí padecen (33.9%), la hipertensión arterial (26.9%) y las enfermedades osteoarticulares (11.3%) son las más prevalentes. La mayoría mostró independencia para A.B.V.D. (72%) y A.I.V.D. (64.5%). La gran mayoría presenta un cuadro probable de Depresión (52.7%), con tendencia a la ausencia de esta misma (47.3%).

El análisis de la prueba de Kolmogorov-Smirnov entre los puntajes de Katz y Lawton&Brody, junto con el de Yesavage, mostró una relación estadística significativa (KS 21.917; $p < 0.05$), (KS 21.125; $p < 0.05$). Conclusiones: Sí existe una relación estadística significativa entre dependencia funcional para actividades de la vida diaria y depresión en adultos mayores.(12)

Runzer F.; Castro G.; Merino A.; Torres C.; Diaz G.; Perez C. & Parodi J. “Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores”. Lima, 2017

Estudio retrospectivo, transversal y analítico de un análisis secundario de base de datos, con un tamaño muestral por conveniencia de 625 adultos mayores. En el análisis de regresión lineal de predicción de dependencia funcional según índice de Barthel, se encontró que, por cada punto obtenido en el cuestionario de Yesavage, disminuye en $4,8 \pm 1.82$ puntos el índice de Barthel y, por 5 puntos, disminuye 29.99 ± 3.62 puntos. En relación con el Índice de Lawton, se encontraron resultados significativos respecto a la edad, sexo, grado militar, rendimiento físico, fuerza de prensión y depresión. Se evidenció asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Asimismo, que a mayor riesgo de depresión, mayor probabilidad de presentar dependencia funcional según el índice de Barthel, independientemente de otras variables.(13)

Gamarra H., Eddy J. “Correlación Entre El Nivel De Dependencia Funcional Y El Nivel De Depresión En Adultos Mayores Que Acuden Al Servicio De Geriatría Y Padomi Del Hospital Iii Yanahuara, Arequipa 2017”

Estudio de corte transversal, tipo entrevista, de carácter descriptivo, realizado en mayo del 2017. En consultorio externo se identificó a 189 adultos mayores de 65 años que desearon ingresar al estudio y cumplían con criterios de inclusión; además se realizaron visitas a casas de pacientes del PADOMI quienes también fueron evaluados en total 85. Se utilizó como instrumentos el Índice de Katz, escala de depresión geriátrica de Yesavage, utilizadas para la medición de dependencia y depresión respectivamente, y la ficha de recolección de datos. Resultados: Encontrándose que, dentro del tamaño muestral de 274 adultos mayores, 51.1% masculinos y el 48.9% femeninos, la mayor proporción de adultos mayores tuvo entre 75 a 84 años (49.6%). El 9.1% solteros, 55.1% casados, 30.7% viudos y 5.1% divorciados. Grado de instrucción primaria 35.8%, 33.9% secundaria, 24.8% superior universitaria y 5.5% superior técnica. El 83.2% vivía con familia, 8.8% solo y 8% con cuidador. Dependencia parcial 51.5%, 2.2% dependencia total y 46.4% independiente; en consultorio externo el 67.2% era independiente y en PADOMI el 92.9% tenía dependencia parcial. Sin depresión 32.1%, depresión leve 45.3%, depresión establecida 22.6%. Relación dependencia funcional – depresión ($p \geq 0.05$). Relación dependencia – edad, estado civil, convivencia ($p < 0.05$). Relación depresión – edad, estado civil, grado de instrucción, convivencia ($p < 0.05$). Concluyéndose que no existe correlación significativa entre dependencia funcional y depresión.(14)

Calcina Quispe, J. "Capacidad Funcional Y Afrontamiento – Adaptación En Adultos Mayores Del Club "Años Dorados".

Se llevó a cabo en los meses de abril a setiembre del 2014, teniendo como objetivo general: Determinar la relación entre la Capacidad Funcional y el Afrontamiento – Adaptación en

adultos mayores del club “Años Dorados”. El estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional, teniendo como población de estudio 52 adultos mayores, según los criterios de inclusión y exclusión. Para el análisis de datos se utilizó técnicas de estadística descriptiva tales como las frecuencias absolutas y relativas, técnicas de estadística inferencial y relacional: Prueba Chi cuadrado. En cuanto a la relación entre las variables, se encontró que existe, una relación muy altamente significativa, entre la capacidad funcional y el afrontamiento –adaptación.(15)

2.2 Marco

2.2.1 Teórico

A. Teoría de Virginia Henderson

El presente estudio de investigación se basa en la teoría de Virginia Henderson que trata las 14 necesidades básicas, considera al paciente como: individuo que precisa ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Indica que el trabajo de enfermería es independiente de la práctica médica, considerando enfermera como una síntesis de numerosas influencias.(16)

Para Henderson la salud está relacionada con las capacidades de las personas. Asegura que “la calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es la reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de la forma más efectiva”.(17)

Henderson al plantear las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería, puso en prestigio el arte del cuidado de la enfermera. Entre sus aportes se encuentran: la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta en relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de independencia. Estos mismos conceptos influyeron significativamente en el trabajo de Abdellah y Adam.(16)

Las 14 necesidades humanas básicas:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Rendir culto según la propia fe
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Según el modelo que plantea Henderson toma en consideración aspectos fisiológicos y psicológicos, que serán integrados en su definición de Enfermería. Planteando así una conceptualización funcional de enfermería.(17)

Percibe al paciente y la familia como una unidad de manera que su valoración sobre el enfermo es la de una persona que precisa asistencia para conseguir la salud y la independencia o una muerte tranquila.(17)

B. Teoría de Pamela G. Reed

Según la teoría de la autotranscendencia realizado por Pamela Redd nos define: La experiencia en el campo de la investigación clínica refiere que los adultos mayores deprimidos manifiestan contar con menos recursos para mantener la sensación de bienestar frente a la disminución de sus capacidades físicas y cognitivas provocadas por el envejecimiento, al ser confrontadas con un grupo de adultos mayores de igual edad que no padecían ningún trastorno mental (Reed, 1986b). (16)

Igualmente, se evidencia que el desarrollo de los «adultos mayores» no es un proceso lineal de ganancia y pérdida, sino de un proceso de transformación de los viejos comportamientos e ideas y de integración de nuevos

puntos de vista, conductas y actividades (Reed, 1989,1991b).(16)

Reed plantea que la disminución de la autotranscendencia tiene una relación positiva con la depresión como indicador del descenso del bienestar o de la salud mental.(16)

Los recursos con los que cuentan los adultos mayores para hacer frente a determinadas dificultades, se consideran indicadores de salud mental (en concreto, depresión diagnosticada por un psiquiatra) (Reed, 1983, 1986b, 1991a).(16)

2.2.2 Conceptual

A. Dependencia Funcional:

Según la Organización Mundial de la Salud (1959) enuncia que “la salud del anciano como mejor se mide es en términos de función”, siendo la capacidad funcional de los adultos mayores un mejor indicador de salud que el estudio de la prevalencia de las enfermedades.(18)

- Definición:

La dependencia se define como la “subordinación a un poder mayor” o “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”. Es decir, conlleva a la pérdida de la autonomía; por lo que otras personas, instituciones o entes se encargan del cuidado propio.(19)

La funcionalidad o autonomía funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en la vida diaria, para mantener el cuerpo y vivir de forma independiente; cuando hay un buen funcionamiento del cuerpo y la mente para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está intacta.(18)

La dependencia funcional viene hace un descenso de la capacidad de vivir sin el apoyo de un cuidador, la cual deviene principalmente de la limitación de la movilidad.(20)

Conforme el ciclo de la vida avanza, en el envejecimiento, se va generando mayor dependencia en las mujeres que en los hombres.(21)

- **Clasificación:**

Hay tres categorías para la clasificación de los adultos mayores según su nivel global de dependencia: leve, moderada o severa.(22)

Es considerado independiente a los adultos mayores que se encuentran con dependencia leve, es decir, necesita apoyo leve en las AVD.(23) Dependencia moderada cuando el adulto necesita de apoyo limitado para su autonomía personal. Y dependencia severa cuando la persona necesita de un apoyo más extenso y especializado para su autonomía personal.(24)

- **Envejecimiento y Dependencia Funcional:**

Se considera que el envejecimiento es una situación biológica normal que ocurre en un proceso dinámico, progresivo e irreversible, y es diferente en la forma en cómo afecta a cada persona e incluso a los diferentes órganos. Este proceso comienza después de la madurez, con una disminución gradual y continua de las funciones biológicas, órganos y sistemas, que contribuye a una disminución homeostática del sujeto y termina con la muerte.(18)

La edad cronológica considera el límite a partir del cual una persona se considera adulta mayor, en este sentido es un asunto sociocultural y está muy vinculado con la edad fisiológica en el sentido que "...el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia...", por lo tanto el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición de como el sujeto se desempeña en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios - sobre todo aquellos asociados al empleo - dependen de la edad cronológica"(25)

Los autores Zautra & Hempel, consideran como el determinante principal de la percepción de salud entre los adultos mayores el nivel de actividad o movilidad física que logran desarrollar, esto se relaciona al nivel de independencia.(26)

La edad fisiológica se define como un proceso de envejecimiento físico que a pesar del vínculo con la edad

cronológica, tiene mayor relación con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años.(25)

Para definir con mayor profundidad la funcionalidad del adulto mayor se presenta la teoría de la actividad la cual propone que el envejecimiento será más satisfactorio mientras el adulto mayor presente mayor actividad.(25)

- **Consecuencias:**

Los cambios en las actividades independientes de la vida diaria, como: cocinar, coser, escribir, etc. tienen implicaciones en la vida de las personas que los experimentan, así como de sus familiares, cuidadores y amigos.(27)

La dependencia física acarrea implicancias negativas en las diferentes esferas sociales de la persona: individual, familiar y con la comunidad. En el aspecto individual, puede significar pérdida del autoestima, depresión y desinterés por el autocuidado; en el hogar, cambios en la reasignación de roles, principalmente para el cuidado de los adultos mayores, así como acondicionamiento en el entorno para mejorar la movilidad. En la comunidad, aumento en la demanda de los servicios de sociales y de salud.(19)

B. Depresión:

- Definición:

La depresión (del latín depreces, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno mental y emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede llegar a ser transitorio o permanente.(28)

La depresión es un trastorno mental sistemático que afecta el cerebro y el cuerpo, llegando a manifestarse alteraciones en los sistemas endocrino, cardiovascular e inmune, con importantes repercusiones médicas.(29)

La pérdida de interés por el entorno del individuo, la disminución del apetito y la inmovilidad son algunos de los síntomas que llevan a sospechar la presencia de depresión.(21)

- Clasificación:

La depresión se puede clasificar de acuerdo con los siguientes niveles: depresión severa, moderada y leve. La depresión severa, se presenta en la persona que padece prácticamente todos los síntomas depresivos, mientras que una depresión moderada, se da en aquellos que muestran bastantes síntomas y afecta el desarrollo cotidiano de la vida, Y la depresión leve solo se da en aquellos que padecen algunos síntomas depresivos que afecta el desarrollo diario de su vida.(30)

- **Síntomas:**

El termino medico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual.(28)

- **Envejecimiento y Depresión:**

Según Papalia y Wendkos en su teoría de la desvinculación señala que "...la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo del adulto mayor y la sociedad. El adulto mayor reduce voluntariamente sus actividades y compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad. Algunos críticos de esta teoría sostienen que esta desvinculación parece estar menos asociada con la edad que con otros factores como la mala salud, la viudez, la jubilación o el empobrecimiento" (25)

2.2.3 Teórico-Conceptual

La incapacidad para funcionar físicamente tiene graves efectos sobre el desempeño psicosocial y en el bienestar. La incapacidad para realizar las actividades básicas de autocuidado y en general, todas las actividades de la vida diaria conducen a la pérdida de la independencia y autonomía, disminuye la confianza y la seguridad; y aumentan los sentimientos de baja autoestima y desesperanza en el adulto mayor.(31)

Durante el ciclo de vida del ser humano, este atraviesa por diversas etapas, siendo la última la del adulto mayor, que se caracteriza principalmente por una disminución de sus capacidades que provocan cambios en todas sus esferas (física, cognitiva, emocional y social), específicamente en su calidad de vida.

En la actualidad la esperanza de vida de los adultos mayores ha ido aumentando progresivamente debido en muchos casos a las mejoras en los tratamientos médicos, sin embargo, esto no siempre guarda relación con una mejoría en las condiciones de vida. En los últimos años, el aumento de enfermedades crónicas (obesidad, hipertensión arterial, depresión, artropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, caídas recurrentes, fracturas e insomnio) en la población adulta mayor influye en su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, por tanto, en el nivel de dependencia funcional.

Este grupo etario tiene que enfrentarse a una serie de cambios, como: la soledad, el desamparo filial, la pérdida de roles, el bajo apoyo social, la improductividad económica, entre otros; que repercuten en el estado emocional y en la satisfacción con la vida.

Los cambios que se experimenta en esta etapa de vida hacen más frágil al adulto mayor originando diversos sentimientos en estos, todo esto conlleva a la aparición de depresión, un estado de salud mental frecuente en esta etapa de vida, que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad.

2.3 Definiciones de términos básicos

a) Depresión unipolar:

Esta se da cuando junto con la falta de interés por la vida, una persona experimenta un humor que no corresponde, que se mueve de severo a leve, durando el severo al menos dos semanas.(32)

b) Trastorno mental:

Según el Diagnostic and Satical Manual of Mental Disorder (DSM-IV): Es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una incapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad.(33)

c) Trastornos de depresión mayor:

La depresión mayor es también llamada depresión unipolar.(32)

d) Malestar crónico:

Es el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable.(34)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Existe relación significativa entre dependencia funcional y depresión en los pacientes del Centro del Adulto Mayor. La Esperanza. Trujillo. 2018.

3.2 Definición conceptual de las variables

3.2.1 Variable 1

Dependencia Funcional:

Es un declive de la capacidad de sobrevivir sin el apoyo de un cuidador, la cual deviene principalmente de la limitación de la movilidad.(20)

3.2.2 Variable 2

Depresión:

La depresión (del latín depreces, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.(28)

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALAS
DEPENDENCIA	Es un declive de la capacidad de sobrevivir sin el apoyo de un cuidador, la cual deviene principalmente de la limitación de la movilidad	• Uso del teléfono	Independencia Total: 8	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números • Sabe marcar números conocidos • Contesta al teléfono, pero no sabe marcar • No utiliza el teléfono en absoluto 	1,2,3,4	Independencia total
		• Hacer compras	Dependencia Moderada: 4 - 7	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza todas las compras necesarias de manera independiente • Sólo sabe hacer pequeñas compras • Ha de ir acompañado para cualquier compra • Completamente incapaz de hacer la compra 	5,6,7,8	Dependencia moderada
		• Preparar comida	Dependencia Severa : 0 – 3	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a • Prepara la comida sólo si se le proporcionan los ingredientes • Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada • Necesita que le preparen y le sirvan la comida 	9,10,11,12	Dependencia severa

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar tareas domesticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza las tareas de la casa por sí sola, sólo ayuda ocasional • Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas...) • Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado • Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas • No participa ni hace ninguna tarea 	13,14, 15,16, 17	
		<ul style="list-style-type: none"> • Lavar la ropa 	<ul style="list-style-type: none"> • Lava sola toda la ropa • Lava sólo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.) • La ropa la tiene que lavar otra persona 	18, 19, 20	
		<ul style="list-style-type: none"> • Movilizarse 	<ul style="list-style-type: none"> • Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche • Puede ir sólo en taxi, no utiliza otro transporte público • Sólo viaja en transporte público si va acompañado • Viajes limitados en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado) • No viaja en absoluto 	21, 22, 23, 24, 25	
		<ul style="list-style-type: none"> • Tomar su medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta, solo/a • Toma la medicación sólo si se la preparan previamente • No es capaz de tomar la medicación solo/a 	26, 27, 28	

		Utiliza el dinero		<ul style="list-style-type: none"> • Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a • Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco • Incapaz de utilizar el dinero 	29, 30, 31	
DEPRESION	La depresión (del latín depreces, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente	Síntomas no depresivos	Normal: 0 - 4	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está básicamente satisfecho con su vida? • ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? • ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? • ¿Cree que es maravilloso estar vivo? • ¿Se siente lleno de energía? 	1, 5, 7, 11, 14	Normal
		Síntomas depresivos	Depresión moderada: 5 - 10 Depresión severa: 10 a mas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? • ¿Siente que su vida está vacía? • ¿Se siente a menudo aburrido? • ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? • ¿Se siente a menudo sin esperanza? • ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? • ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? • ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? • ¿Piensa que su situación es desesperada? • ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? 	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15	Depresión moderada Depresión severa

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo corresponde a la investigación no experimental; de enfoque cuantitativo, porque permitirá observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos.(35)

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es de tipo transeccionales correlacionales, ya que relaciona entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado.(35)

$$M: X_1 \rightarrow X_2$$

Donde:

M: Representa la muestra en la que realizamos el estudio.

X₁: Nivel de Dependencia Funcional

X₂: Nivel de Depresión

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por 45 adultos mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza en Trujillo en el mes de Agosto del 2018.

4.2.2 Muestra de Estudio

La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores del

$$\eta = \frac{Z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + Z^2 pq}$$

CAM – ESSALUD La Esperanza que cumplieron los criterios de inclusión.

Z= 1.96

p= 0.5

q= 0.5

N= 45

e= 0.05

N-1= 44

n = 40

• Criterios de inclusión

Ser integrante del CAM – ESSALUD La Esperanza

Edad mayor de 60 años

Adultos mayores que participen activamente en el CAM–
ESSALUD La Esperanza

• Criterios de exclusión

Pacientes que no que no deseen participar en el estudio

Pacientes que sean analfabetos

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de la información de dependencia funcional y depresión en el adulto mayor y depresión se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista utilizando como instrumento el

cuestionario ya que consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir; que permitió la recolección de datos de manera personal.

Los instrumentos utilizados fueron 2 cuestionario validado a nivel internacional, el cual tuvo por objetivo proporcionar información sobre el nivel de dependencia funcional y el nivel de depresión del adulto mayor.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de la ropa, utilización de los medios de transporte y responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.(36)

A cada respuesta, se le asignó un puntaje de la siguiente forma:

Independiente: 1 punto.

Dependiente: 0 puntos.

Obteniéndose así:

Puntaje máximo: 8 puntos.

Puntaje mínimo: 0 puntos.

La categorización fue la siguiente:

- Independencia Total : 8
- Dependencia Moderada : 4 - 7
- Dependencia Severa : 0 – 3

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

Consta de 15 preguntas subdivididas entre síntomas depresivos y síntomas no depresivos.

A cada respuesta, se le asignó un puntaje de la siguiente forma:

Las preguntas 1, 5, 7, 11, 14:

Si:0

No:1

Las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15:

Si:1

No: 0

La categorización fue la siguiente:

- Normal : 0 - 4
- Depresión moderada : 5 - 10
- Depresión severa : 10 a mas

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de estos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación; extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de estos.

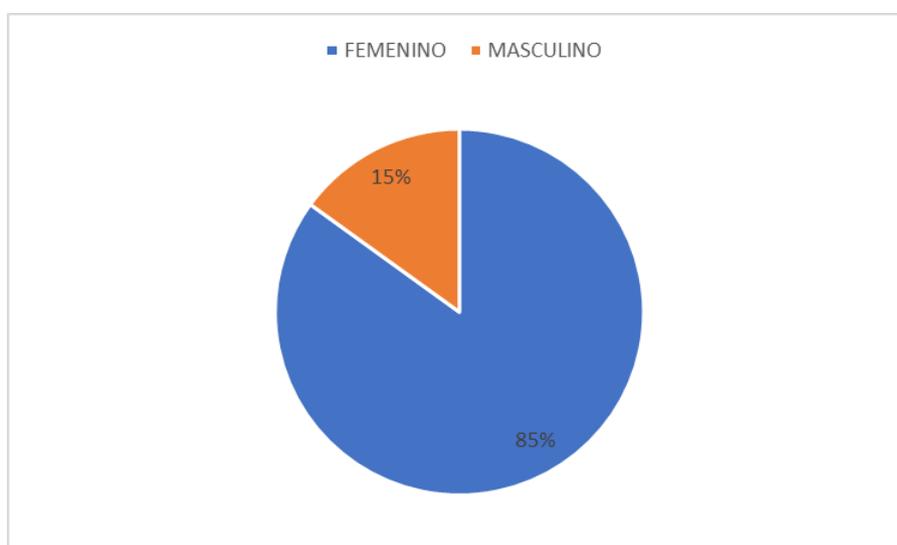
Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularon las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

Tabla 01
Sexo de los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza,
2018.

SEXO	N°	%
FEMENINO	34	85
MASCULINO	6	15
TOTAL	40	100



INTERPRETACION

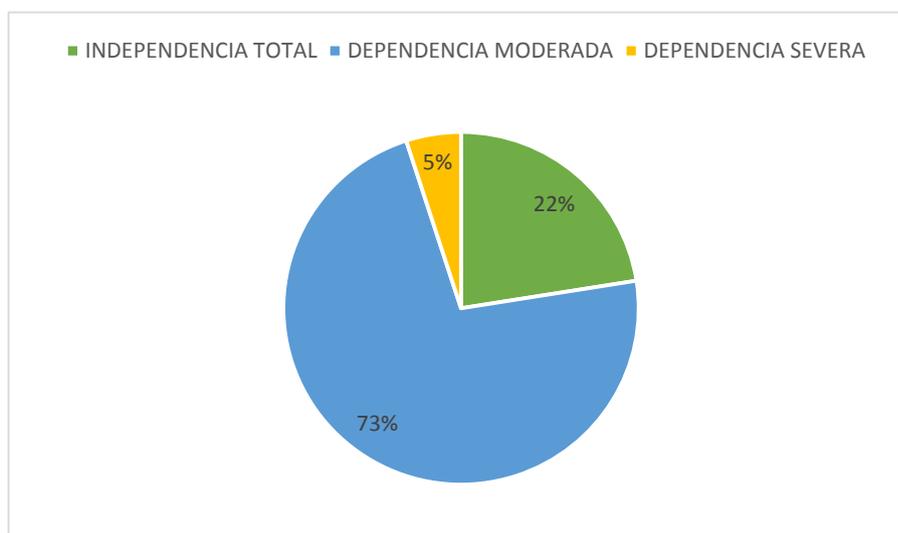
En el presente gráfico observamos que, de un total de 40 encuestados, el 85 % de los participantes en este estudio de investigación fueron del sexo femenino, mientras que el 15 % fueron del sexo masculino.

Tabla 02

**Nivel de Dependencia Funcional en los Adultos Mayores del CAM –
ESSALUD La Esperanza, 2018.**

DEPENDENCIA FUNCIONAL	N°	%
INDEPENDENCIA TOTAL	9	22.5
DEPENDENCIA MODERADA	29	72.5
DEPENDENCIA SEVERA	2	5
TOTAL	40	100

Nota: Datos obtenidos de la Escala de Lawton y Brody



INTERPRETACION

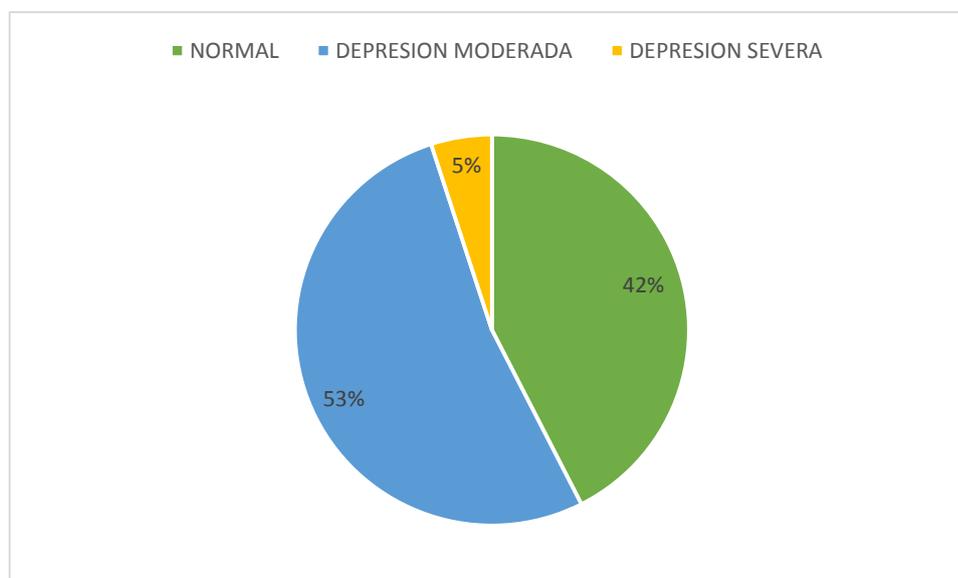
En el presente gráfico observamos que, de un total de 40 encuestados, 72.5 % (29 participantes) presentaron dependencia moderada, mientras que el 22.5 % (9 participantes) presentaron independencia total y solo el 5% (2 participantes) presentaron dependencia severa.

Tabla 03

Nivel de Depresión en los Adultos Mayores del CAM – ESSALUD La Esperanza, 2018.

DEPRESIÓN	N°	%
NORMAL	17	42.5
DEPRESION MODERADA	21	52.5
DEPRESION SEVERA	2	5
TOTAL	40	100

Nota: Datos obtenidos de la Escala de Yesavage



INTERPRETACION

En el presente gráfico observamos que, de un total de 40 encuestados, el 52.5 % (21 participantes) presentaron depresión moderada, mientras que el 42.5 % (17 participantes) no presentaron depresión y solo el 5% (2 participantes) presentaron depresión severa.

5.2 Resultados Inferenciales

Tabla 04

**Dependencia Funcional y Depresión en los Adultos Mayores del CAM
– ESSALUD La Esperanza, 2018.**

DEPRESION	DEPENDENCIA FUNCIONAL						TOTAL	
	INDEPENDENCIA TOTAL		DEPENDENCIA MODERADA		DEPENDENCIA SEVERA		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
NORMAL	7	78	10	34	0	0	17	43
DEPRESION MODERADA	2	22	18	62	1	50	21	53
DEPRESION SEVERA	0	0	1	3	1	50	2	5
TOTAL	9	100	29	100	2	100	40	100

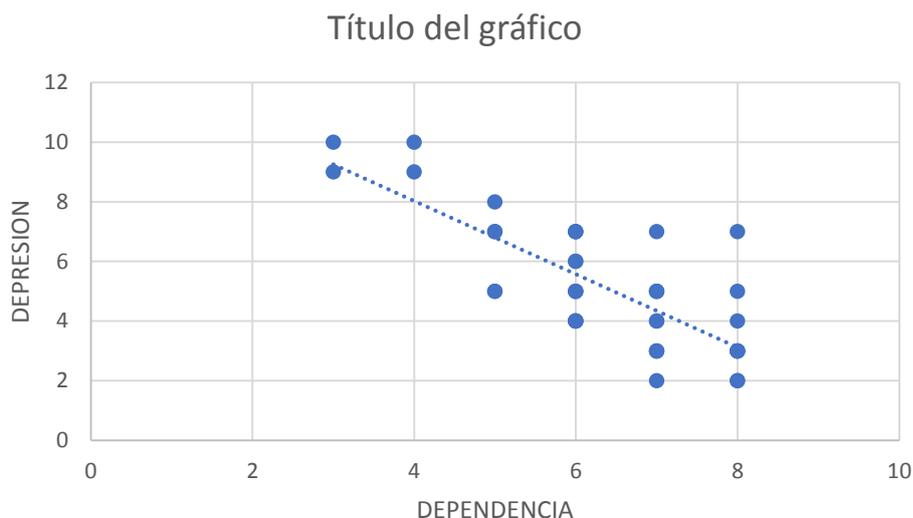
Nota: Datos obtenidos de Escala de Lawton y Brody y Escala de Depresión de Yesavage
r* = -0.7

En el presente gráfico de los participantes que presentan un nivel de depresión normal el 78% tiene independencia total y 34% dependencia moderada; de los que presentaron depresión moderada el 62% tiene dependencia moderada y el 22% independencia total; y los que presentaron depresión severa el 50% presentaron dependencia severa y el 3% dependencia moderada.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis



Nota: Datos obtenidos de Escala de Lawton y Brody y Escala de Depresión de Yesavage
 $r = -0.7$ ($-1 < r < 1$: Correlación lineal)

Según los resultados del presente estudio encontramos una asociación entre el cuestionario de Yesavage que evalúa la depresión y el índice de Lawton y Brody que valora la dependencia funcional en las AIVD, existiendo una relación directamente proporcional entre ambas variables, evidenciada en un coeficiente de Pearson $r = -0.7$, siendo negativo por la presencia de relación inversa entre la operacionalización de los instrumentos.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Según la OMS, lo importante de valorar la funcionalidad del adulto mayor se encuentra en que “La salud del anciano, como mejor se mide, es en términos de función”; por lo tanto, la capacidad funcional es el más adecuado para indicar la prevalencia de las enfermedades. Diversas escalas son usadas en busca del conocimiento de la base de la situación

(impacto de la enfermedad) permiten verificar cambios y establecer tratamientos específicos y la respuesta de los adultos mayores.

En referencia a la investigación en la **tabla 1** se encuentra que de los 40 encuestados que participaron en el estudio, predomina el sexo femenino con un 85% en contraste con el 15% restante que pertenecen al sexo masculino.

Sin embargo, en la investigación de Bolaños M., Helo F. en Costa Rica en el 2015, se evidencio que el con una submuestra de 3.000 participantes hubo una prevalencia de 18.1% para la población en general con predominio del sexo femenino similar a los reportes de estudios internacionales.(7)

En Perú, en la investigación Lema Aguirre, Hugo Fernando, muestra que del total de encuestados, la mayoría de los adultos mayores fueron de sexo femenino representados por un 66%.(12)

En relación con la **tabla 2** sobre dependencia funcional los resultados son de 40 encuestados,72.5 % presentaron dependencia moderada, mientras que el 22.5 % presentaron independencia total y solo el 5% presentaron dependencia severa.

En la investigación de Leite M, Castioni D, Kirchner R y Hildebrandt L. encontraron que aproximadamente más del 85%, de los ancianos era independiente (37), observando que la mayor proporción presenta independencia total a diferencia de los resultados de la presente investigación.

En la investigación de Hernández M, Olivares A, Carillo A, Tovar G, González A se observa que el 51% presenta algún grado de dependencia, siendo la mayor proporción la de dependencia leve (36.7%); mientras que el 49% son autónomos en contraste con la presente investigación donde la mayor proporción se encuentra en la dependencia moderada.(38)

En cuanto a la **Tabla 3** sobre depresión en los adultos mayores los resultados de 40 encuestados, el 52.5 % presentaron depresión moderada, mientras que el 42.5 no presentaron depresión y solo el 5% presentaron depresión severa.

En la investigación de Licas M. relaciona el nivel de depresión de los adultos mayores se aprecia que de los 73 encuestados el 58% tienen un nivel de depresión leve, en contrastación con la presenta investigación donde el mayor porcentaje se concentra en el nivel moderado de depresión.(39)

Con resultados similares encontramos la investigación de Llanes, López, Vásquez y Hernández, que corresponde que el 86% presentan algún nivel de depresión, siendo el mayor porcentaje la depresión establecida (depresión moderada) con un 51%.(40)

En referencia a la **Tabla 4** que de los que presentan un nivel de depresión normal el 78% tiene independencia total y 34% dependencia moderada; de los que presentaron depresión moderada el 62% tiene dependencia moderada y el 22% independencia total; y los que presentaron depresión severa el 50% presentaron dependencia severa y el 3% dependencia moderada.

Sarró - Maluquer en sus estudios dan resultados similares, demostrando que los motivos físicos de consulta pueden preceder a la depresión, además destaca que depresión se asocia al deterioro del bienestar y funcionabilidad del paciente, independientemente de la severidad de la depresión.(40)

En cuanto a la asociación entre depresión y dependencia funcional, ha sido estudiada por diversos autores como Ávila-Funes, Patiño, Ayan, García-Peña, Barrantes con resultados variables según instrumento de medición y población. El principal hallazgo es una fuerte asociación entre depresión y dependencia funcional, hallando una relación inversamente proporcional

entre cuestionario de Yesavage y el índice de Barthel, independiente de la edad, índice de Lawton, SPPB y fuerza de prensión.

En conclusión, existe una relación lineal que demuestra la correlación entre las variables estudiadas.

6.3 Responsabilidad ética

Las investigadoras asumimos el compromiso de respetar el derecho de autonomía, consentimiento informado y confidencialidad de los participantes de la presente investigación.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- A. Existe relación altamente significativa entre el nivel de depresión de los adultos mayores y el grado de dependencia funcional basado en la realización de su AIVD (Valor $r=-0.7$).
- B. De un total de 40 encuestados, 72.5 % de los adultos mayores presentaron dependencia moderada, mientras que el 22.5 % presentaron independencia total y solo el 5% presento dependencia severa.
- C. De un total de 40 encuestados, 52.5 % de los participantes presentaron depresión moderada, mientras que el 42.5 % no presentaron depresión y solo el 5% presento depresión severa.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados de esta investigación podemos sugerir las siguientes recomendaciones:

1. A los profesionales de salud, realizar investigaciones cualitativas para conocer a profundidad las causas que generan depresión en los adultos mayores en relación con la dependencia funcional.
2. Incentivar en la comunidad académica de salud el aumento de investigaciones acerca de la dependencia funcional en los adultos mayores que permitan analizar con mayor profundidad las ABVD y las AIVD.
3. Coordinación entre profesionales de salud y los centros del adulto mayor (CAM) para el desarrollo de programas educativos para la difusión y sensibilización del tema de la depresión y dependencia funcional que afecta a sus participantes.
4. A los profesionales de salud, trabajar en conjunto con la autoridades municipales, regionales y el apoyo masivo de los medios de comunicación para la difusión permanente de la promoción de salud, enfatizando principalmente en la salud mental, y que deriven en normas y leyes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. Perú; 2018 p. 60. Report No.: 2.
2. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. LEY-20422 10-FEB-2010 MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 2010 [citado 2 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>
3. Organización Mundial de la Salud. OMS | Depresión [Internet]. WHO. 2017 [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. World Health Organization. [citado 2 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
5. Huaita M. Guía para el cumplimiento de la Meta 31 del Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal 2016. 1.ª ed. Perú: Ausangate; 2016. 44 p.
6. Mitchell C. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. PAHO / WHO. 2012 [citado 2 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es
7. Bolaños M, Helo F. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD [Internet].

6 de agosto de 2015 [citado 3 de agosto de 2018];5(4). Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/20777>

8. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. PLAN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS 2018 - 2021. Perú; 2018.
9. Cardozo O, Aguilera E, Ferreira M, Díaz C. Depresión y factores de riesgo asociados en pacientes geriátricos hospitalizados. Mem Inst Investig Cienc Salud. 16 de abril de 2017;15:48-56.
10. Rodríguez T, Cruz F, Perez M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index de Enfermería. junio de 2014;23(1-2):36-40.
11. Cerquera A, Uribe A, Matajira Y, Correa H. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor/ Functional dependence and chronic pain associated with the quality of life among the elderly. Psicogente, Vol 20, Iss 38 (2017) [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 30 de julio de 2018];20(38). Disponible en: <https://doaj.org/article/27e9254329a747afb9a106ee58366c90>
12. Lema H. Descripción: Dependencia Funcional y Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú 2018 [Internet]. [Arequipa, Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado 17 de agosto de 2018]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_c0a7410d72ddc38b027f0b4fef766d7b/Description#tabnav
13. Runzer F, Castro G, Merino A, Torres C, Diaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Horizonte Médico. julio de 2017;17(3):50-7.

14. Gamarra E. Correlacion entre el Nivel de Dependencia Funcional y el Nivel de Depresion en Adultos Mayores Que Acuden al Servicio de Geriatria y Padomi del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017. [Arequipa, Perú]: Universidad Católica de Santa Maria; 2017.
15. Calcina Y. CAPACIDAD FUNCIONAL Y AFRONTAMIENTO – ADAPTACIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CLUB “AÑOS DORADOS” MUNICIPALIDAD DE HUNTER, AREQUIPA – 2014 [Internet]. [Arequipa, Perú]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN; 2014 [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2265/ENcaquyp.pdf?sequence=1>
16. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorias en Enfermeria. 8va ed. España: ELSEVIER; 2015. 740 p.
17. Instituto Catalan de la Salud. Ats/di Atencion Especilaizada Del Instituto Catalan de la Salud. Temario Volumen I. E- Book. 1°. Madrid: MAD-Eduforma; 2002. 699 p.
18. Rodríguez R. Longevidad y sus implicaciones. 2013.
19. Gutiérrez L, García M, Jiménez J. Envejecimiento y dependencia: realidades y prevision para los próximos años : documento de postura. México: CONACYT; 2014. 218 p.
20. Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de Medicina Geriatrica. 1.^a ed. España: Gea Consultoría; 2015. 717 p.
21. Rodriguez R, Lazcano G, Medina H, Hernandez M. Practica de la Geriatria 3a Ed_booksmedicos.org.pdf. 3°. México: McGraw Hill; 2011. 946 p.

22. García J, González L. Las estructuras del bienestar: propuestas de reforma y nuevos horizontes. Civitas; 2002. 1024 p.
23. Martínez T. Centros de atención diurna para personas mayores: atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Ed. Médica Panamericana; 2010. 254 p.
24. Argente J. Guía del impuesto sobre la renta de las personas físicas. 1°. España: CISS; 2007. 1522 p.
25. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. 1.ª ed. Lima, Perú: CorpoGrafem; 2013. 76 p.
26. González A. Evaluación en psicogerontología. México: El Manual Moderno; 2009.
27. Peña J, Macías N, Morales F. Manual de práctica básica del adulto mayor. México, D.F.: Manual Moderno; 2011.
28. Palacios F. Depresión Siglo Xxi: “Temas Que Bordean La Depresion Mental, Sus Causas Y Su Manejo.”. Palibrio; 2013. 509 p.
29. Chinchilla A. La Depresión y sus Máscaras. Ed. Médica Panamericana; 2008. 428 p.
30. Barranco E, Fernández F. Administración pública y atención sociosanitaria. 1°. España: ACCI (Asoc. Cultural y Científica Iberoameric.); 2018. 238 p.
31. Leitón Z, Ordóñez Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. 1.ª ed. Perú; 2003. 150 p.

32. Montesó M. La depresión en las mujeres: Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género. 1°. Tarragona, Cataluña: Publicacions Universitat Rovira I Virgili; 2015. 233 p.
33. Jarne A. Psicopatología. 1°. Barcelona: Editorial UOC; 2006. 344 p.
34. Velasco S, Ruiz M, Álvarez C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Revista Española de Salud Pública. agosto de 2006;80(4):317-33.
35. Sanpieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5ta Edición. México: McGraw Hill; 2010. 656 p.
36. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. :6.
37. Leite M, Castioni D, Kirchner R, Hildebrandt L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Enfermería Global. enero de 2015;14(37):1-11.
38. Hernández M, Olivares A, Carillo A, Tovar G, González A. Prevalencia de trastornos visuales y su relación con la funcionalidad en adultos mayores. Rev Cubana Oftalmol. 2015;28(2):190-7.
39. Licas M. Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro De Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
40. Llanes H, López Y, Vázquez J, Hernández R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Rev Ciencias Médicas. 2015;21(1):10.

ANEXOS

ANEXO 01:
INSTRUMENTOS VALIDADOS
ESCALA DE LAWTON Y BRODY

NUMERO: SEXO: MASCULINO () FEMENINO
()

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrara usted una lista de actividades básicas de la vida diaria. Marque una alternativa por cuadro según como realiza estas actividades en su vida. Coloque un aspa (X) en el que exprese mejor como realiza cada actividad.

Capacidad para usar el teléfono:	
1. Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
2. Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
3. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
4. No utiliza el teléfono	0
Hacer compras:	
5. Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
6. Realiza independientemente pequeñas compras	0
7. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
8. Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
9. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
10. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
11. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
12. Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
13. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
14. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
15. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
16. Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
17. No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
18. Lava por si solo toda su ropa	1
19. Lava por si solo pequeñas prendas	1
20. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
21. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
22. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
23. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
24. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
25. No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
26. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
27. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0

28. No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
29. Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1
30. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos	1
31. Incapaz de manejar dinero	0

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE

NUMERO:

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta un grupo de preguntas relacionadas a síntomas depresivos. Marque la respuesta que crea conveniente. Coloque con un aspa (X) según corresponda de forma individual.

	SI	NO
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	1	0
9- ¿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?	1	0
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	0	1
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

ANEXO 02:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESION EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR LA ESPERANZA. TRUJILLO. 2018”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende determinar la relación entre dependencia funcional y depresión en el adulto mayor del distrito de la esperanza. 2018.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado “DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESION EN LOS PACIENTES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR LA ESPERANZA. TRUJILLO. 2018”, Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante

ANEXO 03:

BASES DE DATOS

RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS

MAYORES DEL CAM – ESSALUD LA ESPERANZA. TRUJILLO. 2018

ENCUESTADOS	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	TOTAL FILA	RESULTADOS
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
2	1	0	1	1	1	0	0	1	5	DEPENDENCIA MODERADA
3	1	1	0	1	1	1	1	0	6	DEPENDENCIA MODERADA
4	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
6	1	1	1	1	1	0	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
7	1	0	0	1	1	1	1	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
8	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
9	1	1	0	1	1	1	0	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
10	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
11	1	0	1	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
13	1	0	0	1	0	1	1	0	4	DEPENDENCIA MODERADA
14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
16	0	0	0	1	1	1	1	1	5	DEPENDENCIA MODERADA
17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
18	0	0	1	1	1	1	0	1	5	DEPENDENCIA MODERADA
19	1	0	1	1	1	0	0	1	5	DEPENDENCIA MODERADA
20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
21	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
22	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
23	1	0	0	0	1	1	0	1	4	DEPENDENCIA MODERADA
24	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
25	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
26	0	0	1	1	1	1	1	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
27	1	1	1	1	1	1	1	1	8	INDEPENDENCIA TOTAL
28	0	0	0	1	0	1	0	1	3	DEPENDENCIA SEVERA
29	0	0	1	1	1	1	1	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
30	1	0	1	1	1	1	0	0	5	DEPENDENCIA MODERADA
31	0	1	1	1	1	1	1	0	6	DEPENDENCIA MODERADA
32	1	0	1	1	1	1	0	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
33	1	1	1	1	1	0	0	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
34	0	1	1	1	1	1	0	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
35	1	1	0	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
36	0	1	1	1	1	1	1	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
37	1	0	1	1	1	1	1	0	6	DEPENDENCIA MODERADA
38	1	0	1	1	1	1	0	1	6	DEPENDENCIA MODERADA
39	1	1	1	1	1	1	0	1	7	DEPENDENCIA MODERADA
40	0	0	1	1	0	0	0	1	3	DEPENDENCIA SEVERA

**RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CAM –
ESSALUD LA ESPERANZA. TRUJILLO. 2018**

ENCUESTADOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	TOTAL	RESULTADOS
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	NORMAL
2	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	8	DEPRESION MODERADA
3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	6	DEPRESION MODERADA
4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4	NORMAL
5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3	NORMAL
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	NORMAL
7	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	DEPRESION MODERADA
8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	5	DEPRESION MODERADA
9	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	4	NORMAL
10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	NORMAL
11	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	5	DEPRESION MODERADA
12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	NORMAL
13	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	9	DEPRESION MODERADA
14	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	5	DEPRESION MODERADA
15	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3	NORMAL
16	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	5	DEPRESION MODERADA
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	NORMAL
18	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	7	DEPRESION MODERADA
19	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	DEPRESION MODERADA
20	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	7	DEPRESION MODERADA
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	NORMAL
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	NORMAL
23	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	10	DEPRESION SEVERA
24	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	NORMAL
25	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	NORMAL
26	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	DEPRESION MODERADA
27	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	NORMAL
28	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	10	DEPRESION SEVERA
29	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	DEPRESION MODERADA
30	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	7	DEPRESION MODERADA
31	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	7	DEPRESION MODERADA
32	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	DEPRESION MODERADA
33	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	7	DEPRESION MODERADA
34	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	4	NORMAL
35	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5	DEPRESION MODERADA
36	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	7	DEPRESION MODERADA
37	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	6	DEPRESION MODERADA
38	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4	NORMAL
39	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	NORMAL
40	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	DEPRESION MODERADA

