



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Depresión y capacidad funcional en adultos mayores de un Centro de
Atención al Adulto Mayor en el distrito de Chilca

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada(o) en Psicología

AUTORES

Bedoya Espinoza, Jessica Roxana (0009-0008-8357-7257)

Morales Castro, César Jhesús (0009-0005-8819-7788)

ASESOR

Reyes Romero, Carlos Antonio (0000-0001-7446-9467)

Lima, Perú

2024

Metadatos

Complementarios Datos de

autor

AUTORA: Bedoya Espinoza, Jessica Roxana

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de la AUTORA: 46007275

AUTOR: Morales Castro, César Jhesús

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento del AUTOR: 46103771

Datos de asesor

ASESOR: Reyes Romero, Carlos Antonio

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 25836251

Datos del jurado

JURADO 1: Espíritu Salinas, Natividad Marina. DNI 09136467. ORCID 0000-0001-6621

JURADO 2: Cossío Ale de Preciado, Ana María. DNI 10061754. ORCID 0000-0002-7112-5340

JURADO 3: Córdova Cadillo, Alberto. DNI 08458178. ORCID 0000-0002-8221-3960

JURADO 4: Reyes Romero, Carlos Antonio. DNI 25836251. ORCID 0000-0001-7446-9467

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 5.01.00

Código del Programa: 313016

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, JESSICA ROXANA BEDOYA ESPINOZA,
con código de estudiante número 200711694, con DNI N° 46007275,
con domicilio en Calle Infante de la Torre 2AA - San Borja,
distrito San Borja, provincia y departamento de Lima,
en mi condición de bachiller en Psicología de la Facultad
Psicología, declaro bajo juramento que la presente tesis titulada:
" Depresión y Capacidad Funcional en adultos mayores de un Centro
de Atención al adulto mayor en el distrito de Chilca "

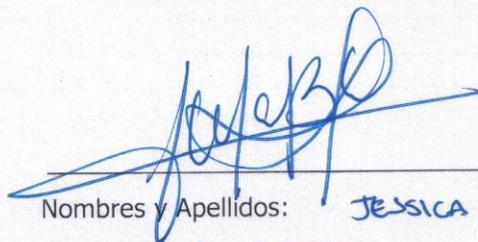
es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Mg. Carlos Reyes Romero,
y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de
investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución
académica o de investigación, universidad, etc; La cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y
tiene el 19.1. de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el
contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo
responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y
autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y
soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo
Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 16 de mayo de 202 4



Nombres y Apellidos:

JESSICA ROXANA BEDOYA ESPINOZA

DNI Nro.

46007275

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, César Jheñer Morales Castro,
con código de estudiante número 200711216, con DNI N° 46103731,
con domicilio en Av. Los Fieles Mz D'U1 Asoc. Univ. Res. "El Pasque" - Pucosana,
distrito Pucosana, provincia y departamento de Lima,
en mi condición de bachiller en Psicología de la Facultad
Psicología, declaro bajo juramento que la presente tesis titulada:
" Depresión y Capacidad Funcional en adultos mayores de un centro de
atención al adulto mayor en el distrito de Chilca "

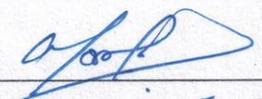
es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Mg. Carlos Puyes Romero,
y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de
investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución
académica o de investigación, universidad, etc; La cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y
tiene el 19% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el
contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo
responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y
autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y
soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo
Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 16 de mayo de 2024


Nombres y Apellidos: César Jheñer Morales Castro
DNI Nro. 46103731

Depresión y capacidad funcional en adultos mayores de un Centro de Atención al Adulto Mayor en el distrito de Chilca

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

19%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

11%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Universidad Ricardo Palma Student Paper	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet Source	3%
3	hdl.handle.net Internet Source	2%
4	repositorio.utelesup.edu.pe Internet Source	1%
5	Submitted to Universidad Privada San Pedro Student Paper	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	1%
7	archive.org Internet Source	1%
8	www.berri.es Internet Source	1%
9	rraae.cedia.edu.ec Internet Source	1%



Leslie Denise Tantaleán Oliva
Mg. Leslie Denise Tantaleán Oliva
Unidad de Grados y Títulos
JEFA

Dedicatoria.

A Dios, en primer lugar, gracias por esta noble vocación de servicio.

A Pietro y a León, por mostrarme cada día que lo imposible es posible
con organización y motivación.

A todos aquellos que necesitan orientación para sentirse mejor.

A mí, porque nunca me rindo.

Jessica Bedoya Espinoza

A mis padres Ricardo y Beatriz por su incondicional amor,

a mis hermanos Carlos y Triz por su firme apoyo

durante mi travesía académica y personal,

A Jessica, por ser un excelente cable a tierra en momentos de flaqueza.

Jhesús Morales Castro

Agradecimiento

A Dios, por brindarnos inspiración para ayudar al prójimo
y el deseo de hacer un mundo humanamente mejor.

A nuestros familiares, motor, fortaleza e impulso
para continuar desarrollándonos personal y profesionalmente.

Al estímulo que esta noble profesión significa en nuestro día a día.

A nuestros maestros, que nos guiaron en las aulas
y nos guían con esmero, paciencia y compromiso para forjar con el
conocimiento

a las nuevas generaciones de psicólogos.

Introducción

El presente estudio tuvo como propósito conocer la relación entre la depresión y la capacidad funcional, siendo esta última definida como el nivel de independencia para la ejecución de actividades en la vida diaria en las personas adultas mayores que forman parte de un centro de atención dirigido a ellos en el distrito de Chilca, de la provincia de Cañete. Fue relevante el tratamiento de la información debido a que, se suele sobre entender que existe una relación entre estas dos variables pues, considerando el transcurso de los años, se manifiestan cambios fisiológicos que impactan en el ser humano los cuales van generando una mayor dificultad para realizar sus actividades, por lo que se requiere de un mayor esfuerzo físico que, cuando es demandante, produce una reducción en las interacciones sociales y en su estilo de vida, desencadenando así ciertos rasgos depresivos en el individuo. Sin embargo, aunque estos cambios son propios de la adultez mayor, los cuales pueden variar por cada persona y pueden o no aparecer de forma gradual no necesariamente ligados a un mismo evento, se suele apreciar que la persona se siente restringida al realizar sus actividades cotidianas, considerándose menos productiva y autónoma; esto genera malestar y podría perjudicar el ideal envejecimiento activo.

La presente investigación se enfocó en estudiar si esta percepción era evidenciada por las personas adultas mayores que forman parte de un centro de atención en el distrito de Chilca. Para ello, se brinda una descripción detallada de cada capítulo del presente estudio:

El primer capítulo describe el planteamiento del problema de la investigación. Asimismo, se establece la interrogante planteada por los investigadores sobre la existencia de una relación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten al centro de atención en el distrito de Chilca y cuáles son los niveles que presentan. Se establecen también los objetivos, la justificación, la importancia y las limitaciones del estudio expuesto.

El segundo capítulo expone la teoría referente a la depresión y a la capacidad funcional para conocer de forma detallada los conceptos,

características y mayor información de las variables del objeto del estudio. Asimismo, se presentan los antecedentes nacionales e internacionales de las investigaciones realizadas en adultos mayores sobre niveles de depresión y capacidad funcional, lo cual permite conocer la relevancia que tiene el tema de investigación y tener información actualizada y fidedigna, conociendo a su vez los objetivos, estudios antecedentes y resultados de los investigadores citados.

El tercer capítulo se enfoca en la hipótesis general y las específicas de la investigación. Asimismo, se establecen los supuestos científicos que se consideran relevantes para la investigación.

El cuarto capítulo describe la metodología de la investigación, en donde se detalla el tipo y diseño de investigación, tipo de muestreo utilizado y características de la muestra, además de señalar las técnicas y los instrumentos de medición utilizados para adquirir los datos y los programas seleccionados para el procesamiento de datos de lo recolectado.

El quinto capítulo muestra los resultados retratados con tablas estadísticas, considerando el diseño de investigación planteado y analizando los datos obtenidos para, posteriormente, contrastar los resultados con los antecedentes y teorías mencionadas en el apartado de discusión de resultados y, de esta manera, comprobar las hipótesis previamente planteadas, el cumplimiento de los objetivos y dar respuesta al problema de la investigación.

Finalmente, el sexto capítulo expone las conclusiones y brinda, en relación a ello, las recomendaciones de la investigación culminada.

Índice

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	12
1.1. Formulación del problema.	12
1.2. Objetivos.	18
1.2.1. General.	18
1.2.2. Específicos.	18
1.3. Importancia y justificación del estudio.	19
1.4. Limitaciones del estudio.	22

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO	22
2.1. Investigaciones relacionadas con el tema.	22
2.2. Bases teórico-científicas del estudio.	29
2.2.1. El envejecimiento.	29
2.2.2. La Capacidad Funcional.	33
2.2.3. La depresión.	42
2.3. Definición de términos básicos.	47
2.3.1. Adulto Mayor	47
2.3.2. Depresión	47
2.3.3. Capacidad Funcional	47

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES	48
3.1. Supuestos científicos.	48
3.2. Hipótesis.	49
3.2.1. General.	49
3.2.2. Específicas.	49
3.3. Variables de estudio o áreas de análisis.	50

CAPÍTULO IV

MÉTODO	50
4.1. Población, muestra o participantes.	50
4.2. Tipo y diseño de investigación.	52
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	53
4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos.	60

CAPÍTULO V

RESULTADOS	61
5.1. Presentación de datos.	61
5.2. Análisis de datos.	72
5.3. Análisis y discusión de resultados.	85

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
6.1. Conclusiones generales y específicas.	92
6.2. Recomendaciones.	93
6.3. Resumen. Términos clave.	94
6.4. Abstract. Key words.	95
Referencias Bibliográficas	96
Anexos	102

Índice de Tablas

Tabla 1: Sustancias; medicamentos y enfermedades que pueden cursar con Depresión.	43
Tabla 2: Factores de riesgo de Depresión en personas adultas mayores.	44
Tabla 3: Ficha Técnica de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.	54
Tabla 4: Ficha Técnica Índice de Barthel	57
Tabla 5: Resultados Juicio de Expertos – Índice de Barthel.	59
Tabla 6: Cálculo de los valores descriptivos de la depresión en adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca.	62
Tabla 7: Cálculo de los valores descriptivos capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca.	62
Tabla 8: Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el sexo.	63
Tabla 9: Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el sexo.	64
Tabla 10: Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la edad.	65
Tabla 11: Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la edad.	66
Tabla 12: Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la ocupación.	67
Tabla 13: Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la ocupación.	68
Tabla 14: Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la cantidad de personas con las que viven.	69
Tabla 15: Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la cantidad de personas con las que viven.	70
Tabla 16: Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el estado de salud.	71
Tabla 17: Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el estado de salud.	72
Tabla 18: Valores de la Prueba de Normalidad de Kolmogorov – Smirnov de la Escala Geriátrica de Yesavage y la Escala de Capacidad Funcional de Barthel.	73
Tabla 19: Valores de Confiabilidad por estadístico Alfa de Cronbach de la Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage y Escala de Capacidad Funcional de Barthel.	74
Tabla 20: Cálculo de la relación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Rho de Spearman.	75
Tabla 21: Cálculo de la relación entre la depresión y el sexo en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba Chi Cuadrado.	76
Tabla 22: Cálculo de la relación entre la depresión y la edad en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	77
Tabla 23: Cálculo de la relación entre la depresión y la ocupación en los	

adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	78
Tabla 24: Cálculo de la relación entre la depresión y el número de personas con quienes viven los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	79
Tabla 25: Cálculo de la relación entre la depresión y el estado de salud en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	80
Tabla 26: Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y el sexo en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	81
Tabla 27: Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y la edad en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba Chi Cuadrado.	82
Tabla 28: Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y la ocupación en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	83
Tabla 29: Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y el número de personas con quienes viven los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	84
Tabla 30: Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y el estado de salud en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.	85

CAPÍTULO I

Planteamiento del estudio.

1.1. Formulación del problema.

Hoy en día, existen múltiples estudios y estadísticas que manifiestan el incremento de la esperanza de vida en los últimos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) indica el incremento en un 34% de los adultos mayores de 60 años entre los años 2020 y 2030. Actualmente, el porcentaje de personas adultas mayores con 60 a más años de edad supera al de niños con menos de 5. Además de lo mencionado, para el año 2050, la cifra de adultos con 60 años en adelante será superior a la de adolescentes y jóvenes que se encuentren en un intervalo de entre 15 a 24 años. La OMS (s.f.) registró de modo cuantitativo que, en el 2019, la cantidad de personas con 60 años y en adelante ascendió a 1000 millones y calcula que dicha cifra se acrecentará en 1400 millones para el año 2030 y, probablemente, a 2100 millones en el año 2050.

Respecto al subcontinente norteamericano, un reporte de *The America's Health Rankings*, elaborado por *United Health Foundation* (2022), indica que, en Estados Unidos, el 16,9% está conformada por adultos de 65 años en adelante, en otras palabras, un poco más de 55,6 millones de habitantes y se calcula que, para el año 2030, este porcentaje se incremente al 21% con 73,1 millones del grupo poblacional mencionado. Para ese mismo año, la Oficina del Censo de Estados Unidos prevé la existencia de 1 adulto mayor por cada grupo de 5 personas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012), en el año 2012 en 11 países: Canadá, Estados Unidos, Barbados, Cuba, Puerto Rico,

Martinica, Antillas Holandesas, Guadalupe, Argentina, Uruguay y Chile superaron el indicador de vejez en la región. Durante el 2010, el 13.1% del total de la población estuvo conformada por personas adultas mayores de 60 años a más bajo un registro de proporción de 53 personas adultas mayores de 60 años a más por cada 100 menores de 15 años y, 49 personas adultas mayores de 75 años a más por cada 15 menores de 15 años. Solo en el caso de Canadá, se presentaron 122 personas adultas mayores por cada 100 niños. Sin embargo, este incremento no es homogéneo en todo el continente americano. En el 2010 Puerto Rico, Canadá, Martinica y Cuba registraron niveles de envejecimiento mayores a los de Belice, Haití, Guatemala y Honduras, en donde sus índices de envejecimiento fueron de 16 personas adultas mayores por cada 100 niños. Con ello se estima que, en el 2025, el número de personas adultas mayores de 60 años a más se incremente en un 18,6% en todo el territorio de las Américas y que, en países de Centroamérica y Sudamérica anteriormente mencionados, el número de personas adultas mayores de 60 años a más sean superiores a las de la población de menores de 15 años. Finalmente, se proyecta que, en el año 2037, el 50% de los países de las Américas tendrán más de una persona adulta mayor por cada menor de dicha edad.

El Perú no se muestra indiferente al acrecentamiento de la longevidad en las personas. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020) indicó que, al 30 de junio del 2020, el Perú estaba compuesto por 32 millones 625 mil 948 personas, situándose como el séptimo país más poblado de las Américas. Asimismo, se espera que, para el 2050, la esperanza de vida se registre con un promedio de 79,8 años. De cumplirse lo indicado, para el fin de siglo la población de 80 años a más continuará aumentando su volumen. Se estima

también que para el 2050, los adultos mayores alcancen los 9 millones 504 mil personas en el territorio peruano ya que esta población se incrementó en la última década con un valor promedio anual de 4,9%. Acompañando la data latinoamericana, se proyecta que por cada 5 peruanos haya al menos 1 persona adulta mayor de 60 años a más. En relación a lo mencionado, se registró que entre los años 1950 y 2020 la población con 80 años a más pasó de 0,3% a 2,0% y que en el año 2050 alcanzará un incremento del 5,1%. El INEI menciona también que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, ha establecido 04 categorías para indicar el nivel de envejecimiento por país en donde clasifica al Perú en la categoría de Envejecimiento Moderado, junto a países como México, República Dominicana, Costa Rica, Panamá, Venezuela, El Salvador, Colombia, Ecuador y Brasil.

La OMS y OPS definen a la Persona Adulta Mayor como todo aquel ser humano con 60 años a más y, en el marco local, el diario El Peruano (2016), publicó la Ley de la Persona Adulta Mayor, cuyo concepto refiere a la misma que tiene de 60 a más años de edad. Asimismo, Triadó y Villar (2014) definen al envejecimiento como un proceso de deterioro funcional universal que progresa y se generaliza, y produce un detrimento de reacción adaptativa ante la agresión y que produce el incremento en el riesgo de enfermedades relacionadas con el pasar de los años. Es involutivo, unilateralmente negativo y se relaciona de manera estrecha a los agentes genéticos, ambientales y formas de vida a los que está sujeto el individuo a lo largo de su vida. En ese sentido, si la duración de la vida aumenta, incrementará con ello el número de enfermedades relacionadas a este grupo etario.

Un estudio desarrollado por INEI (2020) indicó que, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, existe una gran participación de adultos mayores que padecen enfermedades crónicas como hipertensión, artritis, cáncer, asma, diabetes, tuberculosis, entre otros. A nivel nacional, se encuentra que el 77,9% de adultos mayores reportan tener enfermedades crónicas, el 12,7% reportan haber registrado algún síntoma, malestar, accidente o enfermedad las últimas cuatro semanas y el 9,3% indica no tener problemas de salud. Con respecto a Lima Metropolitana, se encuentra que el 78,6% de los adultos mayores reportan tener enfermedades crónicas, 9,7% reportan haber registrado algún síntoma, malestar, accidente o enfermedad las últimas cuatro semanas y el 11,8% indica no tener problemas de salud. A nivel Resto Urbano, se encuentra que el 79,3% registran enfermedades crónicas, el 11,1% reportan haber registrado algún síntoma, malestar, accidente o enfermedad en las últimas cuatro semanas y el 9,6% indica no tener problemas de salud. Finalmente, en el Área Rural, bajo el mismo esquema, encontramos al 74,6% con enfermedades crónicas, 19,9% con síntomas o accidentes en las últimas cuatro semanas y 5,5% indica no tener problemas de salud. Esta información nos da a conocer el estado de salud en el que se encuentra la Población Adulta Mayor y, adicionalmente, ello podría brindar ciertos indicadores respecto a la capacidad funcional de la misma. En ese sentido, la capacidad funcional está definida como la competencia del individuo para desarrollar, adecuadamente y por sus propios medios, las actividades diarias. Su disminución implica un problema de incrementada complejidad ya que se encuentra relacionada con enfermedades crónicas y afectan la calidad de vida, pudiendo llevar, en otros casos, a la

mortalidad. Es en este tipo de situaciones donde, asociadas a circunstancias sociales y familiares, se pueden desencadenar trastornos como la depresión.

La ONU (2017), indica que, a nivel mundial, los trastornos neuropsiquiátricos forman parte del 6,6% de la discapacidad total y que cerca del 15% de este grupo etario sufren de algún tipo de trastorno mental. La depresión unipolar impacta a un 7% de los adultos mayores y se la define como el cambio en el estado de ánimo de un individuo donde se evidencian sentimientos de tristeza, pérdida, frustración, inutilidad e ira que podría durar desde semanas hasta años. La depresión en el adulto mayor actualmente, teniendo en cuenta lo vivido en la pandemia del Covid-19 y la situación propia del grupo etario en mención, presenta una exposición importante a factores como el fallecimiento de familiares, la jubilación, la percepción y/o escaso apoyo familiar, desórdenes en el sueño y enfermedades crónicas propias de la edad donde se incluye también la dependencia que se incrementa en conjunto con el deterioro físico los cuales pueden provocar la aparición de la depresión. De acuerdo a Calderón (2018), en Latinoamérica la depresión en las personas adultas mayores varía su incidencia dentro de los países de acuerdo a las diversas poblaciones estudiadas, inclusive, dentro de un mismo país. En México se encuentra un nivel de depresión entre el 26% y el 66%, en Colombia entre un 11,5% y 4%, en Chile entre 7,6% y el 16,3% y en Perú entre 15,7% y 9,8%. Justamente en nuestro país, según Sarrín (2021), el 20% de los adultos mayores sufren de alguna alteración mental y el trastorno de depresión se encuentra registrado en el 14,18% de este grupo poblacional. El trastorno depresivo es el que más afecta al adulto mayor, siendo una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial. Otro punto a considerar es la carencia de

conocimiento por parte de la familia sobre cómo cuidar al adulto mayor ya que se han registrado casos de desinterés o desconocimiento sobre cómo tratarlos, por ello este grupo poblacional afronta diversas situaciones que lo lleva a la depresión, la que es difícilmente reconocida, en muchos de los casos, por la familia.

La actual investigación se llevó a cabo en un centro de atención al adulto mayor del distrito de Chilca. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017), en dicho distrito, 1941 habitantes son adultos mayores de los cuales el 51,7% se encuentran registrados o pertenecen a este centro; dentro del cual se ha observado en el último año que, luego de la reapertura del centro por motivo de la pandemia del Covid-19, un importante número de sus asistentes manifiestan algún tipo de malestar, frustración e impotencia en su estado emocional ya que mencionan haberse percatado que, al volver a sus actividades relacionadas a la agricultura y ganadería, presentan limitaciones físicas que les impiden ejecutar las labores que normalmente realizaban antes de la pandemia, viéndose así perjudicados, en algunos casos, no solamente de manera emocional sino también económica ya que sus ingresos se han visto afectados por estas limitaciones debido a que algunos de ellos aún son cabeza de familia y/o viven solos. En paralelo a ello y como refuerzo a lo mencionado anteriormente, dicho centro ha observado un cierto nivel de deterioro en la capacidad funcional de un gran número de sus asistentes respecto a los años anteriores. Esto podría deberse a la suspensión de las actividades en general que realizaban los adultos mayores debido al periodo de cuarentena decretado durante la pandemia, sobre todo para este grupo poblacional que presenta mayor vulnerabilidad ante el virus. Otro motivo del deterioro observado podría deberse al nuevo estado de ánimo que

presentan dado los cambios drásticos que significó la pandemia como duelo, nuevos estilos de vida, cambios coyunturales, etc.

En base a la situación mencionada, nos vemos interesados en dar respuesta a la siguiente pregunta, ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten un centro de atención al adulto mayor del distrito de Chilca?

1.2. Objetivos.

A continuación, se presentan los objetivos generales y específicos de la presente investigación.

1.2.1. General.

O₁ Conocer la relación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca.

1.2.2. Específicos.

O_{1.1} Establecer la relación entre la depresión y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y el estado de salud de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca.

O_{1.2} Establecer la relación entre la capacidad funcional y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y el estado de salud de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca.

1.3. Importancia y justificación del estudio.

Es de conocimiento a escala mundial que la pandemia Covid-19 ha marcado e impactado en los múltiples ámbitos de la vida y, sobre todo, de la salud. No solamente nos enfrentamos a un virus letal que acabó con la vida de aproximadamente 6 millones de habitantes en el planeta, sino también con las consecuencias que las medidas de protección nos dejaron y que hoy en día debemos afrontar como sociedad. Una de ellas, enfocándonos en el adulto mayor, es la depresión a causa del confinamiento que por tiempo prolongado se ejecutó de forma obligatoria y, sobre todo de manera especial, con este grupo poblacional justamente por la vulnerabilidad que los caracteriza. En ese sentido, es que también se realiza esta investigación, con el fin de abordar no solamente de manera efectiva a los adultos mayores que presentan depresión por las causas mencionadas anteriormente sino también por el confinamiento, ya que por motivo de la poca de actividad física durante el confinamiento, manifiestan actualmente presentar un debilitamiento en su capacidad motora al retomar sus actividades provocando también un estado de tristeza y frustración al percatarse de sus nuevos límites y, por otro lado, el sentimiento de duelo por las pérdidas de vida que, simultáneamente, tuvieron que afrontar en este periodo de pandemia, lo cual, implica también un sentimiento de soledad al tener que acostumbrarse a la ausencia de familiares y compañeros de manera imprevista.

Es una realidad que la depresión forma parte del conjunto de trastornos que más acompaña a la población adulta mayor en conjunto con las comorbilidades que empiezan a desarrollar en esta etapa de sus vidas. Olavarría (2019) manifiesta que la depresión en las personas adultas mayores es difícilmente reconocida como tal y que, por consiguiente, tampoco recibe un

tratamiento. Asimismo, indica que se debe considerar el origen de la depresión en esta etapa de la vida en relación a los diversos cambios que comienzan a surgir, tanto en el aspecto fisiológico, a nivel personal y sobre todo en las relaciones interpersonales. Según estudios, la cuarta parte de los adultos mayores con 65 años de edad a más presentan depresión, más de la mitad de la asistencia a los consultorios médicos son por tensión emocional y el 20% de los suicidios cometidos en los países desarrollados son ejecutados por los adultos mayores. Se considera importante realizar este estudio para constatar si la depresión está relacionada con la capacidad funcional, y viceversa, en este grupo poblacional ya que el proceso de envejecimiento es inevitable el cual comprende el deterioro físico, cognitivo y conductual. En adición a ello, el desarrollo del conocimiento alrededor de este tema será un paso importante que posibilite gestionar de manera óptima y temprana las casuísticas que se presenten en el área de la salud, determinando diagnósticos clínicos oportunos, generando clasificaciones de los cuadros y determinando los factores de riesgo como medidas de prevención y de esta manera brindar el soporte integral para evitar o frenar, en la medida de lo posible, la aparición de síntomas depresivos a fin no interferir con la capacidad funcional, y viceversa.

Asimismo, este estudio pretende ser una fuente de motivación para los profesionales de la salud, sobre todo en la carrera de Psicología, aunada a las ya existentes, para exhortarlos a generar un mayor número de investigaciones relacionadas con el tema y así contribuir a la denominada “Década del Envejecimiento Saludable” decretada por la OMS (2019) y así también se lleven a cabo investigaciones exhaustivas relacionadas a la depresión en conjunto con la capacidad funcional en los adultos mayores para sumar información a los

avances científicos actuales en el área de la gerontología y así elaborar teorías en base a dichos estudios que permitan la producción de programas integrales y eficaces así como también programas de tratamiento para brindar un adecuado acompañamiento a este grupo poblacional y lograr el bienestar emocional a fin de vivir esta etapa de sus vidas de la mejor forma posible en materia psicológica y de manera integral.

El presente estudio tiene como principales beneficiarios a los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor del distrito de Chilca ya que, a partir de los resultados que se obtengan con la investigación, el centro contará con información valiosa que les permitirá desarrollar y potenciar nuevas técnicas y un plan de tratamiento que les permita abordar de manera oportuna y rápida el cuadro actual que presente cada asistente perteneciente al centro en donde no solo se brindará información a los familiares de los mismos sino también a la comunidad del distrito en aras de fomentar y concientizar a la población sobre el tratamiento al adulto mayor.

Por último, esta investigación se compromete a ser una fuente de información dirigida no solamente a los profesionales pertinentes sino también a la población en general con el objetivo de servir como una herramienta o guía terapéutica de cómo distinguir los síntomas depresivos y dar a entender si éstos tienen una estrecha relación con la capacidad funcional en los adultos mayores y así brindarles el apoyo necesario en el hogar; ya que es una responsabilidad para nosotros, como sociedad, el velar por el bienestar de todos los grupos poblacionales que la conforman generando bienestar en nuestros ciudadanos.

1.4. Limitaciones del estudio.

En el presente trabajo, se pudo identificar un escaso número de investigaciones antecedentes relacionadas a la depresión y a la capacidad funcional en conjunto, vinculadas a poblaciones pertenecientes al grupo etario seleccionado y que estén relacionados a la carrera de Psicología.

Asimismo, en el desarrollo de esta investigación podría obtenerse resultados sesgados por parte de los participantes, propiciados por temor o vergüenza de dar a conocer su situación física y emocional. En relación a lo mencionado, podríamos también encontrarnos con candidatos reacios a formar parte del estudio.

Por último, existe la posibilidad de encontrarse con familiares de algunos adultos mayores en desacuerdo de hacerlos partícipes del estudio por temor a brindar información confidencial, que revele en alguna instancia la intimidad del hogar al que pertenecen, a pesar de haber presentado el consentimiento informado que asegura la total discreción tanto en la información como en los resultados.

CAPÍTULO II

Marco teórico.

2.1. Investigaciones relacionadas con el tema.

La presente sección busca exponer las investigaciones nacionales e internacionales que guardan relación con el estudio, cuya finalidad es tener una idea general en torno a la relación entre las variables seleccionadas: depresión y capacidad funcional; y así dar luces respecto a la posibilidad de encontrar resultados similares o distintos en la población local que, en la actualidad, no registra estudios previos.

El primer estudio, que fue elaborado por Cholán y León (2020), se determinó como objetivo fijar la relación entre sus variables de estudio denominado “dependencia física y depresión, en los participantes pertenecientes al Programa del Adulto Mayor en el Hospital de Pacasmayo en La Libertad – Perú”, en el año 2019. La investigación, en un inicio, contó con un universo de 133 integrantes que asistieron al mencionado programa en el primer trimestre de ese año, seleccionando al final una población de 99, quienes previamente cumplieron los criterios de inclusión, los cuales fueron: persona adulta mayor del sexo femenino y masculino, tener de 60 años en adelante, ser participantes que deseen voluntariamente colaborar con el estudio y aprobar el Test de Pfeiffer que identifica lucidez. Los instrumentos de medición utilizados en esta investigación fueron el Índice de Barthel y la Escala de Yesavage. Los registros sobre la dependencia física arrojaron que el 67.6% de la población evaluada obtuvo un nivel leve, seguidos por un 26.3% quienes obtuvieron un nivel moderado y un 6.1%, el nivel severo. Siguiendo con los registros respecto a la

variable depresión, se pudo registrar a un 27.3% de la población con depresión leve, a un 56.6% con niveles de depresión moderada y el 16.1%, con depresión severa. Se concluye así con la prueba de Tau b de Kendall con valores debajo de .001 que sí existe relación significativa entre la depresión y la dependencia física en la población adulta mayor perteneciente al mencionado programa.

La exploración realizada por Rojas (2021), tuvo como fin central el determinar la relación entre la capacidad funcional y la depresión en el adulto mayor del distrito de Huancas perteneciente a la ciudad de Chachapoyas en el año 2020. En aquella oportunidad, la población fue conformada por 40 integrantes pertenecientes al distrito en mención y los instrumentos de medición a utilizar fueron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Barthel, para medir depresión y capacidad funcional, respectivamente. Los resultados hallados examinaron que, de la población estudiada, el 32,5% de los participantes son independientes y no tienen depresión, el 15% de los participantes son independientes y manifiestan depresión moderada, el 2,5% de los participantes son independientes y presentan depresión severa, el 7,5% de los participantes registran dependencia leve y no tienen depresión, el 12,5% de los participantes tiene dependencia leve y una depresión de nivel moderada, el 7,5% de los participantes registran dependencia leve y depresión severa, el 7,5% de los participantes tienen dependencia y depresión moderadas, el 5% de los participantes presentaron una dependencia moderada y depresión severa, el 2,5% de los participantes presentaron dependencia grave y depresión moderada, el 5% de los participantes registraron una dependencia grave y depresión severa y, finalmente, el 2,5% obtuvo una dependencia total y depresión moderada. Asimismo, la información obtenida indicó que el 50% de la población sometida

al estudio presenta la capacidad funcional a nivel de independiente, el 27,5% presenta el nivel de dependencia leve, el 12,5% presenta el nivel de dependencia moderada, el 7,5% presenta el nivel de dependencia grave y el 2,5%, el nivel de dependencia total. Con respecto a la variable depresión, los resultados registraron que el 40% de los participantes no manifiestan depresión, el otro 40% manifiesta una depresión a nivel moderada y el 20% un nivel severo de depresión. Se concluye, entonces, que sí existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y la depresión.

El estudio desarrollado por Apaza (2019) tuvo como principal objetivo el determinar la relación entre la Dependencia Funcional y el Síndrome Depresivo en las personas adultas mayores pertenecientes al club “Ángeles de Ramón Copaja” ubicado en el distrito de Alto de la Alianza en la ciudad de Tacna en el año 2019. La muestra del estudio se constituyó por 53 integrantes del club en mención y los instrumentos utilizados para desarrollar esta investigación fueron el Test de Yesavage y el Índice de Barthel para medir el síndrome depresivo y la capacidad funcional, respectivamente. En la suma de datos obtenida, se identificó que el 60,4% de los participantes presentan el nivel de dependencia moderada, el 20,8% presentan el nivel de independencia, el 13,2% presentan el nivel de dependencia leve y el 5,7%, el nivel de dependencia severa. Asimismo, el 73,6% de las personas adultas mayores estudiadas presentan el nivel de depresión grave, el 18,9% presentan el nivel de depresión leve y el 7,5% se registra sin depresión. Cruzando las dos variables se encuentra que el 54,7% de participantes que presentan dependencia funcional moderada, poseen también síndrome depresivo grave; lo cual finalmente arroja como conclusión que sí existe relación significativa entre las variables dependencia funcional y

síndrome depresivo, debido a que registran un nivel de confianza del 95% y también un margen de error del 5%, $P = .002 < .05$.

Siguiendo con las investigaciones nacionales, Mamani y Rodríguez (2017) realizaron un estudio con el fin de determinar la influencia de la capacidad funcional en la depresión en adultos mayores de 65 a 80 años en el Centro Gerontológico San Francisco de Asís en la ciudad del Cuzco en el 2016. El universo estuvo compuesto por 80 integrantes y, finalmente, la muestra la constituyeron 66 participantes. Los instrumentos de medición a utilizar fueron el Test de Yesavage, para hallar la depresión, y el Test de Barthel, para la capacidad funcional. Luego de la administración se obtuvo que el 57,6% de los participantes registran dependencia de los cuales 53% se encuentran en una edad de 70 a 80 años y el 42,4% son independientes y el 56,1% de la muestra presenta depresión, de los cuales el 51,5% tienen entre 70 y 80 años y el 43,9% no presentan depresión. Finalmente, el 57,6% presentan dependencia y el 42,4% son independientes. Asimismo, el 43,9% se registra sin depresión y el 56,1% tiene depresión. Se concluye que sí existe relación significativa entre la capacidad funcional y la depresión ya que el nivel de significancia es ($p < 0,05$).

Un estudio realizado por Grande (2022), tuvo la finalidad de determinar la relación entre la depresión y la dependencia funcional de 70 adultos mayores pertenecientes al albergue Casa de Todos en el distrito de Cercado de Lima. Para identificar las dos variables se utilizaron el Test de Yesavage, para la depresión, y el Test de Barthel, para la dependencia funcional. Cabe resaltar que la población estudiada estuvo compuesta por personas del sexo masculino y, en cuanto a los resultados, se encontró que el 70% de la muestra registra un estado normal del ánimo, 15,7% de ellos presentan el nivel de depresión leve y 14,3%,

el nivel de depresión severa. Respecto a la variable dependencia funcional, se registró que el 57,1% son independientes, el 28,6% registran el nivel de dependencia leve, 7,1% registran el nivel de dependencia moderada, 1,4% registran el nivel de dependencia severa y el 5,7% el nivel de dependencia total. El coeficiente de correlación de Pearson marcó un índice de $-0,836$, el cual indica una sólida correlación inversa entre las dos variables, siendo esto altamente significativo, demostrándose entonces que sí existe una relación entre la depresión y la dependencia funcional en los participantes pertenecientes al albergue.

La finalidad del estudio realizado por Treviño (2020) fue hallar el nivel de depresión y capacidad funcional en el adulto mayor cuya población estuvo compuesta por 40 adultos mayores quienes participaron de manera voluntaria en el estado de Nuevo León – México y que, asimismo, cumplieron con los criterios de inclusión establecidos los cuales fueron tener de 65 años a más y estar lúcido. Para desarrollar el estudio se empleó la Escala de Depresión Yesavage para medir depresión y el Índice de Barthel para medir la capacidad funcional. Los resultados indicaron que, en cuanto a la depresión, el 30% de la población estudiada no tiene depresión, el 27.5% registra el nivel de depresión leve, el 35% registra el nivel de depresión moderada y el 7.5%, registra el nivel de depresión severa. Asimismo, se halló que la presencia de depresión leve es mayor en mujeres que en hombres con un 15%, en depresión moderada es un 22.5% y en depresión severa un 7.5%. Respecto a la segunda variable, capacidad funcional, el 40% de la muestra se registra como independiente, el 30% de la muestra se registra con una dependencia leve, el 12.5% se registra con una dependencia moderada y el 17.5% registra una dependencia grave. En relación a

lo mencionado, la capacidad funcional en mujeres es significativamente mayor en dependencia que los hombres manteniendo una diferencia del 50%. Con ello se concluye que la mayor prevalencia de depresión es en mujeres, así como los niveles más altos de capacidad funcional, siendo el diagnóstico más recurrente en este último, la diabetes mellitus.

Zagal (2021), realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el nivel de depresión relacionado con la capacidad funcional en los adultos mayores registrados en el programa de estancia permanente en la casa hogar “Olga Tamayo de Cuernavaca” en el estado de Morelos – México. En principio, el universo estuvo compuesto por 77 participantes de 60 años a más y los criterios de exclusión fueron: adultos mayores que presenten problemas auditivos e inconvenientes en su comunicación; y el registro de alguna enfermedad psiquiátrica. Finalmente quedaron seleccionados 43 participantes para desarrollar la investigación. Los instrumentos de medición utilizados para este estudio fueron la Escala de Yesavage, para la variable depresión, y la Escala de Barthel, para la variable capacidad funcional. La información hallada arrojó que el 34,8% de la muestra no registra depresión y es independiente, el 2,3% no registra depresión pero sí un nivel de dependencia moderada, el 11,6% registra depresión leve y es independiente, el 4,7% registra depresión y el nivel de dependencia leves, el 18,6% registra depresión leve y el nivel de dependencia moderada, el 11,7% registra depresión leve y el nivel de dependencia severa, el 6,9% registra depresión leve y dependencia total, el 4,7% registra depresión severa e independencia y, finalmente, el 4,7% registra depresión y dependencia severas. Lo descrito anteriormente indica entonces que, en la mayor parte de los

participantes de la población, los niveles de depresión aumentan acorde a la existencia de alguna clase de dependencia que afecte su capacidad funcional.

Finalmente, la investigación realizada por Tupiza (2015), tuvo como finalidad el determinar la relación entre el grado de funcionalidad y depresión en 30 adultos mayores pertenecientes al Centro Hogar de Vida 1 de la Fundación Patronato Municipal “San José” en Quito - Ecuador. Los instrumentos de medición empleados fueron el Índice de Barthel, para la funcionalidad, y la Escala de Yesavage, para la depresión. La información recolectada indicó que el 46% de la muestra posee independencia, el 20% de la muestra posee dependencia moderada, el 17% posee dependencia escasa, el 10% posee dependencia total y el 7% dependencia severa. En ese sentido, se encontró que el 40% de la muestra poseen depresión leve, el 30% poseen depresión severa y el otro 30% no presentan depresión. Como conclusión, la investigación señaló que la funcionalidad tiene una influencia en la presencia de la depresión, asimismo, la depresión tiene también influencia en la funcionalidad del mismo por las propias características del trastorno, los cuales producen limitaciones en el desempeño diario del adulto mayor, perjudicando así su capacidad funcional y/o hasta agravar patologías ya existentes.

2.3. Bases teórico-científicas del estudio.

2.3.1. El envejecimiento.

De acuerdo a Papalia et al. (2012), el envejecimiento se divide en dos partes: el envejecimiento primario que empieza a una edad temprana en el que se produce un proceso de deterioro corporal gradual y continúa con el pasar de los años sin importar lo que el individuo realice para postergar este proceso. Por

otro lado, el envejecimiento secundario corresponde al resultado de la enfermedad, abuso y existencia de actividad los cuales pueden ser controlados por el individuo. En la actualidad, la ciencia especializada en el estudio del envejecimiento refiere tres grupos de adultos mayores: el “viejo joven” cuyas edades oscilan entre los 65 y 74 años caracterizada por ser activa, animada y vigorosa; el “viejo viejo” cuyas edades oscilan entre los 75 y 84 años y el “viejo de edad avanzada” de 85 años hacia adelante y quienes están más propensos a la fragilidad, enfermedades y/o a tener dificultades para organizar las actividades de su vida diaria (AVD). Una característica principal de este último grupo mencionado es el consumo de gran cantidad de recursos sobre todo a nivel hospitalario, justamente por las necesidades identificadas acorde a sus características principales.

Ahora, ¿Por qué envejecemos? De todas las teorías sobre envejecimiento biológico que existen, Papalia et al. (2012), las dividen en dos categorías:

a) Teorías de la programación genética. En estas teorías se señala que el cuerpo humano envejece en base a un plan de desarrollo normal establecido en los genes, es decir, el envejecimiento resulta de una programación en donde genes de cierta especificidad se desconectan ante ciertas pérdidas relacionadas a la edad como la vista, el oído y el control de la motricidad. También pueden estar sumergidos los cambios epigenéticos que no están codificados en el ADN que dependen del factor hereditario, influencias de tipo ambiental y un cierto grado de cambios aleatorios. Cabe resaltar que estos cambios son dinámicos y reversibles, es decir, se puede llevar a cabo una intervención positiva que combata las consecuencias del envejecimiento como tal. La teoría endocrina, por su parte, sostiene que el reloj biológico trabaja

mediante genes que controlan cambios hormonales relacionados con la disminución de la fuerza muscular, la acumulación de grasa y la atrofia de órganos. Por otro lado, la teoría inmunológica, postula que ciertos genes pueden causar dificultades en el sistema inmunológico los cuales propician las enfermedades, infecciones y cáncer. Asimismo, la teoría evolutiva del envejecimiento indica que la capacidad de reproducción es el fin de una selección natural, y a su vez, actúa con mayor fuerza en los jóvenes que tienen frente a sí muchos años de reproducción potencial y cualquier rasgo que favorezca o proteja la juventud será mantenido y propagado a la población, incluso si los efectos resultan más tarde perjudiciales para el individuo. En ese sentido, el daño se acumula a lo largo del ciclo de vida para beneficio de la reproducción, pero a costa de la salud y longevidad posteriores.

b) Teorías de tasa variable. Este tipo de teorías señalan que, el envejecimiento es el resultado de procesos al azar que varían de persona a persona en donde, por lo general, implica un deterioro debido a fallas aleatorias o ataques ambientales hacia los sistemas biológicos. Así, la Teoría del Desgaste indica que el envejecimiento del cuerpo ocurre debido al daño acumulado del sistema a nivel atómico, debido a que cuando los seres humanos envejecen disminuye la capacidad para reparar o reemplazar partes afectadas ya que los estresores externos e internos agravan el proceso de desgaste. Otra teoría habla de los efectos dañinos de los radicales libres en donde las moléculas de oxígeno inestables que se forman durante la asimilación de proteínas y reaccionan con el ADN, proteínas, grasas, carbohidratos y las membranas, les pueden provocar daños y ello se acumula con la edad propiciando la aparición de enfermedades como distrofia muscular, artritis, cataratas, diabetes de inicio tardío, cáncer y

trastornos neurológicos. Del mismo modo, la teoría de la tasa de vida sostiene que el organismo solo puede realizar un límite determinado de trabajo y que el desgaste de energía dependerá de cuán rápido se realice el mismo. En ese sentido, la velocidad de la asimilación de proteínas y el uso de energía determinan cuanto se prolonga la vida. La teoría autoinmune postula que un sistema inmunológico envejecido puede “confundirse” y “liberar” anticuerpos que ataquen a las propias células del cuerpo, mejor conocida como inmunidad.

Fernández-Ballesteros (2016), postula que, de acuerdo a Bandura (1989) y Staats (1990), cada adulto mayor es consecuencia de su propia historia, de la interrelación entre sentido biológico, sus repertorios básicos de conducta aprendidos a través de su vida, los ambientes y contextos en donde se han desenvuelto a lo largo de su vida. Así es como describe el modelo biomédico de envejecimiento, el cual explica que los organismos biológicos crecen y se desarrollan de manera exponencial en la infancia y la adolescencia, se afianzan durante la edad adulta y sufren un deterioro en la vejez, sin embargo, éste no se encuentra completamente relacionado con el funcionamiento psicosocial. El ser humano es un ser biopsicosocial que cuenta con pautas de crecimiento, afianzamiento y deterioro a lo largo de su vida. Es en la vejez en donde existe un declive acorde a las condiciones socioculturales y personales del individuo.

Wechsler (1958), denominó deterioro patológico a la disminución de rendimiento de tareas cognitivas propiciadas por la presencia de una enfermedad demencial y deterioro fisiológico a la disminución que ocurre con frecuencia a lo largo de la vida. Es importante rescatar que, respecto a la capacidad cognitiva a través del proceso de envejecimiento, ésta presenta una asombrosa flexibilidad y

plasticidad, es decir, es optimizable y que cuando hay un declive, se puede compensar.

Fernández-Ballesteros (2016), refiere que hay cuatro conocimientos esenciales al momento de evaluar a una persona adulta mayor: En primer lugar, no parece existir una correspondencia causal entre edad cronológica y enfermedad ya que, si bien la edad es una variable trascendental, en realidad no está relacionado directamente con la salud o el funcionamiento psicológico. En ese sentido, esta variable es descriptiva y correlacional pero no estrictamente causal ya que el modelo del que se debe partir es que el individuo debe mantenerse activo y con control de su vida en la medida posible dentro de un ambiente activo e interventivo. En segundo lugar, el análisis y explicación del comportamiento debe ser principalmente funcional, los eventos ambientales y especificaciones personales solo explican una parte de la varianza del problema a examinar, ya que el hecho de que una persona sea mayor o frágil no está relacionado directamente con la pasividad o que se encuentre a merced del ambiente. Es por ello que en una evaluación de la personalidad debe inspeccionarse la motivación, actitudes y el organismo. En tercer lugar, la evaluación a una persona mayor no se reduce únicamente al individuo sino también a su entorno y ambiente a nivel familiar, el hogar, los servicios y los programas comunitarios que rodean a la persona adulta mayor. Finalmente, como cuarto lugar, se debe evaluar la plasticidad del funcionamiento a nivel psicológico, comportamental y evaluar qué tan modificable es este. Es por ello que como personal de salud debemos orientarnos a la intervención que va desde la promoción del envejecimiento activo y de salud hasta el tratamiento en escenarios clínicos.

2.3.2. La Capacidad Funcional.

Según la OMS (2019), la capacidad funcional integra la suficiencia que le permite a un individuo ser y ejecutar lo que define significativo para sí mismo. Existen cinco aspectos clave de la capacidad funcional los cuales los pueden incrementarse o disminuir por factores ambientales:

- Satisfacer las necesidades básicas.
- Aprender, crecer y tomar decisiones.
- Tener movilidad.
- Esclarecer y mantener relaciones.
- Contribuir a la sociedad.

La capacidad funcional se compone de la suficiencia propia de la persona, la cual se encuadra como la composición de las aptitudes físicas y mentales como el caminar, pensar oír, recordar, así como los malestares, los cambios vinculados a la edad y los traumatismos

Agüera et al. (2021) indican que la incapacidad funcional se manifiesta frecuentemente, sin embargo, es inconstante de alguna enfermedad que presente el adulto mayor y suele aparecer debido a alguna enfermedad o a la propia disminución de la reserva fisiológica que produce el envejecimiento. La valoración de la capacidad funcional en personas adultas mayores que evalúan las destrezas en el autocuidado y su vínculo con el entorno, permite recabar información sobre componentes modulares de la enfermedad y su bienestar. La evaluación de la capacidad funcional se divide en dos:

a) Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Las ABVD implica el conjunto de actividades primarias que lleva a cabo un individuo orientadas al autocuidado y movilidad las cuales la catalogan como persona autónoma e independiente de manera elemental y que le permiten vivir sin depender de algún tipo de ayuda externa. Las escalas de las ABVD incluyen: vestirse, bañarse, asearse, andar y alimentarse. Con frecuencia se incluye la movilidad (traslado a la cama, subir escaleras, etc). Se incluye también la continencia. La evaluación de este tipo de actividades se realiza con el Índice de Barthel, desarrollado por Mahoney y Barthel en el año 1965 a partir diversos estudios realizado a un grupo de pacientes crónicos con patologías neuromusculares y/o musculoesqueléticas en hospitales de Maryland.

b) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las AIVD facultan a que el individuo pueda adecuarse al medio y conservar su autonomía en la sociedad. Las escalas de las AIVD incluyen: cuidado de hogar, preparación de comidas, capacidad para usar medicación y dinero de manera responsable, uso de transportes o teléfono, entre otros. Las AIVD son más difíciles de categorizar que las ABVD debido al impacto de la influencia cultural. Sin embargo, se han desarrollado varios instrumentos de medición para lograr medirlos como el Índice de Lawton diseñado por Lawton y Brody en el año 1969 en su intento de jerarquizar la conducta humana.

De acuerdo a Papalia et al. (2012), la cantidad de adultos que presentan problemas al realizar actividades funcionales (andar, subir escaleras y levantar objetos) aumenta significativamente con los años y podrían girar en torno, en su mayoría, a la presencia de una enfermedad.

Es importante señalar que los cambios en la capacidad funcional de las personas adultas mayores se encuentran ligados a los cambios físicos en la vejez ya que guardan relación del funcionamiento del adulto mayor con su vida cotidiana. Asimismo, Triadó y Villar (2014) refieren que cuando el adulto mayor necesita ayuda al punto de caer en la dependencia, no solamente se abre el abanico de posibles problemas físicos sino también psicológicos. A continuación, se detallan los cambios más relevantes, citados por los mencionados autores:

a) **Cambios en la apariencia.** Son una de las señales más evidentes debido a la aparición de canas y los cambios en la rugosidad de la piel. Respecto a los cambios en el cabello y vello corporal son producidos por la disminución de la pigmentación, provocada por la muerte celular en la base del folículo capilar que produce dicho pigmento tornándose primero color gris hasta terminar en el color blanco característico. Asimismo, con el paso del tiempo el cabello se hace más delgado y se reduce su densidad, esta característica aparece en mayor proporción en el hombre que en la mujer. Con respecto a los cambios en la piel, éstos son inconstantes ya que la rugosidad no sólo está relacionada con el paso de los años sino también la agresividad del medio ambiente, principalmente por la sobreexponerse a los rayos del sol. Las arrugas están relacionadas con una sucesión de permutaciones, por ejemplo, en la dermis las células nuevas se trasladan de forma permanente hacia el área de la epidermis (capa exterior), donde mueren para que la piel cambie. El proceso de envejecimiento disminuye la creación de células nuevas, haciendo que la piel se torne surcada y áspera propiciando la pérdida de elasticidad del colágeno y la elastina.

La aparición de estos signos del envejecimiento puede ser percibidos de forma reacia por los adultos mayores, debido a que hoy en día el marketing del consumo potencia la juventud como un ideal físico propiciando en los adultos mayores una negativa al no aceptar dichos cambios lo cual les conlleva a realizar acciones para retrasar la aparición recurriendo a tratamientos de belleza o cirugías que, en muchos casos, conllevan a tratamientos extremos.

b) Cambios sensoriales. Pueden afectar la forma como procesan la información debido a la implicancia en las capacidades para percibir su aspecto básico a través de los sentidos. A continuación, se detallan aquellos cambios relacionados directamente con el envejecimiento:

- **Visión:** La mayoría de los adultos cuyas edades son superan los 50 años tienen la necesidad de usar lentes para corregir el deterioro visual que se presenta en dicha edad, esto debido a los cambios que ocurren en la estructura externa del ojo como el cristalino, la córnea, los músculos, entre otros, las cuáles influyen en la transmisión de ondas visuales y a la capacidad visual. Los cambios mencionados se presentan con impacto considerable entre los 35 y 45 años de edad. Asimismo, los cambios en el sistema nervioso y la retina se empiezan a hacer evidentes entre el rango de los 55 y 65 años de edad. Estas dificultades visuales pueden tener consecuencias emocionales a nivel psicológico lo que podría conllevar a una reducción del ambiente espacial de las personas que lo padecen.

- **Audición:** La presbiacusia es la pérdida paulatina de la capacidad auditiva que se produce con los años, frecuentemente en los adultos mayores y podría propiciarse por distintos motivos. Se estima que un 90% de los adultos mayores que la padecen esta se origina debido a cambios sensorio-neural debido

a componentes vinculados a problemas de salud, lesiones en el oído y al tiempo. Después de los 75 años la pérdida de la capacidad auditiva se da en la mayoría de las personas adultas mayores y se presenta en gran número en varones en comparación con las mujeres. Tanto el exceso de cerumen en el oído u oídos como la artritis en el oído medio podrían ocasionar problemas auditivos que encuentran solución con una intervención médica, aunque, la mayor parte de este déficit auditivo se debe al deterioro o degeneración de la cóclea, receptor neurológico principal en el proceso auditivo, ya que implica la pérdida de células ciliadas o alteraciones en la biotransformación que se produce en el oído interno. Cuando las personas padecen problemas a nivel de la audición se sienten fastidiadas, lo que facilita que se aíslen socialmente, pudiendo alterar así su bienestar psicológico. A pesar de haber dispositivos para corregir el problema de audición, es cierto que muchas personas no quieren llevar consigo este equipo.

- Otros cambios sensoriales: El sentido del tacto y del gusto son los menos investigados en la senectud. Algunas investigaciones indican que el sentido del olfato y el sentido del gusto disminuyen en sensibilidad en las personas ancianas y que los sabores amargos están más preservados que los dulces o salados.

c) **Sistema músculo-esquelético.** Está compuesto por las articulaciones, los músculos y los huesos que permiten el movimiento. En los adultos mayores se presentan dificultades para el desplazamiento, sostenimiento de objetos o al levantarse de la cama.

Los músculos son los motores que impulsan las acciones. La potencia de éstos se va reduciendo poco a poco desde de los 40 años en adelante y se hace más evidente a los 70 años aproximadamente. El deterioro de este sistema es

más notorio principalmente en las piernas debido a la pérdida de masa muscular o que no se regenera.

Por otro lado, a los 40 años aproximadamente en adelante los huesos se hacen más porosos, perdiendo densidad, volviéndose más quebradizos y más vulnerables a las fracturas, lo que podría convertirse en osteoporosis. La osteoporosis no es propiciada por patologías y puede deberse a circunstancias que afectan la biotransformación ósea. Ésta presenta dos orígenes:

- **Primario:** Aparece entre los 15 y 20 años después del climaterio en las mujeres debido a la pérdida de estrógenos.
- **Secundario:** Se manifiesta en mujeres y varones de 70 años o más cuya implicancia tiene múltiples factores, incluyendo el propio del envejecimiento.

Un caso común en las personas adultas mayores es el de fractura de cadera la cual requiere un proceso de convalecencia posoperatoria extenso y acarrea secuelas en la vida cotidiana debido a la reducción en la movilidad y factores psicológicos.

Finalmente, en lo relacionado con las articulaciones, la dificultad primaria que aparece es la osteoartritis, producida por la degeneración de la almohadilla que preserva las articulaciones ya que ante alguna actividad el deterioro de esta almohadilla provoca la erosión del revestimiento protector de los bordes de los huesos. Al destruirse dicho recubrimiento empiezan a aparecer bultos óseos que desemboca en una hinchazón perturba la movilidad. Es importante destacar que la fricción ósea provoca malestar intenso,

produciéndose así algún tipo de discapacidad que afecta a la ejecución de actividades complejas de la vida cotidiana.

d) Sistema cardiovascular. Los cambios que ocurren en el corazón con el envejecimiento se dan debido a que el colágeno que recubre las fibras de sus músculos se solidifica y pierde capacidad para disolverse; el corazón se hace más grande a consecuencia de la grasa que se asienta progresivamente en su superficie y como consecuencia el ritmo cardiaco disminuye con los años. Los cambios arteriales involucran una mayor rigidez en las arterias, un aumento de la relación entre el colágeno y la elastina de la arteria aorta y otros vasos sanguíneos, y la membrana basal endotelial engrosada. Asimismo, es difícil diagnosticar si la enfermedad arterial se produce por envejecimiento normal o por deterioro producido por enfermedades, sin embargo, todos terminan en un mismo resultado: en tanto que las arterias pierden volumen, la presión arterial aumenta y la probabilidad de obstrucción, es decir, de sufrir un ataque cardíaco, aparece.

e) Sistema respiratorio. Los problemas para respirar son las dificultades más prominentes en el envejecimiento debido a que el movimiento de las costillas y el encogimiento de los músculos implicados en la respiración disminuyen como consecuencia de la encorvadura gradual, los cambios en la densidad ósea mencionados anteriormente. La calcificación de los bronquios y del cartílago de la tráquea provoca su inflexibilidad. Por otro lado, la capacidad pulmonar se reduce entre 20 y 30% entre la edad adulta joven hasta la vejez. El flujo respiratorio completo comienza a disminuir a los 20 años y se intensifica a los 40. Los trastornos pulmonares se consideran una consecuencia del

envejecimiento secundario como la bronquitis o neumonía debido al debilitamiento de la respuesta inmune.

f) Otros sistemas corporales. Los problemas en el sistema digestivo en los adultos mayores podrían estar relacionados con la poca o nula ingesta de líquidos, una alimentación desbalanceada y poco tiempo dedicado para ejercitarse, así como por tomar medicamentos con la finalidad de atenuar el dolor corporal u otros malestares, por esa razón, no sería parte normal del envejecimiento primario. Respecto al sistema excretor, se produce un cambio importante en los riñones y la vejiga relacionados a los años de vida. A partir de la novena década, los riñones pierden la tercera parte de su consistencia.

El informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) en sus recomendaciones para la adopción de medidas, Literal B. Orientación prioritaria II: El fomento de la salud y el bienestar en la vejez, Cuestión 6: Las personas con discapacidad, menciona que: “La incidencia de la disminución de la capacidad y la discapacidad aumenta con la edad. Las mujeres de edad son particularmente vulnerables a la discapacidad en la vejez debido, entre otras cosas, a las diferencias entre los géneros por lo que respecta a la esperanza de vida y la propensión de las enfermedades, así como a las desigualdades por razón de sexo que han sufrido durante su vida.”

Asimismo, señala que: “Los efectos de la disminución de la capacidad y la discapacidad se ven agravados con frecuencia por los estereotipos negativos acerca de las personas con discapacidad, que pueden causar que se minusvalore su capacidad y que las políticas sociales no les permitan hacer efectivas sus posibilidades”.

Fernández-Ballesteros et al. (2003) indican que “las habilidades funcionales se definen como aquel conjunto de destrezas que se requieren para llevar una vida independiente y que poseen las personas para desenvolverse por sí mismas en su entorno próximo. Las habilidades funcionales son también denominadas actividades de la vida diaria y son un factor determinante a la hora de valorar la calidad de vida de las personas mayores”.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (OMS, 2015) señala: “la enorme diversidad de los estados de salud y estados funcionales que presentan las personas mayores. Esta diversidad refleja los cambios fisiológicos sutiles que se producen con el tiempo, pero que solo se asocia vagamente con la edad cronológica”. Esto es, en otras palabras, un llamado a no tomar en cuenta únicamente los extremos de un espectro que es ampliamente diverso, pero que en la práctica considera bien al modelo centrado en las carencias en el que la vejez es vista como “un período de vulnerabilidad y desconexión donde los responsables de tomar decisiones se centran en el ‘cuidado de las personas mayores’ y se preocupan más de lo que se representa como dependencia y mayores demandas”; o bien a “modelos que hacen hincapié en la importancia de la participación social en la edad avanzada, la contribución que las personas mayores pueden hacer en todos los niveles de la sociedad y el potencial para que esto sea lo normal y no una excepción”, pero que finalmente terminan homogeneizando incluso a adultos mayores que no tienen la capacidad física para para tal fin.

2.3.3. La depresión.

Gúrpide y Madoz (2006), definen a la depresión como una enfermedad caracterizada por una profunda tristeza la cual es ilógica y que puede conllevar a un alto grado de inhibición de las funciones psíquicas y fisiológicas del organismo si es que ésta no se diagnostica ni trata a tiempo. Asimismo, la depresión no es la usual tristeza que aparece ante situaciones complejas de sobrellevar, sino es mucho más intensa, distinta y perdura durante periodos prolongados de tiempo el cual afecta de manera notable el funcionamiento habitual y rendimiento del que la padece. La depresión no forma parte del envejecimiento, por ende, no se encuentra en todos los adultos mayores y sus síntomas no deben ser interpretados como normales para la edad. La OMS (2017) indica que las personas adultas mayores que presentan depresión manifiestan un ejercicio más pobre a si se les compara con aquellos que presentan padecimientos pulmonares, hipertensión arterial o diabetes sacarina.

Agüera, et al. (2021), indican que los mecanismos fisiopatológicos de la depresión en la adultez mayor ocurren debido a variables relacionadas a los vasos sanguíneos, edad de inicio y la degradación neuronal. Asimismo, refieren que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos presentes con mayor frecuencia en esta etapa, pero eso no significa que forme parte del proceso de envejecimiento normal, del mismo modo que la existencia de señales depresivas tampoco es normal en el proceso de envejecimiento a pesar de que la gran cantidad de situaciones vitales de pérdida en esta etapa podría suponer un factor desencadenante importante de tristeza o melancolía. La depresión es básicamente un estado que se asemeja a la falta de capacidad para disfrutar, la tristeza, la falta de energía que sufre un individuo con una frecuencia e

intensidad determinada y un bajo estado de ánimo que se prolonga hasta interferir en su vida ordinaria. A continuación, se detalla el siguiente cuadro:

Tabla 1

Sustancias, medicamentos y enfermedades que pueden cursar con Depresión

SUSTANCIAS / MEDICAMENTOS	ENFERMEDADES
Estimulantes	Infarto cerebral, demencia vascular
Esteroides, tamoxifeno, anticonceptivos orales, agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas	Enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico
L-dopa, amantadina	Fractura de cadera
Antibióticos y antivirales (efavirenz)	Traumatismo craneoencefálico
Antipsicóticos, anticonvulsivos, antimigrañosos	Enfermedad de Cushing, hipotiroidismo, hipercalcemia, anemia perniciosa
Derivados del ácido retinoico	Enfermedad cardiovascular isquémica
Fármacos quimioterápicos	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Interferón	Degeneración macular
Clonidina, metildopa, guanetidina, reserpina, digoxina, β -bloqueantes	Enfermedad oncológica: páncreas, pulmón, cerebral
Vareniclina	Neurosífilis, brucelosis, neurocisticercosis, sida, encefalomiелitis

Asimismo, se detalla:

Tabla 2*Factores de riesgo de Depresión en personas adultas mayores*

FACTORES BIOLÓGICOS	FACTORES PSICOLÓGICOS	FACTORES SOCIALES
Vascular cerebral	Neuroticismo	Soledad
Sexo femenino	Alteración cognitiva	Falta de apoyo
Hipoacusia, reducción de la agudeza visual	Personalidad evitativa y dependiente	Acontecimientos vitales: pérdidas, criminalidad
Dolor	Inseguridad	Bajo nivel educativo
Enfermedad médica crónica, estados de fragilidad	Antecedentes de enfermedad psiquiátrica, sobre todo depresión	Viudedad, divorcio, soltería
Mala salud	Trastornos del sueño	Pobreza
Discapacidad	Revelación del diagnóstico de demencia	

Yesavage et al. (1983), al elaborar su Escala de Depresión, refirió que es importante diferenciar la demencia con la depresión en los adultos mayores. Asimismo, indica que la depresión en el adulto mayor a menudo presenta subjetivas experiencias de pérdida de memoria y deterioro cognitivo, sin embargo, los síntomas somáticos que suelen ser la clave para el diagnóstico en depresión de jóvenes son menos útiles en los adultos mayores.

Sin embargo, Triadó y Villar (2014) mencionan que hablar de depresión es hacer referencia a una etapa en la que el individuo padece de un pesimismo persistente y un ánimo triste, así como también una falta de interés por cualquier tipo de actividad, baja energía, etc. síntomas que suelen ir acompañados de otros como inapetencia, insomnio y fatiga; así como sintomatologías cognitivas (disminución de la autoestima, problemas de memoria, de concentración,

pobreza y lentitud en el lenguaje y pensamiento). En el caso de las personas adultas mayores, se ha encontrado una mayor predominancia de síntomas de apatía en comparación con síntomas emocionales y también hay una mayor prevalencia de síntomas somáticos. En cuanto a los episodios depresivos leves, estos son más frecuentes en los adultos mayores que los graves. A continuación, se describen algunos rasgos diferenciales en la depresión de las personas adultas mayores, mencionados por los autores precedentes:

- Episodios más largos y prolongados.
- Mayor frecuencia de agitación y ansiedad que inhibición.
- Mayor pérdida de apetito.
- Insomnio más intenso.
- Menor tristeza, más irritabilidad.
- Mayor presencia de somatizaciones e hipocondría.
- Mayor riesgo de suicidio.
- Trastornos cognitivos y mayor presencia de elementos

paranoides.

Formas clínicas de los trastornos depresivos:

a) Depresión mayor. Su sintomatología tiene una duración superior a las dos semanas, donde se presenta un predominante estado de molestia que puede ir acompañado de melancolía, además de síntomas psicóticos en un episodio único o también repetido, además de presentar frecuentes problemas para recordar que podrían evolucionar en demencia. En los adultos mayores son característicos los síntomas orgánicos como la baja de energía, trastornos de

sueño, disminución del apetito, así como también alucinaciones y presencia de ideación suicida.

b) Distimia. En relación a la intensidad de la sintomatología, es menor que en la depresión mayor, sin embargo, es más habitual con una duración es mínima de dos años aproximadamente. Suelen presentarse antecedentes en la edad adulta y podría propiciarse a raíz de sucesos trascendentales.

c) Depresión menor. Caracterizada por una menor magnitud en síntomas, sin embargo, es más periódica y presenta una duración de alrededor de dos semanas. En estos casos, el estrés no está considerado como una fuente desencadenante.

d) Trastorno adaptativo depresivo. Se encuentra relacionado a algún tipo de estresor psicosocial como la jubilación, cambio de entorno o duelo.

e) Depresión endógena, reactiva y orgánica. Si bien no aparece en el manual DSM-V ni en el CIE-10 de la OMS, sí son definiciones manejadas en el ámbito clínico:

- Depresión Endógena: el factor principal serían los de personalidad.
- Depresión Reactiva: los sucesos trascendentes estresantes.
- Depresión Orgánica: las patologías somáticas.

2.4. Definición de términos básicos.

2.4.1. Adulto Mayor

El Peruano (2016), publicó la Ley de la Persona Adulta Mayor, en donde delimita a la misma como aquella persona que tiene de 60 a más años de edad.

De acuerdo a Papalia et al. (2012), la ciencia especializada en el análisis del envejecimiento refiere tres grupos de adultos mayores: el “viejo joven” cuyas edades oscilan entre los 65 y 74 años, el “viejo viejo” cuyas edades oscilan entre los 75 y 84 años y el “viejo de edad avanzada” de 85 años hacia adelante.

2.4.2. Depresión

Gúrpide y Madoz (2006), definen a la depresión como una enfermedad caracterizada por una profunda tristeza la cual es ilógica y que puede conllevar a un alto grado de inhibición de las funciones psíquicas y fisiológicas del organismo si es que ésta no se diagnostica ni trata a tiempo. La depresión no es la acostumbrada tristeza presente en situaciones de alto impacto en la vida ya que es mucho más intensa, distinta y perdura durante periodos prolongados de tiempo afectando de manera notable el funcionamiento habitual y rendimiento del que la padece.

2.4.3. Capacidad Funcional

La OMS (2019), refiere que “la capacidad funcional integra las capacidades que le permiten a un individuo ser y hacer lo que define importante para sí mismo”. Al respecto existen cinco factores básicos de la capacidad funcional los cuales pueden incrementar o disminuir las variables circunstanciales.

CAPÍTULO III

Hipótesis y variables.

3.1. Supuestos científicos.

De acuerdo a la acrecentada esperanza de vida en el grupo etario adulto mayor a nivel mundial mencionada anteriormente, se crea la necesidad desarrollar investigaciones que nos permitan abrir un abanico de alternativas para abordar con mayor eficacia los problemas de salud del adulto mayor en todas sus áreas a fin de brindarle la más óptima condición de vida posible.

Teniendo en cuenta que el envejecimiento está acompañado, de manera irreversible, por el desgaste a nivel fisiológico y debido a que la depresión afecta al ser humano en gran medida ya que hoy en día está catalogado como un problema de importante envergadura que se debe afrontar a nivel mundial, consideramos que tratar la depresión y capacidad funcional en esta investigación será relevante debido a que, de éstos, se desprende una cadena de posibles enfermedades que pueden tratarse de manera efectiva luego de un correcto diagnóstico.

Runzer-Colmenares, et al. (2017) postulan, en base a investigaciones realizadas, que hay evidencias sobre el vínculo entre depresión y capacidad funcional en relación a las actividades denominadas básicas e instrumentales diarias. Junto a ello, se indica que junto al riesgo de presentar depresión implica también alguna probabilidad de presentar dependencia funcional. Por otro lado, Aravena (2017) considera que el impacto clínico y psicosocial que tiene actualmente la depresión en la funcionalidad del adulto mayor puede coadyuvar

a un mejor entendimiento y diagnóstico de los síntomas depresivos para abordarlos de manera integral ya que la depresión es problema de impacto global.

Por todo ello, la depresión y la capacidad funcional son temas de suma importancia ya que una persona adulta mayor podría presentar un mayor o menor índice de depresión de acuerdo a su capacidad funcional.

3.2. Hipótesis

3.2.1. General.

H₁: Existe relación significativa entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca.

3.2.2. Específicas.

H_{1.1}: Existe relación significativa entre la depresión y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y el estado de salud de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca.

H_{1.2}: Existe relación significativa entre la capacidad funcional y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y el estado de salud de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca.

3.3. Variables de estudio o áreas de análisis.

1° Variable: Depresión

2° Variable: Capacidad Funcional

Criterios de análisis:

Datos sociodemográficos: fecha y lugar de nacimiento, sexo, estado civil, grado académico, ocupación, rango de ingresos socioeconómicos, número de integrantes en el hogar, enfermedades actuales.

CAPÍTULO IV

Método.

4.1. Población, muestra o participantes.

En conformidad con el INEI (2017), el distrito de Chilca cuenta con 1941 adultos mayores de los cuales el 51,7% están registrados o pertenecen a un centro de atención al adulto mayor del mismo distrito, es decir, 930 adultos mayores, los cuales fueron contemplados como población y la muestra estuvo compuesta por 185 participantes, número obtenido gracias a la presente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p.q.N}{(N-1) E^2 + Z^2 p.q}$$

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (931)}{(930) (0.065)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.5) (0.5) (931)}{(930) (0.004) + (3.84) (0.5) (0.5)} = \underline{893.76}$$

$$3.72 + 0.96$$

$$n = \underline{893.76} = 184.564$$

$$4.68$$

$$n = 185$$

En donde:

Z = Nivel de Confianza (1.96)

p = Variabilidad positiva (0.5)

q = Variabilidad negativa (0.5)

N = Tamaño de la población (930)

E = Dimensión de error (0.05)

El número mínimo de adultos mayores o tamaño final de la muestra para realizar el estudio es de 185, con un nivel de confianza de 95%. En paralelo, la muestra se integró por aquellos participantes que hayan cumplido con los siguientes criterios de inclusión:

- Pertenecer al centro de atención del adulto mayor seleccionado de Chilca.
- Adultos mayores de 60 años a más.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que hayan aceptado y rubricado el consentimiento de información.
- Adultos mayores que hayan aprobado el Test de Pfeiffer para asegurar la lucidez, orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que no presenten comorbilidades que afecte su capacidad física.
- Adultos mayores que no tengan problemas de comunicación y audición.
- Adultos mayores que no registren tengan enfermedades psiquiátricas.

4.2. Tipo y diseño de investigación.

El presente estudio se desarrolló bajo un muestreo no aleatorio y de tipo intencional pues se buscó una muestra representativa (Sánchez y Reyes, 2015). Mención relevante que, para este tipo de muestreo, fue importante la consideración de ciertas características por parte de quien selecciona la muestra, en este caso se tomó en cuenta a los adultos mayores del distrito de Chilca - Cañete.

El diseño de investigación es descriptivo comparativo y relacional. Descriptivo comparativo por el uso dos instrumentos de medición y debido a que se desea conocer, detallar y comparar las variables depresión y capacidad funcional. De acuerdo a ello, Sánchez y Reyes (2015) plantean que en este diseño se pueden recolectar dos o más investigaciones descriptivas simples y hacer una comparación, ya sea datos generales o en alguna categoría de ellos.

Es correlacional, ya que Hernández et al. (2014) sacan a relucir que este tipo de diseño detalla las relaciones entre dos o más categorías, variables o conceptos en un momento determinado y que éstas, en algunas ocasiones, se refieren a sólo términos correlacionales y otras, relacionadas a la función causa-efecto. Asimismo, Tuckman (como se citó en Sánchez y Reyes, 2015), señala que el tipo de estudio correlacional "implica la recolección de dos o más conjuntos de datos de un grupo de sujetos con la intención de determinar la subsecuente relación entre estos conjuntos de datos".

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la presente investigación se hizo uso de la técnica del papel y lápiz, la aplicación de la encuesta y el uso de base de datos. Se utilizaron 03 instrumentos los cuales se detallan a continuación:

a) **Ficha sociodemográfica.**

Está compuesta por 08 ítems que permitió brindar información general y específica del participante como fecha y lugar de nacimiento, sexo, estado civil, grado académico, ocupación, rango de ingresos socioeconómicos, con quiénes reside, enfermedades actuales.

b) **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.**

Según Caldas y Correa (2019), se detalla la descripción de la prueba, validez y confiabilidad a continuación:

Tabla 3

Ficha Técnica de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

FICHA TÉCNICA	
Nombre original	Geriatric Depression Scale (GDS)
Traducción	Escala de Depresión Geriátrica (GDA)
Autor	Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose
Adaptación	Delgado Delaunde, Aida J.
Procedencia	Universidad Ricardo Palma - Facultad de Psicología
Administración	Individual
Duración	15 a 20 minutos aproximadamente

Significación	Mide el nivel de depresión presente en el adulto mayor
Validez	Spearman-Brown 0.86
Confiabilidad	Alfa de Cronbach 0,71
Tipificación	Baremos para Adultos Mayores
Año	1993

Descripción de la prueba

Con el objetivo de construir la presente escala, el autor produjo 100 ítems que detallan siete expresiones comunes de la depresión de la etapa de la vejez:

- Expresiones somáticas.
- Pérdida de autoestima.
- Decrecimiento afectivo.
- Alteraciones de la motivación.
- Alteraciones cognitivas.
- Sensación de discriminación.
- Ausencia de orientación al futuro.

Los 100 ítems fueron mostrados en forma dicotómica (SI / NO) a 46 adultos mayores los cuales obtuvieron puntuaciones de 0 (ausencia de depresión) y 1 (presencia de depresión).

La puntuación total es de 100. Luego de la aplicación, se realizó el análisis del ítem-total para seleccionarlos. Finalmente, la Escala de Depresión Geriátrica fue integrada con 30 preguntas, en ese sentido, con una puntuación de de va desde el 0 hasta el 30.

Los niveles de depresión que arroja la prueba Yesavage son:

- Normal.
- Leve.
- Moderado.
- Severo.

Validez y Confiabilidad

Validez

En cuanto al análisis de validez en la prueba de Spearman-Brown, en correlación, se obtuvo 0.81 y una consistencia interna de 0.86 gracias a la prueba Kuder Richardson. Se halló también una correlación entre la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Depresión de Beck de 0.67. Acto seguido, se ordenaron las escalas iniciando con los puntajes más altos y finalizando con los puntajes más bajos para seleccionar el 25% de las pruebas que registraron las calificaciones altas y el 25% de las pruebas que registraron las puntuaciones más bajas. Los ítems fueron analizados bajo el método de discriminación de escalas de Edwards y Kilpatrick, lo que conllevó a utilizar la t de Student, en donde se pudo hallar que los ítems son válidos. El método split-half reliability arrojó un resultado del 0.68. El coeficiente de Spearman-Brown arrojó un resultado de 0.81 y también se calculó el índice Kuder Richardson el cual fue de 0.86. Finalmente, se obtuvo el puntaje 0.67 en la correlación de Pearson, concluyendo que la correlación fue positiva, alta e indicó también, la validez de la prueba.

Confiabilidad

Para obtener la confiabilidad de la prueba se utilizó el Alfa de Cronbach, obteniendo así un índice de 0.71.

c) Escala de Barthel de actividades básicas de la vida diaria o también llamada Escala de Discapacidad de Maryland.

En la Resolución Directoral del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (2021), indica que la Resolución Ministerial N° 826-2021 / MINSa aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, con el fin de brindar una Guía Técnica general con metodologías, instrucciones e indicaciones para así darle uniformidad al desarrollo de procesos, procedimientos, actividades administrativas, asistenciales y sanitarias a todos los establecimientos de salud del país. En relación a ello, el Servicio de Geriátrica cuenta con la Guía de Procedimiento Asistencial de Valoración Geriátrica Integral la cual, dentro de sus acápites de evaluación en diversas áreas, contempla Evaluación Funcional que en primera instancia la define como “la capacidad de un individuo para ejecutar autónomamente las actividades de autocuidado que propicie bienestar en su hogar”. Éste indica también que el deterioro en la capacidad funcional puede ser un indicador para identificar una nueva enfermedad, el mismo que puede ser predictor de una mayor estancia hospitalaria, la necesidad de una nueva institucionalización y hasta la mortalidad. Dentro de las evaluaciones a administrar para medir el constructo mencionado, encontramos al mismo Índice de Barthel que mide las Actividades Básicas en la Vida Diaria.

En suma a lo mencionado anteriormente, de acuerdo a Correa y Gala (2019), se detalla la descripción de la prueba, validez y confiabilidad a continuación:

Tabla 4

Ficha Técnica Índice de Barthel

FICHA TÉCNICA	
Nombre	Índice de Barthel
Dimensiones	Autocuidado y Movilidad
Nro ítems	10
Tipo de puntuación	Numérica: 0, 5, 10, 15 puntos
Valor total del cuestionario	Máximo: 100 puntos / Mínimo: 0 puntos
Tipo de administración	Directa individual / Sin apoyo
Tiempo de administración	5 - 10 minutos
Autor	Florence I. Mahoney y Dorothea W. Barthel
Publicación	J. Psychiat. Res., Vol 17 N 1 pp 37-39, 1983. Printed Great Britain
Fecha última de revisión y elaboración	México, 2008
Constructo evaluado	Funcionalidad
Área de aplicación	Salud

Descripción de la prueba

El instrumento valora la funcionalidad del paciente, está compuesto por 10 preguntas las cuales pertenecen a 2 dimensiones. En primer lugar, presenta la

dimensión de autocuidado integrada por 6 ítems que intentan valorar la capacidad para la realización de las actividades que tengan como objetivo el cuidado de la persona. En segundo lugar, presenta la dimensión de movilidad integrada por 4 preguntas que intentan dar valor a la capacidad física para la realización de actividades que comprometan el desplazamiento autónomo de la persona. La administración del Índice de Barthel es amigable y sus resultados permiten clasificar a las personas en los cinco escenarios posibles que van desde la total independencia hasta la dependencia total, con niveles como la dependencia, la dependencia moderada y la dependencia severa.

Validez y confiabilidad

Validez

La validez de contenido se determinó a través del “Juicio de expertos”. Para ello se presentaron documentos con data relacionada a las variables del estudio en cuestión, la operacionalización e información sobre los fines del estudio y así los expertos juzgaran cada ítem en base a los criterios de pertinencia y relevancia. La pertinencia es la conclusión de que el ítem evalúe lo que pretende evaluar y la relevancia es la importancia del ítem para la evaluación de lo que se pretenda evaluar.

Tabla 5

Resultados Juicio de Expertos – Índice de Barthel

VALORES POR PUNTAJE	PERTINENCIA	RELEVANCIA
1 = 0.25	5 = No pertinente	5 = No relevante
2 = 0.50	6 = Poco pertinente	6 = Poco relevante

3 = 0.75

7 = Pertinente

7 = Relevante

4 = 1

8 = Muy pertinente

8 = Muy relevante

De esta forma, los expertos evaluaron los 10 ítems pertenecientes al Índice de Barthel de acuerdo a los puntajes establecidos a través del Índice de Validez de Contenido (IVC) los que contemplan como válidos los puntajes 3 y 4 para la determinación del IVC teniendo en cuenta el .80 como indicador de una validez de contenido elevada.

Los indicadores de validez de contenido de cada experto puntuaron valores por encima de .8 lo que demuestra una alta validez de contenido según la opinión de cada experto en relación al instrumento sometido a evaluación. El índice de validez de contenido general (IVCG) fue de 1, esto indica un grado de validez elevada lo que significa que el instrumento sí mide la funcionalidad, por ende, se reconoce la pertinencia y relevancia en la validez de contenido total del Índice de Barthel.

En relación a las dimensiones, la dimensión Alteraciones en la Motivación Autocuidado presenta un IVC elevado de 1, esto indica que es elevado en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 para la mencionada dimensión. Asimismo, en la dimensión Movilidad presenta un IVC elevado de 1 el cual indica que es elevado también en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 para esta última dimensión.

Confiabilidad

En cuanto a la confiabilidad, se realizó una prueba piloto previamente al estudio y registró el índice de alfa de Cronbach en 0,909, ello indica que el Índice de Barthel registra un nivel alto de confiabilidad.

Asimismo, el instrumento cuenta con buena fiabilidad inter observador, con índices de Kappa entre .47 y 1.00 y, con respecto a la fiabilidad intra observador, se registraron índices de Kappa entre .84 y .97. En relación a la evaluación de consistencia interna, se registró un alfa de Cronbach de .86 - .92.

De acuerdo con puntaje obtenido post evaluación se determina el nivel de rendimiento ocupacional de la siguiente manera: Dependencia total (<20 puntos), Dependencia severa (20 - 35 puntos), Dependencia moderada (40 - 55 puntos), Dependencia leve (60 - 95 puntos) e Independencia (100 puntos).

4.4. Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos.

El proceso de recopilación de datos se ejecutó con la administración a toda la muestra dividida en grupos de 10 participantes como máximo por día, en las fechas y horarios establecidos por un centro de atención al adulto mayor en Chilca. Para ello, se brindó la información clara y se administró el Consentimiento Informado para luego entregar los dos instrumentos de medición y la ficha sociodemográfica. Después de la administración, se registró la información total al programa Excel para un mejor control de los datos. Como nuestra investigación es comparativa y relacional, se contó con la prueba Rho de Spearman para conocer la correlación. En el caso del análisis de las variables consideradas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y

estado de salud, se aplicó la prueba Chi Cuadrado. Asimismo, para conocer la confiabilidad se utilizó el Alfa de Cronbach. Para todos los cálculos estadísticos se usó del programa SPSS 22.

CAPÍTULO V

Resultados

5.1 Presentación de datos.

La presente Tabla 6 registra los valores descriptivos de la variable depresión en los adultos mayores asistentes a un centro de atención al adulto mayor de Chilca en cuyo resultado total, el valor promedio es de 16, al igual que el valor de la mediana. La desviación estándar es de 4.005. Asimismo, en cuanto a sus dimensiones, en la Dimensión Cognitiva, se observa que el valor de la media es 8.66, con una desviación estándar de 2.5. En el caso de la Dimensión Física Conductual, el valor promedio es de 2.08, con una desviación estándar de 1.26. Por último, en la Dimensión Afectivo Emocional, se registró el valor promedio de 5.44 con una desviación de 1.5.

Tabla 6

Cálculo de los valores descriptivos de la depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca.

Valores	Dimensión	Dimensión Física	Dimensión Afectivo	Resultado
Descriptivos	Cognitiva	Conductual	Emocional	Total
Media	8.66	2.08	5.44	16.18
Mediana	9.00	2.00	5.00	16.00
Moda	11	3	5	17
Desviación Estándar	2.534	1.268	1.546	4.005

En la Tabla 7, se exhiben los valores descriptivos en relación a la capacidad funcional de los adultos mayores asistentes al mencionado centro de atención, el cual está compuesto por 10 ítems y dividido en dos dimensiones: autocuidado y movilidad, y un resultado total. Considerando ello, se ha podido

observar que el valor promedio es de 89 y posee una desviación estándar de 12.51.

Tabla 7

Cálculo de los valores descriptivos de la capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca.

	Dimensión de Autocuidado	Dimensión de Movilidad	Resultado Total
Media	61.75	27.24	89
Mediana	65.00	30.00	95
Moda	70.00	30.00	100
Desviación Estándar	9.34	4.72	12.51

La Tabla 8 señala la información perteneciente a los grados de depresión en los adultos mayores del centro de atención de Chilca según el sexo. Es así como se exponen los tres niveles de la presente variable en la población de ambos sexos donde se pudo registrar que, en cuanto a Sin Depresión, las mujeres predominan con 5 participantes sobre los hombres, con 1 participante. En el nivel más resaltante, Depresión Moderada, se registran 83 mujeres por encima de los hombres, con 60 participantes. En el segundo nivel más resaltante, Depresión Severa, predominan también las mujeres con 23 participantes por sobre los hombres, con 13 participantes.

Tabla 8

Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el sexo.

	Mujeres	Hombres	Total
Sin Depresión	5	1	6
Depresión Moderada	83	60	143
Depresión Severa	23	13	36
Total	111	74	185

De igual manera, en la tabla 9 se presentan los niveles de capacidad funcional en los adultos mayores asistentes al centro de atención de Chilca según el sexo. Se muestran los cinco niveles de capacidad funcional en donde se puede apreciar que, en el nivel más resaltante, Independencia, las mujeres predominan con 47 participantes por encima de los hombres, con 23 participantes. En el segundo nivel más resaltante, Dependencia Leve, las mujeres predominan con 64 participantes por encima de los hombres, con 48 participantes. Respecto al nivel de Dependencia Moderada, no se registran participantes mujeres, pero sí hombres con 2 participantes. En Dependencia Grave tampoco se registran mujeres, pero sí 1 participante hombre y, en Dependencia Total, no se registran participantes.

Tabla 9

Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el sexo.

	Mujeres	Hombres	Total
Independencia	47	23	70
Dependencia Leve	64	48	112
Dependencia Moderada	0	2	2
Dependencia Grave	0	1	1
Dependencia Total	0	0	0
Total	111	74	185

La tabla 10 muestra los puntajes obtenidos con respecto a los tres niveles de la mencionada variable en los adultos mayores que acuden al centro de atención de Chilca según la edad dividida en tres categorías, para mejor apreciación: Grupo I (60 a 69 años), Grupo II (70 a 79 años) y Grupo III (80 años a más). En el Grupo I, encontramos a 3 participantes en el nivel Sin Depresión, por encima del Grupo II con 2 participantes y este, a su vez, por encima del Grupo III con 1 participante. En el nivel más resaltante, Depresión Moderada, encontramos que el Grupo II predomina con 60 participantes, le sigue el Grupo I con 57 participantes y luego el Grupo III, con 26 participantes. En el segundo nivel más resaltante, Depresión Severa, el Grupo I predomina con 19 participantes por encima del Grupo II con 14 participantes y llevando el tercer lugar el Grupo III con 3 participantes.

Tabla 10

Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la edad.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	
Niveles	(60 a 69 años)	(70 a 79 años)	(80 años a más)	Total
Sin Depresión	3	2	1	6
Depresión Moderada	57	60	26	143
Depresión Severa	19	14	3	36
Total	79	76	30	185

Asimismo, en la tabla 11 se puede apreciar la información obtenida en relación a los niveles determinados de la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten al centro de atención de Chilca según la edad y dividida también en los tres grupos establecidos en el apartado precedente. Se encuentra así que, en el nivel Independencia, el Grupo I predomina con 38 participantes por encima del Grupo II con 2 participantes y, finalmente, el Grupo III con 9 participantes. En relación al nivel más resaltante, Dependencia Leve, se encuentra al Grupo II con 50 participantes, al Grupo I con 41 participantes y al Grupo III, con 18 participantes. Asimismo, en el nivel Dependencia Moderada se aprecia solo el registro del Grupo III con 2 participantes; en el nivel Dependencia Grave también se aprecia solo al Grupo III con 1 participante y, en lo referente a Dependencia Total, no se registran participantes.

Tabla 11

Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la edad.

Niveles	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Total
	(60 a 69 años)	(70 a 79 años)	(80 años a más)	
Independencia	38	26	9	73
Dependencia Leve	41	50	18	109
Dependencia Moderada	0	0	2	2
Dependencia Grave	0	0	1	1
Dependencia Total	0	0	0	0
Total	79	76	30	185

La tabla 12 registra los tres niveles de la variable en cuestión obtenidas de los adultos mayores asistentes al centro de atención de Chilca, según la ocupación. En ese sentido, se pueden observar dos grupos: aquellos que se encuentran en casa y aquellos que trabajan ya sea de forma dependiente o independiente. En relación a ello, en el nivel Sin Depresión se registra una predominancia de aquellos que se encuentran en casa, con 5 participantes, de los trabajadores, con 1 participante. En el nivel más resaltante, Depresión Moderada, prevalece los que se encuentran en casa con 114 participantes por encima de los trabajadores, con 29 participantes. Finalmente, en el segundo nivel más relevante, Depresión Severa, encontramos a 31 participantes que se encuentran en casa predominantes por entre los que trabajan, con 5 participantes.

Tabla 12

Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto de Chilca según la ocupación.

Nivel	En Casa	Trabajador	Total
Sin Depresión	5	1	6
Depresión Moderada	114	29	143
Depresión Severa	31	5	36
Total	150	35	185

La presente tabla, cuyo número es 13, registra la data referente a los cinco niveles de capacidad funcional en la muestra seleccionada del centro de atención al adulto mayor de Chilca, según la ocupación. En relación al nivel más resaltante, Dependencia Leve, se puede apreciar a 93 participantes que se encuentran en casa por encima de 19 participantes trabajadores. En el segundo nivel más resaltante, Independencia, se identifican a 54 participantes que se encuentran en casa predominantes por sobre los trabajadores, con 19 participantes. Respecto al nivel Dependencia Moderada, se registran solo a 2 participantes que se encuentran en casa y, por último, en cuanto al nivel Dependencia Grave, se encuentra solo 1 participante perteneciente al grupo que permanece en casa.

Tabla 13

Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto de Chilca según la ocupación.

Nivel	En Casa	Trabajador	Total
Independencia	54	16	55
Dependencia Leve	93	19	112
Dependencia Moderada	2	0	2
Dependencia Grave	1	0	1
Dependencia Total	0	0	0
Total	150	35	185

La tabla 14 brinda información sobre la depresión en sus tres niveles identificados en los adultos mayores que asisten al centro de atención en Chilca, según la cantidad de personas con las que viven. Para ello, se procede a dividir a la población estudiada en cinco grupos: el grupo que vive solo (0P), el grupo que vive con una persona (1P), el grupo que vive con dos personas (2P), el grupo que vive con tres personas (3P) y el grupo que vive con cuatro personas a más (4P). En el nivel más resaltante, Depresión Moderada, se encuentra a 4P predominando con 47 participantes, le sigue 3P con 36 participantes, luego 1P con 27 participantes, 2P con 23 participantes y, finalmente, 0P con 10 participantes. En relación al segundo nivel más resaltante, Depresión Severa, encontramos en primer lugar a 4P con 15 participantes, le sigue 1P con 9

participantes, luego 2P con 6 participantes, 3P con 5 participantes y, por último, 0P con 1 participante.

Tabla 14

Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la cantidad de personas con las que viven.

Nivel	Número de personas con quienes vive					Total
	0P	1P	2P	3P	4P a más	
Sin Depresión	1	1	1	2	1	6
Depresión Moderada	10	27	23	36	47	143
Depresión Severa	1	9	6	5	15	36
Total	12	37	30	43	63	185

La tabla 15 identifica la capacidad funcional de acuerdo a sus cinco niveles en la población estudiada perteneciente al centro de atención al adulto mayor de Chilca según el número de personas con quienes viven. Se repite, entonces, la división establecida para un claro entendimiento: el grupo que vive solo (0P), el grupo que vive con una persona (1P), el grupo que vive con dos personas (2P), el grupo que vive con tres personas (3P) y el grupo que vive con cuatro personas a más (4P). Respecto al nivel más resaltante, Dependencia Leve, se puede encontrar al 4P como el grupo con mayor predominancia con 36 participantes, le sigue 3P con 29 participantes, luego 1P con 21 participantes, 2P con 17 participantes y, finalmente, 0P con 2 participantes. En segundo nivel de relevancia, encontramos al nivel Independencia con un predominio de 4P con 25

participantes, le sigue 1P con 16 participantes, 3P con 14 participantes, luego 2P con 13 participantes y, por último, 0P con 2 participantes.

Tabla 15

Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según la cantidad de personas con las que viven.

Niveles	Número de personas con quienes vive					Total
	0P	1P	2P	3P	4P a más	
Independencia	2	16	13	14	25	70
Dependencia Leve	9	21	17	29	36	112
Dependencia Moderada	1	0	0	0	1	2
Dependencia Grave	0	0	0	0	1	1
Total	12	37	30	43	63	185

La tabla 16 muestra la clasificación de los adultos mayores en los tres niveles de depresión según su estado de salud los cuales se categorizan en: Sin Enfermedad y Con Enfermedad. En el nivel más resaltante, Depresión Moderada, se encuentra la predominancia del grupo Con Enfermedad con 100 participantes, por encima del grupo Sin Enfermedad, con 43. Asimismo, respecto al nivel Depresión Severa, se encuentra igual número de participantes, 18 en ambos grupos. Finalmente, en el nivel Sin Depresión, se registra la predominancia del grupo Con Enfermedad con 5 participantes por encima del grupo Sin Enfermedad, con 1 participante.

Tabla 16

Niveles de depresión en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el estado de salud.

Niveles	Estado de Salud		Total
	Sin Enfermedad	Con Enfermedad	
Sin Depresión	1	5	6
Depresión Moderada	43	100	143
Depresión Severa	18	18	36
Total	62	123	185

Por último, en la tabla 17 se exhiben la situación sobre la capacidad funcional de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto de Chilca en base sus cinco niveles y en según el estado de salud de los mismos. De acuerdo a los grupos establecidos, se observa el nivel más sobresaliente, Dependencia Leve, con un destacado grupo Con Enfermedad que predomina con 73 participantes, seguido del grupo Sin Enfermedad, con 38 participantes. En el segundo grupo que más resalta, Independencia, se encuentra también al grupo Con Enfermedad con 73 participantes en primer lugar, seguido por el grupo Sin Enfermedad, con 38 participantes.

Tabla 17

Niveles de capacidad funcional en los adultos mayores de a un centro de atención al adulto mayor de Chilca según el estado de salud.

Niveles	Estado de Salud		Total
	Sin Enfermedad	Con Enfermedad	
Independencia	23	47	70
Dependencia Leve	38	73	111
Dependencia Moderada	1	2	3
Dependencia Grave	0	1	1
Total	62	123	185

5.2 Análisis de datos.

La investigación desarrollada arrojó una suma de información valiosa e interesante en relación a las hipótesis planteadas, éstas mismas serán presentadas a continuación empleando el siguiente compilado de tablas pertenecientes a cada una de las mencionadas hipótesis. Así, en la Tabla 18, se identifica la distribución de la media y desviación estándar que poseen los datos obtenidos por la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Sig. =0.038) y la Escala de Capacidad Funcional de Barthel (Sig.= 0,000). Acorde a los resultados, se observó que la distribución no es Normal, siendo los valores menores a 0.05, por lo cual se consideró usar la prueba de Correlación de Spearman para conocer la correlación entre las variables depresión y capacidad funcional y, según las

características establecidas, evaluar también sexo, edad, ocupación, personas con las que viven y estado de salud con la prueba Chi Cuadrado.

Tabla 18

Valores de la Prueba de Normalidad de Kolmogorov – Smirnov de la Escala Geriátrica de Yesavage y la Escala de Capacidad Funcional de Barthel.

		Resultado Total	Resultado Total
		de Yesavage	Barthel
Parámetros normales ^{a,b}	Media	16.18	89.00
	Desviación	4.005	12.509
Máximas diferencias extremas	Absoluto	.068	.209
	Positivo	.062	.190
	Negativo	-.068	-.209
Estadístico de prueba		.068	.209
Sig. asintótica(bilateral)		.038 ^c	.000 ^c

N=185

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

La tabla 19 expone la confiabilidad que poseen los resultados obtenidos en el grupo seleccionado que asiste al centro de atención al adulto mayor de Chilca, en lo que respecta a la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, obteniendo un valor $\alpha=.800$, manifestando una alta confiabilidad de los datos recopilados. Para ello, se consideraron los 30 ítems de la prueba además de las tres dimensiones y el resultado global de la prueba que corresponde a los 34 elementos analizados. Asimismo, se indica que la confiabilidad que poseen los

resultados obtenidos del presente estudio, en lo que respecta a la Escala de Capacidad Funcional de Barthel, tienen un valor $\alpha=.747$, manifestando una alta confiabilidad con respecto a los datos recopilados. Para ello, se consideraron las dos dimensiones y el resultado global de la prueba que corresponde a los 11 elementos analizados.

Tabla 19

Valores de Confiabilidad por el estadístico Alfa de Cronbach de la Escala de Geriátrica de Depresión de Yesavage y la Escala de Capacidad Funcional de Barthel.

Instrumento de Medición	Alfa de Cronbach	Número de Elementos
Escala Geriátrica de Yesavage	.800	34
Escala de Capacidad Funcional de Barthel	.747	11

N = 185

En la Tabla 20, se muestra cuán asociadas están las variables entre sí, considerando los valores obtenidos en la tabla 18 a través del estadístico Kolmogorov-Smirnov y se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Asimismo, se identificó que los valores a nivel general de Depresión y Capacidad Funcional son $p = .450$ y $r = .056$, indicando que no existe relación entre las dos variables estudiadas, es decir, no existe una relación entre los niveles de Depresión y de Capacidad Funcional en los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor de Chilca, por consiguiente, se

rechaza la hipótesis general (H_1) que establece la relación significativa entre la depresión y la capacidad funcional de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor de Chilca.

Tabla 20

Cálculo de la relación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Rho de Spearman.

		Capacidad Funcional
Depresión	Coefficiente de correlación	0.056
	Sig. (bilateral)	0.450

El grupo de tablas que se muestran a continuación, brindan los resultados obtenidos en respuesta a la primera hipótesis específica ($H_{1.1}$) que se refiere a la relación entre la depresión y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y el estado de salud; de los adultos mayores pertenecientes al centro de atención estudiado en el distrito de Chilca.

En relación a la tabla 21, se aplicó la prueba no paramétrica Chi Cuadrado para identificar la relación que tiene la depresión y el sexo, donde se puede apreciar que el valor de la significancia es $p=0.282$, y valor de Chi cuadrado de 19.850, por lo tanto, se rechaza la relación. Se obtiene entonces que, en lo que

corresponde a mujeres, 83 participantes tienen Depresión Moderada y 23, Depresión Severa. Mientras que, en lo que respecta a varones, 60 participantes tienen Depresión Moderada y 13, Depresión Severa.

Tabla 21

Cálculo de la relación entre la depresión y el sexo en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba Chi Cuadrado.

Sexo	Niveles de Depresión			Chi Cuadrado	Sig.
	No Depresión	Depresión Moderada	Depresión Severa		
Mujer	5	83	23	19.850	0,282
Varón	1	60	13		

La tabla 22 muestra los resultados de la aplicación de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para conocer la relación sobre la depresión y la edad, en donde se puede apreciar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.019$ y el valor de Chi Cuadrado es 541.934, por lo tanto, se acepta la relación. En esta ocasión, se observó que, en el grupo de participantes cuyas edades oscilan entre 60 y 69 años, 57 participantes registran Depresión Moderada y 19, Depresión Severa. En relación al grupo de participantes cuyas edades oscilan entre 70 y 79 años, 60 de los participantes registran Depresión Moderada y 14 Depresión Severa y, finalmente, en el grupo de participantes cuyas edades son de 80 años a más, 26 de ellos tiene Depresión Moderada y 3, Depresión Severa.

Tabla 22

Cálculo de la relación entre la depresión y la edad en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Edad	Niveles de Depresión			Chi Cuadrado	Sig.
	Sin Depresión	Depresión Moderada	Depresión Severa		
60 a 69	3	57	19		
70 a 79	2	60	14		
80 a más	1	26	3	541.934	0.019

En la tabla 23, se registran los resultados luego del empleo de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para determinar la relación que existe entre la depresión y la ocupación de los participantes, donde se puede apreciar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.939$ y el valor de Chi Cuadrado es 9.030, por lo tanto, se rechaza la relación. Se observa entonces que, de los participantes que se quedan en casa conformado por 150 adultos mayores, 114 tienen Depresión Moderada y 31, Depresión Severa. En relación a los participantes que trabajan fuera de casa, conformados por 35 adultos mayores, 29 tienen Depresión Moderada y 5, Depresión Severa.

Tabla 23

Cálculo de la relación entre la depresión y la ocupación en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Ocupación	Niveles de Depresión			Chi Cuadrado	Sig.
	Sin Depresión	Depresión Moderada	Depresión Severa		
Su casa	5	114	31	9.03	0.939
Trabajador	1	29	5		

La tabla 24 expone los resultados de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para determinar la relación entre la depresión y el número de personas con quienes viven los participantes. Aquí se registra que el valor de la significancia obtenida es $p=0.138$ y el valor de Chi Cuadrado es 80.790, por lo tanto, se observa que no hay relación, es por ello que se rechaza la hipótesis alterna. Se encuentra entonces que, aquellos participantes que conviven con 4 personas a más son 63, en donde 47 de ellos tienen Depresión Moderada y 15, Depresión Severa. Asimismo, el grupo de adultos mayores que conviven con 3 personas son 43 participantes, en donde 36 de ellos tienen Depresión Moderada y 5, Depresión Severa. El grupo de adultos mayores que conviven con 2 personas están conformados por 30 participantes, en donde 23 de ellos tiene Depresión Moderada y 6, Depresión Severa. El grupo de adultos mayores que conviven con 1 persona están conformados por 37 participantes, en donde 27 de ellos tiene Depresión Moderada y 9, Depresión Severa. Por último, el conjunto de participantes que viven solos está compuesto por 12 adultos mayores, en donde 10 de ellos tienen Depresión Moderada y 1, Depresión Severa.

Tabla 24

Cálculo de la relación entre la depresión y el número de personas con quienes viven los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Número de Personas con quienes viven	Niveles de Depresión			Chi Cuadrado	Sig.
	Sin Depresión	Depresión Moderada	Depresión Severa		
0	1	10	1		
1	1	27	9		
2	1	23	6	80.790	0.138
3	2	36	5		
4	1	47	15		

La tabla 25 registra los resultados recolectados de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para conocer la relación de la depresión con el estado de salud de los participantes, donde se puede apreciar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.965$ y el valor de Chi Cuadrado es 485.969, por lo tanto, se rechaza la relación. Se observó entonces que, del grupo de participantes Sin Enfermedad conformado por 62 adultos mayores, 43 tienen Depresión Moderada y 18, Depresión Severa. Mientras que el grupo de participantes Con Enfermedad, conformado por 123 adultos mayores, 100 tienen Depresión Moderada y 18, Depresión Severa.

Tabla 25

Cálculo de la relación entre la depresión y el estado de salud de los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Estado de Salud	Niveles de Depresión			Chi Cuadrado	Sig.
	Sin Depresión	Depresión Moderada	Depresión Severa		
Sin enfermedad	1	43	18	485.969	0,965
Con enfermedad	5	100	18		

El grupo de tablas expuestas a continuación, brinda los resultados obtenidos en relación a la segunda hipótesis específica (H_{1.2}) perteneciente a la relación entre la capacidad funcional y las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y el estado de salud de los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor de Chilca.

Es así como, en la tabla 26, se muestran los resultados de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para identificar la relación entre la capacidad funcional y el sexo, donde se puede apreciar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.065$ y el valor de Chi Cuadrado es 18.785, por lo tanto, se rechaza la relación. En relación a ello, se encuentra que 64 mujeres tienen Dependencia Leve y 47 son Independientes. Asimismo, en el caso de los varones, 48 tienen Dependencia Leve y 23 son Independientes.

Tabla 26

Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y el sexo en los adultos mayores de un centro de atención al adulto de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Sexo	Niveles de Capacidad Funcional					Chi Cuadrado	Sig.
	Dependencia Total	Dependencia Grave	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia		
Mujer	0	0	0	64	47	18.785	0.065
Varón	0	1	2	48	23		

En la tabla 27, se presentan la información obtenida de utilizar la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y la edad, en donde se puede observar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.000$ y el valor de Chi Cuadrado es 469.725, por lo tanto, se acepta la relación. Se registró que, respecto al grupo de participantes cuyas edades oscilan entre 60 a 69 años, 41 de ellos presentan Dependencia Leve y 38, son Independientes. En el caso del grupo de participantes cuya edad oscilan entre 70 a 79 años, 50 presentan Dependencia Leve y 36, son Independientes. Finalmente, el último grupo de participantes con edades de 80 años a más, 18 participantes tienen Dependencia Leve y 9 son Independientes.

Tabla 27

Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y la edad en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba Chi Cuadrado.

Edad	Niveles de Capacidad Funcional					Chi Cuadrado	Sig.
	Dependencia Total	Dependencia Grave	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia		
60 a 69	0	0	0	41	38		
70 a 79	0	0	0	50	36		
80 a más	0	1	2	18	9	469.725	0.000

La tabla 28 exhibe los resultados post aplicación de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para conocer la relación entre la capacidad funcional y la ocupación de los participantes, donde se puede registrar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.948$ y el valor de Chi Cuadrado es 4.613, por lo tanto, se rechaza la relación. En relación a ello, se observa que los participantes que se quedan en casa conformado por 150 adultos mayores, 93 presentan Dependencia Leve y 54 son Independientes; mientras que los participantes que trabajan fuera de casa, conformado por 35 adultos mayores, 19 presentan Dependencia Leve y 16, son Independientes.

Tabla 28

Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y la ocupación en los adultos mayores de un centro de atención al adulto de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Ocupación	Niveles de Capacidad Funcional					Chi Cuadrado	Sig.
	Dependencia Total	Dependencia Grave	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia		
Su casa	0	1	2	93	54	4.613	0.948
Trabajador	0	0	0	19	16		

La tabla 29 muestra la información reunida luego de utilizar la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para conocer la relación entre la capacidad funcional y el número de personas con quienes viven los participantes, donde se puede apreciar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.109$ y el valor de Chi Cuadrado es 55.803, por lo tanto, se rechaza la relación. El grupo de adultos mayores que conviven con 4 personas a más están conformados por 63 participantes, en donde 36 de ellos tienen Dependencia Leve y 25 son Independientes. El grupo de adultos mayores que conviven con 3 personas está conformado por 43 participantes, en donde 29 de ellos tienen Dependencia Leve y 14 son Independientes. El grupo de adultos mayores que conviven con 2 personas está conformado por 30 participantes, en donde 17 de ellos presentan Dependencia Leve y 13, Independencia. El grupo de adultos mayores que conviven con 1 persona está conformado por 37 participantes, en donde 21 de ellos presentan Dependencia Leve y 16, Independencia. Por último, el grupo de adultos mayores que viven solos está conformado por 12 participantes, en donde

1 presenta Dependencia Moderada, 9 presentan Dependencia Leve y 2, Independencia.

Tabla 29

Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y el número de personas con quienes viven los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Número de Personas con quienes viven	Niveles de Capacidad Funcional					Chi Cuadrado	Sig.
	Dependencia Total	Dependencia Grave	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia		
0	0	0	1	9	2		
1	0	0	0	21	16		
2	0	0	0	17	13	55.803	0.109
3	0	0	0	29	14		
4	0	1	1	36	25		

Finalmente, en la tabla 30 se puede apreciar la información obtenida luego de la aplicación de la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado para conocer la relación de la capacidad funcional y el estado de salud de los participantes, donde se puede apreciar que el valor de la significancia obtenida es $p=0.000$ y el valor de Chi Cuadrado es 448.632, por lo tanto, se acepta la relación. Se registra entonces que, del grupo de participantes Sin Enfermedad conformado por 62 adultos mayores, 38 tienen Dependencia Leve y 23, son Independientes;

mientras que el grupo de participantes Con Enfermedad conformado por 123 adultos mayores, 73 tienen Dependencia Leve y 47, son Independientes.

Tabla 30

Cálculo de la relación entre la capacidad funcional y el estado de salud en los adultos mayores de un centro de atención al adulto mayor de Chilca utilizando la prueba de Chi Cuadrado.

Estado de Salud	Niveles de Capacidad Funcional					Chi Cuadrado	Sig.
	Dependencia Total	Dependencia Grave	Dependencia Moderada	Dependencia Leve	Independencia		
	Sin enfermedad	0	0	1	38		
Con enfermedad	0	1	2	73	47		

5.3 Análisis y discusión de resultados.

La actual investigación tuvo como propósito el determinar la relación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores asistentes a un centro de atención al adulto mayor del distrito de Chilca con el fin de incrementar, a nivel nacional, el bajo número de investigaciones relacionadas a estas variables ya que esta realidad se contrapone con los índices demográficos del adulto mayor que van en aumento y, estadísticamente, se incrementarán para el año 2030 según lo indicado por la OMS (2021).

En lo que respecta a la administración de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, considerando la totalidad de 185 adultos mayores, 143 participantes registraron Depresión Moderada, 36 participantes registraron

Depresión Severa y 6 participantes registraron Sin Depresión (Ver tabla 8). Esto quiere decir que el 77,3% de la población estudiada presenta un nivel de Depresión Moderada, 19,5% presenta un nivel de Depresión Severa y el 3,2%, no presenta depresión. En lo que corresponde a la Escala de Capacidad Funcional de Barthel, se observó que, del total de 185 adultos mayores, 70 participantes se encuentran en calidad de Independencia, 112 participantes se encuentran con Dependencia Leve, 2 participantes con Dependencia Moderada y 1 participante con Dependencia Grave (ver tabla 9). Lo mencionado anteriormente nos muestra que el 60,5% de los participantes presentan dependencia leve, el 1,1% tienen dependencia moderada, el 0,5% dependencia grave y el 37,8% son independientes.

Para identificar los resultados vinculados a la hipótesis general, donde se formula la relación entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores asistentes a un centro de atención al adulto mayor de Chilca, se detalla que no existe relación entre las dos variables mencionadas, (Ver tabla 20), considerando el resultado de Rho de Spearman, valor de $r= 0.450$, es así como se acepta la Hipótesis Nula, donde se establece que no existe relación entre la depresión y la capacidad funcional. Es importante destacar lo mencionado por Agüera, et al. (2021) que refieren que la depresión conforma una de las enfermedades más comunes en esta etapa de ciclo vital, sin embargo, ésta no está integrada dentro del proceso de envejecimiento. El presente resultado es sostenido por lo indicado por Triadó y Villar (2014), quienes refieren que los episodios depresivos leves son más reiterativos en la persona adulta mayor que los graves. Del mismo modo, los resultados concuerdan con lo expuesto por Papalia, et al. (2012) ya que describen al envejecimiento como aquel tipo de

avance que es controlado por el individuo y que puede ser el resultado de enfermedades, abuso, existencia de actividad, etc. Es necesario resaltar que, en este caso, se cumple la Teoría de la Tasa Acumulada, debido que con el avance de la edad se van registrando enfermedades y dificultades en la salud de la persona, por lo que es necesario establecer cuidado en su salud. Aspectos que son citados por Fernández–Ballesteros, et al. (2016), en donde la capacidad funcional de las personas no necesariamente está condicionada a la edad, pero sí al estado de salud con la cual ha llegado la persona debido a las diversas actividades que desempeña, por lo que hay un impacto de agentes internos y externos que dirigen la vejez. En relación a lo anterior, es necesario considerar lo que se ha podido observar durante el proceso de evaluación e interacción con los participantes asistentes a un centro de atención al adulto mayor de Chilca ya que son personas que realizan actividades continuamente tanto en sus hogares como en sus centros de labores, las cuales están relacionadas al cuidado de animales, plantas o ventas en general, estableciendo así una rutina en su vida diaria que los mantiene activos.

Es importante recalcar los resultados obtenidos del estudio de Rojas (2021) en el que, si bien obtuvo una asociación entre las variables capacidad funcional y depresión, con la puntuación mínima pero suficiente, sus resultados a nivel población contemplan los porcentajes más altos en Dependencia Leve, Depresión Moderada y Severa; dichos resultados coinciden con lo hallado en el presente estudio debido a que el 77% de la muestra obtuvo Depresión Moderada y el 60,5% obtuvo Dependencia Leve. Asimismo, se considera lo expuesto por Ancco (2017) cuyos resultados tampoco hallaron relación alguna entre la depresión y la capacidad funcional, siendo reforzado lo anterior por Fernández-

Ballesteros (2016) quien postula que el adulto mayor es el resultado de su historia tanto a nivel biológico como a los repertorios de conducta, ambientes y contextos donde se ha desenvuelto a lo largo de su vida.

En relación a la primera hipótesis específica sobre la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas: sexo, edad, personas con quienes vive, trabajo y estado de salud de los participantes que asisten a un centro de atención al adulto mayor de Chilca, en lo que corresponde depresión y sexo (Ver tabla 21), se encontró que no existe una relación significativa; a diferencia de la depresión y la edad (Ver tabla 23), en donde se halló que sí existe una relación significativa. La relación entre la depresión y la ocupación (Ver tabla 25) en donde se halló que no existe una relación significativa, el mayor número de la población estudiada presenta un nivel de Depresión Moderada, independientemente del tipo de ocupación que desarrollan. En relación a la depresión y al número de personas con quienes viven los participantes (Ver tabla 27), se halló que no existe una relación significativa, siendo similar a la relación entre la depresión y el estado de salud (Ver tabla 29), ya que tampoco se halló una relación significativa. Considerando lo anterior, se acepta la hipótesis específica nula, esto es, no existe relación entre la Depresión y las variables sociodemográficas de sexo, edad, ocupación, número de personas con quienes viven y estado de salud de los participantes de un centro de atención al adulto mayor de Chilca.

Ante los datos obtenidos se considera lo expuesto por Agüera et al. (2021) quien indica que el sexo femenino tiene una tendencia superior a presentar depresión que el sexo masculino debido a factores biológicos, hormonales y sociales característicos de las mujeres hoy en día. Es importante

recalcar que también hay distintos factores independientes al sexo que pueden afectar y propiciar también la depresión como la soledad, la falta de apoyo, un bajo nivel educativo y la pobreza. Así mismo se menciona lo expuesto por Yesavage (1983), quien indica que los síntomas somáticos que suelen ser la clave para el diagnóstico en depresión de jóvenes son menos útiles en los adultos mayores, por lo cual, su identificación a modo de observación es mucho más rigurosa. Ante ello, se considera lo expuesto por Agüera, et al. (2021), quien sostiene que, en relación al estado de salud, es necesario considerar factores de riesgo donde se pueden considerar aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Sobre la segunda hipótesis específica, donde se busca identificar la relación de la capacidad funcional y las variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, personas con quienes viven y estado de salud de los participantes asistentes a un centro de atención al adulto mayor de Chilca, se ha observado que, en lo que respecta a su relación con el sexo (Ver tabla 22), no existe una relación significativa. En el caso de su relación con la edad (Ver tabla 24), se obtuvo que sí existe una relación significativa. En lo que corresponde a su relación con la ocupación (Ver tabla 26), se halló que no existe una relación significativa. Siendo un caso similar con el número de personas con quienes viven los participantes (Ver tabla 28) debido a que tampoco se identificó una relación significativa. En relación a la capacidad funcional y al estado de salud (Ver tabla 30), se determinó que sí existe una relación significativa. En base a los datos recopilados se acepta la hipótesis específica nula en donde no existe relación.

Este resultado puede ser explicado en base a lo postulado por Agüera et al. (2021) que indica que, biológicamente, los hombres presentan un deterioro

más marcado a nivel de capacidad funcional que las mujeres. Por ejemplo, en el caso de la osteoporosis, el género femenino queda afectado por el déficit de estrógenos, sin embargo, dicha enfermedad empieza a manifestarse de igual manera en ambos sexos a partir de los 70 años, a pesar de que el sexo masculino no presenta pérdida hormonal natural de ninguna índole. Asimismo, respecto al déficit auditivo, estadísticamente, se presenta más en el sexo masculino que en el femenino a partir de los 75 años, en adelante. De igual manera, los resultados se apoyan también por Papalia et al. (2012) quienes mencionan la Teoría de la Programación Genética, nuevamente, sobre el impacto de la herencia, factores ambientales y azar en la capacidad funcional de los seres humanos por encima de la edad, es decir, que el proceso de envejecimiento varía por persona de acuerdo a las circunstancias en las que transcurrió su vida por sobre el número de años de supervivencia. Asimismo, Fernández-Ballesteros (2016) indica que no parece existir relación causal entre la edad cronológica con la salud o el funcionamiento psicológico.

En ese sentido, es relevante contemplar las características de la población de Chilca, la cual, a pesar de no ser una zona rural, se puede observar que, tanto los participantes que se encuentran en casa como los participantes que se encuentran trabajando fuera de ella, mantienen un nivel de Dependencia Leve e Independencia de forma más predominante.

Esto es explicado en las Teorías de Programación Genética mencionados en los párrafos precedentes ya que el modo de vida de la población estudiada demanda y acostumbra a una mayor actividad.

Si bien es cierto que un mayor porcentaje de la población mantiene su capacidad funcional dentro de los niveles de Dependencia Leve e Independencia,

el 74,3% de los participantes que viven con cuatro personas a más presentan un nivel de Depresión Moderada. Es decir, entraría a tallar el factor psicológico y social mencionado anteriormente ya que los porcentajes son similares en proporción respecto a los participantes que viven con una, dos y tres personas.

Los resultados obtenidos en base a esta sección arrojaron que, si bien la población se encuentra, en mayor proporción, dentro de los niveles de Dependencia Leve e Independencia, la mayoría de los participantes se encuentra en el nivel de Depresión Moderada independientemente de su estado de salud, como, por ejemplo, el 69,3% de los participantes sin enfermedades y el 81,3% de los participantes con enfermedades. Esto demuestra lo expuesto por Fernández-Ballesteros (2016) en referencia a los conocimientos esenciales que se deben tener en cuenta al evaluar a una persona adulta mayor, como el hecho de que el análisis y explicación del comportamiento debe ser funcional debido a que los eventos ambientales y especificaciones personales solo explican una parte del problema y no un todo, así como el hecho de que el estudio de una persona no se reduce al individuo sino también a su entorno y ambiente a nivel familiar, hogar, servicios, programas comunitarios que lo rodean, etc.

En base a todo lo hallado y detallado en los párrafos anteriores, se procede a dar respuesta a la pregunta de la investigación anteriormente planteada: ¿cuál es la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor del distrito de Chilca?, pues, no existe una relación ni directa ni indirecta entre la depresión y la capacidad funcional en los adultos mayores que asisten a un centro de atención al adulto mayor de Chilca.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y recomendaciones.

6.1. Conclusiones generales y específicas.

Considerando el análisis de los resultados y la discusión, se concluye que:

1. No se encuentra relación entre la Depresión y la Capacidad Funcional en los participantes que asisten a un centro de atención al adulto mayor en Chilca.
Considerando los resultados obtenidos, se ha podido apreciar la calidad y estilo de vida de la población.
2. No se observó relación entre la Depresión y las variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, personas con quienes viven y estado de salud, de los participantes que asisten a un centro de atención al adulto mayor en Chilca.
3. Se observó que sí existe relación entre la Depresión y la variable sociodemográfica “edad” en los participantes que asisten a un centro de atención al adulto mayor en Chilca.
4. No se halló relación entre la Capacidad Funcional y las variables sociodemográficas: sexo, ocupación y personas con quienes viven y estado de salud, de los participantes que asisten a un centro de atención al adulto mayor en Chilca.
5. Se registró que sí existe relación entre la Capacidad Funcional considerando las variables sociodemográficas “edad” y “estado de salud” de los participantes que asisten a un centro de atención al adulto mayor en Chilca.

6. Los resultados obtenidos indican que el entorno social y la calidad de vida de la población de Chilca pueden influenciar en la capacidad funcional de los adultos mayores.

6.2. Recomendaciones.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, se realizan las siguientes recomendaciones.

1. Considerar los resultados obtenidos en esta investigación para investigaciones sucesivas relacionadas a temas como: la actividad instrumental en la vida diaria, la calidad de vida y las costumbres del adulto mayor en el distrito de Chilca y zonas aledañas.
2. Continuar con el desarrollo de investigaciones relacionadas a la salud mental en el adulto mayor.
3. Promover investigaciones relacionadas a Psicología Clínica y de la Salud dirigidas a grupo poblacional del adulto mayor en diversos sectores del país.
4. Incentivar talleres de prevención y cuidado ante rasgos de la depresión en el adulto mayor.
5. Explorar otras variables psicológicas de estudio en los centros de atención al adulto mayor.

6.3. Resumen. Términos clave.

La presente investigación tuvo como objetivo principal, conocer la relación que existe entre la Depresión y la Capacidad Funcional en los adultos mayores que están registrados y asisten a un centro de atención al adulto mayor del distrito de Chilca. Asimismo, de manera específica, se buscó conocer si existe relación entre la variable depresión y las variables sociodemográficas seleccionadas: sexo, edad, ocupación, personas con quienes viven los participantes; y, por otro lado, comparar también la variable capacidad funcional con el mismo grupo de variables sociodemográficas.

La muestra estuvo conformada por 185 participantes pertenecientes y asistentes a un centro de atención al adulto mayor en el distrito de Chilca, quienes fueron seleccionados en un muestreo no paramétrico intencional. En la investigación se aplicaron la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage y la Escala de Barthel de actividades básicas de la vida diaria o llamada también Escala de Discapacidad de Maryland. Los resultados obtenidos indicaron que no se registra relación alguna entre las variables depresión y capacidad funcional en el grupo seleccionado. Asimismo, se identificó que los participantes poseen niveles de Depresión Moderada y Dependencia Leve.

Palabras Clave: Depresión, Capacidad Funcional, Adultos Mayores.

6.4. Abstract. Key words.

The main objective of this research was to determine the relationship between Depression and Functional Capacity in older adults who are registered and attend in a senior care center in the Chilca district. Likewise, specifically, we sought to know if there is a relationship between the depression variable and the selected sociodemographic variables: sex, age, occupation, people with whom the participants live; and, on the other hand, also compare the functional capacity variable with the same group of sociodemographic variables.

The sample was made up of 185 participants belonging to and attending an elderly care center in the district of Chilca, who were selected in an intentional non-parametric sampling. In the research, the Yesavage Geriatric Depression Scale and the Barthel Scale of Basic Activities of Daily Living, also called the Maryland Disability Scale, were applied. The results obtained indicated that there is no relationship between the depression variables and functional capacity in the selected group.

Likewise, it was identified that the participants have levels of Moderate Depression and Mild Dependency.

Keywords: Depression, Functional Capacity, Older Adults.

Referencias.

Agüera, L., Martín, M. y Sánchez, M. (2021). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Gea Consultoría Editorial, S. L.

America's Health Rankings – United Health Foundation (s. f.). *Senior Report 2022*.

Consultado el 27 de junio del 2022.

<https://www.americashealthrankings.org/learn/reports/2022-senior-report/executive-brief>

Apaza, S. (2019). *Dependencia Funcional y el Síndrome Depresivo en los adultos mayores del club “Ángeles de Ramón Copaja” del distrito de Alto Alianza, Tacna - 2019*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio de la UNJBG.

<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3895>

Caldas, S. y Correa, M. (2019). *Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP.

<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2084>

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Red Med*

Hered. 29, 182-191. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>

Cholan, G. T. y Leon, Y. N. (2020). *Dependencia física y depresión en los adultos mayores. Hospital Pacasmayo – 2019*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio UNT.

<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15900>

Correa, V. y Gala, C. (2018). *Grado de Depresión según Yesavage y Nivel de Funcionalidad en los adultos mayores del Servicio de Atención Domiciliaria de un Hospital de Lima, Julio 2017*. [Tesis de Especialidad, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWiener.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3076>

Fernández-Ballesteros, R. (2016). *Psicología de la Vejez: una psicogerontología aplicada*. (3a Ed.) Ediciones Pirámide.
<https://es.scribd.com/document/397945413/PSICOLOGIA-DE-LA-VEJEZ>

Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Dolores, M. (2003). *Qué es La Psicología de la Vejez*. (2ª Ed.) Biblioteca Nueva.

Grande, C (2022). *Relación entre la Depresión y la Dependencia Funcional del adulto mayor en el albergue Casa de Todos - Palomino - 2022*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UWiener.
<https://hdl.handle.net/20.500.13053/6153>

Gúrpide, S. y Madoz, V. (2006). *Depresión y Vejez: Guía para prevenir y disminuir la depresión en personas mayores*. (1ª Ed.). Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

Hospital Nacional Arzobispo Loayza (2021). *Resolución Directoral N°268-2021-DG-HNAL*. Guía de Procedimiento Asistencial de Valoración Geriátrica Integral.
<https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/normas-legales/2529794-268-2021-dg-hnal>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Esperanza de vida de la población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas*.

https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota_de_prensa_n188_2015inei_2.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (s. f.) *Estado de la población peruana 2020.*

https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1743/Libro.pdf

Ley N° 28803, Ley de la Persona Adulta Mayor (21 de julio del 2006).

<https://www.leyes.congreso.gov.pe/Documentos/Leyes/28803.pdf>

Ley N° 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor (20 de julio del 2016).

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

Mamani, L. y Rodríguez, L. (2017). *Depresión y Capacidad Funcional en los adultos mayores de 65 a 80 años, en el Centro Gerontológico San Francisco de Asís Cusco, 2016.* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco] Repositorio Institucional UNSAAC.

<http://hdl.handle.net/20.500.12918/2408>

Olavarría, L. (2019, 26 de marzo). *Afrontar la depresión en el adulto mayor.* RPP Noticias. Consultado el 22 de junio del 2022.

<https://rpp.pe/vital/expertos/afrontar-la-depresion-en-el-adulto-mayor-noticia-1188277>

Organización Mundial de la Salud (2019, marzo). *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030.* Consultado el 27 de junio del 2022.

https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0

Organización Mundial de la Salud (s. f.). *Envejecimiento*. Consultado el 27 de junio del 2022. https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud (2021, 4 de octubre). *Envejecimiento y salud*.

Consultado el 27 de junio del 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Consultado el 03 de noviembre de 2022.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017, 12 de diciembre) *La salud mental y los adultos mayores*. Consultado el 21 de septiembre del 2022.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública*. Consultado el 28 de junio del 2022.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=pt

Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12ª Ed.)

McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A. De C. V.

<https://es.scribd.com/document/544217897/Papalia-Feldman-Desarrollo-Humano-12a-Ed2>

Rojas, A. (2021). *Capacidad Funcional y Depresión en adultos mayores del distrito de Huancas, Chachapoyas, 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. Repositorio Institucional UNTRM. <https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/2385>

Runzer-Colmenares, F., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Diaz, G., Pérez, C., & Parodi, J. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(3), 50-57.
<https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>

Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (5°Ed.) Business Support Aneth S.R.L.

Sarrín, M. (2021). Depresión en Adultos Mayores.
<https://tusalud.cayetano.edu.pe/index.php/2021/06/30/depresion-en-adultos-mayores/>

Tupiza, I. (2015). *La relación entre el grado de funcionalidad y depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro hogar de vida 1 de la fundación patronato municipal San José*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7211>

Treviño, S. (2020). *Depresión y capacidad funcional en el adulto mayor* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Monterrey]. Repositorio Institucional UDEM. <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/3485>

Triadó, C y Villar F. (2014). *Psicología de la Vejez*. (1ª Ed.). Alianza Editorial.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, o., Huang V., Adey, M y Leirer, V. (1983).

Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

https://www.academia.edu/32123967/Development_and_validation_of_a_geriatric_depression_screening_scale_A_preliminary_report?auto=citations&from=cover_page

Zagal, L. E. (2021). *Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor*. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma del Estado de Morelos].

Repositorio Institucional UAEM. <http://riaa.uaem.mx/handle/20.500.12055/1666>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, declaro mi participación voluntaria para realizar las evaluaciones psicológicas por el equipo de Bachilleres de la facultad de Psicología Jessica Roxana Bedoya Espinoza y César Jhesús Morales Castro, como parte de su investigación de tesis para optar por el Título Profesional de Licenciatura en Psicología. Asimismo, declaro, tener información sobre el objetivo y procedimiento referido a la administración de los dos instrumentos de medición y, en caso de que requiera información sobre los resultados, se me ha proporcionado el medio por el cual puedo solicitarlos.

Del mismo modo, se me asegura la privacidad de la información proporcionada y que mi participación está libre de todo perjuicio a mi persona, pudiendo dejar de participar o completar la prueba cuando así lo estime conveniente.

Estando de acuerdo con lo señalado, dejo la constancia de mi aceptación.

Chilca, de del 20.....

Firma o seudónimo (Opcional).

Acepto: _____(Marcar)