



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión
en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA**

AUTOR:

Mgtr. Ricardo Nelson Zevallos Zavaleta

ASESOR:

Dr. Máximo Hernán Cordero Ayala.

SECCIÓN:

Humanidades

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

Lima- Perú

2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA MAESTRO (A): ZEVALLOS ZAVALA, RICARDO NÉLSON

Para obtener el Grado Académico de *Doctor en Psicología*, ha sustentado la tesis titulada:

DEPENDENCIA FUNCIONAL, DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEPRESION EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE LIMA

Fecha: 8 de agosto de 2018

Hora: 5:00 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Isabel Menacho Vargas

Firma: 

SECRETARIO: Dr. Rodolfo Fernando Talledo Reyes

Firma: 

VOCAL: Dr. Máximo Hernán Cordero Ayala

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobar por unanimidad*

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

.....
.....
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mi madre, Zoila Zavaleta, quien a sus 91 años es una persona lúcida y llena de sabiduría.

A mis inolvidables amigos Gaspar Maldonado Castillo, Holmes Domínguez Rengifo, Mercedes Año Alfaro y Filomena Tomasa Agurto Castro.

Quienes llevo en mi corazón por haberme brindado su amistad y dejar en mi vida grandes enseñanzas.

Agradecimiento

A todas aquellas personas que en el camino me apoyaron con sus consejos y palabras de aliento para llegar a la finalización de este trabajo.

Al mi asesor el Dr. Hernán Máximo Cordero Ayala, distinguido colega y gran profesional del que guardo admiración.

Declaración de autenticidad

Yo, Ricardo Nelson Zevallos Zavaleta, estudiante de la Escuela de Postgrado, Doctorado en Psicología, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima”, presentada, en 146 folios para la obtención del grado académico de Doctor en Psicología, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 10 de Febrero de 2018



Ricardo Nelson Zevallos Zavaleta

DNI: 25554359

Presentación

Señores miembros del Jurado revisor de tesis

El presente trabajo titulado “Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima” se realizó en cumplimiento al Reglamento de graduación de los estudios de Doctorado y tiene como finalidad determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

La investigación está dividida en seis capítulos:

En el capítulo I se presenta la realidad problemática y el problema de la investigación donde se describe acerca de la senectud y su problemática en ancianos institucionalizados, la justificación, hipótesis y objetivos. En el capítulo II se expresa la metodología, el diseño de investigación, las variables y su operacionalización, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, los métodos de análisis de datos y los aspectos éticos. En el capítulo III se hace una descripción de los resultados. En el capítulo IV se plantea la discusión de los resultados. En el capítulo V tenemos las conclusiones a las que se han llegado y en el capítulo VI las recomendaciones. En el capítulo VII tenemos la propuesta práctica, el capítulo VIII las Referencias bibliográficas y finalmente en el capítulo IX los anexos.

Señores miembros del jurado con la intención de poder contribuir al conocimiento de la realidad dejo este estudio a vuestra consideración para el escrutinio respectivo.

El Autor

Resumen

La investigación titulada: “Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima” pretende contribuir a entender la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

Objetivos: Determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

Metodología: La investigación se realizó bajo el diseño no experimental, descriptivo correlacional porque se determinó la relación entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión teniendo como población a 400 ancianos institucionalizados del asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña y como muestra a 100 ancianos de dicha institución. Para evaluar la dependencia funcional se utilizó el índice de Barthel de actividades de la vida diaria, para evaluar el deterioro cognitivo se utilizó el Mini Examen Cognoscitivo en la versión de Lobo y para evaluar depresión se utilizó el Test de Yesavage adaptados previamente a nuestra realidad. Las variables que se analizaron fueron: dependencia funcional, deterioro cognitivo y depresión en el adulto mayor.

Resultados: Se aplicó como prueba de hipótesis: “Existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima” determinándose que no existe relación significativa entre estas variables, teniendo como resultado principal de la investigación que no existe una asociación entre lo físico, lo cognitivo y lo emocional, es decir entre el auto valimiento frente a las actividades de la vida diaria, con el aspecto cognitivo conservado del paciente y su estado de ánimo o depresión de los ancianos institucionalizados del asilo del distrito de Breña.

Palabras Clave: Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve, depresión.

Abstract

The research entitled: "Functional dependence, mild cognitive impairment and depression in institutionalized elderly people in the city of Lima" aims to contribute to understanding the relationship between functional dependence, mild cognitive impairment and depression in institutionalized elderly people in the city of Lima.

Objectives: To determine the relationship between functional dependence, mild cognitive impairment and depression in institutionalized elderly in the city of Lima.

Methodology: The research was conducted under the non-experimental, correlational descriptive design because the relationship between functional dependence, mild cognitive impairment and depression was determined, having as a population 400 institutionalized elderly in the homeless home in the district of Breña and as a sample to 100 elderly people of said institution. To assess functional dependence, Barthel's index of activities of daily living was used. To assess cognitive deterioration, the Mini Cognitive Examination was used in Wolf's version and to evaluate depression the Yesavage Test was used, previously adapted to our reality. The variables analyzed were: functional dependence, cognitive deterioration and depression in the elderly.

Results: It was applied as hypothesis test: "There is a significant and direct relationship between functional dependence, mild cognitive impairment and depression in institutionalized elderly people in the city of Lima" determining that there is no significant relationship between these variables, resulting in The main research is that there is no association between the physical, the cognitive and the emotional, that is to say, between the self-worth versus the activities of daily life, with the cognitive aspect of the patient preserved and his or her mood or depression. institutionalized elders of the Breña district asylum.

Keywords: Functional dependence, mild cognitive impairment, depression.

Resumo

A pesquisa intitulada "Dependência funcional, comprometimento cognitivo leve e depressão em idosos institucionalizados na cidade de Lima" visa contribuir para a compreensão da relação entre dependência funcional, comprometimento cognitivo leve e depressão em idosos institucionalizados na cidade de Lima.

Objetivos: Determinar a relação entre dependência funcional, comprometimento cognitivo leve e depressão em idosos institucionalizados na cidade de Lima.

Metodologia: A pesquisa foi realizada no âmbito do desenho descritivo não experimental, correlacional, porque a relação entre dependência funcional, deterioração cognitiva leve e depressão foi determinada, tendo como população 400 idosos institucionalizados na casa dos sem-teto no distrito de Breña e como amostra para 100 pessoas idosas da referida instituição. Para avaliar a dependência funcional, utilizou-se o índice de atividades da vida diária de Barthel. Para avaliar a deterioração cognitiva, o Mini exame cognitivo foi utilizado na versão de Wolf e para avaliar a depressão, o teste Yesavage foi usado, previamente adaptado à nossa realidade. As variáveis analisadas foram: dependência funcional, deterioração cognitiva e depressão em idosos.

Resultados: Foi aplicado como teste de hipótese: "Existe uma relação significativa e direta entre dependência funcional, comprometimento cognitivo leve e depressão em idosos institucionalizados na cidade de Lima", determinando que não há relação significativa entre essas variáveis, resultando em A principal pesquisa é que não há associação entre o físico, o cognitivo e o emocional, isto é, entre a auto-estima em relação às atividades da vida cotidiana, com o aspecto cognitivo do paciente preservado e seu humor ou depressão. idosos institucionalizados do asilo do distrito de Breña.

Palavras-chave: dependência funcional, comprometimento cognitivo leve, depressão.

Índice

Carátula	
Página del jurado	ii
Dedicatoria	lii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
Resumo	ix
I. Introducción	15
1.1. Realidad problemática	17
1.2. Trabajos previos	22
1.3. Teorías relacionadas al tema	26
1.4. Formulación del problema	19
1.4.1 Problema general	19
1.4.2 Problemas específicos	19
1.5. Justificación del estudio	20
1.6. Hipótesis	22
1.6.1 Hipótesis general	22
1.6.2 Hipótesis específicas	22
1.7. Objetivos	23
1.7.1 Objetivo general	23
1.7.2 Objetivos específicos	23

II.	Método	24
2.1	Diseño de la investigación	24
2.2	Variables, operacionalización	24
2.3	Población y muestra	27
2.3.1	Población	
2.3.2	Muestra	
2.4	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	29
2.5	Métodos de análisis de datos	29
2.6	Aspectos éticos	30
III.	Resultados	32
IV.	Discusión	
V.	Conclusiones	
VI.	Recomendaciones	
VII.	Propuesta	
VIII.	Referencias	
	Anexos	
	Matriz de consistencia	36
	Instrumentos	37
	Validez de los instrumentos	38
	Base de datos	39
	Acreditación de la institución donde aplicó su trabajo de investigación	40
	Otras evidencias	

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable Dependencia funcional.	64
Tabla 2	Matriz de operacionalización de la variable Deterioro cognitivo leve.	65
Tabla 3	Matriz de operacionalización de la variable Depresión.	67
Tabla 4	Cantidad de residentes institucionalizados en el asilo de desamparados del distrito de Breña.	69
Tabla 5	Distribución de frecuencias de la variable Dependencia Funcional.	79
Tabla 6	Distribución de frecuencias de la variable Deterioro cognitivo.	80
Tabla 7	Distribución de frecuencias de la variable Depresión.	81
Tabla 8	Prueba de normalidad estadística	82
Tabla 9	Contrastación de hipótesis general	83
Tabla 10	Contrastación de Hipótesis específica 1	69
Tabla 11	Contrastación de Hipótesis específica 2	70
Tabla 12	Contrastación de Hipótesis específica 3	71
Tabla 13	Contrastación de Hipótesis específica 4	72
Tabla 14	Contrastación de Hipótesis específica 5	73
Tabla 15	Contrastación de Hipótesis específica 6	74

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1 Variable Dependencia Funcional	65
Figura 2: Variable Dependencia Funcional	66
Figura 3: Variable Dependencia Funcional	67
Figura 4 Resultados obtenidos de la prueba según niveles de logro	68

I. Introducción

En el último medio siglo, la disminución a nivel mundial del índice de natalidad y de mortalidad nos ha llevado inevitablemente y de manera progresiva al envejecimiento poblacional. La situación de la senectud en el orbe a nivel demográfico se ha convertido en todo un reto para este milenio, dado que la pirámide poblacional se ha visto incrementada en el aspecto de los adultos mayores, éstos ahora se sitúan en la parte superior de dicha pirámide en cuanto los jóvenes se ubican en el ápice de una pirámide que ahora es invertida, definitivamente esto se debe al aumento de la población de ancianos y a la disminución del índice de nacimientos. Concordando con lo establecido por el fondo de las naciones unidas para la población conocido por sus siglas como PNUD, un 11.5% de la población mundial está entre los 60 años y más, y esto es notorio en los países desarrollados donde esta cifra se incrementa a un 21.2%, se calcula que para el año 2050 la población de adultos mayores en el continente Europeo será de 22.6%, en otras palabras uno de cada cinco personas en el mundo tendrá a partir de 60 años o más.

En nuestro continente, y específicamente a nivel latinoamericano, el envejecimiento poblacional es una característica demográfica que va tomando importancia dadas las consecuencias económico-sociales que trae como consecuencia una serie de cambios tanto a nivel laboral, habitacional, recreación, educación, entre otros y que redundan en las necesidades de atención primaria de salud a que dará lugar. A través de un estudio realizado en el año 2010, hecho por la Organización Panamericana de la Salud conocido por sus siglas de OPS, se determinó que el índice de envejecimiento en las Américas ha sido de 53 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15 años, refiriendo a la vez en el mencionado estudio que países como Chile, Argentina, Canadá, Cuba y Estados Unidos, entre otros, han superado estas cifras por demás lejanas. Mientras que por otro lado, países como Haití, Honduras y Guatemala, presentan índices de alrededor de 16 adultos por cada 100 niños.

En el Perú, la población de adultos mayores tiene un crecimiento anual del 3.6% por año. Desde el 2011 al 2021 la población de ancianos aumentará en

1'106, 074, y para el 2050 se estima que en nuestro país tendremos una población de adultos mayores de 8'738,032, lo cual equivale a un 21.8% de la población peruana.

En nuestro país la realidad es muy parecida según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, por sus siglas INEI, existen 2'907.138 personas de 60 años a más. El 23,4% de ese total no tiene afiliación a ningún seguro de salud; dicho informe revela que el 32% de las personas adultas mayores en el Perú está asegurado al Aseguramiento Universal de Salud (ASUS); asimismo el 37,5% está asegurado por EsSalud, y apenas un mínimo 7,1% corresponde a otro tipo de seguro de tipo particular. En dicho sentido, no podemos concebir ni aceptar que las políticas del estado les niegue el acceso a un derecho de salud para los ancianos más necesitados.

De lo señalado líneas arriba podemos deducir que la principal preocupación que existe en una sociedad que rápidamente envejece, como es el caso de nuestro país consiste en que cada vez más se incrementan los problemas de salud física y mental, los cuales causan una serie de repercusiones a nivel del autovalimiento, el deterioro cognitivo y emocionalmente aumenta la depresión en los adultos mayores siendo importante y necesario investigar sobre el particular.

El envejecimiento es un proceso paulatino que conlleva a la pérdida de las funciones motoras, sensoriales, cognitivas y afectivas entre otras alteraciones, lo cual nos permite apreciar que las capacidades de reserva del organismo han disminuido y se requieren de programas de intervención para atender a nivel mundial entre un 10 y 15 % de la población senecta que padece de los denominados síndromes de la tercera edad.

Dada la gran heterogeneidad del proceso senescente, el presente estudio pretende indagar acerca de la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la depresión que se convierten en un reto profesional y por tanto necesita ser asumido por la psicología más allá del enfoque clínico/curativo y orientado a

tomar acciones interdisciplinarias, con el fin de preservar la autonomía y la independencia de las personas mayores y de mejorar su calidad de vida de los ancianos institucionalizados.

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio tiene como finalidad dar respuesta a la pregunta, ¿Qué relación existe entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la depresión en los ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima?. Los resultados de esta investigación beneficiarán a la población en general y en especial a los profesionales asistenciales del sector salud para mejorar la atención integral del adulto mayor, así mismo servirá como base teórica para investigaciones futuras. Presentando al final de esta investigación una propuesta de trabajo con adultos mayores institucionalizados y personas en situación de cese o jubilación que redundará en beneficio a su calidad de vida.

1.1. Realidad problemática

En ciertos lugares del mundo, especialmente en Europa, el adulto mayor representa la mayoría de su población, por lo que son personas económicamente activas hasta edades de 70, 80 y 90 años, sin marginación alguna y con oportunidad de trabajo por igual, sin embargo, en los países sudamericanos la productividad es relativo a la edad, y por normas establecidas las personas mayores de 60 años, empiezan a ser desplazadas de sus puestos laborales y relevadas de sus actividades dejándoles sin oficio o actividad alguna, sacándolos de su rutina, esto es tomado como rechazo o marginación por parte de ellos. Si bien Perú como muchos de las países tiene un sistema de pensiones, es un monto insuficiente para vivir cómodamente, entonces adicionalmente a dejar a la persona sin su quehacer diario, se les quita la oportunidad de producir lo necesario para su mantenimiento y/o de su familia, muchas veces estas situaciones causan un impacto tal en el adulto mayor que afecta su salud física.

En este periodo de la vida, una problemática resaltante y de suma importancia es la jubilación y su consecuente pérdida del rol social asignado y aceptado por

la persona que deja de ejercer funciones laborales y que se centra en actividades de ocio y de uso del tiempo libre, considerándose éstas un estado pasivo del individuo a nivel productivo-social y no aceptadas por las personas que se encuentran en edad productiva. El senescente necesita de lugares de interacción e integración con la sociedad, por ese motivo se hace necesario la habilitación de espacios adecuados para su recreación, asistencia médica constante, lugar de reunión para la realización de actividades productivas como talleres, un espacio de usos múltiples que sirvan para impartir a través de conferencias y talleres: sugerencias de auto-cuidado, orientación sobre nutrición, actividades y ejercicios caseros, aprender sobre cómo mejorar la calidad de vida, cómo afrontar la convivencia familiar, etc. De conformidad con la información presentada en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la proporción de adultos mayores en la población era de aproximadamente 8% en 1950 y se calcula que para el 2050 la proporción será de 21%.

A nivel Latinoamericano, México no está libre de este cambio poblacional debido a que en el presente siglo se ha apreciado una aceleración en el proceso del envejecimiento con sus respectivas consecuencias. En dicho país está previsto que la cantidad de ancianos se incrementara de 6,8 millones en 2002 a 22,2 millones en el año 2030 y a 36,2 millones en el 2050. Sin embargo, el aumento en la esperanza de vida no necesariamente significa un mejoramiento en sus condiciones de salud. Contrariamente a lo pensado, una de las dificultades más saltantes en el periodo de la senectud es la disminución o pérdida de las capacidades cognoscitivas funcionales y emocionales del anciano.

En consecuencia, los cambios previstos junto con las enfermedades crónico-degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente pérdida de su independencia y la necesidad constante de ayuda conociéndose por dependencia funcional el desempeño de las tareas de cuidado personal con supervisión, dirección o asistencia de otra persona. Es así que el Consejo de Europa en el año 1998

definió la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”. Según este organismo internacional, la incidencia aumenta con la edad pero la dependencia no es una situación exclusiva de las personas de avanzada edad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia es la “disminución o ausencia de la capacidad para realizar algún tipo de actividad en la forma o dentro de lo considerado normal”. Estas definiciones hacen ver que debe existir otra persona que participe directamente en lo que respecta al cuidado personalizado de los adultos mayores dependientes incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas las cuales son de vital importancia.

En los Estados Unidos en el año 2000 había más de 33 millones de personas de 65 años o más que no se encontraban institucionalizadas, de ellas el 28,8% señalaba que vivía con alguna discapacidad física y 9,6% manifestó tener alguna limitación para cuidar de sí mismo sin la que intervenga otra persona. De acuerdo a los señalado en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España en el año 2001, 36,2% de las personas de 65 años o más necesitaba ayuda de alguien más: 19,2% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 17,0% también necesitaba ayuda para las denominadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Al aumentarse el número de adultos mayores también tendremos por consecuencia un aumento de las necesidades de salud en este grupo poblacional, de tal manera que se incrementará la prevalencia de uno de los problemas más temidos en esta etapa de la vida que está dado por la dependencia funcional. Las repercusiones que conlleva determinan su importancia dado que resaltan aquellas de tipo emocional y del desempeño físico como la disminución de la autoestima y del bienestar autopercebido, las de tipo familiar (como el cambio de rutinas y las relaciones entre los miembros que componen la familia), de otro lado el ofrecer los cuidados especiales, la

institucionalización y todas sus implicancias de tipo económico tanto en el ámbito personal, social, familiar inclusive gubernamental a nivel de políticas de salud pública.

Dada esta situación se hace preciso reconocer los factores que están asociados con la dependencia funcional de las personas de la tercera edad a fin de realizar ABVD que vienen a ser parte de lo que evaluamos en este trabajo de investigación.

De acuerdo con Conde & Jarne (2006, p.43) un trastorno que se ha convertido en un importante problema de salud mental a nivel mundial es la depresión el cual en la actualidad se considera como uno de los principales problemas de salud mental de las personas senescentes. La depresión presenta condiciones muy peculiares como aislamiento social, baja producción laboral, discapacidades, postramiento, sobremedicación (Gómez-Restrepo et al., 2004), en circunstancias que surgen este tipo de trastornos depresivos. Por otro lado, se evidencia la subvaloración que se da de parte del personal asistencial al diagnóstico de esta enfermedad que junto con la ansiedad es uno de los más comunes, sin embargo algunos teóricos asumen que la depresión forma parte de un proceso de envejecimiento normal, desconociendo que la depresión está estrechamente relacionada con la calidad de vida del anciano como lo manifiestan en sus estudios Alexandre, Cordeiro & Ramos (2009, p.56).

De acuerdo a lo señalado con anterioridad, existe el problema del rápido crecimiento a nivel poblacional donde los adultos mayores han incrementado su número según lo refiere la Organización de las Naciones Unidas (2009) quienes proyectan para Latinoamérica que el 9% del total de su población serán personas con 65 años o más, y para Brasil, Argentina, Chile y Uruguay estos números serán 9.6%, 11.9%, 12.1% y 15 %, respectivamente; mientras que para Ecuador y Bolivia serán 8.8% y 5.8% con proyecciones al 2020.

Según datos recogidos del censo de Colombia del año 2005, el 6.3% de la población en ese país tenía 65 ó más años y se proyecta que en el 2020 esta

cifra sea del orden de 8.5% según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2007, p.12).

En el Perú, el grupo con más limitaciones funcionales que afectan su independencia en el diario vivir es el de los ancianos, por lo que necesitan una valoración geriátrica de tipo integral y asistencia de forma especial; asimismo, se incrementa el número de individuos con enfermedades mentales, cognitivas y comportamentales, lo que hace más difícil su cuidado a largo plazo (Hirschfeld & Lindsey, 2002, p.23). A nivel nacional este contexto señala la necesidad de mayores coberturas del sistema universal de aseguramiento de salud, así como un mayor número de instituciones de cuidado del adulto mayor y/o mejoría de las ya existentes, con la finalidad de asistir de una forma más adecuada a este grupo etario de la población.

Los continuos fracasos de los gobiernos de turno han conducido a no contar con políticas adecuadas para la atención al adulto mayor, cuyas consecuencias más notorias se encuentran en el estado de casi abandono y el poco apoyo que se le brinda a las personas de esta edad de oro, convirtiéndose en una pseudo solución la institucionalización de estos en casas de reposo, residencias, albergues o asilos como una manera de excluirlos de la sociedad. Por muchos es conocido que en esta etapa de la vida es donde se generan la mayor cantidad de gasto a nivel de salud y seguridad social en general siendo de gran importancia como lo señalan Aranda, Pando, Flores & García (2001, p.48) la ayuda que pueden brindarle los familiares tanto a nivel material como afectivo y que contribuya a una adecuada socialización de las personas mayores.

Además de lo anteriormente señalado, podemos manifestar que las instituciones que albergan a los adultos mayores no siempre son las más adecuadas debido a que las personas con más carencia o en situación de abandono son los que sufren más maltrato. Por otro lado, las personas cercanas a esta realidad que muchas veces son familiares y amigos, consideran a los ancianos como personas de carga y según lo refiere Cerquera (2008, p.92) el desarraigo, generando expectativas que no son

cubiertas; el aislamiento con el medio, el maltrato que sufre y/o la situación de abandono, entre otras características causa en el propio anciano sentimientos de inutilidad.

Es justamente allí donde se hace necesario contar con instituciones como el hogar asilo de ancianos desamparados que bajo la labor altruista de las hermanas de la congregación de Santa Teresa de Jornet vienen desarrollando una labor muy sacrificada al no contar este asilo con el apoyo necesario del estado ni del gobierno regional o local.

Esta situación se ve reflejada en una serie de carencias o necesidades materiales que presenta la institución en mención como es en alimentación, pañales, ropa, medicinas que las hermanas tratan de cubrir pero sin embargo no se abastecen.

Asimismo, desde el lado emocional a pesar de los cuidados y atenciones los adultos mayores se encuentran por su misma edad postrados, otros con dificultades de autovalimiento, existen otros que necesitan ayuda mientras que muy pocos son los que se valen por si mismos o son completamente independientes; encontramos también personas con dificultades de orientación, memoria y de manera general conllevarlo al deterioro cognitivo.

Según lo referido por Santos (2010, p.66), los estados de depresión se encuentran asociados con las condiciones de vida y la falta de contacto social, de acuerdo a lo observado con la mayoría de ancianos que viven en diversos albergues o asilos. Estudios realizados por Pérez y Arcia (2008, p.79) han reportado la asociación existente entre viudez y el incremento de trastornos depresivos, y de igual manera con el estado de salud física, el desarrollo de actividades de la vida diaria y la autonomía de las personas de la tercera edad que se ven mermados a raíz de sus condiciones de vida.

1.2. Trabajos previos

Existen muy pocas investigaciones sobre las variables de estudio que han abordado la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la depresión de los adultos mayores, mencionando por consiguiente alguna de estas:

A nivel internacional:

López, Dolores y Navarro (2013) estudiaron en España los diversos factores cognitivos resaltantes que permiten diferenciar a los ancianos sanos de otros que presentan deterioro cognitivo, este estudio fue realizado con una población de 264 ancianos, de 65-96 años, considerando aprendizaje, memoria de trabajo y fluidez verbal, a partir del corte de 24 puntos en el mini examen cognitivo. En los resultados se obtuvo que al analizar de manera discriminativa el mejor indicador del deterioro cognitivo fue el rendimiento en fluidez verbal (FVS), en segundo lugar, la atención sostenida y luego el potencial de aprendizaje. Las tareas de FVS y atención sostenida evidenciaron unas áreas bajo las curvas ROC de 0,811 y 0,777, respectivamente. Para la FVS, un punto de corte de 10 palabras tuvo una sensibilidad para la discriminación de los ancianos sin deterioro del 74% y una especificidad del 80%, así como la atención sostenida mostró una sensibilidad del 68,4% y una especificidad del 68,6%.

Pérez y Morejón (2013), estudiaron en Cuba los procesos cognitivos y afectivos en adultos mayores del lugar denominado Santa Marta en el municipio Cárdenas, mediante una investigación de tipo descriptivo-transversal, se consideró una muestra de 18 ancianos, 12 mujeres y 6 hombres, entre un rango de edad de 60- 90 años durante el período de Agosto-Septiembre de 2013. Asimismo, los investigadores usaron entre las técnicas de medición psicológicas la observación, la entrevista, el Mini mental-Abreviado de Folstein, el Test Escala Psicoafectiva (CITED), el completamiento de frases de J. Rotter, el Inventario de ansiedad (Estado-Rasgo) Idare, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Obteniéndose como resultado que en los ancianos de la muestra prevaleció un 7 déficit cognitivo, destacando alteraciones en procesos como la memoria, atención y orientación. Además se demostró la

existencia de alteraciones Psicoafectiva, originadas por la disfuncionalidad del medio familiar, la reducción de sus actividades sociales y la autopercepción que tiene el anciano con respecto al envejecimiento.

Rosina y otros (2013) en Brasil, indagaron acerca de la correlación entre la capacidad funcional del adulto mayor y la sobrecarga del cuidador, mediante un estudio de tipo cuantitativo y transversal, efectuado en el norte del estado de Paraná con una muestra de 178 senectos diagnosticados con incapacidad funcional y sus respectivos cuidadores. Fue empleada la Escala de medida de Independencia Funcional para evaluar la capacidad funcional del adulto mayor y la Interview Zarit Burden para evaluar la sobrecarga del cuidador. El estudio fue aplicado a un grupo de gerontes viudas de sexo femenino, con un promedio de 79,9 años de edad, quienes requerían de hasta un 50% de ayuda para realizar tareas de la vida diaria. En su mayoría quienes cuidaban a estos ancianos eran personas de sexo femenino, hijas de estas personas, casadas, con un promedio de edad de 56,7 años; muchas de ellas manifestaron una sobrecarga moderada; mientras que los varones presentaron mayores probabilidades de tener menor sobrecarga que las mujeres y cuanto más independiente es el adulto mayor, mayor es la probabilidad de menor sobrecarga de la persona cuidadora.

Sanhueza et. al. (2012) en Chile, hicieron una investigación acerca del efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de ancianos que provenían de un centro de salud familiar localizado al sur de Chile, mediante un estudio de tipo experimental puro participaron un grupo de gerontes comprendidos entre los 65 y 79 años evaluándose en ellos la funcionalidad en relación con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y percepción de la propia salud, hallándose una correlación fuerte entre la participación en el programa de autocuidado y la carencia de dependencia para las necesidades funcionales básicas con un valor $p=0,0001$; funciones mentales intactas valor $p= 0,01$ y buena percepción propia de la salud valor $p=0,0002$.

Martínez y Hyver. (2011) en México, analizaron el índice prevalente de los síndromes geriátricos en mujeres residentes en un albergue geriátrico dentro de un centro hospitalario mediante un estudio de tipo descriptivo-transversal, las cuales se les realizó una valoración geriátrica completa. La muestra estuvo conformada por 171 mujeres, con un promedio de edad de 81.3 años. Dando como resultados que el síndrome geriátrico más común fue la afección de pies, con una prevalencia del 93%. Asimismo, los síndromes con menos frecuencia fueron la incontinencia fecal, el delirium, los trastornos hidroelectrolíticos y el abuso-maltrato con 0%. Las caídas, la depresión y el deterioro cognitivo tuvieron la misma prevalencia en la residencia y en el hospital. Esta prevalencia de síndromes geriátricos fue determinada de acuerdo al nivel socioeconómico, cultural y por la edad misma.

Formiga y otros (2006) en España, investigaron sobre las alteraciones sensoriales mas comunes en los ancianos de mas de 89 años, donde determinaron la prevalencia del deterioro de la función visual y auditiva en relación entre éstas y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. La información fue recopilada utilizando los siguientes instrumentos: Índice Barthel (IB), índice Lawton y Brody (IL), cognición con el mini examen cognitivo de Lobo (MEC). Se evaluó la capacidad de visión de cerca con tablas Snellen y la capacidad auditiva con el test del susurro. Intervinieron en esta investigación 186 pacientes nonagenarios, con una edad promedio de 93,06 años (76,5% mujeres), el 74% vivía en su casa, el resto estaba institucionalizado. El 38% presentaba visión patológica y en otro 30% correcta, aunque corregida con lentes. En el 40% había un déficit auditivo no corregido y en otro 8%, corregido con audífono. El 18% presentaba un déficit doble, y un 5,3%, una doble corrección ortopédica. Por último, la pérdida en la visión y audición en las personas mayores de 89 años es frecuente, estando la capacidad para realizar actividades instrumentales disminuidas en las personas con pérdida visual o con doble pérdida sensorial.

A nivel nacional:

Bartra y Carranza (2013) en la ciudad de Tarapoto, encontraron que la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Puesto de Salud Huayco Tarapoto están vinculadas, mediante un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, utilizaron instrumentos de medida como el Inventario de depresión de Beck conformada por 21 ítems y el Formato de Evaluación Integral del Adulto Mayor del Minsa (sección de Calidad de Vida), la cual consta de 33 ítems. Entre las propiedades psicométricas de los instrumentos se demostró que son válidos y confiables, apreciándose que existe una relación negativa y altamente significativa entre la depresión y la calidad de vida ($r = -0.432$, $p < 0.01$). Esto significa que cuanto mayor sea la depresión, la calidad de vida se verá afectada.

Rebagliati y otros (2012) en la provincia constitucional del Callao, determinaron los síndromes geriátricos en gerontes hospitalizados, mediante un estudio descriptivo y de tipo transversal, desarrollado en el Centro Geriátrico Naval, del Callao, con una población de 711 pacientes de 60 a más años de ambos sexos, hospitalizados entre Enero del 2010 y Noviembre del 2011. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Agudos del Centro Geriátrico Naval de los pacientes hospitalizados durante este periodo. Se midió los riesgos de malnutrición (MNA), funcionalidad (Índice de Barthel), riesgo de problema social (Escala de Gijón), depresión (Escala Geriátrica de depresión de Yesavage) y deterioro cognitivo (MMSE). El análisis se realizó con el programa STATA versión 11. La edad promedio fue de 78 a 82 años. Un 91,4% registró polifarmacia, un 69,2% hipertensión, un 46,3% diabetes mellitus tipo 2 y un 35,2% malnutrición y caídas. Desde el punto de vista social se evidenció 37,1% dependencia funcional y con problema social un 35,4%. Por último en el aspecto mental, se encontró una prevalencia del 62,2% con depresión y un 34,4% con deterioro cognitivo.

Paz (2011) en Iquitos, demostró la prevalencia del episodio depresivo en ancianos que viven en la Selva Peruana. Para ello se utilizó una muestra de 1187 adultos de 60 años a más, quienes viven en la zona urbana de Iquitos,

Tarapoto y Pucallpa aplicanose como instrumentos el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia, el Mini Mental State Examination de Folstein, el Cuestionario de Violencia Familiar de Anicama y colaboradores, el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española CIE-10, de Sheehan y colaboradores y el Cuestionario de Pfeiffer. Se cuantificaron relaciones significativamente mayores ($p < 1$ en las puntuaciones de las tres poblaciones, determinándose la existencia de una correlación positiva a un nivel de significancia de 0.01, señalando que no se presenta el trastorno de la depresión, sino la presencia de algunos síntomas como tristeza, minusvalía, culpabilidad, pérdida de confianza, entre otros, que son producto del nivel de afrontamiento frente a las situaciones estresantes a que se ven expuestos los tres grupos poblacionales en conclusión los factores como el estado civil, nivel socioeconómico, fuentes de estrés, redes de apoyo y enfermedades relacionadas, influyen en la presentación de síntomas depresivos independientemente de la edad.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Definición de adulto mayor según OMS.

Adulto Mayor de acuerdo a OMS es toda aquella persona que en países subdesarrollados sobrepasa la edad de 60 años mientras que en países primer mundistas está por encima de los 65 años.

El concepto de adulto mayor presenta un muy relativo en la actualidad debido a que ha aparecido como alternativa para dar una definición de ancianos, llamados posteriormente adultos de la tercera edad. En definitiva es aquella persona que tras la etapa de la adultez se encuentra en la última etapa de la vida y por consiguiente está más cerca al fallecimiento natural. Siendo esta fase acompañada de pérdida de facultades cognitivas convirtiéndose sus necesidades mayores y de mayor atención o cuidado.

Se tienen personas en esta etapa de la vida donde lo sobre llevan de manera difícil y ciertamente compleja, en especial en aquellos casos en los que el cuerpo comienza a presentar dificultades y limitaciones.

Particularmente porque en este periodo vital el adulto mayor o senecto ve disminuida sus actividades sociales, le resulta muy difícil trabajar y en consecuencia esta situación lo conduce a estados de ánimo de aislamiento, soledad y depresión. Sin embargo, no todas las personas tienen un mismo proceso de envejecimiento, ni en lo que se refiere a morfología ni en lo relacionado a funciones, existen factores o condiciones que permiten clasificar mejor a un senecto, entre ellos se encuentran :

- a) La Edad Cronológica: en lo que respecta al tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los años, meses y días.
- b) La Edad Biológica: referida al estado funcional de los órganos de nuestro cuerpo en comparación con patrones estándar establecidos para cada edad o grupos etarios.
- c) La Edad Funcional: la cual se muestra en la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad.

En base a este último factor se suele clasificar a los adultos mayores de la siguiente forma :

Independiente o Auto Valente: Es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria como comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental.

Frágil: Aquella persona que es capaz de realizar determinadas actividades de su rutina y de la vida diaria por sí solo, pero que presenta ciertas limitaciones o impedimentos para otras.

Dependiente: Son aquellas personas que necesitan del apoyo constante de otras personas debido a que evidencian problemas severos de salud funcional y/o mental.

El adulto mayor durante el avance de su envejecimiento, suele presentar ciertas afecciones, por ello en la medicina hay dos disciplinas que se ocupan científicamente de esta etapa:

La geriatría, En cargada de las enfermedades de la vejez y de sus tratamientos; y la gerontología, la ciencia que trata los fenómenos de los mismos. Entre las afecciones o enfermedades típicas que afectan el cuerpo del adulto mayor están:

Incontinencia,

Traumatismo por accidentes y caídas,

Incremento de grasa corporal o exceso de peso,

Problemas de la vista,

Problemas del corazón, como hipertensión,

Osteoporosis,

Artrosis,

Arterioesclerosis,

Artritis,

Parkinson,

Sordera,

Accidente Cerebro vascular.

Entre las afecciones o enfermedades típicas que afectan la mente del adulto mayor están:

Depresión

Insomnio

Estrés

Pérdida de la memoria

Paranoia

Baja autoestima

Alzheimer Demencia senil

Muchas de estas afecciones suelen ser síntomas de enfermedades que avanzan conforme a la edad, algunas se deben a la vida sedentaria o problemas de salud hereditarios. El anciano es consciente, que está en la última etapa de su vida, ya habiendo realizado la mayoría de sus proyectos. En esta etapa de vida, el adulto mayor, en la mayoría de los casos, se encuentra jubilado y, por ende, el nivel de ingreso económico decrece, los temas de salud

por la misma edad se asocian y pueden llegar a traer problemas más críticos en sus vidas.

Estas situaciones generan en algunos casos rechazo de las propias familias, por lo que podemos considerar un problema que va creciendo: el abandono. Para los que disponen de los medios económicos, consideran internar a sus familiares adultos mayores en centros especializados. En la actualidad, como consecuencia de la demanda, estos centros se han especializado cada vez más, creando ambientes de mucha comodidad y cuidados envidiables, aunque por supuesto, los servicios van de acuerdo al ingreso económico de cada familia, por lo que no todos tienen acceso a estos tratos.

Hasta hace unos 10 años este grupo poblacional fue fuertemente discriminado, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente personas adultas que ya no cumplen con sus tareas. Pero una vez demostrado que el envejecimiento no tiene por qué venir de la mano con el deterioro agresivo y que cada año aumenta la población adulta mayor, los gobiernos han establecido herramientas como: leyes, normas, programas y espacios que brindan la oportunidad que todos los adultos mayores tenga la oportunidad de tener beneficios necesarios principalmente en el sector salud y servicios sociales y de esa manera mantenerse activos en la sociedad. También han surgido programas y campañas que promueven el respeto y la integración del adulto mayor en la sociedad como se ve a continuación.

En el estado del arte encontramos diferentes definiciones relacionadas con la senectud no obstante existen entre ellas algunas coincidencias al referirse que la vejez es un proceso personal el cual está determinado por aspectos biológicos como es el caso de la herencia, la salud, el nivel socio-económico, la experiencia formativa, las influencias sociales, los rasgos de personalidad, y hasta el tipo de ocupación que ha desempeñado.

1.3.2. El envejecimiento a nivel mundial:

Actualmente ha tomado mucho interés el estudio de los procesos de transición demográfica y a nivel epidemiológico principalmente porque el envejecimiento poblacional que fue comenzado en Europa en países con transición temprana se ha visto incrementado y extendido a otras partes del orbe, a la vez que se ha visto acelerado. Consecuentemente se han desarrollado cambios en la morbi-mortalidad, que ha cambiado la demanda de los servicios de salud pública.

Según lo refieren Ávila, Vásquez y Gutiérrez (2007, p.40), históricamente nos podemos remontar a los años 1950 donde según cálculo efectuado por la ONU en 1950 habían aproximadamente alrededor de 200 millones de ancianos, que se incrementó en el año 1975 a 350 millones, comprobándose para el 2000 un aumento a 600 millones (10 % de los habitantes del planeta) considerándose que para el año 2025 el número de ancianos pueden llegar a los 1100 millones lo que significa un aumento del 224% contados desde el año 1975. Se especula que para ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones.

De acuerdo al último informe de proyección de la ONU, se estima que el país más vetusto del mundo será España calculado para el año 2050, esto se traduce en un proceso acelerado de envejecimiento que aproximadamente representará el 17,3% del total de la población entre 65 años y más.

En una publicación del año 2011 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refirió que en el 2010 el índice de envejecimiento en las Américas ha sido de 53 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15 años, superando este índice a Canadá, Cuba, Estados Unidos, Argentina y Chile, entre otros. Los dos primeros países tuvieron un índice de alrededor de 100, mientras que países como Haití, Honduras y Guatemala, tienen índices de alrededor de 16 adultos por cada 100 niños.

En el 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 15% de la población mundial y para el 2050 se incrementará al 22%, vale decir alrededor de 2000 millones de adultos mayores. En el 2010, se estimó una población de adultos mayores de 60 años del 9.6% para América Latina; y, para el 2020, del 12.4%. La población adulta mayor del Perú pasó del 10.7% (2006) de la población total del país a 12,0% (2010). Este incremento se observa con más claridad en la población entre 60 y 79 años, (42,4% a 46,4%); mientras que en los adultos mayores de 80 y más años de edad, la tendencia no es clara (44,20% a 45,4%, con un pico el año 2009 de 48,1%). Se prevé que en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3,613'000 adultos mayores y, para el año 2025, será de 4,470'0001.

De acuerdo a diversos estudios se ha comprobado que el envejecimiento de la población en gran parte del orbe es un hecho, en especial en países altamente desarrollados existe ausencia de niños y jóvenes. Existe en el imaginario de muchas personas el estereotipo de la vejez asociada al deterioro físico y mental, el abandono y la negligencia, no obstante esta imagen no es del todo cierta pues a raíz del surgimiento de la seguridad social en el siglo pasado ha mejorado las condiciones del adulto mayor particularmente en Latinoamérica.

A lo largo del proceso de senectud se van a producir un conjunto de cambios a nivel fisiológico que conllevan a un estado físico caracterizado por un déficit en la reserva funcional y un decremento de la capacidad de acondicionarse a esos cambios. Esto hace que los ancianos muestren un desempeño diferente a la respuesta orgánica que puede dar un organismo joven. En tal sentido el anciano evidencia un conjunto de características que lo hace diferente al joven o adulto joven siendo lo más saltante las siguientes características:

Aparición de la enfermedad de manera atípica: con bastante frecuencia aparece de manera atípica la enfermedad en el adulto mayor, evidenciando un conjunto de características propias a este grupo etario. De tal forma pueden aparecer una serie de síntomas inespecíficos en vez de los comunes

síntomas de una dolencia entre estos síntomas atípicos podemos encontrar: agotamiento, anorexia, desinterés, caídas, incontinencia. Estos síntomas que no son a la vista precisos necesitan ser interpretados después de efectuar una exhaustiva valoración a nivel geriátrico del senecto pues en muchas ocasiones es la primera señal de una enfermedad o dolencia grave.

Pluripatología: Es muy común la aparición de múltiples enfermedades agudas o crónicas en el anciano.

Polifarmacia: El paciente adulto mayor a nivel farmacocinético y farmacodinámico presenta determinadas características incrementadas al exagerado consumo de medicamentos que pueden sobrepasar los 5 y que por lo general van a exacerbar la aparición de efectos secundarios y respuesta adversas no deseados y que influyen en otras enfermedades subyacentes.

Deterioro funcional y cognoscitivo: Los cambios funcionales y cognitivos ayudan a favorecer a la detección del aspecto clínico relacionado con el tiempo de evolución y el nivel de impacto en el adulto mayor.

Problemas sociales: Según avanza la persona en edad se incrementa el nivel de dependencia asimismo se dificulta su sociabilidad ocasionando en muchos casos abandono por parte de los hijos o sentimientos de soledad.

1.3.3. Informe Técnico de la situación de los adultos mayores desde abril hasta junio del 2017.

El Instituto Nacional de Estadística e Informativa (INEI) presentó en setiembre del 2017 un Informe Situacional de la Población Adulta Mayor, en el cual se evidencian indicadores demográficos, sociales y económicos de la población mayor de 60 años así como de sus condiciones de vida. La finalidad de este informe consistió en establecer a partir de la información disponible, un marco referencial para aproximarse a las dimensiones del proceso senescente de la población. Este Informe Técnico contiene indicadores de hogares con presencia de adulto mayor, educación, salud, cobertura de programas sociales,

acceso a la identidad, servicios básicos y actividad económica; que caracterizan a los adultos mayores según sexo y área de residencia.

1.3.3.1. Indicadores del Adulto Mayor

a) Envejecimiento de la Población

Como consecuencia de los cambios a nivel poblacional en la sociedad peruana es estas décadas la estructura por edad y sexo de la población está experimentando una serie de cambios. En la década de cincuenta, la estructura poblacional peruana estaba conformada principalmente por niños y niñas, de tal manera encontramos en estadísticas de aquella época que de cada 100 personas 42 personas eran menores de 15 años de edad; situación muy diferente en el año 2017 donde 27 de cada 100 habitantes son menores de 15 años. En consecuencia en este proceso de envejecimiento de la sociedad peruana, la proporción de la población adulta mayor pasó de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017.

b) Hogares con algún miembro adulto mayor

Durante el segundo trimestre del 2017, el 41,8% de los hogares peruanos tenía entre sus integrantes al menos una persona de 60 o más años de edad. En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, con el 45,5%. Le siguen los hogares del área rural entre los que el 40,4% cuenta con un/a adulto/a mayor. En tanto en el área urbana (no incluye Lima Metropolitana) en el 39,8%, existe una persona de este grupo etario.

c) Hogares conducidos por adultos/as mayores

Del total de hogares de nuestro país, el 27,2% tiene como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor. De acuerdo al género existen más mujeres que hombres adultos/as mayores como cabeza de hogar. Así, del total de hogares que son dirigidos por mujeres el 33,0% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 25,0% son adultos mayores. Esto resalta más en el área rural, donde el 41,6% de los hogares son conducidos por mujeres adultas mayores, en el caso de los hombres es el

23,5%. En el área urbana, la diferencia por sexo es de 5,8 puntos porcentuales, las mujeres adultas mayores jefas de hogar significan el 31,4% frente a 25,6% de los hombres.

d) Nivel educativo alcanzado por la población adulta mayor

El 14,8% de los gerontes no cuenta con un nivel educativo o solo refieren nivel inicial, el 40,8% alcanzó estudiar primaria; el 23,3% secundaria y el 21,0%, nivel superior (14,6% superior universitaria y 6,4% superior no universitaria). Hay un gran espacio entre hombres y mujeres adultos/as mayores en el nivel educativo sin nivel/ inicial, donde el 22,7% de las mujeres no tienen algún nivel educativo, los varones en la misma situación representan el 6,2%, siendo la brecha de 16,5%. Se aprecia que las brechas son menores cuando el nivel educativo alcanzado es mayor, así, en educación superior la brecha es 10,5%, donde el 26,5% de los varones tienen educación superior (universitaria y no universitaria), y las mujeres de este grupo etario con este nivel equivalen al 16,0%.

e) Acceso a programa social Pensión 65

Un 23,7% de la población de 65 años de edad en adelante se beneficia del programa social Pensión 65. Comparado con similar trimestre del 2016, la proporción de la población beneficiaria se mantiene en los mismos niveles. Según área de residencia, el 60,3% de los/as adultos/as mayores del área rural acceden a este programa social, mientras en el área urbana el 17,3% y en Lima Metropolitana el 1,6%.

1.3.3.2. Población con algún problema de salud crónico

En la población masculina, este problema de salud afecta al 72,9%, mientras que el 78,7% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico habiendo 5,8 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana (82,4%) son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en Lima Metropolitana y el área rural son respectivamente el 77,6% y 73,4%. En menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores

padecen de problemas de salud crónica en todos los contextos geográficos.

a) Discapacidad

Del total de la población que padece alguna discapacidad el 41,6% son adultos mayores. En el caso del género femenino que padecen alguna discapacidad el 44,7% son adultas mayores, mientras que en los hombres es 38,9%. Esto evidencia una diferencia de 5,8% entre ambos sexos, donde la mujer adulta mayor es quien más padece de algún tipo de discapacidad.

1.3.3.3. Actividad Económico-social

a) Condición de actividad

Los gerontos que están considerados dentro de la Población Económicamente Activa (PEA) representan el 58,0%, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, 70,2% y 46,8%, respectivamente. Los ancianos que no forman parte de la PEA, representan el 42,0%, donde el porcentaje de mujeres es mayor al de los hombres en 23,4%

b) Afiliación a Sistema de pensión

El 37,6% de los ancianos está afiliado a un sistema de pensión. En el trimestre Abril-Mayo-Junio 2017, el 20,2% estuvo afiliado a la Oficina de Normalización Previsional (ONP), seguido por el 9,2% de afiliados a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y el 4,7% a la Cédula viva.

c) Aspecto social

Vale destacar que de conformidad a las estadísticas publicadas por el INEI, la población de los anacianos es una de las que menores sueldos perciben en el Perú. Según el INEI, se proyecta que en los años venideros el Perú entrará en una etapa de acelerado envejecimiento poblacional, lo cual exigirá que el país asuma desafíos que tomen en cuenta las nuevas demandas y necesidades que surgirán a lo largo de este proceso. Esta

situación ha generado que el gobierno establezca normas y decretos para la población senescente entre las cuales encontramos:

Ley N° 28803, de las personas adultas mayores.

Ley N° 29699, que fortalece la tutela del incapaz o adulto mayor mediante la modificación de diversos artículos del código civil.

Ley N° 28735, que regula la atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas y adultos mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos y fluviales y medios de transporte.

Ley N°28683, que modifica la Ley N° 27408 la cual establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores en lugares de atención público.

Ley N°300088, que declara el 26 de agosto de cada año, como Día Nacional de las Personas adultas mayores.

Ley N° 28867, que modifica el artículo 323 del Código Penal y tipifica la discriminación de las personas adultas mayores.

Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES que aprueba la Política Nacional en relación a las Personas adultas mayores.

Decreto Supremo N° 009-2010-MIMDES establece los requisitos mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para las PAM.

Decreto Supremo N° 013-2006-MIMDES que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28803, Ley de las Personas adultas mayores

Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP que aprueba el Plan Nacional para las Personas adultas mayores.

Asimismo, mediante las diversas instituciones del Estado se brinda atención y ayuda para el gerente así encontramos al Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables quienes brindan una serie de espacios y servicios a saber:

El Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM): es un espacio de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios ofrecidos por la municipalidad para

el bienestar y la promoción social de los ancianos dentro de un entorno de cogestión y participación de la PAM (programas sociales que promueven la participación) y la familia.

Centro de Atención Residencial para PAM (CARP): llamado también Centro Residencial, Casa de reposo u otro local análogo, el cual está destinado a ofrecer atención integral en especial de tipo vivienda para ancianos existiendo dos tipos de CARPAM: los Centros Gerontológicos y los Geriátricos.

Asimismo, el Ministerio de salud ofrece:

Club del Adulto Mayor (CAM): centro donde se previene, informa y educa sobre estilos de vida saludable, habilidades para la vida y autocuidado; además, promueven un adecuado contexto social, psicológico y hasta económico; a través de talleres manuales, sugeridos como parte de su terapia física, elaboración de productos cuya venta representa un ingreso económico adicional.

El Seguro Social de Salud, EsSalud, ofrece:

Centros del Adulto Mayor son lugares apropiados para el encuentro de personas adultas mayores con la finalidad de mejorar el proceso del envejecimiento a través de una serie de talleres y actividades recreativas y socioculturales que mejoren su estilo de vida.

CIRAM es un servicio Gerontológico Social que brinda EsSalud a los adultos mayores asegurados, organizados en asociaciones en zonas geográficas donde no existe un CAM. Estas actividades incluyen talleres ocupacionales, artísticos, de Cultura Física, de auto cuidado. Así como actividades socio culturales y de turismo social.

En el año 2011 a través del Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social creó el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, con el objetivo de brindar protección a los

grupos sociales vulnerables, entre los que están incluidos adultos a partir de los 65 años de edad con carencias en las condiciones básicas para su subsistencia. Estos gerontes en situación de extrema pobreza durante mucho tiempo fueron marginados por la sociedad y nunca fueron tomados en cuenta por el Estado. Este programa Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la urgente necesidad de dar protección a un sector tan vulnerable de la población otorgándoles una subvención económica.

Por otro lado, existen dentro del territorio nacional diversas instituciones interesadas en ofrecer apoyo a los adultos mayores las cuales están registradas en el Instituto Nacional de Planificación:

Asociación Horizontes de la Tercera Edad, tiene un consultorio en un sector de Lima.

Centro de Investigación y Desarrollo Gerontológico. (CIDEG), tiene consultorios en parroquias en distritos de Lima.

Fundación Peruana de Ayuda a la Tercera Edad (FUPATE), tiene consultorios externos de atención médica, odontológica y talleres ocupacionales.

PRO – VIDA – PERU, trabaja en asentamientos humanos en el puerto del Callao (atención médica, psicológica y social).

La Asociación de Empleados Jubilados del Sector Público, así como la Asociación Nacional de Cesantes y Jubilados de Educación (ANCIJE) poseen clubes de jubilados y esta última un policlínico afiliado a la seguridad social.

Club de Jubilados del Instituto Peruano de Seguridad Social.

También se han formalizado iniciativas sociales llamadas “Organizaciones de Personas Adultas Mayores”, grupos formado por personas de 60 años a más, que se agrupan con la finalidad de cubrir algún tipo de necesidad, estimular la participación, la solidaridad y el bien común. La Ley del adulto mayor, dispone que, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables establezcan un registro central de organizaciones de personas adultas

mayores. Es claro que en los últimos años se han multiplicado las “casas de reposo”, “hogares de adultos mayores” o “residencias para el adulto mayor”, que en su gran mayoría su finalidad consiste en lucrar, no obstante no cumplen con los requisitos mínimos para la atención de estos pacientes.

1.3.4. Cambios que se presentan en el adulto mayor

a) Afecciones geriátricas. Alrededor de los 60 años suelen aparecer dolencias comunes de la vejez, como la pérdida de audición, cataratas, dolores de espalda y de cuello. A medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo. Por ello, los controles médicos son importantes.

b) Reducción de la musculatura. Los cambios en el organismo a nivel de calcio favorecen la aparición de enfermedades como la osteopenia y la osteoporosis, son propias de la edad. Mantener hábitos saludables, llevar una dieta equilibrada y realizar actividad física en forma regular pueden contribuir a reducir el riesgo de padecer estos males y mejorar las facultades físicas.

c) Cambios en la piel. La piel de las personas pierde elasticidad con los años. Las personas adultas mayores tienen a presentar la piel más delgada y seca, susceptible de dañarse con cualquier agente externo, como los rayos solares e incluso con ciertos jabones. Por ello, se deben escoger productos adecuados para este tipo de piel.

d) Incontinencia urinaria. Aunque este descontrol es más común entre las personas mayores, no forma parte del proceso normal del envejecimiento. Sin embargo, pueden presentarse escapes de orina en esta edad por una alteración en el funcionamiento de la vejiga.

e) Deterioro cognitivo. Consiste en la disminución de las funciones cognitivas particularmente la atención, la memoria y la velocidad de procesamiento de la información. Es recomendable realizar ejercicios sencillos de memoria y mejorar la actividad social para mantener estas funciones en estado óptimo.

f) Cambios emocionales. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también llega con otras transiciones de la vida, como la

jubilación, el casamiento de los hijos o la muerte de amigos o de la pareja. Por ello, es muy importante que en esta etapa, la persona esté acompañada y realice actividades que eviten alteraciones, como la apatía y ansiedad.

Ante estos cambios físicos y emocionales, es aconsejable tener una alimentación saludable, practicar ejercicios de forma regular, al menos 30 minutos tres veces al día, y llevar una relación cordial con la familia. Acompañar al adulto mayor y dedicarle un tiempo y espacio es la mejor arma para prevenir una vejez con complicaciones.

1.3.5. La capacidad funcional

1.3.5.1. Definición de capacidad funcional:

Conocida también como competencia funcional o habilidades funcionales se define como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al individuo hacer actividades que exige su medio o entorno inmediato.

Ballesteros (2010, p.71) distingue dos dimensiones de competencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria de los gerontes : la competencia básica y la competencia instrumental.

La competencia básica se define como aquella capacidad para ejecutar actividades de autocuidado básicas (conocidas comúnmente como ABVD o actividades básicas de la vida diaria) están referidas a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Esto incluye actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, controlar esfínteres y el arreglo personal entre otras actividades. Por otro lado, las labores necesarias para un funcionamiento independiente en su comunidad (conocidas como AIVD o actividades instrumentales de la vida diaria) están referidas a las acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de

animales entre otras labores y por ultimo marcadores de actos más complejos conocidos como actividades de la vida diaria avanzadas o AAVD.

En nuestros días es reconocido la importancia que reviste en los adultos mayores la “capacidad funcional” como referente de evaluación del estado de salud, entendiéndose como funcionalidad la posibilidad de realizar determinadas acciones de la vida diaria. De este modo las actividades de la vida diaria básicas (ABVD) que permiten la subsistencia de la persona englobando las capacidades de autocuidado más elementales son las últimas en perderse o las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional y su dependencia no es compatible con la vida si no es sustituida por un cuidador.

Según Zavala (2013, p.36), la capacidad funcional es definida por medio de tres componentes:

Actividades de la vida diaria básicas (ABVD), las cuales se relacionan con funciones y coordinación motoras, que evalúa la independencia de los ancianos en lo que se refiere a su alimentación, continencia, movilidad, uso del baño, vestido y aseo corporal.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), son aquellas actividades que vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las AIVD consisten en tareas más complejas, como usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar el hogar, lavar la ropa, usar los medios de transporte y asumir la responsabilidad respecto de la medicación y el manejo económico.

Actividades de la vida diaria avanzadas (AAVD), conducen a la persona a desarrollar un rol en la sociedad.

Las AVD son elementos clave para medir la calidad de vida y el estado funcional en los ancianos. El bienestar en este grupo etario depende de las

condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico.

1.3.5.2. Factores que determinan la capacidad funcional.

Entre los factores que determinan la capacidad funcional encontramos: el factor fisiológico, patológico y social. Por tanto la presencia de enfermedad no determina la capacidad funcional, vale decir el diagnosticar enfermedad no la determina ni la precisa, para ello es importante tomar en consideración una serie de aspectos y condiciones como las que detallaremos líneas abajo:

a) Factores fisiológicos:

- Estado Mental: Está relacionado con los procesos emocionales y afectivos implicados en la vida diaria. El estado mental se relaciona con el uso correcto de las funciones mentales superiores, siendo necesarios determinados procesos sensoriales adecuados, teniendo una relación directa con el estado de conciencia, que es la capacidad del individuo de mantener el contacto con la realidad, tanto del interno como del externo, a partir de las percepciones internas. Es necesario para poder realizar tareas, tomar decisiones y asumir roles de la vida cotidiana que por lo general son específicos a una tarea.

La disminución de la performance en el aspecto funcional está relacionada con una pobre percepción del estado de salud, existiendo una tendencia entre los ancianos a minimizar su estado de salud y no prestarle importancia porque lo consideran “achagues de la vejez”.

- Deterioro Físico: El cual en la senescencia se van dando una serie de cambios paulatinos casi en todos los órganos, aparatos y sistemas, aparecen por lo tanto las dificultades visuales y auditivas como la hipoacusia que de alguna manera van a limitar la ejecución o performance

de algunas actividades diarias creando como consecuencia dependencia en muchos casos.

b) Factor Patológico:

En este factor podemos apreciar que la enfermedad es vista como una alteración en el equilibrio del organismo a nivel estructural o funcional de un determinado organismo o sistema, asimismo se le relaciona con la capacidad de una persona para desarrollar determinadas funciones y que en muchas ocasiones se vuelve limitante de acuerdo a la parte del organismo que se vea afectada generando incapacidad para la ejecución de determinadas tareas, principalmente en lo que se refiere a la vida cotidiana perdiéndose la autonomía o independencia habitual.

c) Factor Social

Estilos de Vida: está conformado por los hábitos que son actividades que se repiten en la vida cotidiana constantemente, acompañadas de rutina y costumbres propias del individuo. Los comportamientos habituales sean de manera saludable o todo lo contrario, forman parte de este estilo de vida el cual también se relaciona con la capacidad que debe tener toda persona para desempeñarse en su vida cotidiana o funcionalidad.

1.3.5.3. Instrumentos de valoración

a) Índice de Barthel

Instrumento conocido también como índice de Discapacidad de Maryland, fue construido en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de personas que presentaban procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos observando una muestra en un hospital para enfermos crónicos de la ciudad de Maryland, siendo publicado este instrumento después de diez años. Este instrumento contiene diez aspectos que evalúan las actividades de la vida diaria básicas, las cuales fueron elegidas de un conjunto de actividades de forma empírica tomando en cuenta el aporte de personal de salud.

Este instrumento mide la capacidad de un sujeto para realizar de manera dependiente o independiente 10 actividades de la vida diaria básicas tales como la capacidad que tiene para comer, desplazarse de una silla a la cama y viceversa, realizar su propio aseo personal, ir al servicio higiénico y hacer uso o bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control de esfínteres. La puntuación oscila entre 0 pto. (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) y las categorías de repuesta van entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la ayuda que necesita para llevarla a cabo.

b) Índice de Katz

Es una de los índices o escalas más empleados a nivel de geriatría; fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por Katz constituido por médicos, enfermeras, terapeutas físicos y ocupacionales y trabajadores sociales del Hospital geriátrico Benjamin Rose y del Hospital de enfermos crónicos de la ciudad de Cleveland en Ohio, Estados Unidos. Este instrumento por primera vez fue publicado un año después con el título de "Index of Independence in Activities of Daily Living" el cual a su traducción en Español se denomina Índice de Independencia en actividades de la Vida Diaria.

La practicidad de este instrumento ha sido demostrada para identificar el nivel funcional de pacientes adulto mayores y poblaciones en general, así como seguir su nivel evolutivo y valorar la respuesta al tratamiento.

A su vez, este índice va a evaluar el grado de dependencia e independencia de los adultos mayores teniendo en cuenta seis funciones básicas: baño, vestido, uso del inodoro, movilización, continencia y alimentación. De acuerdo a los resultados son clasificados los ancianos en uno de los ocho niveles de dependencia del índice, los cuales oscilan entre A (independiente para todas las funciones), B (Independiente en todas salvo en una de ellas), C (Independiente en todas salvo lavado y otra más),

D (Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más), E (Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más), F (Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más), G (Dependiente en las seis funciones); existiendo un nivel O (dependiente en al menos dos funciones pero no clasificable como C, D, E o F).

Este instrumento presenta buen grado de consistencia interna y validez que en comparación con otros test de ABVD es alta. Se trata de un buen predictor de la mortalidad a corto y largo plazo, de la necesidad de institucionalización, del tiempo de estancia en pacientes hospitalizados y de la eficacia de los tratamientos.

También se ha demostrado que este índice es un predictor eficaz de la expectativa de vida activa, vale decir que a mayor puntuación será menor la expectativa de vida activa. Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0.70) y test-retest (>0.90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Además este índice está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos diversos, sirviendo de inspiración para otras escalas.

c) Escala de la Cruz Roja

La Cruz Roja institucional cuenta con una escala con dos partes, la de incapacidad física y mental, (EFCR y EMCR) las cuales se publicaron por primera vez en el año 1972, y que estuvieron siendo utilizadas desde un año antes en el servicio Geriátrico del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, lugar donde fueron estos instrumentos diseñados para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio dentro del área del hospital y localizar a aquellos que precisaban de una asistencia geriátrica en su domicilio. Con el tiempo el empleo de esta escala se ha ido generalizando siendo empleada en los servicios de geriatría, asilos de ancianos y otro tipo de centros para valorar a los adultos mayores tanto

hombres como mujeres. Esta escala hasta finales de la década de los 80 fue la más conocida y utilizada en España.

La escala de la cruz roja es muy fácil de aplicar sin normas detalladas, la información se obtiene preguntando directamente al paciente o a su cuidador. El tiempo de aplicación es inferior a un minuto, el evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. Evalúa la incapacidad física según una escala de seis grados que oscilan entre el 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total).

1.3.5.4. La Funcionalidad: principal objetivo del estado de salud del adulto mayor.

El funcionamiento es el resultado de las capacidades innatas del paciente y del ambiente que sustenta dichas capacidades. (Kane y cols., 2000, p.145), por ello, toda intervención en salud debería estar enfocada a mejorar la funcionalidad. Es importante destacar que la Salud Integral del adulto mayor no se determina de acuerdo a la presencia o ausencia enfermedad, sino por la capacidad del individuo de vivir en la comunidad manteniendo un adecuado nivel de funcionalidad y autovalimiento que le permita relacionarse con sus pares de manera adecuada, es decir, que le permita mantener su capacidad de ser persona. Esto no quiere decir que el estado funcional sea más útil o más importante que un determinado diagnóstico médico, sino que ambos deben complementarse con el fin de pesquisar a tiempo posibles deterioros y discapacidades.

Por lo referido líneas arriba, la ciencia médica actual, surge como objetivo elemental para el mantenimiento de la función, la calidad de vida y el autovalimiento, donde modelo de salud se aleja progresivamente del de sólo alargar más años a la vida, para acercarse al objetivo de dar vida a los años. (Fernández-Ballesteros, 2000, p.61).

La pérdida de función, es en los ancianos la principal manifestación de pérdida de la salud. Esta pérdida de función es detectada clínicamente muy tarde al observar la pérdida de la autonomía e independencia, lo que va a limitar poco a poco, la calidad de vida de los ancianos.

Según lo refiere Fernández-Ballesteros (2000, p.66) esta pérdida de autonomía afecta inicialmente las actividades complejas (como hacer viajes), pero si se mantiene en el tiempo, y no se actúa sobre ella, va progresivamente incrementando, llegando a afectar la autonomía para las actividades de autocuidado; siendo esto lo que se denomina “Jerarquización de la Dependencia”.

La alteración en la funcionalidad constituye así el único signo de alerta. (Silva y cols, 2003, p.123). Es por ello que las capacidades funcionales deben ser el punto central en la valoración del adulto mayor.

Aunque otras mediciones más tradicionales del estado de salud, como diagnóstico y hallazgos físicos y de laboratorio, son útiles para las causas subyacentes y para detectar alteraciones tratables, las mediciones del funcionamiento en esta población suelen ser esenciales para determinar la salud en general, el bienestar y la necesidad de recurrir a servicios sociales y de salud. (Kane y cols., 2000, p.34)

Por tal motivo se hace necesario identificar el grado de funcionalidad del A.M. y así determinar sus limitaciones, con el fin de establecer las metas y compromisos del equipo de salud con el paciente y su entorno, potenciando remanentes y brindando el apoyo imprescindible; asunto que se convierte en todo un desafío para los sistemas de salud.

1.3.5.5. Valoración de la capacidad funcional

El objetivo fundamental de la Medicina Geriátrica consiste en preservar la vida, manteniendo el máximo nivel de funcionalidad e independencia, minimizando los efectos causados por alguna enfermedad o estilo de vida

inadecuado. La funcionalidad está relacionada de manera directa con la calidad de vida y específicamente en una población tan vulnerable como la de ancianos.

Por este motivo es imprescindible cuantificar objetivamente el estado funcional. Para ello, se han creado múltiples sistemas de valoración funcional y medición de discapacidad (Katz, Barthel, Nagi.), (Paolinelli, 2001, p.61) pero la mayoría, aborda al sujeto en una sola dimensión. Sin embargo, la medida de independencia funcional, es el único que evalúa al individuo desde una perspectiva más integral.

El F.I.M. o “Medida de Independencia Funcional”, es un test que evalúa al individuo en dos de sus áreas más relevantes: Motora y Cognitiva. Referida a una medida funcional (Ravaud, 1999, p.14) creada con la finalidad de establecer un lenguaje común en los grados de discapacidad. Esta fue desarrollada entre los años 1984 y 1987 por el American Congress of Rehabilitation Medicine y American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation; siendo en la última de ellas cuando se estableció en la Universidad de Buffalo del estado de New York, como la entidad responsable de continuar con el trabajo iniciado por este grupo, y quien a la actualidad poseen los derechos de propiedad.

Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud el F.I.M. es un indicador de discapacidad, (Paolinelli, 2001, p.38); con el que es posible revelar el nivel de asistencia requerido por la persona para realizar Actividades de la vida diaria. (Pollak, 1996, p.52)

El F.I.M., diseñado para aplicarse en adultos, desde hace un tiempo, se ha estado aplicando con mayor frecuencia en países como Estados Unidos y en Europa, (Ravaud, 1999, p.49) en poblaciones de diversos rangos etarios y con múltiples patologías (Paolinelli, 2001, p.26); poniéndose a prueba incluso mediante encuesta telefónica y existiendo una adaptación para niños. (Ravaud, 1999; Smith, 1996, p.84).

Esto ha sido posible gracias a que en su descripción no se define ni establece un rango etario específico o patología determinada para la cual esté diseñado; (Pollak, 1996, p.72) demostrando ser un instrumento válido, sensible y confiable. (Paolinelli, 2001, p.28)

El F.I.M. está definido como una escala ordinal de 18 A.V.D. medida desde el nivel 1 (asistencia total) hasta el 7 (independencia total). Consta de 6 ítems, los cuales se subdividen en 4 ítems motores y 2 ítems cognitivos; los que a su vez lo hacen en 13 y 5 subáreas, respectivamente. El Área Motora, caracteriza discapacidades físicas, como limitaciones en cuidado personal, transferencias y alimentación. El Área Cognitiva por su parte, describe discapacidades relacionadas con la comunicación, resolución de problemas y memoria. (Stineman, 1997, p.63)

Las subescalas presentes en el F.I.M. aparecen agrupadas de acuerdo a las zonas del cuerpo involucradas y el nivel de consumo de energía. (Stineman, 1997, p.55). Además dichas subescalas, jerarquizadas de acuerdo al nivel de dificultad que presentan, siendo la alimentación la de menor dificultad, y subir escaleras la más compleja. (Paolinelli, 2001, p.38).

El puntaje F.I.M. Total corresponde a 126 puntos (mínimo 18 y máximo 126). Para obtenerlo, se suman los valores obtenidos en las Áreas Motora y Cognitiva. El puntaje motor va desde los 13 a los 91 puntos y el puntaje cognitivo desde 5 a 35 puntos. (Paolinelli, 2001, p.50). Se clasifica a un individuo como Dependiente o Independiente en base a los niveles de funcionalidad obtenidos a través de este instrumento, mediante el uso de tablas de equivalencia entre puntaje F.I.M. y el porcentaje de dependencia/independencia.

Con respecto a su confiabilidad, existen diversas opiniones importantes de tener en cuenta al momento de la aplicación del test. Sin embargo, el test ha demostrado tener un alto nivel de confiabilidad interevaluador, una vez

que éstos han sido debidamente capacitados por personal experto. (Heinemann et al., 1993, p.84)

Por último, las limitaciones encontradas con respecto a la validez del F.I.M. no se deben a cómo está construido el instrumento, sino más bien a la manera en que son interpretados los resultados. (Ravaud, 1999, p.55)

1.3.6. Deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el geronto y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una seria problemática social y asistencial. Existen proyecciones mundiales que estiman que los casos de demencia aumentarán en países desarrollados de 13,5 millones en el 2000 a 21,2 millones para el 2025.

a) Concepto: La función cognitiva de una persona es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Esta función se modifica con la edad; la mayoría de personas sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas produciéndose deterioro cognitivo de diversa índole y características.

El más común de los déficits mentales es la queja de memoria. Múltiples causas pueden ser las provocadoras de este tipo de problemas; es por esto que el deterioro cognitivo se puede caracterizar como un síndrome geriátrico. Una evaluación neuropsicológica sería muy beneficiosa para objetivar las alteraciones cognitivas encontradas en la historia clínica de los adultos mayores. Ésta evaluación consiste en aplicar una serie de pruebas estructuradas para determinar que dominios cognitivos se encuentran afectados y buscar su correlato en las áreas cerebrales.

b) Dominios cognitivos: Las funciones cerebrales superiores o dominios cognitivos que deben ser evaluadas siempre son la atención/memoria de

trabajo: que viene a ser la capacidad de retener información instantánea para ser utilizada en el mismo momento, relacionada con alguna tarea específica. Dependen principalmente de la corteza pre frontal.

Memoria (aprendizaje, evocación, reconocimiento): es la capacidad de almacenar (aprendizaje) y recordar información en un tiempo determinado.

Funciones ejecutivas: son funciones que dependen principalmente de la corteza pre frontal el cual está relacionado con la solución de problemas, el juicio y la planificación. Es decir la capacidad de tomar decisiones, hacer planteamiento y la secuencia de conductas complejas. Visuoconstructivas: capacidad de organizar los elementos en el espacio en base a la información visual del entorno.

Lenguaje expresivo: lenguaje espontaneo, fluidez, nominación, repetición, comprensión y lectoescritura. Dependen de áreas perisilvianas del hemisferio dominante.

Razonamiento abstracto: capacidad para poder deducir la esencia de un concepto o situación determinada. Dependen principalmente de la corteza pre frontal.

c) Clasificación del deterioro cognitivo.

c. 1) Delirium.

Es un deterioro cognitivo agudo de comienzo rápido que se origina debido a enfermedades como infecciones, inducido por sustancias tóxicas y en situaciones de privación sensorial. Se caracteriza por alteraciones de la conciencia y otras funciones cognitivas, como el lenguaje, la memoria, la orientación témporo-espacial y el reconocer a personas; con alteración de la percepción (alucinaciones) presentan un pensamiento desorganizado que se manifiesta por un lenguaje incoherente.

Entre sus síntomas asociados se encuentran: ciclo vigilia-sueño, aumento o disminución actividad psicomotora, trastornos emocionales que se

manifestarán de muchas formas como miedo, ansiedad, apatía, deterioro de la capacidad de juicio.

c. 2) Demencia.

Es un síndrome adquirido orgánico y multicausal en el que se observa una disminución de las facultades intelectuales y se acompaña normalmente de deterioro en las conductas personales y sociales, aparece en sociedades más desarrolladas donde aumenta mucho la esperanza de vida y por lo general tiene un curso progresivo e irreversible. La demencia es crónica, de aparición lenta e insidiosa contrario que el Delirium y mucho más frecuente en los mayores de 65 años, se encuentra mayor porcentaje de demencia en las personas mayores de 85 años.

1.3.6.1. Características.

El Deterioro cognitivo presenta entre sus características el deterioro de la memoria particularmente en lo que respecta al aprender información nueva o reciente, asimismo es notorio el deterioro a nivel de lenguaje, teniendo en cuenta la pérdida de la capacidad lingüística que si es muy complicado puede llegar incluso al mutismo. Podemos encontrar también dificultades en realizar actividades motoras relacionado con apraxia, e incluso la alteración del reconocimiento de personas o situaciones conocida también como agnosia.

Uno de los síntomas relacionados se encuentra en relación a la desorientación témporo-espacial, alteración de la marcha, alteración del carácter y alteración de la conducta (que puede desencadenar en violencia, desinhibición)

Las causas más comunes de este deterioro cognitivo pueden deberse a:
Procesos degenerativos del SNC, trastornos vasculares; tóxicos, traumatismos encéfalo craneanos y hasta tumores. Muchas veces este deterioro se encuentra asociado a ciertas enfermedades infecciosas como VIH, la meningitis, la encefalitis; deficiencias en la asimilación de vitamina

B, tiaminas; trastornos inmunológicos, lupus; o trastornos neurológicos como esclerosis múltiple, entre otros.

1.3.7. Depresión.

La depresión y la tercera edad se han asociado de muchas formas, en la antigüedad se consideraban los síntomas depresivos como una consecuencia inevitable del envejecimiento. En la actualidad esto no se considera así y más bien es el resultado de diversos factores de riesgo biológicos y psicosociales, propios de esta etapa de la vida.

La depresión en la senectud tiene una prevalencia de 10% a 70%, dado que se han descrito múltiples factores de riesgo entre los que podemos destacar dificultades para realizar actividades de la vida diaria, sentimientos de soledad y desamparo de parte de los hijos u otros familiares, pérdida de roles, bajo apoyo social, carencia económica, inactividad física, dependencia económica, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión y carencia de pareja afectiva.

a) Concepto: La depresión es uno de los trastornos considerados como un síndrome geriátrico, que por lo general genera en quien lo padece incapacidad física, psicológica y social, así como el aumento de la mortalidad. Se calcula a nivel mundial que existen 340 millones de personas que sufren de depresión, asimismo el índice mas alto de personas que lo padecen se encuentran en adultos mayores específicamente en mujeres que fluctúan entre 55 y 80 años, y en hombres mayores de 80 años. La depresión conlleva al anciano a convertirse en un individuo silencioso, retraído, inmóvil, desinteresado por la vida (Arriola et al, 2012, p.57).

La Depresión, es un trastorno afectivo que causa tristeza patológica, alteración del humor y abarca la totalidad del ser. El paciente que padece de depresión pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, se siente incapaz de realizar sus actividades cotidianas. Al lado de la tristeza aparecen otros

síntomas como inapetencia, dificultades en conciliar el sueño, síntomas somáticos y dificultades en el contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, deteriorándose la calidad de la misma (Abizanda, Romero Luengo, 2005, p.72).

b) Clasificación: Podemos clasificar la depresión en:

Episodio depresivo leve: Quien lo padece suele sentirse con pérdida de interés o incapacidad de disfrutar de actividades que antes le resultaban placenteras, incremento de la fatigabilidad y complicaciones en llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque aún puede manejar esta situación.

Episodio depresivo moderado: Por lo menos dos de los síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve deben estar presentes, este tipo de pacientes presentan grandes dificultades para seguir desarrollando su actividad social, laboral o doméstica y por lo general este episodio puede durar al menos dos semanas.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Se presentan síntomas de angustia o agitación considerables así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad y riesgo de suicidio.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Se encuentran síntomas somáticos de los otros episodios y están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo, incluyendo ideación de ruina o catástroficas de los que se sienten responsables.

1.3.8. Instrumentos de medición de síndromes geriátricos:

a) Test Mini Mental State (MEC) o Mini Examen Cognitivo del Profesor Lobo. Ha sido desarrollado tomando como referente el Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein y colaboradores (1975), los cuales se inspiraron en una publicación de Kirby y Meyer del año 1917.

Esta escala cognitiva es la más utilizada tanto en el campo clínico como en el epidemiológico con la finalidad de cuantificar el potencial cognitivo y detectar los posibles desórdenes funcionales a nivel clínico de forma rápida y práctica (cribaje de deterioro cognitivo). Presenta un coeficiente de confiabilidad de 0.86. Es una prueba fácil de interpretar y rápida de aplicar. Lo que explora es la orientación témporo-espacial, la memoria inmediata y referida, la habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y repetición del lenguaje, las capacidades de lectura y escritura, capacidad de abstracción y constructiva gráfica. Consta de 11 ítems. La puntuación máxima es de 35 puntos mostrando una menor puntuación ante la existencia de deterioro cognitivo, los puntajes de falso positivo puede darse en sujetos de edad avanzada, bajo nivel educativo y déficits sensoriales. El punto de corte más equilibrado en pacientes geriátricos es de 23/24. La sensibilidad es de 89.6% y especificidad 75.1%.

La calificación de esta prueba es: Normalidad: 30- 35 puntos, Borderline: 25- 29 puntos, Deterioro leve: 20- 24 puntos, Deterioro moderado: 15- 19 puntos, Deterioro severo: menor o igual a 14 puntos.

b) Test de Pfeiffer.

Fue construido en el año 1975 por Pfeiffer como test de screening de deterioro cognitivo. Se trata de un cuestionario de 10 ítems, relacionado a cuestiones muy generales y personales. Se puede realizar en un tiempo de 4 a 5 minutos. Es una prueba muy breve, que tiene 10 ítems que evalúan orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de su brevedad, muestra una aceptable capacidad discriminativa.

El sistema de puntuación se resume en la asignación de 1 punto al ítem incorrecto. Entre 0 y 2 errores se considera normal, entre 3 y 4 errores, deterioro leve, entre 5 y 7 errores, deterioro moderado, y más de 8 errores, deterioro grave. La fiabilidad del test-retest oscila entre 0,82 y 0,85. Los índices de correlación con otros instrumentos similares: son 0,76 al 0,88

con el Mental Status Questionnaire. Según varios estudios su sensibilidad varía del 68% al 82 % y la especificidad del 92% al 96%.

c) Examen básico de evaluación cognitiva.

Examen del Estado Mental Mínimo de Folstein (MMSE) es un test cognitivo abreviado de difusión internacional. Su puntaje máximo es de 30 y, originariamente, el valor límite o de corte fue de 24; sin embargo, los resultados deben ser interpretados de acuerdo a diferentes criterios tales como la edad, el nivel educacional y otras variables personales. Se sugiere emplear el valor límite de 26, valor utilizado en la mayoría de estudios a nivel internacional. Un resultado por debajo del valor límite sugiere deterioro cognitivo, pero un resultado considerado “normal” no lo descarta.

d) Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Es de las más usadas en el cribado (test de selección rigurosa) de depresión en pacientes mayores, construida en el año 1982 por Brink y Yesavage, consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí o no. Al inicio estuvo compuesta por 30 reactivos y modificada en el año 1986 a una versión corta de 15 ítems (EDG - 15).

Cada ítem se valora como 0/1, considerando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo las negativas para los indicativos de normalidad. Se ha acordado que el punto de corte para los síntomas de depresión leve es de 6 puntos. De 0 a 5 puntos indica normalidad, entre 6 a 9 puntos indica probable depresión y una puntuación igual o superior a 10 señala depresión establecida. La EDG, presenta una sensibilidad de 85.3% y una especificidad del 85%.

e) Escala auto - aplicada de Zung.

Puede emplearse también como cribado. Existe una versión validada en español con 20 preguntas auto aplicado, cada una de las cuales tiene cuatro posibles respuestas y a su vez, cada una de ellas tiene un valor

determinado de 1 a 4. Las puntuaciones más altas están relacionadas con síntomas depresivos más intensos y presentes. Se considera una puntuación normal hasta 27 puntos; entre 28 y 41 se considera indicativo de depresión leve, valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada y, por encima de 43, depresión grave.

Se debe considerar que en pacientes con trastornos cognitivos, incluso leves, los test afectivos de corte psicométrico pueden dar resultados anormales. Ocurre también en caso contrario que un test de valoración cognitiva aplicado a sujetos con cognición normal y con estado depresivo, se pueden ver alterados.

1.4. Formulación del problema

1.4.1. Problema General:

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la depresión en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?

1.4.2. Problemas Especificos:

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?.

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?

¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?

1.5. Justificación del estudio

Según refiere Freedman (2002, p.39), los estudios sobre la población de edad avanzada, son muy escasos en nuestro medio siendo muy pobre y sin consenso la evidencia en los estudios de este tipo existentes en la población mayor de 80 años. Ninguna edad es mala edad para comenzar medidas preventivas, en tal sentido es urgente el conocimiento de la situación actual en la que se encuentra este grupo potencialmente frágil (G) y que va cada vez más en aumento. Es preciso definirlo de forma integral, ya que son ellos quienes presentan más riesgos de fragilidad, dependencia y discapacidad (G) , considerando incluso los recursos sociales y sanitarios, que son muy escasos para ellos.

La UNESCO (1995) prevé que para el año 2025 los adultos mayores que más van a predominar son aquellos que lleguen a los 80 años y más, es decir a este fenómeno se le denominará: “Envejecimiento del Envejecimiento”.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

1.6.2. Hipótesis específicas

H1 La dependencia funcional se relaciona con la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H2 La dependencia funcional se relaciona con la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H3 La dependencia funcional se relaciona con el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H4 La dependencia funcional se relaciona con la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña

H5 La dependencia funcional se relaciona con el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H6 La dependencia funcional se relaciona con el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general:

Determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

1.7.2 Objetivos específicos:

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

Teniendo en consideración que existen diversos métodos para cada diseño de investigación, es importante tener en claro que el método general de investigación científica es el método científico, resaltando para esta investigación el método hipotético deductivo.

Según lo refiere Bernal (2006) en relación al método científico:

Es un “procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o aceptar tales hipótesis deduciendo en ellas, conclusiones que deben confrontarse con los hechos”. (p.56).

Para la presente investigación el método a utilizar dentro de la investigación científica es el método hipotético deductivo, ya que se parte de las hipótesis que provienen del estudio de una realidad problemática y mediante todo un proceso se llega a las conclusiones producto de la confrontación de los hechos.

En su estado actual este estudio es de tipo correlacional y en su forma natural, dado que tiene por finalidad conocer la relación entre tres variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.29), donde se trata de conocer si la variable dependencia funcional está relacionada con el deterioro cognitivo leve y con la depresión en los senectos del asilo de las hermanitas de los ancianos desamparados del distrito de Breña, no investigándose la relación causal entre estas tres variables sino solamente el nivel de asociación de las mismas.

Diseño de investigación.- De acuerdo con Roberto Hernández el presente diseño se denomina transversal dado que recolecta los datos en un solo momento. Asimismo, esta investigación asumirá un diseño no experimental, debido que no existe manipulación de las variables de estudio y sólo se medirán estas tal y como se presentan en su contexto natural (Hernández et al., 2010, p.83).

Al esquematizar este tipo de investigación, obtenemos el siguiente diagrama:

Donde:

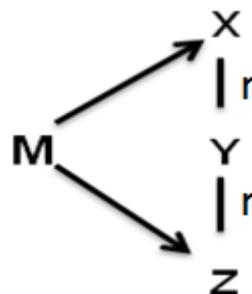
M = Muestra de la investigación

X = Dependencia funcional

Y = Deterioro cognitivo leve.

z = Depresión

r = relación.



2.2. Variables, operacionalización.

2.2.1. Identificación de variables

Variable 1: Dependencia funcional.

Variable 2: Deterioro cognitivo leve.

Variable 3: Depresión.

2.2.2. Operacionalización de variables

A continuación presentamos la operacionalización de las tres variables implicadas en el presente estudio.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable Dependencia funcional

Variable	Dimensión o área	Indicadores	Items	Alternativas / Puntuación	Escala de medición
Dependencia funcional	Alimentación y vestido	Maneja independiente mente sus hábitos alimenticios y de vestimenta.	1-Come por si solo y en tiempo razonable. 2-Se arregla de manera personal sin ninguna ayuda. 3- Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.	0 = Incapaz de hacerlo 2 = Intenta pero inseguro 5 = Cierta ayuda necesaria 8 = Mínima ayuda necesaria 10 = Totalmente independiente	Dependencia funcional leve : De 81 a 100 puntos. Dependencia funcional moderada : De 60 a 80 puntos. Dependencia funcional severa : De 59 a menos puntos.
	Higiene y uso del retrete	Determina las normas, de higiene y el uso del retrete	4-Capaz de lavarse entero y de entrar y salir del baño sin ayuda o supervisión. 5-Puede controlar adecuadamente la evacuacion fecal. 6-Puede controlar adecuadamente la evacuacion vesical.		
	Movilización	Se arregla, se traslada del sillón a la cama y deambula por el interior del centro.	7-Entra y sale solo del baño sin ayuda de otras personas. 8-Trasladarse al sillón o la cama por su cuenta. 9-Puede caminar 50 metros o mas sin que otra persona le ayude o supervise. 10-Puede subir y bajar escaleras sin que ninguna persona le ayude.		

Tabla 2

Matriz de operacionalización de la variable Deterioro cognitivo leve

Variable	Dimensión o área	Indicadores	Items	Alternativas/ Puntuación	Escala de medición
Deterioro cognitivo leve	Orientación	Se orienta adecuadamente en tiempo, espacio y persona.	1. ¿En qué día estamos?	Logrado = 1 punto No logrado = 0 punto.	35 - 25 Normal - 20 - 24 Deterioro cognitivo leve - 15 - 19 Deterioro cognitivo moderado a grave.
			2. ¿En qué fecha?		
3. ¿En qué mes?					
4. ¿En qué estación?					
5. ¿En qué año?					
6. ¿En qué lugar estamos?.					
7. ¿En qué piso o planta?					
8. ¿En qué ciudad?.					
9. ¿En qué provincia, región?					
10. ¿En qué país?					
	Memoria	Presenta capacidad para recordar hechos y vivencias del pasado y el uso de la concentración .	11. Repita estas 3 palabras: 'moneda-caballo-manzana'. 12. ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?. 13. Si tiene 30 soles y le van quitando de 3 en 3, ¿cuántas le quedan?. 14. ¿Y si le quitan otras tres? 15. ¿Y ahora? 16. ¿Y 3 menos son? 17. ¿Y si le quitan otras 3? 18. Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás. 19. ¿Recuerda las 3 palabras	3	

Lenguaje	Hace uso del lenguaje a nivel verbal y no verbal.	<p>que le he dicho antes?</p> <p>20.Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto?</p> <p>21.Repetirlo con el reloj.</p> <p>22.Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'.</p> <p>23. Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son un perro y un gato? ;</p> <p>24.¿Qué son el verde y el rojo?.</p> <p>25.Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.</p> <p>26.Lea esta frase y haga lo que dice.; CIERRE LOS OJOS.</p> <p>27.Copie este dibujo.</p>
----------	---	---

Tabla 3

Matriz de operacionalización de la variable Depresión.

Variable	Dimensión o área	Indicadores	Items	Alternativas/ Puntuación	Escala de medición		
Depresión	Energía vital	Evidencia de deseos de vivir y ganas por desarrollar la vida.	1.En general ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Logrado = 1 punto	0-5 normal o sin depresión.		
			12.¿Actualmente se siente un/una inútil?			No logrado = 0 punto.	6-9 Depresión leve.
			3.¿Siente que su vida está vacía?				
			11.En estos momentos ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?		>10		
			13.¿Se siente lleno de energía?		Depresión establecida.		
	Estado de animo	Muestra tristeza, apatía y desanimo frente a las cosas cotidianas.	4.¿Se siente con frecuencia desanimado (a) ?				
			5.¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?				
			6.¿Teme que le pueda ocurrir algo malo?				
			7.¿Se siente feliz la mayoría parte del tiempo?				
			15.¿Piensa que la mayoría de personas están en mejor situación que usted?				
	Aislamiento	Se somete a la soledad o el abandono.	8.¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido (a)?				
			9.¿Prefiere Ud. quedarse en su habitación que acaso salir y hacer cosas ?				
			10.¿Cree que tiene más problemas de memoria más que otras personas?				
			2.¿Ha dejado de lado muchas de las cosas que antes hacia dentro del asilo?				
			14.¿En este momento se siente sin esperanza?				

2.3 Población y muestra

Población

Se define como el conjunto de unidades de análisis cuyos atributos se van a estudiar en un lugar o periodo establecido. La población puede ser finita o infinita de acuerdo a su tamaño. (Hernández y otros. 2010. p.235) En esta investigación la población estuvo constituida por los residentes del asilo de ancianos desamparados.

La población está constituida por los 400 (cuatrocientos) residentes institucionalizados del asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña que se detalla en la siguiente tabla a continuación :

Tabla 4

Cantidad de residentes institucionalizados en el asilo de desamparados del distrito de Breña.

	Tipos de residentes	N°
Asilo de ancianos desamparados	Independientes	180
	Semidependientes	120
	Postrados	100
	TOTAL	400

Fuente: Elaboración propia.

Muestra

De acuerdo con Hernández Sampieri (2010), “la muestra es un subgrupo de la población. Principalmente podemos distinguir las muestras en dos grandes ramas, las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas” (p.237).

Es decir, la muestra estará constituida por 100 residentes integrantes del asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña.

Entre los criterios de selección, para determinar la selección de la muestra se han considerado como aspectos incluyentes el que sean independientes o semidependientes, que sean de ambos géneros y que pertenezcan al asilo de

ancianos desamparados. Como criterios excluyentes se ha considerado que no intervendrán en este estudio aquellos residentes que presenten alzheimer o parkinson así como aquellos que no pertenezcan al asilo de ancianos desamparados.

Muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico intencionado por conveniencia, donde el criterio a tomar en cuenta ha sido : residentes institucionales con criterios de lucidez, orientado en tiempo-espacio-persona pertenecientes al asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Considerando lo que señala Tamayo y Tamayo (2007) “Las técnicas de recolección de datos son la parte operativa del diseño investigativo. Hace referencia al procedimiento, condiciones y lugar de la recolección de datos. Es importante considerar los métodos de recolección de datos y calidad de la información obtenida, de ello depende que los datos sean precisos y obtener así resultados útiles y aplicables” (p.45).

Las técnicas que se emplearon en el desarrollo de este trabajo de investigación y que nos permitieron observar la conducta de los ancianos fueron las de la observación directa y para el recojo de información se empleó la técnica de los tests.

Según Bernal (2006): “la observación directa es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. En ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acervo de conocimiento que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación” (p.32).

También se empleó la técnica del fichaje y su instrumento las fichas bibliográficas, que serán empleadas para registrar la indagación de bases teóricas del estudio.

Por otro lado se empleó el método de análisis de datos con tablas de distribución de frecuencias y gráficos de distribución porcentual, tablas de contingencia que permitieron relacionar las tres variables. Para la contrastación de hipótesis (análisis inferencial) se utilizó la prueba del coeficiente de correlación de Spearman.

De acuerdo con Hernández Sampieri (2010), la técnica se puede definir como el conjunto de instrumentos y medios a través de los que se ejecuta el método; si el método es el camino, la técnica proporciona las herramientas para recorrerlo.

En cuanto a las técnicas de investigación que se emplearon en este estudio fueron las siguientes:

- a) La observación: para detectar características del problema.
- b) Análisis documental, para registrar información de bibliotecas relacionadas con los antecedentes de la investigación.
- c) El fichaje: para poder registrar las citas textuales de diversos autores y las teorías de los mismos.
- d) La aplicación de los instrumentos seleccionados.

Instrumentos:

1) Índice de Barthel (IB)

El Índice de Barthel es una escala que mide la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, es una prueba de fácil aplicación e interpretación cuyo empleo se recomienda en instituciones geriátricas. El Índice de Barthel es empleado para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria, no obstante para una valoración más amplia se requiere usar otros instrumentos en lugar del IB.

Como lo menciona Guralnik (2011) "no existe una batería de actividades de la vida diaria, de actividades instrumentales de la vida diaria o de actividades de orden superior o alguna combinación de las mismas que sea más adecuada para definir discapacidad. La selección de instrumentos debe depender de la población estudiada y del objetivo de la valoración". El IB ayuda a orientar los esfuerzos de

los cuidadores y personal de salud en el progreso de la capacidad funcional del adulto mayor. Su amplia utilización permite comparar las características altamente deseables de todo instrumento de medida.

El IB ha sido utilizado en centros hospitalarios y de rehabilitación, no obstante su uso es posible en determinados estudios epidemiológicos de la población institucionalizada en asilos y albergues que deben ser tomados en cuenta. En Inglaterra, el Royal College of Physicians de Londres ha sugerido su empleo lo mismo que la British Geriatrics Society como instrumento para la valoración de las actividades de la vida diaria en los y las gerontes. Se debe destacar a la vez el bajo costo de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes y para el ajuste en los estudios de casuística.

Características: Es un cuestionario heteroaplicado que consta de 10 ítems modelo escala de Likert, su rango de posibles valores está entre 0 y 100 puntos, de esta manera, a menor puntuación existirá mayor dependencia; y a mayor puntuación encontraremos más independencia. Según Mahoney (1985) el IB es un instrumento de medida genérica que evalúa el nivel de independencia del geronte con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntajes y pesos de acuerdo a la capacidad del sujeto examinado para lograr dichas tareas.

El IB ha tenido una serie de versiones y modificaciones como en el caso de la escala propuesta por Shah et al (1989) el cual hemos utilizado para esta investigación, con 10 actividades y 5 niveles de puntuación.

0 = Incapaz de hacerlo

2 = Intenta pero inseguro

5 = Cierta ayuda necesaria

8 = Mínima ayuda necesaria

10 = Totalmente independiente

El puntaje total es obtenido a través de la sumatoria teniendo en consideración lo siguiente:

Dependencia Severa : menor de 45 ptos.

Dependencia Grave : 45 a 59 puntos.

Dependencia Moderada : 60 a 80 puntos.

Dependencia Ligera : 80 a 100 puntos.

De manera original la fiabilidad del IB no fue determinada cuando se desarrolló. Loewen y Anderson (2000) se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB por primera vez. Estos autores comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador entrenando con yal finalidad a catorce terapeutas quienes utilizando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades.

En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al. Para nuestra muestra piloto se ha obtenido una confiabilidad de 0.676 considerándose una magnitud alta de acuerdo al alfa de cronbach.

2) Escala mini examen cognitivo (versión de Lobo).

Este test es la adaptación española del Mini-Mental State Examination de Folstein. Es una de las pruebas de screening más empleadas en los centros geriátricos, pero en muchos casos se abusa de él y lo utilizan personas poco preparadas cometiendo múltiples errores. Se debe seguir las indicaciones que aparecen en gris dentro de los recuadros al pie de la letra. En la corrección del dibujo de los pentágonos, hay que tener en cuenta que ambos dibujos deben tener cinco lados, y que la intersección que se cree entre ellos tiene que tener 4 lados.

La Escala Mini Mental Lobo es una prueba de tipo cognitivo que se emplea para detectar una posible demencia en cribados sistemáticos de pacientes geriátricos y, a la vez para seguir la evolución de la misma. Existe dos versiones diferentes: una que se hace sobre una puntuación máxima de 30 y otra sobre 35.

Se trata de un test con preguntas que se aglutinan en cinco grupos para la evaluación de la orientación espacio-temporal, la fijación de la memoria inmediata, la capacidad de concentración y cálculo, lenguaje y construcción espacial:

La interpretación de la puntuación obtenida se realiza del siguiente modo:

La frontera en la que se establece el diagnóstico de demencia es de 23/24 puntos en personas mayores de 65 años o más y 27/28 en menores de esta edad menores de 65 años.

El punto de corte sugestivo de demencia es 23/24 para personas de 65 años o más y de 27/28 para menores de 65 años.

35 - 25 Normal

24 - 15 Deterioro cognitivo de leve a moderado

0 - 14 Deterioro cognitivo severo.

Interpretación: Es un Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total. Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

Rango de puntuación 0 – 35. Lobo y col, proponen:

Pacientes geriátricos:(> de 65 años), punto de corte 23/24(es decir, 23 ó menos igual a “caso” y 24 ó más a “no caso”. y en - Pacientes No geriátricos punto de corte 27/28 (es decir, 27 0 menos igual a “caso”, y 28 ó más igual a “no caso”.

El resultado obtenido de confiabilidad con nuestra muestra piloto es de 0,678 lo cual representa una magnitud alta en los resultados del alfa de cronbach.

3) Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Es un cuestionario heteroadministrado que se utiliza para el cribado de la depresión en personas mayores a 65 años. En la actualidad encontramos dos versiones de la escala de Yesavage: Una versión de 15: Las respuestas correctas

son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 donde cada respuesta errónea se puntúa con 1. Los puntos de corte están considerados en: • 0 - 4 : Normal • 5 ó +: Depresión

Por otro lado la versión de 5 ítems: donde se incluyen los ítems 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son las afirmativas de los ítems 3, 4 y 8, y las negativas están en los ítems 5 y 13. Cada respuesta errónea se puntúa con 1. Por lo tanto, un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 puntos son consideradas como depresión.

Sheikh y Yesavagel propusieron posteriormente una versión abreviada de la Escala de Depresión geriátrica que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, conformada por 15 preguntas donde 10 son positivas y 5 son negativas, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se presentan por lo general en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva.

A pesar de que algunos autores han encontrado una correlación positiva, sin embargo insuficiente, entre la versión corta y larga ($r= 0,66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,801 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones. En nuestro estudio piloto se ha obtenido un resultado de 0,828 en el alfa de cronbach lo cual significa una magnitud muy alta.

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta coincidente con la que refleja la columna del lado derecho, y la suma total se valora de la siguiente manera:

0 – 5 : Normal

6 – 9 : Depresión leve.

> 10 : Depresión establecida.

Los resultados de fiabilidad de la GDS-VE han sido bastante satisfactorios, sobre todo teniendo en cuenta que se ha usado el índice de Kappa ponderado que es

más exigente que el coeficiente de correlación intraclase, con el que se hubieran obtenido valores de fiabilidad intra e interobservador de 0,96 y 0,89 respectivamente, considerados como excelentes.

El punto de corte con mejor relación sensibilidad/especificidad ha sido el de 5 o más puntos, tal y como recomiendan los autores del cuestionario original, obteniendo un nivel de sensibilidad y de especificidad de 81,1 y 76,7 respectivamente, resultados similares a los de otros trabajos que fueron empleado en la versión original.

2.5 Métodos de análisis de datos

Con la finalidad de analizar los resultados se han elaborado tablas de frecuencia y de porcentaje con sus respectivas figuras expresadas en términos de porcentajes.

Análisis Estadísticos de los datos. Los datos obtenidos en esta investigación a la muestra de estudio fueron ingresados a una base de datos utilizando el software Microsoft Excel XP versión 2007. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS en su versión 24 para Windows. Se trabajó con un nivel de significancia estadística del 5%. A su vez, se realizó un análisis para determinar si las variables cumplen con una distribución normal a través de una prueba de normalidad. Con los resultados de las variables se utilizó la estadística descriptiva, a través de la determinación de proporciones de las variables Dependencia funcional, Deterioro cognitivo leve y Depresión; calculándose la relación entre estas tres variables por ítems y dimensiones; el análisis bivariado global y de cada una de las dimensiones.

2.6 Aspectos éticos

Con la finalidad de desarrollar el presente trabajo se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

El investigador del presente estudio es una persona profesional capacitada y habilitada en Psicología para realizar este tipo de investigación por cuanto se encuentra dentro de su campo profesional.

La aplicación de los instrumentos contaron con la libre aceptación de los participantes de este estudio y la autorización de las autoridades del asilo de ancianos desamparados sin mediar ningún tipo de coacción o manipulación.

Los resultados obtenidos de la muestra aplicada fueron utilizados con fines de estudio y con la intención de optar el grado de Doctor en Psicología por parte del investigador.

Los datos obtenidos del procesamiento estadístico son reales y no manipulados, comunicándose los resultados de manera fidedigna

III. Resultados

3.1. Descripción de resultados

Después de la obtención de los datos a partir de los instrumentos descritos, procedemos al análisis de los mismos, en primer lugar presentamos los resultados generales de los niveles de la variable estudiada en forma descriptiva, donde se puede apreciar los niveles de las variables, para luego tratar la prueba de hipótesis tanto general y específica.

Niveles comparativos entre la dependencia funcional, deterioro cognitivo y depresión en los ancianos institucionalizados

Tabla 5
Distribución de frecuencias de la variable Dependencia Funcional

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SEVERO	86	86,0
	MODERADO	14	14,0
	Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

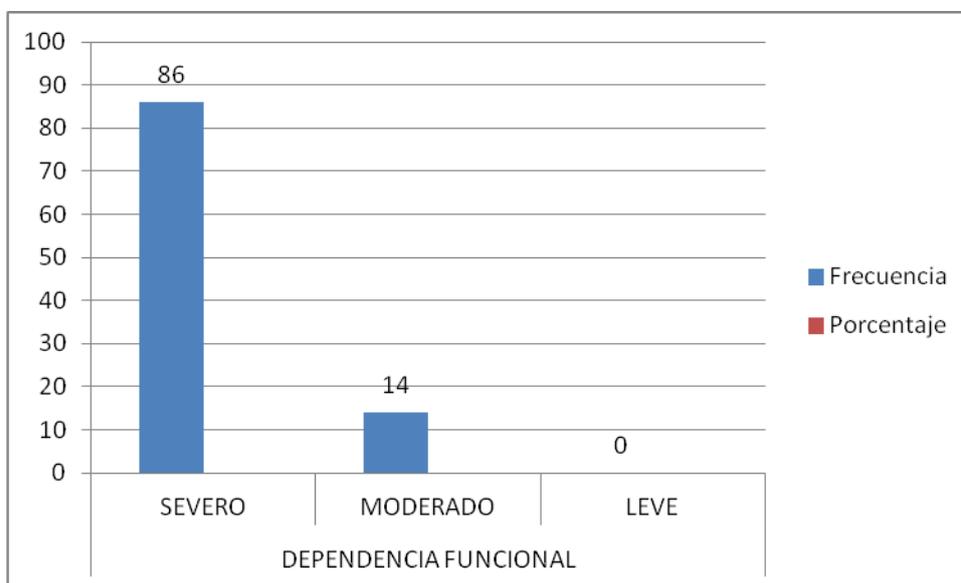


Figura N° 1 Variable Dependencia Funcional

Interpretación:

En la tabla N° 5 , se observa que en la variable dependencia funcional el 86% presenta un nivel severo, un 14% moderado y un 0% leve

Tabla 6
Distribución de frecuencias de la variable Deterioro Cognitivo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DC GRAVE	9	9,0
	DC LEVE A MODERADO	40	40,0
	SIN DC	51	51,0
	Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

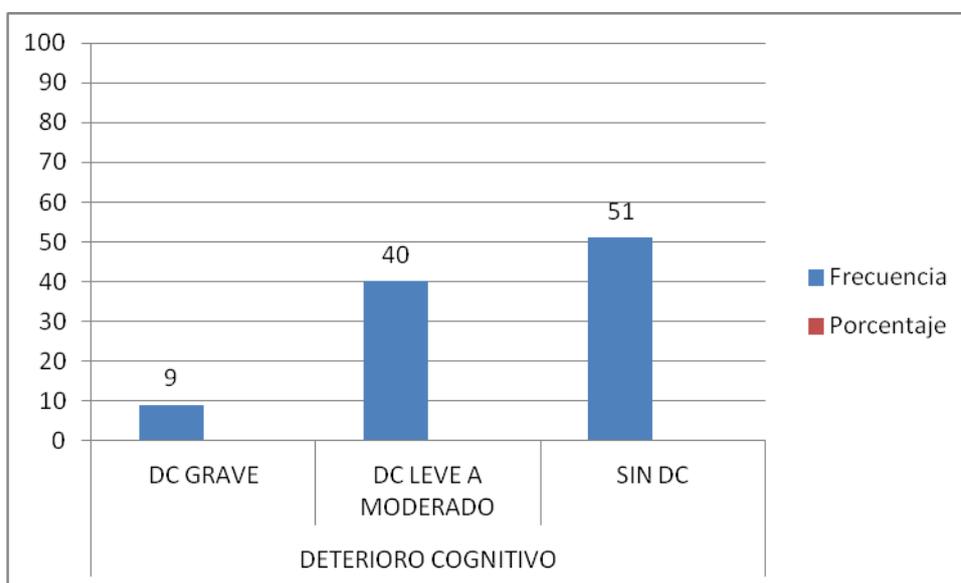


Figura N° 2 Variable Deterioro Cognitivo.

Interpretación:

En la tabla N° 6 , se observa que en la variable deterioro cognitivo el 51% no presenta deterioro cognitivo, el 40% un deterioro cognitivo de leve a moderado y el 9% un nivel de deterioro cognitivo grave.

Tabla 7
Distribución de frecuencias de la variable Depresión

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DEPRESION ESTABLECIDA	61	61,0
	DEPRESION LEVE	38	38,0
	NORMAL	1	1,0
	Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

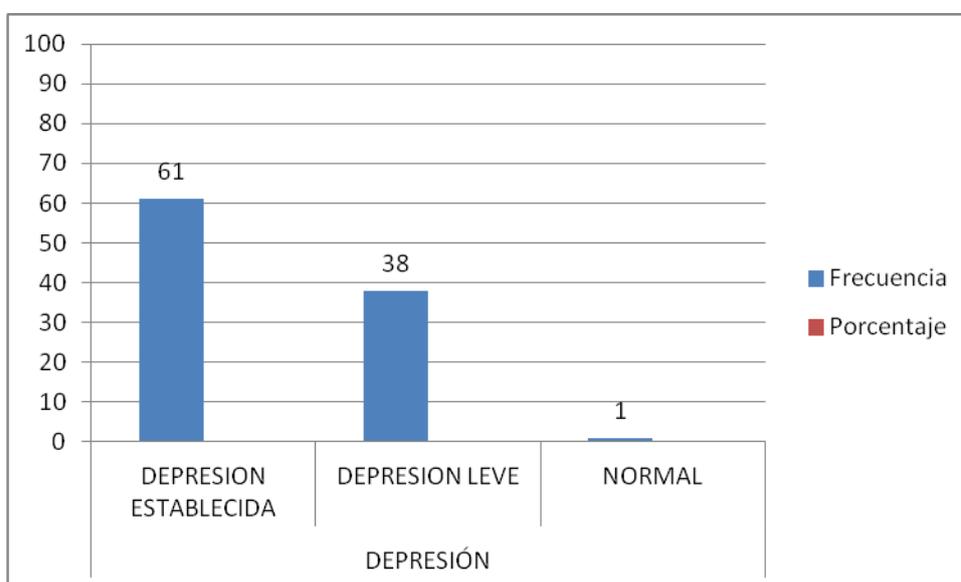


Figura N° 3 Variable Depresión

Interpretación:

En la tabla N° 7 , se observa que en la variable depresión el 61% presenta depresión establecida, el 38% depresión leve mientras que el 1% normal.

3.2. Prueba de normalidad

Tabla 8
Prueba de normalidad estadística

		Dependen cia Funcional	Deterioro Cognitivo	Depresión
N		100	100	100
Parámetros normales ^{a,b}	Media	28,40	24,84	9,86
	Desviación estándar	16,868	5,348	2,010
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,262	,128	,138
	Positivo	,262	,095	,125
	Negativo	-,118	-,128	-,138
Estadístico de prueba		,262	,128	,138
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

En la Tabla N° 8 referida a la prueba de normalidad podemos apreciar que los valores se encuentran por debajo de 0,05, por lo tanto se debe utilizar una prueba no paramétrica rho de spearman.

3.3. Contrastación de hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

H₀: No existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

H_a: Existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

Tabla 9
Contrastación de hipótesis general

Correlaciones			Dependencia funcional	Deterioro cognitivo	Depresión
Rho de Spearman	Dependencia funcional	Coeficiente de correlación		,237*	,139
		Sig. (bilateral)		,018	,167
	Deterioro cognitivo	Coeficiente de correlación	,237*		,147
		Sig. (bilateral)	,018		,145
	Depresión	Coeficiente de correlación	,139	,147	
		Sig. (bilateral)	,167	,145	

*a correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla adjunta se presentan los resultados habiendo hecho la correlación entre las variables con la prueba rho de spearman relacionando la Variable dependencia funcional con deterioro cognitivo se aprecia que el grado de correlación es bajo entre las variables determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,237$ significa que existe una baja asociación entre las variables mencionadas, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que la dependencia

funcional casi no está asociada con el deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

Asimismo, habiendo hecho la correlación entre la Variable dependencia funcional con depresión se aprecia el grado de asociación entre las variables determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,139$ lo cual significa que existe una relación muy baja o mínima entre dichas variables, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que la dependencia funcional no está relacionada con la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

Finalmente, habiendo hecho la correlación entre la Variable deterioro cognitivo con depresión se aprecia el grado de correlación entre las variables determinada por el Rho de Spearman es de $\rho = ,147$ lo cual significa que existe una relación muy baja o mínima entre dichas variables, en relación al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo se infiere que la dependencia funcional no está relacionada con la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

3.3.2. Hipótesis específicas

H1 La dependencia funcional se relaciona con la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Tabla 10
Contrastación de Hipótesis específica 1

Correlaciones			Dependencia funcional	Orientación
Rho de Spearman	Dependencia funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,118
		Sig. (bilateral)	.	,242
		N	100	100
	Orientación	Coeficiente de correlación	,118	1,000
		Sig. (bilateral)	,242	.
		N	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

En la tabla adjunta se aprecia el grado de asociación entre la variable dependencia funcional y la dimensión orientación de la variable deterioro cognitivo determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,118$ significa que existe una relación mínima o muy baja entre la variable y la mencionada dimensión, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que no se relaciona la Dependencia funcional con la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H2 La dependencia funcional se relaciona con la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Tabla 11
Contrastación de Hipótesis específica 2

			Dependencia funcional	Memoria
Rho de Spearman	Dependencia funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,430**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	100	100
	Memoria	Coeficiente de correlación	,430**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	100	100

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

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De los resultados obtenidos y mostrados en la tabla adjunta, se observa el grado de relación entre la variable dependencia funcional y la dimensión memoria de la variable deterioro cognitivo determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,430$ significa que existe una relación moderada entre la variable y la mencionada dimensión, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que se acepta la hipótesis, en consecuencia la Dependencia funcional se relaciona con la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H3 La dependencia funcional se relaciona con el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Tabla 12
Contrastación de Hipótesis específica 3

			Dependencia funcional	Lenguaje
Rho de Spearman	Dependencia funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,041
		Sig. (bilateral)	.	,688
		N	100	100
Lenguaje		Coeficiente de correlación	,041	1,000
		Sig. (bilateral)	,688	.
		N	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

En la presente tabla se aprecia un grado de correlación muy baja o nula entre la variable dependencia funcional y la dimensión lenguaje de la variable deterioro cognitivo determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,041$ significa que no existe relación entre la variable y la mencionada dimensión, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que se rechaza la hipótesis, en consecuencia la Dependencia funcional no se relaciona con el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H4 La dependencia funcional se relaciona con la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña

Tabla 13
Contrastación de Hipótesis específica 4

			Correlaciones	
			Dependencia funcional	Energía vital
Rho de Spearman	Dependencia funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,132
		Sig. (bilateral)	.	,192
		N	100	100
	Energía vital	Coeficiente de correlación	,132	1,000
		Sig. (bilateral)	,192	.
		N	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De los resultados que se presentan en la tabla adjunta, se aprecia un grado de correlación mínimo o muy bajo entre la variable dependencia funcional y la dimensión energía vital de la variable depresión determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,132$ significa que no existe relación entre la variable y la mencionada dimensión, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que se rechaza la hipótesis, en consecuencia la Dependencia funcional no tiene relación con la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H5 La dependencia funcional se relaciona con el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Tabla 14
Contrastación de Hipótesis específica 5

			Correlaciones	
			Dependencia funcional	Estado de ánimo
Rho de Spearman	Dependencia funcional	Coeficiente de correlación	1,000	,304**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	100	100
	Estado de ánimo	Coeficiente de correlación	,304**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	100	100

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

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De los resultados presentados en la tabla adjunta, se observa un grado de correlación bajo entre la variable dependencia funcional y la dimensión estado de ánimo de la variable deterioro depresión, determinada por el Rho de Spearman $\rho = ,304$ significa que existe una baja relación entre la variable y la mencionada dimensión, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que se rechaza la hipótesis, en consecuencia la Dependencia funcional no se relaciona con el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

H6 La dependencia funcional se relaciona con el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Tabla 15
Contrastación de Hipótesis específica 6

			Correlaciones	
			Dependencia funcional	Aislamiento
Rho de Spearman	Depen	Coeficiente de correlación	1,000	-,078
	dencia	Sig. (bilateral)	.	,439
	Funcio	N	100	100
nal	Aislam	Coeficiente de correlación	-,078	1,000
	iento	Sig. (bilateral)	,439	.
		N	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación:

De los resultados presentados en la tabla adjunta, se observa un grado nulo de correlación entre la variable dependencia funcional y la dimensión aislamiento de la variable depresión determinada por el Rho de Spearman $\rho = -,078$ significa que no existe relación alguna entre la variable y la mencionada dimensión, frente al grado de significación estadística $p < ,05$, por lo que se rechaza la hipótesis, en consecuencia la Dependencia funcional no se relaciona con el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.

Tabla 16

Resumen de correlación entre variables y correlaciones

	V2			V3		
	V1-V2 Deterioro Cognitivo = 0,237 Baja			V1-V3 Depresión = 0,139 Muy baja o mínima		
	Orientación	Memoria	Lenguaje	Energía vital	Estado de animo	Aislamiento
V1	0,118	0,430	0,041	0,132	0,304	-0,078
Dependencia Funcional	Muy baja o mínima	Moderada	Muy baja o mínima	Muy baja o mínima	Baja	Nula
V2-V3 = 0,147 Muy baja o mínima						

Fuente: Elaboración propia.

IV. Discusión

Primera

La dependencia funcional en el grupo estudiado fue del 86% severa; 40% con deterioro cognitivo leve a moderado y 61% con depresión establecida, resultó en el primer caso mayor que lo reportado por Rebagliati, et al. en adultos mayores hospitalizados en el Centro geriátrico naval del Callao donde se ha hallado un índice de prevalencia de dependencia funcional del 37,1%, un 34,4% de deterioro cognitivo y un 62,2% de depresión. Es muy probable que esto se deba a que los estudios relacionados fueron realizados con adultos mayores que asistieron en busca de una consulta médica o formaban parte de grupos establecidos. Lo cual quiere decir que tenían mayor actividad social que los ancianos del presente estudio, los cuales fueron abordados en situación precaria y se desconoce la relación familiar y social que poseen.

Segunda

Paz, en su estudio realizado con adultos mayores habitantes de zonas urbanas de la selva peruana refiere que en su muestra no encuentra un trastorno de depresión, sino más bien la presencia de algunos indicadores como tristeza, minusvalía, culpabilidad, pérdida de confianza, entre otros, los cuales son producto del nivel de afrontamiento frente a situaciones estresantes a las que se enfrentan. A diferencia de los ancianos institucionalizados de nuestro estudio donde un 61% presenta depresión obviamente por la situación en que viven a pesar de tener los cuidados del personal del asilo. Coincidiendo con lo que señalan Bartra y Carranza quienes refieren que existe una relación negativa y altamente significativa entre depresión y calidad de vida. Esto significa que cuanto mayor sea la depresión, la calidad de vida se verá afectada.

Tercera

Un dato significativo que coincide con nuestro estudio es el de Martínez y Hyver quienes en su estudio en México que en un Centro geriátrico de un hospital demostraron que las caídas, el estado depresivo y el deterioro cognitivo leve mostraron la misma prevalencia tanto en la residencia como en el hospital. Esto demostró que la prevalencia de síndromes geriátricos fue determinada por el nivel

socioeconómico, cultural y por la misma edad con lo que coincidimos y estamos de acuerdo.

Cuarta

Asimismo en Cuba Pérez y Morejón estudiaron los procesos cognitivos y afectivos en ancianos constatando que en los gerontes participantes del estudio hubo una prevalencia de déficit cognitivo, destacando alteraciones en algunos procesos como memoria, atención y orientación. Asimismo fue sostenido que la existencia de alteraciones Psicoafectivas, dadas por la disfuncionalidad de los medios familiares, la autopercepción que posee el anciano acerca del proceso de envejecimiento y la disminución de sus actividades no tiene una asociación directa entre ambas variables como en el caso de los resultados de nuestro estudio. A diferencia de Sanhueza et. al. en Chile quienes midieron la funcionalidad con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud, encontrándose fuerte asociación entre la participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas; funciones mentales intactas valor y buena autopercepción de salud.

V. Conclusiones

Primera

No existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la depresión en los ancianos institucionalizados del asilo de los ancianos desamparados del distrito de Breña en la ciudad de Lima.

Segunda

En la prueba de hipótesis de la Variable Dependencia Funcional con las Dimensiones de la Variable Deterioro Cognitivo con el estadístico de prueba de Rho de Spearman de correlación múltiple, se observa que al correlacionar dicha variable con la dimensión orientación la asociación es muy baja, con la dimensión memoria es moderada y con la dimensión lenguaje es muy baja o mínima.

Tercera

En la prueba de hipótesis de la Variable Dependencia Funcional con las Dimensiones de la Variable Depresión con el estadístico de prueba de Rho de Spearman de correlación múltiple, se observa que al correlacionar dicha variable con la dimensión energía vital la asociación es muy baja, con la dimensión estado de ánimo es moderada y con la dimensión aislamiento la correlación es nula.

Cuarta

Finalmente concluimos que no existe una asociación entre lo físico, lo cognitivo y los emocional, es decir entre el autovalimiento frente a las actividades de la vida diaria, con el aspecto cognitivo conservado del paciente y su estado de ánimo o depresión de los ancianos institucionalizados del asilo del distrito de Breña.

VI. Recomendaciones

Primera

A las autoridades gubernamentales, se les recomienda brindar el apoyo necesario al asilo de ancianos desamparados de la congregación de las hermanas de Santa Teresa Jornet, que si bien es cierto buscan ser autosostenibles presentan muchas carencias para la atención del adulto mayor.

Segunda

A la municipalidad de Breña se le sugiere implementar programas de apoyo al adulto mayor complementario a la labor que vienen realizando las Hermanas de la congregación Jornet.

Tercera

Se sugiere a la Escuela de Psicología de la Universidad Cesar Vallejo trabajar con el equipo de voluntariado y de esta forma ofrecer a los adultos mayores mejor calidad de vida a través de talleres de memoria, autovalimiento, autoestima, entre otros.

Cuarta

A las hermanas de la congregación Jornet se les recomienda perseverar en esta obra de bien social, tocando puertas de la empresa privada a fin de que la labor que realizan pueda llegar a más personas necesitadas tanto en Breña, El Callao y Huancavelica donde se sitúan los asilos de ancianos de dicha congregación.

VII Propuesta

Denominación : Propuesta Práctica de atención integral al adulto mayor.

Fundamentación: Los adultos mayores dada su amplia experiencia y trayectoria en la vida tienen mucho que contribuir a la sociedad. De acuerdo a lo señalado por el Ministerio de Salud (MINSA), en el año 2014, se deben realizar actividades en beneficio de los adultos mayores con la finalidad de que logren una vida más duradera teniendo en consideración espacios físicos, sociales y psicológicos acordes a esta etapa de la vida, en otros términos, mejorar su calidad de vida.

En tal sentido, sería recomendable realizar actividades que puedan ejecutar los ancianos para mantener una adecuada salud física y mental, durante su permanencia en los últimos años de vida; es muy penoso y lamentable que la sociedad y los gobiernos de turno no dé importancia a los ancianos, a pesar de haber dado la juventud de su vida en las diferentes actividades laborales y profesionales en la sociedad.

Por lo tanto, se sugiere algunas actividades a los adultos mayores para que puedan practicar a fin de que refuercen y fortalezcan su vida saludable: El aseo personal y la presentación personal, estar en la libertad en el medio ambiente, realizar ejercicios físicos moderados, realizar gimnasia cerebral, que es una actividad fundamental para mantener el cerebro, mantener la autoestima, terapia física y mental. una buena relación humana con los sujetos que le rodean.

Dentro del ámbito rural 81 de cada 100 ancianos tienen seguro de salud. Según datos provenientes del trimestre abril-mayo-junio 2015, el 80,5% de los ancianos varones y mujeres del área rural está afiliado a algún tipo de seguro de salud; a diferencia del área urbana y Lima Metropolitana donde este porcentaje alcanzó el 76,3% y 76,4%, respectivamente.

Cabe destacar que en el año 2014, la cantidad de senectos que contaban a nivel nacional con un seguro de salud representó el 75,5%. Es decir a nivel nacional, 39 de cada 100 ancianos tienen Seguro Universal de Salud (ASUS). De acuerdo al segundo trimestre del 2015, el 38,5% de los adultos mayores contaban con

Seguro Integral de Salud (SIS), 34,7% están afiliados a EsSalud y 4,2% a otro tipo de seguro de salud como seguro particular.

El gozar de su tiempo disponible en los gerontes es todavía uno de los tantos prejuicios que deberían ser erradicados por no poseer un fundamento teórico debido a que se ha comprobado que la presencia de actividades recreativas en los gerontes es muy beneficioso pues se fortalece la socialización, se incrementa la autoestima, existe más conexión corporal y disminuyen las dolencias y hasta el uso de medicamentos.

Este uso de tiempo libre mediante la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento es un proceso participativo y ágil que ayuda a comprender la vida como disfrute, creación y libertad, en el desarrollo pleno de todo el potencial de las personas para su realización y mejora de la calidad de vida tanto a nivel individual como social.

Propósito: Favorecer el logro de un envejecimiento saludable y una vejez plenamente satisfactoria a través de acciones de Promoción, Prevención y Asistencia al adulto mayor.

Dirigido a : La población senescente mayor de 65 años en situación de retiro y/o próximos a llegar a la etapa de jubilación.

Adultos mayores en situación de vulnerabilidad afectiva, social, económica y/o espiritual.

Objetivo: Favorecer las condiciones de salud de los gerontes, especialmente de los más excluidos y en situación vulnerable mediante la provisión de una atención integral, continua y de calidad conforme a sus necesidades de salud y expectativas de atención, previniendo riesgos, recuperando y rehabilitando el daño, promoviendo factores de protección, autocuidado y reconocimiento de sus derechos y deberes en relación a su salud.

Necesidades de atención:

PROMOCIONAL	PREVENTIVO	RECUPERATIVO
Actividades preventivas promocionales:	Actividades de prevención Protección específica	Actividades de recuperación y educación para la salud:
✓ Autocuidado	✓ Salud Bucal	✓ Brindar al adulto mayor un soporte emocional.
✓ Estilo de Vida Saludable	✓ Evitamiento de caídas y otros accidentes.	✓ Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la físico, lo psicológico y lo social.
✓ Prácticas y hábitos de alimentación.	✓ Prevención del deterioro cognitivo	✓ Terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros
✓ Prácticas y hábitos de higiene.	✓ Prevenir el uso y abuso de tabaco y/o alcohol.	✓ Utilización del tiempo libre
✓ Actividad física	✓ Promoción de integración social para evitar el aislamiento.	✓ Talleres de procesos de atención.
✓ Fomento de la integración social:	✓ Visitas domiciliarias	✓ Talleres de pintura.
✓ Promoción de integración social: evitar aislamiento		✓ Talleres de autoestima.
✓ Derecho y deberes en salud.		

Acceder a las instancias municipales que no cuentan con locales destinados a la atención del adulto mayor con profesionales como: Nutricionistas, Psicólogos, Médicos, docentes.

Acciones:

Implementar Centros de Recreación Familiar (CRF)

Considerando que los centros de recreación familiar son centros donde se desarrollan actividades deportivas, recreativas y culturales dirigidas a niñas, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, se debe fortalecer la adecuada utilización de tiempo libre.

Participar en clubes del adulto mayor

Los clubes del Adulto Mayor son centros donde se trabaja de manera preventiva, informativa y educativa sobre estilos de vida saludable, actividades para la vida y autocuidado; asimismo busca promover un adecuado contexto social, psicológico y productivo mediante talleres de manualidades propuestos como parte de su terapia física y de un envejecimiento activo que a la vez cuya venta puede representar un adicional ingreso económico.

Actividades a realizar:

- Taller de Educación Emocional: cómo manejar las emociones y las relaciones interpersonales con sus familiares, amigos y conocidos.
- Taller de Memoria: favorece el refuerzo de sus capacidades cognitivas.
- Taller de Auto cuidado: proporcionar conocimientos sobre aspectos de su vida física – orgánica, social, mental y espiritual.
- Talleres Artísticos: Para que descubran y desarrollen sus habilidades y potencialidades artísticas.
- Talleres de Cultura Física: mediante la práctica de disciplinas como el Tai- chi, bio – danza, gimnasia y otros.
- Turismo Social: oportunidad de conocer y disfrutar diferentes lugares del Perú, sus culturas, costumbres, en circuitos turísticos de manera accesible a su economía.
- Huertos Familiares y Crianza de Animales Menores: brinda la oportunidad de entrar en contacto con la naturaleza, desarrollando actividades en el cultivo de plantas hortícolas, aromáticas, árboles frutales, así como la crianza de animales menores (cuyes, patos conejos, etc.).
- Comedor Social: ofrecer alimentación balanceada, en un ambiente amigable de socialización.
- Eventos Deportivo – Recreativo: Practicar su deporte preferido y participar en juegos recreativos que contribuyen al mantenimiento y mejora de sus capacidades psico físicas y sociales.

Uso del tiempo libre:

Según Díaz (2007), la actividad del adulto mayor es una actividad social relevante; surge de la necesidad de buscar y crear espacios para desarrollar actividades significativas que tengan que ver como lo cognitivo, físico y afectivo, permitiendo al adulto mayor adquirir nuevos roles con los cuales puede reinsertarse y ser considerado por la sociedad como un integrante activo y no como un ser pasivo. Para los gerontes que acaban de cesar o jubilarse la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias entre las cuales se proponen:

Actividades de canto

Para los adultos de la edad de oro el cantar es una actividad importante debido a que favorece el flujo sanguíneo disminuyendo el ritmo cardíaco y la presión arterial. Esta actividad favorece la actividad cardiovascular lo que se relacionan con la reducción del estrés y con la longevidad. Por ello los adultos mayores se dedican en sus tiempos libres.

Además, es útil a nivel cognitivo, porque exige que uno se concentre en su voz, en el ritmo y que se adapte a las voces de los demás, lo que fomenta que las personas mayores no pierdan esa agilidad tan particular, sobre todo cuando viven solas.

Actividades musicales

Para los adultos mayores la música puede mejorar el buen humor y alivia el dolor crónico, escuchar o hacer música tranquiliza a los ancianos, las canciones que le agradan permite recordar épocas ya vividas. La música en los adultos mayores permite superar y mejorar estados emocionales y de tono afectivo como la depresión y angustia. Junto con el baile, se mejora el equilibrio y se evita el riesgo de caídas.

De acuerdo a las últimas investigaciones en musicoterapia, la música puede ayudar a los adultos mayores a compensar algunas consecuencias del deterioro propio del mismo proceso degenerativo o de envejecimiento. El deterioro en las

funciones más importantes relacionadas con esta edad y que se encuentran implicadas como la memoria auditiva y la capacidad de escuchar y sostener una conversación en un lugar lleno de ruido parece encontrarse ralentizada en las personas que a lo largo de toda su vida se han dedicado a tocar un instrumento.

La dificultad para discriminar sonidos es una de las quejas más comunes de los ancianos. La consecuencia más grave de esta pérdida de audición se encuentra vinculada con la edad e inclusive los estados depresivos. De acuerdo a estudios recientes las mejoras neuronales relacionadas con la audición en los músicos no solo consisten en funcionar como amplificadoras del volumen, sino que están vinculadas con una mayor capacidad para jugar con el sonido a través de los instrumentos, armonías y ritmos.

Actividades de danza

Hoy en día la danza para los adultos mayores es muy importante, puesto que ayuda como una terapia a la flexibilidad del cuerpo, mantenimiento del estado físico y es bueno para la salud, algunos ejemplos:

Fortalece los músculos, sobre todo de piernas, caderas entre otras.

Aumenta la flexibilidad y la resistencia del sistema óseo.

Optimizar la coordinación y el equilibrio, de tal forma que se puedan evitar caídas en el adulto mayor.

Controlar el peso, la presión arterial, disminuir los dolores articulares y evitar la osteoporosis.

Nuestro cerebro debe mantenerse irrigado de sangre, lo cual ayuda a prevenir el deterioro cognitivo.

Beneficia nuestros sistemas cardiaco y el respiratorio.

Actividades deportivas

Los ancianos precisan desarrollar actividades de tipo recreativas y deportivas de esta manera pueden aminorar los efectos sobre el cuerpo por el paso de los años que muchas veces se convierten en enfermedades crónicas degenerativas cardiovasculares, del sistema digestivo, incluso en cáncer y en osteoporosis, etc. En algunos casos muy particulares se pueden revertir las enfermedades que afectan corporalmente, está completamente demostrado que la vida sedentaria e

la responsable del aumento de las enfermedades de tipo crónico degenerativas convirtiéndose en determinante en la tercera edad debido a que muchas de estas dolencias se evidencian en la mayoría de senectos.

Actividades de viajes y/o excursiones

En la población senescente el realizar viajes o excursiones se convierte en algo de gran importancia, dado que viajar permite la ocasión de conocer diferentes lugares e interactuar con otras personas. Es necesario que las personas de la tercera edad se socialicen conociendo otras realidades a manera de recreación siempre y cuando este dentro de sus posibilidades.

Trabajos manuales

Los trabajos manuales son de mucha importancia, en los adultos mayores en sus tiempos libres, los adultos no pueden estar por justo sin hacer nada, siempre están realizando algunas actividades en la casa, son de repente más preocupados en hacer las cosas en casa. Significa de no hacer nada una depresión y sentirse inútil en la casa.

La elaboración de objetos manuales mejora el aspecto físico, así como la prevención o reducción de enfermedades como la artrosis, mejora el movimiento de las extremidades, evitando la pérdida de la fuerza, elasticidad y movilidad, además ayuda otros órganos del cuerpo.

Ver la televisión

Los adultos mayores específicamente en sus horas libres ven la televisión los programas que les agrada, dependiendo que tipo de programa difunda la televisión, bueno el género femenino prefieren las novelas, mientras los masculinos prefieren películas o deportes.

Otras actividades

Aparte de las actividades arriba mencionadas, los adultos mayores practicas otras actividades cotidianas en su tiempo libres como: limpieza en la casa, cuidar o llevar a la escuela a los niños, cuidar animales menores, realizar compras, etc., todas estas actividades son también a satisfacción de los adultos mayores.

VIII. Referencias

- American Psychiatric Association. DSM 5th ed. (2014). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aranibar, P.(2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile, Chile.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, et. al. (1993) Índice de Barthel: para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Española de Geriatria-Gerontol. 28: 32-40.
- Bernal, César (2006), Metodología de la Investigación. Tercera Edición. Bogotá. Editorial Pearson
- Bisquerra Alcina, Rafael (1995). Metodología de la Investigación Educativa. Madrid. Editorial La Muralla.
- Blesa R, Pujol M, Aguila M, et al.(2004). Validez clínica del "Mini-Mental" para comunidades de habla hispana. En: Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. Tests neuropsicológicos. Barcelona: Masson.
- Brink TL, Yesavage JA, y otros (2008). Prueba de detección para la depresión clínica geriátrica.
- Bulbena A, Fernández de Larrinoa y col. (1998). Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez-Barquero, editor. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Aula Médica, p. 131-49.
- Ccanto Mallma, Germán (2012) *Metodología de Investigación Científica en Educación*. Edit. Visión Peruana. Huancayo Perú.
- Calcedo Barba A.(1996) La depresión en el Adulto mayor. 12 cuestiones fundamentales Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.

- Calcedo Barba A.(1995). La detección de trastornos psiquiátricos en la Atención Primaria. En: López Ibor JJ. Libro del Año Psiquiatría. Madrid: Saned.
- Carrasco Diza, Sergio. (2008). Metodología de la Investigación Científica. San Marcos, Lima.
- Centro latinoamericano y caribeño de demografía (2002). Los Ancianos en América Latina: Datos e Indicadores. Publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile, Chile.
- Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. (1988). El índice de Barthel, un estudio en la rehabilitación.
- Correa, José Luis (2013) Envejecimiento Saludable. La Plata - Buenos Aires.
- De la Serna, Pedro, (2000). Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Editorial Masson.
- Del Barrio Truchado, Elena (2007) *Uso del tiempo entre las personas mayores*. Edit. GRAFO S.A. Madrid – España.
- Díaz Deyton, Vitelio (2007) *Programa de Recreación para Adultos Mayores a través de la Música*. Universidad de Chile.
- Feighner JP, Boyer WF. (1991). Diagnóstico de la depresión, perspectivas en Psiquiatría (vol.2). Madrid: Ed Wiley.
- Folstein MF, Folstein SE. y otros (2001). MMSE. Mini-Mental State Examination. User's Guide. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Gallo JJ, Rabins PV. (1999). Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 60(3): 820-826.

- Gálvez Nieto, Alexander (2007). Centro de atención integral y aprendizaje integracional para el adulto mayor”, TAU-T G1557P, Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.
- García L, Nebreda O, Perlado F.(1993). Enfermedad mental en el anciano. Madrid; Ed. Díaz de Santos.
- Giró Miranda, Joaquín (2004) Envejecimiento y la sociedad. Colec. Bibliografía de investigación. España. En TIC Confío. Recuperado el 20 de enero del 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=4783>
- Grupo de estudio de Neurología de la conducta y demencias.(2000) SEN. Guía en demencias. Barcelona: Masson.
- Gutiérrez, M^a. T. (2005). Evaluación del deterioro cognitivo y neuropsicológico de pacientes adultos con daño cerebral en los lóbulos frontales. Tesis Doctoral Inédita, Universidad de León, México.
- Hernández Sampieri, R. y Otros (2010) Metodología de la Investigación. Quinta edición. Mc. Graw Hill. Mexico.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2014). Sección Estadísticas, Índice Temático Población y Vivienda. <http://www.inei.gob.pe/> [Consulta: Septiembre del 2017]. Ministerio de Salud del Perú. Sección Servicios, Su Salud es Primero: Adulto Mayor. <http://www.minsa.gob.pe/> [Consulta: Junio del 2017]
- INEI (2015) Situación de la Población del Adulto Mayor. Biblioteca Virtual. Lima – Perú.
- Lobo A, Saz P, Marcos G,(2002). Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA Ediciones.

Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A (1977). El miniexamen cognoscitivo (un "test" sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr ; 7: 189-202.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al.(1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999; 112: 767-74.

Mahoney FI (1985). Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J; 14: 61-65.

Martinez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R.(2002). Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam; 12: 620-30.

Martínez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117: 129-34.

Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (2012). Guía Básica Integral Para Personas Adultas Mayores en Centros Residenciales". Publicación del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lima, Perú. 2012. pp. 2-23.

Ministerio de Salud (2014) Políticas saludables para adultos mayores en los Municipios. MIMDES. Lima – Perú.

McDowell Y, Newell CL. Depression. En: Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. London: Oxford University Press, 1996.

- Muñoz Rojas, Jennifer (2011) Uso del tiempo libre de las personas adultas mayores residentes en albergues. Edit. R.C.S. San José Costa Rica.
- Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-41.
- Petersen R, Stevens JC, Ganguli M, Tanaglos E, et al. Practice parameter: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Neurology. 2001; 56: 1133- 42.
- Sabino Carlos (1997). El Proceso de Investigación. Caracas. Panapo.
- Shah S, Vanclay F, Cooper B (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol. 42: 703-709.
- Tamayo y Tamayo, Mario (2007). El proceso de la investigación científica; Limusa cuarta edición, Grupo Noriega Editores. Mexico.
- UNESCO (2015) Adulto Mayor en América Latina. México.
- VERA, MARTHA. “Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia”. Publicación en la Revista Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2007. Pp. 284-290. Tesis de Grado Consultadas
- Wetzler S, Van Praag HM (1991). Evaluación de la depresión. En: Medición de las enfermedades mentales: evaluación psicométrica para los clínicos. York: Ancora.

IX. Anexos

Matriz de Consistencia

Título: Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.															
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES												
<p>Problema principal:</p> <p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y la depresión en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe una relación significativa y directa entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.</p>	<p>Variable 1: Dependencia funcional.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensión o área</th> <th>Ítems</th> <th>Alternativas/ Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alimentación y vestido</td> <td>3</td> <td>0 = Incapaz de hacerlo 2 = Intenta pero inseguro</td> </tr> <tr> <td>Higiene y uso del retrete</td> <td>4</td> <td>5 = Cierta ayuda necesaria 8 = Mínima ayuda necesaria</td> </tr> <tr> <td>Movilización</td> <td>3</td> <td>10 = Totalmente independiente</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensión o área	Ítems	Alternativas/ Puntuación	Alimentación y vestido	3	0 = Incapaz de hacerlo 2 = Intenta pero inseguro	Higiene y uso del retrete	4	5 = Cierta ayuda necesaria 8 = Mínima ayuda necesaria	Movilización	3	10 = Totalmente independiente
Dimensión o área	Ítems	Alternativas/ Puntuación													
Alimentación y vestido	3	0 = Incapaz de hacerlo 2 = Intenta pero inseguro													
Higiene y uso del retrete	4	5 = Cierta ayuda necesaria 8 = Mínima ayuda necesaria													
Movilización	3	10 = Totalmente independiente													
Problema específico:	Objetivo Específico:	Hipótesis Específica:													
<p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?.</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>H1 La dependencia funcional se relaciona con la orientación en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>													
<p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?.</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>H2 La dependencia funcional se relaciona con la memoria en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>													
<p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>H3 La dependencia funcional se relaciona con el lenguaje en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>Variable 2: Deterioro cognitivo leve</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensión o área</th> <th>Ítems</th> <th>Alternativas/ Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orientación</td> <td>10</td> <td>Logrado = 1 punto</td> </tr> <tr> <td>Memoria</td> <td>14</td> <td rowspan="2">No logrado = 0 punto.</td> </tr> <tr> <td>Lenguaje</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensión o área	Ítems	Alternativas/ Puntuación	Orientación	10	Logrado = 1 punto	Memoria	14	No logrado = 0 punto.	Lenguaje	11	
Dimensión o área	Ítems	Alternativas/ Puntuación													
Orientación	10	Logrado = 1 punto													
Memoria	14	No logrado = 0 punto.													
Lenguaje	11														
<p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?.</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>H4 La dependencia funcional se relaciona con la energía vital en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>													
<p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?.</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>H5 La dependencia funcional se relaciona con el estado de ánimo en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>													

<p>¿Qué relación existe entre la dependencia funcional y el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la dependencia funcional y el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>desamparados del distrito de Breña. H6 La dependencia funcional se relaciona con el aislamiento en ancianos institucionalizados del asilo desamparados del distrito de Breña.</p>	<p>Variable 3. Depresión</p> <table border="1" data-bbox="1417 336 2063 667"> <thead> <tr> <th>Dimensión o área</th> <th>Items</th> <th>Alternativas/ Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Energía vital</td> <td>5</td> <td rowspan="3">Logrado = 1 punto No logrado = 0 punto.</td> </tr> <tr> <td>Estado de ánimo</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Aislamiento</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensión o área	Items	Alternativas/ Puntuación	Energía vital	5	Logrado = 1 punto No logrado = 0 punto.	Estado de ánimo	5	Aislamiento	5
Dimensión o área	Items	Alternativas/ Puntuación											
Energía vital	5	Logrado = 1 punto No logrado = 0 punto.											
Estado de ánimo	5												
Aislamiento	5												
<p>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p>	<p>POBLACIÓN Y MUESTRA</p>	<p>TÉCNICAS E INSTRUTOS</p>	<p>ESTADÍSTICA A UTILIZAR</p>										
<p>TIPO: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Descriptivo básico <input checked="" type="radio"/> No experimental DISEÑO: Correlacional . MÉTODO: Hipotético deductivo.</p>	<p>POBLACIÓN: 400 ancianos institucionalizados. TIPO DE MUESTRA: No probabilístico intencionado por conveniencia, donde el criterio a tomar en cuenta es: residentes institucionales con criterios de lucidez, orientado en tiempo-espacio-persona pertenecientes al asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña. TAMAÑO DE MUESTRA: 100 ancianos pertenecientes a la población.</p>	<p>Variable 1: Dependencia funcional. Índice de Barthel. Variable 2: Deterioro cognitivo leve Examen mini mental. Variable 3: Depresión Escala de depresión geriátrica de Yesavage.</p>	<p>DESCRIPTIVA: Los datos obtenidos serán ingresados a una base de datos utilizando el software Microsoft Excel XP en su versión 2010. El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS (por sus siglas en inglés: Statistical Package of the Social Science), en su versión 24 para Windows. Se trabajará con un nivel de significancia estadística del 5%. Se realizará un análisis para determinar si las variables cumplen con una distribución normal.</p>										

Instrumentos

Anexo 2 : Instrumentos de Evaluación.

Índice de Barthel

Apellidos y Nombres:.....

Edad:..... Sexo:

Lugar:..... Fecha :

Actividades básicas de la vida diaria

	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
1-Come por si solo y en tiempo razonable	0	2	5	8	10
2-Se arregla de manera personal sin ninguna ayuda.	0	2	5	8	10
3- Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.	0	2	5	8	10
4-Capaz de lavarse entero y de entrar y salir del baño sin ayuda o supervisión	0	2	5	8	10
5-Puede controlar adecuadamente la evacuación fecal	0	2	5	8	10
6-Puede controlar adecuadamente la evacuación vesical	0	2	5	8	10
7-Entra y sale solo del baño sin ayuda de otras personas.	0	2	5	8	10
8-Trasladarse al sillón o la cama por su cuenta.	0	2	5	8	10
9-Puede caminar 50 metros o más sin que otra persona le ayude o supervise.	0	2	5	8	15
10-Puede subir y bajar escaleras sin que ninguna persona le ayude	0	2	5	8	10

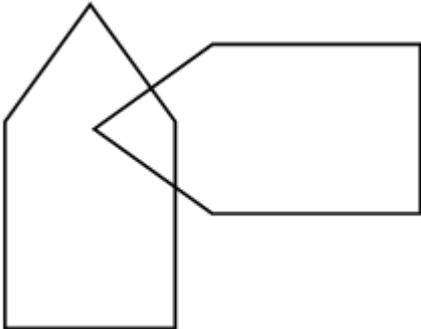
Mini Examen Cognoscitivo (versión Lobo)

Apellidos y Nombres:.....

Edad:..... Sexo:

Lugar:..... Fecha :

	PUNTUAC IÓN
ORIENTACIÓN TEMPORAL: ¿En qué día estamos?..... ¿En qué fecha?..... ¿En qué mes?..... ¿En qué estación?..... ¿En qué año?.....	____(5)
ORIENTACIÓN ESPACIAL: ¿En qué lugar estamos?..... ¿En qué piso?..... ¿En qué pueblo o ciudad?..... ¿En qué provincia o región?..... ¿En qué país?.....	____(5)
FIJACIÓN: Repita estas 3 palabras: ‘moneda- caballo-manzana’..... (*Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento) (**Pueden utilizarse series alternativas de palabras cuando se trata de reevaluaciones ej. Libro, queso, bicicleta)	____(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO Si tiene 30 soles y le van quitando de 3 en 3, ¿cuantas le quedan?.....(27) ¿y si le quitan otras 3?.....(24) ¿y ahora?.....(21) ¿y 3 menos son?.....(18) ¿y si le quitan otras 3?.....(15) (Anote un punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta)	____(5)
Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás..... (Como alternativa, decirle ‘mundo’ y que lo repita al revés)	____(3)
MEMORIA ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.....	____(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.....	____(2)
Repita la frase ‘En un trigal había 5 perros’..... (Repetir hasta 5 veces, pero puntuar solo el primer intento)	____(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato? ;	____(2)

¿Qué son el verde y el rojo?.....	
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	_____(3)
Lea esta frase y haga lo que dice CIERRE LOS OJOS	_____(2)
Copie este dibujo..... 	_____(1)
Puntuación total	_____(35)

(Folstein et al, 1975; adaptado a España por Lobo et al, 1979)

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Apellidos y Nombres:.....

Edad:..... Sexo:

Lugar:..... Fecha :

1. En general ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha dejado de lado muchas de las cosas que antes hacía dentro del asilo?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia desanimado (a) ?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayoría parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido (a)?	SI	NO
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en su habitación que acaso salir y hacer cosas ?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria más que otras personas?	SI	NO
11. En estos momentos ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/una inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿En este momento se siente sin esperanza?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de personas están en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		

Ítems de Energía vital : 1, 3, 11, 12,13

Ítems de Estado de ánimo: 4,5,6,7,15

Ítems de Aislamiento : 2, 8, 9, 10, 14

Validez de los instrumentos.



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. Edgard Rivero Contreras

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Doctorado con mención en Psicología de la UCV, en la sede Lima Norte, promoción 2015, aula 118, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Doctor.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: **Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima**, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.


Zevallos Zavaleta, Ricardo Nelson
D.N.I. 25554359

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DETERIORO COGNITIVO LEVE.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Orientación.							
1	¿En qué día estamos? ¿En qué fecha? ¿En qué mes? ¿En qué estación? ¿En qué año?	/	/	/		/		
2	¿En qué lugar estamos? ¿En qué piso o planta? ¿En qué ciudad? ¿En qué provincia, región?	/		/		/		
	DIMENSIÓN 2 Memoria.							
3	Repita estas 3 palabras: 'moneda- caballo- manzana'.	/		/		/		
4	¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.	/		/		/		
5	Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás.	/		/		/		
6	Si tiene 30 soles y le van quitando de 3 en 3, ¿cuántas le quedan?.	/		/		/		
	DIMENSIÓN 3 Lenguaje							
7	Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.	/		/		/		
8	Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'.	/		/		/		
9	Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato? ; ¿Qué son el verde y el rojo?.	/		/		/		
10	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.	/		/		/		
11	Lea esta frase y haga lo que dice.; CIERRE LOS OJOS.	/		/		/		
12	Copie este dibujo.	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: Edgard Rivero Contreras DNI: 08470677

Especialidad del validador: Doctor en Psicología

06.....de Junio del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


.....
Rivero Contreras E.
Firma del Experto Informante.
C.P.P. 6611

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DEPRESION.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Energía vital.							
1	En general ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	/		/		/		
2	¿Actualmente se siente un/una inútil?	/		/		/		
3	¿Siente que su vida está vacía?	/		/		/		
4	En estos momentos ¿Piensa que es estupendo estar vivo?	/		/		/		
5	¿Se siente lleno de energía?	/		/		/		
	DIMENSIÓN 2 Estado de ánimo.	Si	No	Si	No	Si	No	
6	¿Se siente con frecuencia aburrido (a) ?	/		/		/		
7	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	/		/		/		
8	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	/		/		/		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	/		/		/		
10	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	/		/		/		
	DIMENSIÓN 3 Aislamiento.	Si	No	Si	No	Si	No	
11	¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido (a)?	/		/		/		
12	¿Prefiere Ud. quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	/		/		/		
13	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	/		/		/		
14	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	/		/		/		
15	¿Se siente sin esperanza en este momento?	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: Edgard Rivero Contreras DNI: 08470677

Especialidad del validador: Doctor en Psicología

06 de Junio del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


.....
Rivero Contreras E.
Firma del Experto Informante.
C.P.P. 6611



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. Felipe Santiago Pashanasi Amasifuen.

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Doctorado con mención en Psicología de la UCV, en la sede Lima Norte, promoción 2015, aula 118, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Doctor.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: **Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima**, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.


Zevallos Zavaleta, Ricardo Nelson
D.N.I. 25554359

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DEPENDENCIA FUNCIONAL.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Higiene y uso del retrete							
1	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda (arreglarse).	✓		✓		✓		
2	Ningún episodio de incontinencia fecal.	✓		✓		✓		
3	Ningún episodio de incontinencia vesical (usa cualquier dispositivo).	✓		✓		✓		
4	Entra y sale solo del baño y no necesita ayuda de otras personas.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Alimentación y vestido	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Come por sí solo y en tiempo razonable.	✓		✓		✓		
6	Capaz de lavarse entero y de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.	✓		✓		✓		
7	Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 Movilización	Si	No	Si	No	Si	No	
8	No necesita ayuda para trasladarse al sillón o la cama.	✓		✓		✓		
9	Puede andar 50 metros o su equivalente sin ayuda ni supervisión de otra persona.	✓		✓		✓		
10	Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: Pashanasi Amasiquen Felipe Santiago DNI: 08288892

Especialidad del validador: Dr. en Psicología

30 de Mayo del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Pashanasi Amasiquen F.
 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DETERIORO COGNITIVO LEVE.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Orientación.							
1	¿En qué día estamos? ¿En qué fecha? ¿En qué mes? ¿En qué estación? ¿En qué año?	✓		✓		✓		
2	¿En qué lugar estamos? ¿En qué piso o planta? ¿En qué ciudad? ¿En qué provincia, región?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Memoria.	Si	No	Si	No	Si	No	
3	Repita estas 3 palabras: 'moneda- caballo- manzana'.	✓		✓		✓		
4	¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.	✓		✓		✓		
5	Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás.	✓		✓		✓		
6	Si tiene 30 soles y le van quitando de 3 en 3, ¿cuantas le quedan?.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 Lenguaje	Si	No	Si	No	Si	No	
7	Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.	✓		✓		✓		
8	Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'.	✓		✓		✓		
9	Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato? ; ¿Qué son el verde y el rojo?.	✓		✓		✓		
10	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.	✓		✓		✓		
11	Lea esta frase y haga lo que dice.; CIERRE LOS OJOS.	✓		✓		✓		
12	Copie este dibujo.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: Pashanasi Amasipuen Felipe Santiago DNI: 08288892

Especialidad del validador: Dr- en Psicología

30 de Mayo del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Pashanasi Amasipuen F.
Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DEPRESION.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Energía vital.							
1	En general ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	✓		✓		✓		
2	¿Actualmente se siente un/una inútil?	✓		✓		✓		
3	¿Siente que su vida está vacía?	✓		✓		✓		
4	En estos momentos ¿Piensa que es estupendo estar vivo?	✓		✓		✓		
5	¿Se siente lleno de energía?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Estado de ánimo.							
6	¿Se siente con frecuencia aburrido (a) ?	✓		✓		✓		
7	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	✓		✓		✓		
8	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	✓		✓		✓		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	✓		✓		✓		
10	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 Aislamiento.							
11	¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido (a)?	✓		✓		✓		
12	¿Prefiere Ud. quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	✓		✓		✓		
13	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	✓		✓		✓		
14	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	✓		✓		✓		
15	¿Se siente sin esperanza en este momento?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: Pashanasi Amasifuen Felipe Santiago DNI: 08288892

Especialidad del validador: Dr. en Psicología

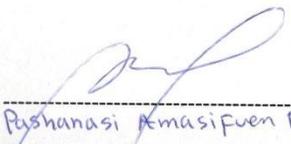
30 de Mayo del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Pashanasi Amasifuen F.
Firma del Experto Informante.



CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor: Dr. José Mercedes Valqui Oxolón.

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Doctorado con mención en Psicología de la UCV, en la sede Lima Norte, promoción 2015, aula 118, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optare el grado de Doctor.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: **Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima**, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Zavallos Zavalleta, Ricardo Nelson
D.N.I. 25554359

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DEPENDENCIA FUNCIONAL.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Higiene y uso del retrete							
1	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda (arreglarse).	✓		✓		✓		
2	Ningún episodio de incontinencia fecal.	✓		✓		✓		
3	Ningún episodio de incontinencia vesical (usa cualquier dispositivo).	✓		✓		✓		
4	Entra y sale solo del baño y no necesita ayuda de otras personas.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Alimentación y vestido	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Come por sí solo y en tiempo razonable.	✓		✓		✓		
6	Capaz de lavarse entero y de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.	✓		✓		✓		
7	Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 Movilización	Si	No	Si	No	Si	No	
8	No necesita ayuda para trasladarse al sillón o la cama.	✓		✓		✓		
9	Puede andar 50 metros o su equivalente sin ayuda ni supervisión de otra persona.	✓		✓		✓		
10	Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Presenta Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: José Mercedes Valqui Oxolón DNI: 10743897

Especialidad del validador: Doctor en Educación - Docente Post Grado.

...27...de Mayo...del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


José M. Valqui Oxolón
Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DETERIORO COGNITIVO LEVE.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1 Orientación. ¿En qué día estamos? ¿En qué fecha? ¿En qué mes? ¿En qué estación? ¿En qué año?	✓		✓		✓		
2	¿En qué lugar estamos? ¿En qué piso o planta? ¿En qué ciudad? ¿En qué provincia, región?	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2 Memoria.	Si	No	Si	No	Si	No	
3	Repita estas 3 palabras: 'moneda- caballo- manzana'.	✓		✓		✓		
4	¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.	✓		✓		✓		
5	Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás.	✓		✓		✓		
6	Si tiene 30 soles y le van quitando de 3 en 3, ¿cuántas le quedan?.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3 Lenguaje	Si	No	Si	No	Si	No	
7	Mostrarle un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj.	✓		✓		✓		
8	Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'.	✓		✓		✓		
9	Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato? ; ¿Qué son el verde y el rojo?.	✓		✓		✓		
10	Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.	✓		✓		✓		
11	Lea esta frase y haga lo que dice.; CIERRE LOS OJOS.	✓		✓		✓		
12	Copie este dibujo.	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Presenta Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr.: José Mercedes Valqui Oxolón DNI: 10743897

Especialidad del validador: Doctor en Educación - Docente Post Grado

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

27 de Mayo del 2016



José H. Valqui Oxolón
Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DEPRESION.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 Energía vital.								
1	En general ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	✓		✓		✓		
2	¿Actualmente se siente un/una inútil?	✓		✓		✓		
3	¿Siente que su vida está vacía?	✓		✓		✓		
4	En estos momentos ¿Piensa que es estupendo estar vivo?	✓		✓		✓		
5	¿Se siente lleno de energía?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2 Estado de ánimo.								
6	¿Se siente con frecuencia aburrido (a) ?	✓		✓		✓		
7	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	✓		✓		✓		
8	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	✓		✓		✓		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	✓		✓		✓		
10	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3 Aislamiento.								
11	¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido (a)?	✓		✓		✓		
12	¿Prefiere Ud. quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	✓		✓		✓		
13	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	✓		✓		✓		
14	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	✓		✓		✓		
15	¿Se siente sin esperanza en este momento?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Presenta Suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [✓] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr: José Mercedes Valqui Oxolón DNI: 10743897

Especialidad del validador: Doctor en Educación - Docente Post Grado

27 de Mayo del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 José M. Valqui Oxolón
 Firma del Experto Informante.

Base de datos de la Prueba de Dependencia Funcional

Edad	Género	No. Orden	Alimentación y vestido				Higiene y uso del retrete					Movilización				PEGE
			1-Come por si solo y en tiempo razonable.	2-Se arregla de manera personal sin ninguna ayuda.	3- Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.	D1	4-Capaz de lavarse entero y de entrar y salir del baño sin ayuda o supervisión	5-Puede controlar adecuadamente la evacuación fecal	6-Puede controlar adecuadamente la evacuación vesical	7-Entra y sale solo del baño sin ayuda de otras personas.	D2	8- Traslarse al sillón o la cama por su cuenta.	9- Puede caminar 50 metros o más sin que otra persona le ayude o supervise.	10-Puede subir y bajar escaleras sin que ninguna persona le ayude.	D3	
78	Masculino	1	0	0	2	2	0	2	0	0	2	0	0	2	2	6
84	Femenino	2	0	2	2	4	2	2	2	2	8	0	2	2	4	16
79	Masculino	3	0	5	2	7	5	2	5	5	17	0	2	2	4	28
84	Femenino	4	0	8	2	10	8	2	8	8	26	0	2	2	4	40
82	Masculino	5	0	2	0	2	10	5	10	10	35	0	2	0	2	39
80	Femenino	6	0	2	0	2	2	5	2	2	11	0	0	0	0	13
77	Femenino	7	0	2	0	2	2	5	5	5	17	0	0	0	0	19
78	Masculino	8	0	5	0	5	5	2	8	8	23	0	0	0	0	28
81	Femenino	9	0	5	0	5	5	2	2	2	11	0	0	0	0	16
80	Femenino	10	0	5	0	5	5	2	5	5	17	0	0	0	0	22
76	Femenino	11	0	8	0	8	8	0	0	8	16	0	0	0	0	24
74	Femenino	12	2	2	0	4	2	5	2	2	11	2	2	0	4	19
78	Masculino	13	2	2	5	9	2	5	5	5	17	2	2	5	9	35
83	Femenino	14	2	2	5	9	2	5	8	8	23	2	2	5	9	41
81	Femenino	15	2	5	8	15	5	8	8	2	23	2	5	8	15	53
73	Masculino	16	2	5	8	15	5	8	2	5	20	2	5	8	15	50
72	Femenino	17	2	0	8	10	0	8	5	8	21	2	0	8	10	41
73	Femenino	18	2	2	0	4	2	0	8	10	20	2	2	0	4	28

78	Femenino	19	5	5	0	10	5	0	2	2	9	5	5	0	10	29
80	Femenino	20	2	8	0	10	8	0	0	5	13	2	8	0	10	33
78	Masculino	21	2	10	2	14	10	2	10	8	30	2	10	2	14	58
84	Femenino	22	2	2	2	6	2	2	2	2	8	2	2	2	6	20
79	Masculino	23	2	2	2	6	2	2	2	5	11	2	2	2	6	23
84	Femenino	24	0	2	2	4	2	2	2	8	14	0	2	2	4	22
82	Masculino	25	0	2	2	4	2	2	5	2	11	0	2	2	4	19
80	Femenino	26	0	5	0	5	5	0	5	2	12	0	5	0	5	22
77	Femenino	27	0	5	2	7	5	2	8	2	17	0	5	2	7	31
78	Masculino	28	2	0	5	7	0	5	10	5	20	2	0	5	7	34
81	Femenino	29	5	8	8	21	8	8	2	5	23	5	8	8	21	65
80	Femenino	30	2	8	10	20	8	10	0	5	23	2	8	10	20	63
76	Femenino	31	2	2	2	6	2	2	2	2	8	2	2	2	6	20
74	Femenino	32	2	2	2	6	2	2	5	5	14	2	2	2	6	26
78	Masculino	33	2	2	2	6	2	2	8	2	14	2	2	2	6	26
83	Femenino	34	5	2	5	12	2	5	10	8	25	5	2	5	12	49
81	Femenino	35	5	5	5	15	5	5	2	2	14	5	5	5	15	44
73	Masculino	36	5	5	5	15	5	5	5	2	17	5	5	5	15	47
72	Femenino	37	2	5	0	7	5	0	8	5	18	2	5	0	7	32
73	Femenino	38	2	0	2	4	0	2	10	8	20	2	0	2	4	28
78	Femenino	39	2	0	5	7	0	5	2	5	12	2	0	5	7	26
80	Femenino	40	5	0	8	13	0	8	0	2	10	5	0	8	13	36
78	Masculino	41	5	2	2	9	2	2	2	5	11	5	2	2	9	29
84	Femenino	42	5	2	0	7	2	0	8	8	18	5	2	0	7	32
79	Masculino	43	2	2	2	6	2	2	10	8	22	2	2	2	6	34
84	Femenino	44	2	2	5	9	2	5	2	2	11	2	2	5	9	29
82	Masculino	45	5	5	8	18	5	8	5	2	20	5	5	8	18	56
80	Femenino	46	5	8	10	23	8	10	8	5	31	5	8	10	23	77
77	Femenino	47	5	10	2	17	10	2	2	8	22	5	10	2	17	56
78	Masculino	48	2	10	8	20	10	8	2	5	25	2	10	8	20	65
78	Femenino	49	2	0	2	4	0	2	5	2	9	2	0	2	4	17
84	Masculino	50	2	2	0	4	2	0	8	2	12	2	2	0	4	20
82	Femenino	51	5	2	2	9	2	2	8	2	14	5	2	2	9	32
79	Femenino	52	5	2	5	12	2	5	2	2	11	5	2	5	12	35
77	Femenino	53	2	2	8	12	2	8	5	2	17	2	2	8	12	41
73	Femenino	54	2	5	10	17	5	10	5	2	22	2	5	10	17	56

79	Masculino	55	2	5	2	9	5	2	2	2	11	2	5	2	9	29
72	Femenino	56	0	8	5	13	8	5	5	2	20	0	8	5	13	46
78	Masculino	57	0	2	5	7	2	5	8	2	17	0	2	5	7	31
79	Femenino	58	0	8	5	13	8	5	5	2	20	0	8	5	13	46
83	Masculino	59	0	5	2	7	5	2	5	5	17	0	5	2	7	31
82	Femenino	60	0	8	8	16	8	8	5	5	26	0	8	8	16	58
88	Masculino	61	0	5	8	13	5	8	8	5	26	0	5	8	13	52
73	Femenino	62	0	0	2	2	0	2	10	8	20	0	0	2	2	24
75	Masculino	63	2	0	2	4	0	2	2	2	6	2	0	2	4	14
76	Femenino	64	0	0	2	2	0	2	5	5	12	0	0	2	2	16
79	Femenino	65	0	2	2	4	2	2	8	5	17	0	2	2	4	25
83	Masculino	66	0	2	2	4	2	2	2	2	8	0	2	2	4	16
81	Femenino	67	0	2	5	7	2	5	5	5	17	0	2	5	7	31
80	Masculino	68	2	2	5	9	2	5	8	8	23	2	2	5	9	41
86	Femenino	69	2	5	5	12	5	5	10	10	30	2	5	5	12	54
82	Femenino	70	2	5	5	12	5	5	5	5	20	2	5	5	12	44
84	Femenino	71	2	5	2	9	5	2	2	2	11	2	5	2	9	29
84	Femenino	72	2	2	2	6	2	2	5	5	14	2	2	2	6	26
85	Masculino	73	0	8	2	10	8	2	8	8	26	0	8	2	10	46
89	Femenino	74	2	8	10	20	8	10	10	2	30	2	8	10	20	70
77	Masculino	75	2	2	2	6	2	2	2	5	11	2	2	2	6	23
74	Femenino	76	2	5	5	12	5	5	5	2	17	2	5	5	12	41
79	Femenino	77	0	5	5	10	5	5	8	5	23	0	5	5	10	43
74	Masculino	78	0	5	5	10	5	5	5	5	20	0	5	5	10	40
83	Femenino	79	0	5	8	13	5	8	5	5	23	0	5	8	13	49
86	Femenino	80	0	5	5	10	5	5	5	5	20	0	5	5	10	40
91	Femenino	81	0	5	5	10	5	5	5	5	20	0	5	5	10	40
83	Femenino	82	0	2	5	7	2	5	5	5	17	0	2	5	7	31
85	Masculino	83	0	2	8	10	2	8	8	5	23	0	2	8	10	43
87	Femenino	84	2	5	2	9	5	2	2	5	14	2	5	2	9	32
83	Femenino	85	2	5	0	7	5	0	0	2	7	2	5	0	7	21
81	Masculino	86	2	8	5	15	8	5	5	5	23	2	8	5	15	53
78	Femenino	87	2	10	5	17	10	5	5	2	22	2	10	5	17	56
79	Femenino	88	2	2	2	6	2	2	2	5	11	2	2	2	6	23
73	Femenino	89	2	2	2	6	2	2	2	8	14	2	2	2	6	26
72	Femenino	90	2	2	0	4	2	0	2	2	6	2	2	0	4	14

84	Masculino	91	2	5	5	12	5	5	5	2	17	2	5	5	12	41
85	Femenino	92	0	8	5	13	8	5	5	2	20	0	8	5	13	46
78	Masculino	93	2	8	5	15	8	5	5	2	20	2	8	5	15	50
72	Femenino	94	0	8	5	13	8	5	5	5	23	0	8	5	13	49
86	Masculino	95	0	0	8	8	0	8	8	8	24	0	0	8	8	40
82	Femenino	96	0	0	5	5	0	5	5	5	15	0	0	5	5	25
79	Femenino	97	0	2	0	2	2	0	2	2	6	0	2	0	2	10
83	Masculino	98	0	5	0	5	5	0	0	0	5	0	5	0	5	15
80	Femenino	99	0	5	0	5	5	0	0	0	5	0	5	0	5	15
82	Femenino	100	2	5	0	7	5	0	0	0	5	2	5	0	7	19

Base de datos de la prueba de Deterioro Cognitivo

Edad	Género:	No. Orden	Orientación										Memoria										Lenguaje										PE GE			
			1. ¿En qué estamos?	2. ¿En qué época?	3. ¿En qué mes?	4. ¿En qué estación?	5. ¿En qué año?	6. ¿En qué lugar estamos?	7. ¿En qué piso o planta?	8. ¿En qué ciudad?	9. ¿En qué provincia, región?	10. ¿En qué país?	D1	11. Repita estas 3 palabras: 'moneda-caballo-manzana'.	12. ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? .	13. Si tiene 30 años y le van quitando 3 en 3, ¿cuántas le quedan? .	14. ¿Y si le quitamos otras tres? .	15. ¿Y ahora? .	16. ¿Y 3 meses más? .	17. ¿Y si le quitamos otras 3? .	18. Repita 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hágalo atrás.	19. ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? .	D2	20. Muestrele un lápiz o un bolígrafo: ¿Qué es esto?	21. Repetirlo con el reloj.	22. Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'.	23. Una manzana y una persona frutal, ¿verdad?, ¿Qué son un perro y un gato? ;	24. ¿Qué son el verde y el rojo? .	25. Cójale este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa.	26. Lea esta frase y haga lo que dice.; CIERRE LOS OJOS.	27. Copie este dibujo	D3				
78	Masculino	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	1	0	2	1	6	15	
84	Femenino	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	2	1	9	14	
79	Masculino	3	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	1	2	1	1	7	16		
84	Femenino	4	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	8	12	
82	Masculino	5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	7	10	
80	Femenino	6	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	8	11
77	Femenino	7	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	11
78	Masculino	8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	1	1	1	0	1	1	5	14	
81	Femenino	9	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	1	1	1	3	1	1	8	18		
80	Femenino	10	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	1	1	8	13		
76	Femenino	11	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	1	1	8	15		
74	Femenino	12	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	1	1	9	13	
78	Masculino	13	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1	1	8	13	
83	Femenino	14	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	3	1	1	9	14	
81	Femenino	15	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	3	1	1	9	16	
73	Masculino	16	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	4	3	3	1	1	0	0	0	3	3	14	1	1	1	1	1	1	3	1	1	10	28		
72	Femenino	17	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	0	1	8	12	
73	Femenino	18	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	5	3	1	1	1	0	0	0	3	3	12	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	6	23	

78	Femenino	19	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4	2	1	1	0	0	0	0	3	3	10	1	1	1	0	1	1	0	0	5	19	
80	Femenino	20	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6	3	2	1	0	0	0	0	3	3	12	1	0	1	0	0	0	0	0	2	20	
78	Masculino	21	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	1	0	2	12	
84	Femenino	22	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	4	9	
79	Masculino	23	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	2	8	
84	Femenino	24	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	1	0	1	1	5	14	
82	Masculino	25	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	1	4	10	
80	Femenino	26	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	14	
77	Femenino	27	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	6	12	
78	Masculino	28	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	13	
81	Femenino	29	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	13	
80	Femenino	30	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	5	3	1	1	1	0	0	0	3	3	12	1	0	1	1	1	3	0	1	8	25	
76	Femenino	31	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	4	2	1	1	1	0	0	0	3	3	11	1	0	1	1	1	3	0	1	8	23	
74	Femenino	32	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	3	0	1	6	13	
78	Masculino	33	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	3	0	1	7	14	
83	Femenino	34	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	5	3	2	1	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	3	0	0	3	14	
81	Femenino	35	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	5	3	1	1	1	0	0	0	0	0	6	1	1	1	0	1	3	0	0	7	18	
73	Masculino	36	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	0	1	1	1	0	6	15	
72	Femenino	37	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	1	1	7	13	
73	Femenino	38	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	6	12	
78	Femenino	39	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	9	14	
80	Femenino	40	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	7	12	
78	Masculino	41	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	9	14	
84	Femenino	42	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	5	1	1	1	1	0	0	0	3	3	10	1	1	1	1	1	0	2	1	8	23	
79	Masculino	43	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	1	1	1	2	1	9	17	
84	Femenino	44	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	5	1	1	1	1	0	0	0	3	3	10	1	0	1	1	1	3	2	1	10	25	
82	Masculino	45	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	6	11	
80	Femenino	46	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	11	
77	Femenino	47	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	7	13	
78	Masculino	48	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	11	
78	Femenino	49	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	5	3	1	1	0	0	0	0	3	3	11	1	0	1	1	1	0	1	1	6	22	
84	Masculino	50	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	4	8	
82	Femenino	51	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	4	1	1	1	1	0	0	0	3	3	10	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3	17
79	Femenino	52	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	7	
77	Femenino	53	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	8	
73	Femenino	54	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	7	
79	Masculino	55	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	10	
72	Femenino	56	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	7	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1	0	0	1	0	1	4	14	
78	Masculino	57	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	1	1	1	4	13	
79	Femenino	58	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4	3	1	1	1	0	0	0	3	3	12	0	0	1	1	0	1	1	1	5	21	
83	Masculino	59	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	6	3	1	1	1	0	0	0	3	3	12	0	0	1	1	0	1	1	1	5	23	
82	Femenino	60	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	1	1	6	11	

88	Masculino	61	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	6	1	1	1	1	0	0	0	3	3	10	0	1	1	0	0	1	2	1	6	22	
73	Femenino	62	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	1	8	13
75	Masculino	63	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7	12
76	Femenino	64	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	7	11
79	Femenino	65	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	1	1	1	1	7	14
83	Masculino	66	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	7	11
81	Femenino	67	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	3	1	1	1	1	1	1	3	3	15	1	1	1	0	1	1	2	0	7	27	
80	Masculino	68	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	3	13	1	1	0	1	1	1	1	0	6	24	
86	Femenino	69	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	6	3	0	0	1	1	1	1	3	3	13	1	1	0	0	1	1	2	1	7	26	
82	Femenino	70	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	6	12	
84	Femenino	71	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	3	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1	1	1	0	0	0	0	1	4	14	
84	Femenino	72	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	6	11	
85	Masculino	73	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	6	9
89	Femenino	74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	7	10	
77	Masculino	75	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	1	1	10	12	
74	Femenino	76	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1	1	1	1	1	3	2	1	11	19	
79	Femenino	77	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	1	1	10	12	
74	Masculino	78	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	3	2	1	10	14	
83	Femenino	79	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	5	8	
86	Femenino	80	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	1	7	12	
91	Femenino	81	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	4	1	1	1	1	1	1	1	3	3	13	1	1	1	0	0	3	0	1	7	24	
83	Femenino	82	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	2	1	7	14	
85	Masculino	83	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6	3	1	1	1	1	1	1	3	3	15	1	1	1	0	0	3	1	1	8	29	
87	Femenino	84	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	3	0	1	8	13	
83	Femenino	85	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	0	1	9	13	
81	Masculino	86	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	1	1	10	12	
78	Femenino	87	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	3	3	13	1	1	1	1	1	3	1	1	10	27	
79	Femenino	88	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	13	1	1	1	1	1	3	2	1	11	27	
73	Femenino	89	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	3	3	13	1	1	1	1	1	3	1	1	10	28	
72	Femenino	90	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	2	1	9	14	
84	Masculino	91	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	2	1	11	18	
85	Femenino	92	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	6	3	2	1	1	1	1	1	3	3	16	1	1	1	1	0	3	2	1	10	32	
78	Masculino	93	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	1	1	0	0	1	6	15	
72	Femenino	94	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	4	10
86	Masculino	95	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0	1	6	12	
82	Femenino	96	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	5	9
79	Femenino	97	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	5	11	
83	Masculino	98	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	3	1	1	9	14
80	Fem	99	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	5	3	1	1	1	1	1	1	3	3	15	1	1	1	1	1	3	1	1	10	30	
82	Fem	100	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	5	3	1	1	1	1	1	1	3	3	15	1	1	1	1	1	3	1	1	10	30	

Base de datos de la Prueba de Depresión

Edad	Género	No. Orden	ENERGIA VITAL					ESTADO DE ANIMO					AISLAMIENTO					PEGE			
			1.En general ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	12.¿Actualmente se siente un/una inútil?	3.¿Siente que su vida está vacía?	11.En estos momentos ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	13.¿Se siente lleno de energía?	D1	4.¿Siente con frecuencia desánimo?	5.¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	6.¿Te molesta que le ocurra algo malo?	7.¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	15.¿Piensa que la mayoría de personas están en mejor situación que usted?	D2	8.¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido (a)?	9.¿Preferiría Ud. quedarse en su habitación que salir y hacer cosas?	10.¿Cree que tiene más problemas de memoria más que otras personas?		2.¿Ha dejado de lado muchas de las cosas que antes hacía dentro de la casa?	14.¿En este momento se siente sin esperanza?	D3
78	Masc.	1	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	10
84	Femen.	2	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
79	Masc	3	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	10
84	Femen.	4	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
82	Masc	5	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	10
80	Femen.	6	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
77	Femen.	7	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
78	Masc	8	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
81	Femen.	9	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
80	Femen.	10	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
76	Femen.	11	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
74	Femen.	12	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	9
78	Masc	13	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	8
83	Femen.	14	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	8
81	Femen.	15	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	9
73	Masc	16	0	1	0	1	1	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
72	Femen.	17	0	1	0	1	1	3	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	1	5	11
73	Femen.	18	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	4	12
78	Femen.	19	1	1	1	1	1	5	1	0	1	0	1	3	0	1	1	1	1	4	12

80	Femen.	20	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	14
78	Masc.	21	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	14
84	Femen.	22	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	14
79	Masc.	23	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	5	13
84	Femen.	24	0	1	1	1	1	4	1	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	5	12
82	Masc.	25	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	8
80	Femen.	26	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	6
77	Femen.	27	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	6
78	Masc.	28	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	6
81	Femen.	29	1	1	0	1	1	4	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	7
80	Femen.	30	1	1	0	1	1	4	1	1	0	0	1	3	1	0	0	1	1	3	10
76	Femen.	31	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	0	3	0	0	0	1	1	2	8
74	Femen.	32	1	1	1	0	1	4	1	1	1	0	1	4	1	0	0	1	1	3	11
78	Masc.	33	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	0	2	0	1	0	1	1	3	8
83	Femen.	34	1	1	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	4	8
81	Femen.	35	1	1	1	0	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	3	7
73	Masc	36	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	4	8
72	Femen.	37	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	1	4	8
73	Femen.	38	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	5	9
78	Femen.	39	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	1	2	1	1	1	1	1	5	10
80	Femen.	40	1	0	1	0	1	3	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	4	8
78	Masc	41	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	3	1	1	0	0	1	4	9
84	Femen.	42	1	0	0	0	1	2	1	0	1	1	0	3	1	0	0	0	1	2	7
79	Masc.	43	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	4	1	0	0	1	1	3	8
84	Femen.	44	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	4	1	0	1	0	1	3	9
82	Masc	45	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	11
80	Femen.	46	0	1	0	1	1	3	1	0	1	1	1	4	1	1	1	0	1	4	11
77	Femen.	47	0	1	0	1	0	2	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	10
78	Masc	48	0	1	0	1	0	2	1	0	1	1	1	4	1	1	1	0	1	4	10
78	Femen.	49	0	1	1	1	0	3	1	0	1	1	0	3	1	1	0	1	1	4	10
84	Masc.	50	0	1	1	1	0	3	1	0	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	11
82	Femen.	51	0	1	1	1	0	3	1	0	1	1	0	3	1	0	0	1	1	3	9
79	Femen.	52	0	1	1	1	0	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	13
77	Femen.	53	0	0	1	1	1	3	1	1	0	1	1	4	1	0	0	1	1	3	10
73	Femen.	54	0	0	1	1	1	3	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	0	4	11
79	Masc.	55	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	1	0	0	1	0	2	10
72	Femen.	56	1	0	1	1	1	4	1	1	0	1	0	3	1	1	1	1	0	4	11
78	Masc	57	1	0	1	0	1	3	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	0	4	11
79	Femen.	58	1	1	1	0	1	4	0	1	0	1	0	2	1	1	1	1	0	4	10
83	Masc.	59	1	1	1	0	1	4	0	1	1	1	0	3	0	1	1	1	0	3	10
82	Femen.	60	1	1	1	0	0	3	0	0	0	1	1	2	0	1	1	1	0	3	8

88	Masc	61	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	0	1	1	1	0	3	7
73	Femen.	62	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	4	0	1	1	1	0	3	8
75	Masc	63	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	4	7
76	Femen.	64	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	4	0	1	1	1	1	4	9
79	Femen.	65	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	1	1	1	4	7
83	Masc	66	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	4	1	0	1	1	1	4	9
81	Femen.	67	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	0	3	1	0	1	1	1	4	9
80	Masc.	68	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	1	3	1	0	1	1	1	4	9
86	Femen.	69	1	1	1	0	1	4	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	0	3	11
82	Femen.	70	1	1	1	0	1	4	0	0	1	1	1	3	1	0	1	1	0	3	10
84	Femen.	71	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	0	4	13
84	Femen.	72	1	0	1	1	1	4	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	12
85	Masc.	73	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	4	12
89	Femen.	74	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	0	1	1	1	1	4	12
77	Masc	75	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	0	3	0	1	1	1	1	4	11
74	Femen.	76	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	1	4	0	0	1	1	1	3	11
79	Femen.	77	1	0	0	1	1	3	1	0	1	0	1	3	0	0	1	1	1	3	9
74	Masc	78	1	0	0	1	1	3	1	0	1	0	1	3	0	0	1	1	1	3	9
83	Femen.	79	0	0	0	1	1	2	1	1	1	0	0	3	0	0	1	1	1	3	8
86	Femen.	80	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	3	1	0	1	0	1	3	7
91	Femen.	81	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	4	1	0	1	0	1	3	8
83	Femen.	82	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	1	0	1	0	0	2	5
85	Masc.	83	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	0	2	1	1	1	0	0	3	7
87	Femen.	84	1	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1	2	1	1	1	0	0	3	7
83	Femen.	85	1	1	0	0	0	2	0	1	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	10
81	Masc	86	1	1	1	0	0	3	0	1	1	0	1	3	1	1	1	1	0	4	10
78	Femen.	87	1	1	1	0	0	3	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	11
79	Femen.	88	1	1	1	0	0	3	1	1	1	1	0	4	1	1	1	1	1	5	12
73	Femen.	89	0	1	1	0	1	3	1	0	1	1	0	3	1	0	1	1	1	4	10
72	Femen.	90	0	1	1	0	1	3	1	1	1	1	0	4	1	0	1	1	1	4	11
84	Masc	91	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	1	4	10
85	Femen.	92	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	1	4	10
78	Masc	93	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	1	4	10
72	Femen.	94	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	4	1	1	1	1	0	4	10
86	Masc	95	0	1	0	1	1	3	1	0	1	1	1	4	1	1	1	0	0	3	10
82	Femen.	96	0	1	0	1	1	3	0	1	1	1	1	4	1	1	1	0	0	3	10
79	Femen.	97	1	1	0	1	1	4	0	1	1	1	1	4	1	1	1	0	0	3	11
83	Masc	98	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1	0	0	3	12
80	Femen.	99	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	15
82	Femen.	100	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5	15

Acreditación de la institución donde aplicó su trabajo de investigación

Constancia emitida por la Institución que acredita la realización del estudio In Situ

**Congregación de Hermanitas de los Ancianos
Desamparados**

Avenida Brasil 496 - Breña

Telf. 4236756 - 4330342

CONSTANCIA

La Madre Superiora, quien suscribe en su calidad de regenta de la Residencia de las Hermanitas de los ancianos desamparados de la ciudad de Lima, hace constar que :

El Sr. **Ricardo Nelson ZEVALLOS ZAVALITA**, identificado con D.N.I. N° 25554359, de profesión Psicólogo, se encuentra **AUTORIZADO** para realizar la investigación de su autoría denominada:

Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión
en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima.

La mencionada investigación está orientada a la obtención del grado académico de Doctor en Psicología de la Universidad Cesar Vallejo de la ciudad de Lima.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para fines administrativos en su centro superior de estudios.

Lima, 01 de Junio del 2016



Sor. Irma Calderón

Directora de la residencia de las Hermanitas de
los ancianos desamparados



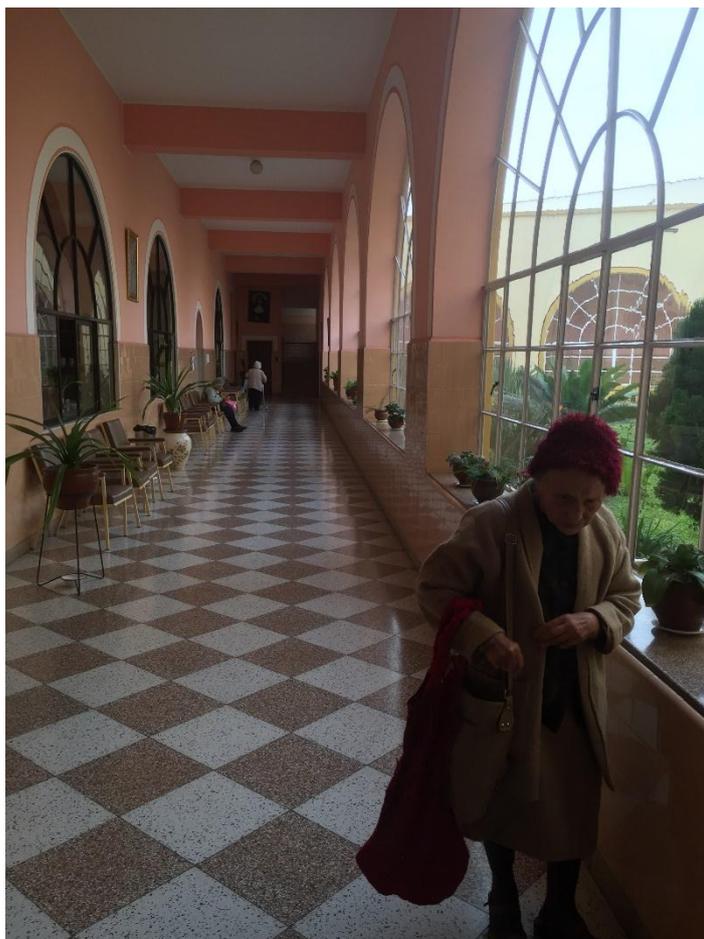
Otras evidencias:
Evidencias fotográficas



En la unidad geriátrica del asilo de ancianos desamparados del distrito de Breña



Junto a la Placa de reconocimiento de las Hermanas de la congregación a la Fundación Canevaro por el apoyo constante a los ancianitos.



Residente caminando por los pasillos del hogar de ancianos desamparados



Residentes descansando en los amplios salones del asilo.

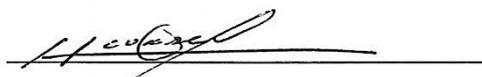


ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, **Máximo Hernán Cordero Ayala**, docente en la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y revisor del trabajo académico titulado **“Dependencia funcional, deterioro cognitivo y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima”** del estudiante **Ricardo Nelson Zevallos Zavaleta**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin. He constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 19% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, grado de conciencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima 10 de marzo del 2018



Dr. Máximo Hernán Cordero Ayala
DNI 07353346

Resumen de coincidencias

19%

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (beta)



Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE: DOCTOR EN PSICOLOGIA

AUTOR: Mag. Ricardo Nelson Zavallos Zavalta

ASESOR: Dr. Máximo Hernán Condoro Ayala

SECCIÓN: Humanidades

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Violencia

Lima- Perú 2018

Coincidencias

- 1 repositorioapibolsa.com.pe 11%
- 2 Submitted to Universidad Ricardo Palma 5%
- 3 Submitted to Universidad Cesar Vallejo 3%

Scopus, Scopus, Scopus, Scopus, Scopus



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Zevallos Zavaleta, Ricardo Nelson
D.N.I. : 25554359
Domicilio : Miranaves 230 Dpt. 8 Callao
Teléfono : Fijo : Móvil : 987210217
E-mail : zevallosr.ricardo@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Doctor
Mención : Psicología

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Zevallos Zavaleta, Ricardo Nelson

Título de la tesis:

Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y
depresión en ancianos institucionalizados de la
ciudad de Lima. 2018

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha:

31/10/18



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

ZEVALLOS ZAVALETA RICARDO NELSON

INFORME TITULADO:

Dependencia Funcional, deterioro cognitivo leve y
depresión en ancianos institucionalizados de la Ciudad
de Lima.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Doctor en Psicología

SUSTENTADO EN FECHA: 08 de Agosto de 2018

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por unanimidad



[Handwritten Signature]

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN