



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA:

“RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y
DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL
TAMBO, BOLIVAR”

Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciada en Terapia
Física Médica

AUTOR: Mora Aguilar Daniel Alexis

DIRECTORA: Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto. MSc.

IBARRA – ECUADOR

2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc, en calidad de tutor de tesis titulada **“RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL TAMBO, BOLIVAR”**, de autoría de: **Daniel Alexis Mora Aguilar**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de julio de 2022

Lo certifico:



Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc,

C.I.: 1003019740

DIRECTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	0401358452		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Mora Aguilar Daniel Alexis		
DIRECCIÓN:	El Olivo		
EMAIL:	damoraa@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	2 255 191	TELÉFONO	0969782133
		MÓVIL:	
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL TAMBO, BOLIVAR”		
AUTOR (ES):	Mora Aguilar Daniel Alexis		
FECHA: DD/MM/AAAA	25/07/2022		

SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Terapia Física Médica
ASESOR /DIRECTOR:	Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto. MSc.

2.- CONSTANCIA

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 25 días del mes de julio de 2022

EL AUTOR

Daniel Mora

Daniel Alexis Mora Aguilar

C.C: 0401358452

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

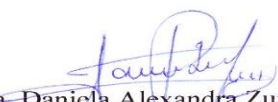
Fecha: Ibarra, 25 de julio de 2022

Daniel Alexis Mora Aguilar “RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL TAMBO, BOLIVAR”. Trabajo de Grado. Licenciatura en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue Determinar la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el grado de depresión en el grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo, Bolívar, entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar la población de estudio, identificar el nivel de dependencia y la autovalencia, identificar el grado de depresión en los pacientes autovalentes, relacionar los pacientes autovalentes con el nivel de depresión.

25 de julio del 2022


Lcda. Daniela Alexandra Zurita Pinto MSc.
DIRECTORA DE TESIS


Daniel Alexis Mora Aguilar
AUTOR

DEDICATORIA

A:

Dios por su fidelidad y amor, por no dejarme solo en aquellos momentos difíciles y desarrollar en mí la sabiduría y la fortaleza que fueron fuente de impulso en cada paso de mi vida.

Mi madre Moni el ser que más amo y admiro, por luchar de la mano juntos, creer en mí y brindarme su apoyo incondicional en cada decisión importante en el transcurso de mi vida y demostrar que no hay excusa para rendirse, gracias por ser la mujer ideal, amiga y confidente.

Mi abuelita Leo por ser mi segunda madre, mi amiga, guerrera, y el mejor ejemplo de mujer para mí, que, con su gran amor, trabajo y sacrificio no se dejó vencer ante las dificultades y me permitió realizar este sueño anhelado.

Mi padre Eduardo y a mi tío Ney, gracias por su apoyo y cariño infinito. A mi abuelito Raúl mi motivo de lucha, y el mejor ejemplo de amor y sacrificio. A mi hermano Sebastián y a mi tío Alex por su cariño y apoyo incondicional, por brindarme ánimos y demostrarme que todo es posible cuando lo haces con sacrificio, entrega y amor.

Mis amigos Alessandro F, Jefferson Ch, Andrés A, Marcelo R, Diego G, Luis E y Kevin I, quienes siempre han estado presentes en mi vida durante sus diferentes etapas. A Sabri por creer siempre en mí, apoyándome y reconfortándome en los momentos en que más lo necesitaba, con sus consejos, compañía, sabiduría y cariño.

Es una alegría enorme dedicar este trabajo a todos aquellos que creyeron en mí, a ustedes retribuyo con este sueño cumplido.

Mil Gracias.

Daniel Mora

AGRADECIMIENTO

El éxito trata de crear beneficio para todos y disfrutar del proceso, por ello mi eterna gratitud a quienes fueron fuente de ayuda para que esta etapa estudiantil culmine.

A Dios por ser mi luz, guía y fortaleza, por darme la certeza de que con él todo es posible. A mis padres y abuelitos por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

A la Universidad Técnica del Norte, a la carrera de Licenciatura en Terapia Física Médica, a sus docentes por haberme formado de manera académica, científica y ética. Mi eterna gratitud a la MSc. Daniela Zurita tutora de esta investigación, por su guía, paciencia y apoyo incondicional para culminar con éxito esta investigación, de igual manera a la MSc. Verónica Potosí, por estar presta a compartir su conocimiento y experiencia.

Mi más sincero agradecimiento al grupo de adultos mayores de la comunidad del Tambo del cantón Bolívar, por su importante y valiosa colaboración para el desarrollo de esta investigación.

A mis compañeros y amigos con los que iniciamos esta etapa universitaria, por las anécdotas vividas y siempre recordadas.

Daniel Mora

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE EL DIRECTOR DE TESIS.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN.....	iii
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA.....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación	5
1.4 Objetivos.....	7
1.5 Preguntas de investigación.....	8
CAPÍTULO II	9
2. Marco teórico.....	9

2.1	Definición de adulto mayor	9
2.2	Envejecimiento	13
2.3	Funcionalidad.....	20
2.4	Depresión	33
2.5	Marco legal y Ético.....	39
CAPÍTULO III.....		44
3	Metodología de la investigación	44
3.3	Diseño de la investigación	44
3.4	Localización y ubicación del estudio.....	44
3.5	Población y muestra.....	45
3.4	Operacionalización de variables	46
3.5	Método de recolección de información	49
3.6	Técnicas e instrumentos.....	49
3.8	Desarrollo de la investigación.....	51
3.9	Análisis de datos	52
CAPÍTULO IV		53
4	Resultados	53
4.1	Análisis y discusión de datos	53
4.2	Respuesta de las preguntas de investigación	60
CAPÍTULO V.....		62
5	Conclusiones y recomendaciones	62
5.1	Conclusiones.....	62
5.2	Recomendaciones	63
BIBLIOGRAFÍA.....		64

ANEXOS	78
Anexo 1: Resolución de aprobación del anteproyecto	78
Anexo 2: Consentimiento informado	79
Anexo: Ficha de recolección de datos de caracterización	81
Anexo 4: Ficha evaluación Test EFAM	83
Anexo 5: Ficha evaluación Test Minimental	84
Anexo 6: Ficha evaluación Test Yesavage	85
Anexo 7: Certificación CAI	86
Anexo 9: Evidencia fotográfica	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra de estudio según su etnia, género y edad.	53
Tabla 2. EFAM - Evaluación Funcional del adulto mayor.	55
Tabla 3. Valoración EFAM parte B	56
Tabla 4. Valoración de la escala de Yesavage	57
Tabla 5. Evaluación del test de Yesavage.....	58
Tabla 6. Relación entre autovalencia y depresión.....	59

RESUMEN

“RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL TAMBO, BOLIVAR”

Autor: Daniel Alexis Mora Aguilar

Correo: damoraa@utn.edu.ec

La población mundial está envejeciendo con mayor precipitación que en el pasado, actualmente se considera adulto mayor a la persona con más de 65 años que presente diferentes cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales, es decir, una declinación en la función del organismo, por ende, la funcionalidad y la depresión son problemas frecuentes durante la vejez. En este estudio se propuso determinar si existe relación entre la funcionalidad y la depresión en adultos mayores de la comunidad el Tambo; mediante una investigación de diseño no experimental de corte transversal y de tipo descriptiva cuantitativa. Se evaluó a 26 adultos mayores entre 65 y 94 años, mediante los test EFAM (funcionalidad) y Yesavage (depresión). De acuerdo con la evaluación funcional del adulto mayor, los resultados se concentraron en altos porcentajes de autovalencia 76,9% mientras que en menor porcentaje se presentó riesgo de dependencia con un 23,1%; por su parte la escala de depresión mostró los siguientes resultados el 60% no presenta depresión, el 35% tiene depresión leve y el 5% tiene depresión establecida. Finalmente se concluyó que la depresión no depende de la funcionalidad del adulto mayor es decir no existe asociación entre las variables y por ende son catalogadas como independientes.

Palabras clave: Adulto mayor, autovalencia, dependencia, depresión, funcionalidad.

ABSTRACT

“EXISTING RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF FUNCTIONALITY AND DEPRESSION IN THE GROUP OF ELDERLY ADULTS FROM THE COMMUNITY OF EL TAMBO, BOLIVAR”

Autor: Daniel Alexis Mora Aguilar

Email: damoraa@utn.edu.ec

The world population is aging faster than in the past; currently, an older adult is defined as a person over the age of 65 who has different physiological, anatomical, psychological, and social changes, indicating a decline in the function of the organism; as a result, functionality and depression are common problems in old age. This study will determine if there is a relationship between functionality and depression in older adults from the El Tambo community; through a non-experimental cross-sectional design research and quantitative descriptive type. Twenty-six older adults between 65 and 94 years of age were evaluated using the EFAM (functionality) and Yesavage (depression) tests. According to the functional evaluation of the elderly, the results were concentrated in high degrees of self-reliance 76.9% while in a lower percentage there was a risk of dependency with 23.1%; For its part, Yesavage showed the following results: 60% do not have depression, 35% have mild depression and 5% have established depression. Finally, it was determined depression does not depend on the functionality of the older adult, implying that there is no relationship between the variables, and thus they are classified as independent.

Keywords: Older adults, self-worth, dependency, depression, functionality.

TEMA

“RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y
DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD EL
TAMBO, BOLIVAR”

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

En el mundo la población está envejeciendo con mayor rapidez que en el pasado, generando una transición demográfica que tiende a afectar en casi todos los aspectos de la sociedad (1). Por su parte la OMS a finales de los 90 introduce el término envejecimiento activo con el objetivo de extender la productividad, esperanza y calidad de vida, a edades avanzadas y con la prevalencia mínima de discapacidad; es importante permanecer activo en las tres áreas física, social y mental (2).

En la actualidad el envejecimiento poblacional constituye un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, debido a que, las diferentes necesidades de salud en los adultos mayores requieren porcentajes muy altos de atención y cuidado, a este grupo se le considera prioritario ya que trae consigo distintos cambios físicos, psicológicos, disminución de la reserva funcional y a una vulnerabilidad exponencial a la mayoría de las enfermedades y a la muerte (3).

Según estimaciones de las Naciones Unidas la población de América Latina y el Caribe está envejeciendo a un ritmo acelerado, de tal forma que se proyecta que en la región la población mayor de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece (4).

El envejecimiento de la población se considera como un proceso no patológico de carácter acumulativo, irreversible y universal, en el que se suscita un deterioro del organismo, que puede llegar a incapacitar al individuo en la realización de sus actividades diarias; aunque la vejez no es una enfermedad y muchas personas conservan la salud hasta edades avanzadas, el debilitamiento orgánico y en muchos casos psíquico es una consecuencia

natural de la edad (5). De dicho debilitamiento orgánico o psicológicos devienen los casos de dependencia en su funcionalidad.

Por lo tanto, la funcionalidad determina la dependencia de un adulto y se relaciona con las capacidades o discapacidades físicas, intelectuales o psíquicas (5). Bajo este contexto, el Consejo de Europa considera a las personas catalogadas como dependientes, a aquellas que presentan algún tipo de reducción o falta de ciertas capacidades; para lo cual desarrollan la necesidad de ser asistidas en la realización de actividades de la vida diaria, implicando la presencia de por lo menos otra persona que realice las actividades de apoyo (6).

Este proceso de envejecimiento depende de diversos factores entre ellos los cambios económicos, sociales y familiares, los cuales pueden ser el inicio de trastornos mentales como la depresión ya que el adulto mayor tiene una estrecha relación con elementos propios de esta edad, como la dependencia, el deterioro de las funciones cognitivas y el bienestar.

La Universidad Carlos III de Madrid, analizó la discapacidad funcional de los adultos mayores de 65 años y su relación con diferentes parámetros como: la edad, el género y la educación, entre otros. Los resultados obtenidos muestran que en España las mujeres y las personas con un bajo nivel educativo suelen presentar mayores incapacidades y limitaciones funcionales (7).

Mientras que, en Guadalajara México, Bejines et al; realizaron un estudio titulado: “Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en una casa hogar, donde la muestra estuvo constituida por 111 adultos mayores y los resultados fueron, que el 27.9% mostró independencia y el 72,1% dependencia, cabe destacar que la dependencia funcional sobresalió en varones (8).

Estas diferencias en la prevalencia han llevado a la identificación de diversos factores asociados con la capacidad funcional donde el diagnóstico del nivel de dependencia o

independencia física permite realizar intervenciones eficaces, ya que existen factores de riesgo susceptibles de prevención y a su vez permite determinar si un paciente presenta o no depresión y además el grado en el que se encuentra (9).

De acuerdo con los datos de la OMS, el 25 % de las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. Ésta afecta del 15 a 35 % de los adultos que viven en hogares geriátricos, del 10 al 25% de los que están hospitalizados y al 40 % de los que tienen un problema somático (10). Según el estudio realizado en Estados Unidos por Hybels y Blazer, la estimación de la depresión en personas mayores que viven en la comunidad es del 1-5 %, pero se eleva al 13,5 % en aquellos que requieren atención médica domiciliaria y al 11,5 % en los pacientes mayores hospitalizados (7).

Estudios realizados en México mencionan que, del total de egresos de adultos mayores por trastornos depresivos, el 16,8% se produce en mujeres y el 7,5% en hombres. Según la OMS son las mujeres quienes tienen una carga de enfermedad 50% mayor que los hombres (11). Por otro lado, la depresión en adultos mayores presenta una prevalencia del 16,5% en aquellos que viven en comunidad y un 29% en quienes reciben atención primaria, cabe destacar que menos de la mitad de pacientes con depresión no son reconocidos (12). Ésta situación se produce debido a que no existe suficiente conocimiento del impacto y los factores de riesgo de esta enfermedad en la población adulta.

Bajo este contexto, se puede determinar que el adulto mayor pertenece a un grupo de la población con características socioeconómicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas; y por ello en esta investigación se propuso analizar la capacidad funcional y la depresión ya que por el proceso de involutivo de la edad los adultos mayores presentan problemas de funcionalidad que vienen asociados con problemas que llevan a la depresión.

1.2 Formulación del problema.

¿Cuál es la relación existente entre el nivel de funcionalidad y depresión en el grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo, Bolívar?

1.3 Justificación

La importancia de esta investigación radicó en determinar si existe relación entre la funcionalidad y la depresión en el grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo, Bolívar. Proceso que permitió observar los cambios producidos por el envejecimiento e identificar aquellos pacientes que presentaron depresión.

De igual forma fue importante la evaluación del anciano mediante la valoración de diferentes componentes que pueden afectar el estado funcional del paciente de forma física, cognitiva, emocional y social. Permitiendo obtener datos sobre el estado del adulto mayor como resultado del proceso de envejecimiento, logrando alcanzar las expectativas del paciente y los objetivos del fisioterapeuta.

El desarrollo de este proyecto fue viable porque se obtuvo la autorización del presidente del grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo y con el consentimiento informado de cada uno de los integrantes del grupo para participar en el proyecto; fue factible debido a que el investigador contó con los recursos económicos, tecnológicos, humanos y bibliográficos, mismos que reflejaron la importancia de la realización de la investigación. Además, se contó con diferentes test validados que permitieron la recolección de datos y la información necesaria para su desarrollo.

Esta investigación generó un alto impacto de carácter positivo a nivel de la salud y social puesto que al evaluar la relación entre estas variables se evidenció los cambios físicos y psicológicos del envejecimiento. Los datos obtenidos pueden ser una base para futuras investigaciones enfocadas a la prevención de estas variables.

Es importante mencionar que los beneficiarios directos fueron los adultos mayores de la comunidad a quien se les aplicó los diferentes test para evaluar su nivel de funcionalidad y grado de depresión; y el investigador quien llevó a la práctica los conocimientos impartidos en la academia, adquiriendo así nuevas destrezas y experiencia profesional. Mientras que los beneficiarios indirectos fueron los estudiantes de la carrera de Terapia

Física Médica, debido a que los resultados de este estudio se convertirán en antecedentes para futuras investigaciones.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el grado de depresión en el grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo, Bolívar.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio según la edad, género y etnia.
- Identificar el nivel de dependencia y la autovalencia.
- Identificar el grado de depresión en los pacientes autovalentes.
- Relacionar los pacientes autovalentes con el grado de depresión.

1.5 Preguntas de investigación

¿Qué características tiene la población de estudio según la edad, género y etnia?

¿Cuál es el riesgo de dependencia y la autovalencia?

¿Cuál es el grado de depresión en los pacientes autovalentes?

¿Cuál es la relación entre los pacientes autovalentes con el grado de depresión?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Definición de adulto mayor

Se estipula que los adultos mayores son aquellas personas que, debido al proceso de los años, se hallan en una etapa de cambios a nivel físico y psicológico, y dentro de la colectividad se les debe dar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos económicos y sociales, ya que requieren de cuidados especiales durante el proceso de envejecimiento (13).

Orosa (2014), define como adulto mayor “a la etapa de la vida que comienza alrededor de los 60 años hasta la muerte”. En tanto que la OMS señala que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grande, viejo o longevo (14). Otro aporte importante es el que se presenta en el Estudio demográfico del adulto mayor en la ciudad de Quito-Ecuador por el INEC en el 2008 (15), sostiene que:

La OMS, considera a las personas adultas mayores desde los 60 años; de los 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos (16). De acuerdo a la Constitución Política de la República del Ecuador una persona adulta mayor se la considera a partir de los 65 años de edad, constituyendo de los 65 a 79 años la tercera edad y mayores de 80 años cuarta edad (17).

Se considera un hecho muy versátil el catalogar a una persona como anciana; hecho que se realiza tomando en cuenta el punto de vista del sujeto que realiza la observación. Un niño puede ver a su abuela de 55 años como una señora mayor, una anciana. Por el contrario, a un adulto de 35 años puede considerar anciana una persona de 70. Bajo este

contexto la sociedad continúa relacionando la vejez con la jubilación, fluctuando así la edad entre los 60 y los 65 años (18) .

Para entender esta afirmación es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades (19):

- **Edad cronológica:** es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.
- **Edad biológica:** está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- **Edad psicológica:** representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- **Edad social:** establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

2.1.1 Etapas de la vida adulta

La edad adulta es considerada como un largo periodo de la vida y en base a su amplitud se han determinado en ella diferentes etapas, las cuales especifican determinados momentos en el proceso evolutivo de cada persona con relación a funciones o roles que pueda desempeñar y a su vez determinaran el desarrollo de su personalidad (20).

De acuerdo a la teoría de Levinson, éste distingue entre eras y períodos: los cuales están determinados por las macro y microestructuras del ciclo vital y los mapas generales además se detallan en orden subyacente de acuerdo con el curso de la vida del hombre, es decir desde su nacimiento hasta su muerte (13).

2.1.1.1 Eras

- **Pre adultez (hasta los 17 años).**

Fundamentalmente se caracteriza por el rápido cambio biopsicosocial, por el que el sujeto pasa de un total desvalimiento hasta su plena capacidad de vivir y comportarse como un adulto libre y responsable (13).

➤ **Adulthood temprana (17-45 años).**

Esta era señala la culminación del periodo vital en el ámbito biológico, mientras que, en lo social y psicológico, es la etapa donde se materializa y se hacen realidad las ilusiones y deseos de la edad juvenil; además, puede ser el momento adecuado para la culminación de grandes satisfacciones: amor, sexualidad, vida familiar, vida profesional, creatividad (13).

➤ **Adulthood intermedia (45-65 años).**

A nivel biológico determinada por una disminución de las habilidades, capacidades y destrezas físicas; en comparación a la etapa anterior en ésta, aún se conserva vitalidad y energía suficiente para una vida personal y social satisfactoria. En esta era se considera que el sujeto desarrolla el liderazgo a niveles políticos, industriales, científicos, religiosos, artísticos (13).

➤ **Adulthood tardía (65 años en adelante).**

Se considera como una fase consolidada que ayuda a revisar toda la vida pasada (13).

2.1.2 La salud en el adulto mayor

Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 realizó un estimado de 629 millones de personas de 60 años o más; y se prevé la cifra aumente a casi 2.000 millones en el año 2050, lo que repercutiría en los ámbitos económico, político y social, así como también la existencia de problemas en el sistema de salud, quien debe otorgar servicios a una población cada vez mayor y con más demandas acorde a sus necesidades (21).

La vulnerabilidad de los adultos mayores se manifiesta principalmente en enfermedades crónicas, malnutrición, incontinencia urinaria, uso de polifarmacia y alteraciones médicas sensoriales como visión y audición (22), deterioro cognitivo, depresión, dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, alteración en la marcha y deficiencia en apoyo social (23).

De manera frecuente el adulto mayor no expresa todas sus incomodidades por el concepto erróneo de que las alteraciones en su estado de salud son normales debido a su edad, por vergüenza o por el tipo de atención prestada en la consulta clásica; donde el tiempo de atención es más reducido, todo ello dificulta el reconocimiento de diagnósticos (24).

2.1.2.1 Determinantes de la Salud del adulto mayor

A más de estar influenciado biológicamente, también intervienen otros determinantes sociales, políticos y culturales (25).

- **Determinantes conductuales.** Estilos de vida, como el consumo de tabaco, alcohol, ejercicio físico, la dieta, el cuidado personal, las actividades diarias, los contactos sociales y el tipo de trabajo.
- **Determinantes de género.** La diferencia entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres que conduce a una “feminización de la tercera edad”.
- **Determinantes culturales.** Las diferencias culturales asignan diferentes valores a los papeles que desempeñan las personas adultas mayores en la sociedad. En los países industrializados los adultos mayores van a clínicas geriátricas o residencias para ancianos, este cambio de entorno puede llevarlos a un estado de deterioro tanto físico como psicológico, aumentando las tasas de suicidios.
- **Determinantes políticos.** Las decisiones políticas inciden sobre el entorno social y económico teniendo un efecto importante sobre la salud, por ejemplo, programas de seguridad social y legislación laboral.
- **Determinantes espirituales.** Pueden tener consecuencias ante la enfermedad, constituyendo grandes ayudas a la hora de enfrentarse positivamente que a la final queda como única opción cuando ningún tratamiento biomédico es efectivo en enfermedades terminales, sobre todo.
- **Determinantes Socioeconómicos.** Abarcan una gran variedad de factores como la situación laboral, condiciones y seguridad del trabajo, el nivel de educación alcanzado, el entorno, las circunstancias familiares y la edad de la jubilación.

2.2 Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Éste a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, se torna difícil de reconocer como una realidad propia del ser humano (26).

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un proceso dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado, que difiere en la forma en cómo afecta a las distintas personas e incluso a los diferentes órganos. Comienza después de la madurez, y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas y termina con el fallecimiento (27).

El envejecimiento y la vejez se refieren al “conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen desde el nacimiento, éste se incrementa con el paso del tiempo e involucra a todos los seres vivos. Considerándose como un proceso biológico, social y psicológico, que resulta de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta y va proyectando la última etapa de la vida: la vejez” (13).

La vejez no se define exclusivamente con la cronología, sino por la suma de las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas, por lo tanto, la vejez es un concepto dinámico, donde se debe tener en cuenta que la edad biológica puede diferir marcadamente de la cronológica, y ambas de la subjetiva (28).

- **La edad fisiológica:** según el envejecimiento de órganos y funciones.
- **La edad psíquica o mental:** según el grado de madurez, envejecimiento psicológico.
- **La edad subjetiva:** según el envejecimiento que experimenta la propia persona.

Con referencia a la fisiología, la vejez, además de estar ligada con la edad cronológica, se determina por la pérdida de capacidad física tanto a nivel muscular y de la fuerza que tienen las personas, marcando claramente un deterioro “natural” sea este de carácter físico

o mental y de forma separada o conjunta, lo que impide tener una vida social independiente (29).

2.2.1 Tipos de envejecimiento

Todos los tipos de envejecimiento se caracterizan fundamentalmente por la pérdida de la reserva funcional, la cual condiciona una mayor susceptibilidad a la agresión externa mediante la disminución de los mecanismos de respuesta y su eficacia en la conservación del equilibrio en el medio interno (30).

- **Envejecimiento Normal:** Es estar sano mientras permita disfrutar de una buena calidad de vida, cursa sin discapacidades ni problemática.
- **Envejecimiento Patológico:** Enfermo, cuando al proceso fisiológico se suman una o varias enfermedades crónicas que modifican el curso del mismo.
- **Envejecimiento Competente:** Donde la satisfacción, el éxito y la superación son lo fundamental.
- **Envejecimiento activo:** Definido como el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida con el objeto de ampliar la esperanza de vida sana, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

2.2.2 Cambios anatómicos del envejecimiento

En los huesos, músculos y articulaciones se producen diferentes cambios que al envejecer generan una disminución de la estatura de forma progresiva; después de los 40 años puede generarse una pérdida de 1cm por cada 10 años de vida, y que después de los 70 años esta pérdida es aún mayor. En el proceso de envejecimiento la disminución de altura total puede variar entre 2,5 y 7,5 cm (27).

2.2.2.1 El hueso

La densidad ósea es el resultado de la cantidad de masa ósea obtenida durante el crecimiento (masa ósea máxima) y el ritmo de pérdida ósea (27). Éstos factores que determinan la masa ósea individual pueden ser:

- Genéticos
- Nutricionales (el aporte de proteínas, calcio y fósforo)
- Hormonales
- Farmacológicos
- Actividad física
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, café)
- Enfermedades asociadas.

Los procesos de crecimiento y mineralización del esqueleto óseo inician durante el desarrollo fetal y continúan a diferentes ritmos en la infancia y adolescencia hasta llegar a la tercera década de la vida, etapa en que se llega al pico máximo de masa ósea; a partir de entonces la masa ósea se mantiene constante hasta la quinta y sexta década, edad en la que comienza a declinar progresivamente (31).

La pérdida de masa ósea es la característica fundamental, constante y universal del envejecimiento (32). El hueso trabecular o esponjoso es menos denso debido a la presencia de celdillas trabeculadas; éste se encuentra principalmente en las vértebras, en las partes distales de huesos largos y en los huesos planos. Es metabólicamente el más activo y tolera una gran pérdida de densidad la cual inicia en la segunda mitad de la vida: un 6-8% por década a partir de los 35 años, y una pérdida del 30- 40% a los 80 años (33).

2.2.2.2 La articulación

Los cambios que se producen en las articulaciones se inician a partir de los 20-30 años (27). En el cartílago articular se observa:

- Disminución de la elasticidad
- Cambio de color
- La superficie es más fina y friable
- Aumento de la fragilidad para los desgarros
- Disminución de la resistencia al sobrepeso.

Disminuye la viscosidad del líquido sinovial y se produce fibrosis en la membrana sinovial. Al disminuir la capacidad de proliferación y la actividad sintética in vitro de los fibroblastos con la edad, se origina un descenso en la capacidad de cicatrización, es decir la disminución de la resistencia y aumento de la rigidez del tejido conectivo; reflejando una menor resistencia de los ligamentos y tendones (34).

2.2.2.3 El músculo

Al envejecer, el cuerpo va a producir un descenso de la masa corporal magra, específicamente en el músculo esquelético; de forma paralela se incrementa la masa grasa (sarcopenia) (35). En los jóvenes el 30% del peso corporal corresponde a músculo, el 20% a tejido adiposo y el 10% al hueso; a los 75 años el 15% del peso corporal corresponde al músculo, el 40% al tejido adiposo y el 8% al hueso (27).

La sarcopenia se produce por una disminución en cuantía de las fibras musculares tipo II, de contracción más rápida, que están relacionadas con contracciones potentes y súbitas (36). La disminución de la fuerza muscular puede deberse a una pérdida de unidades motoras y fibras musculares, pero pueden estar implicados otros factores (27).

La sarcopenia es un síndrome caracterizado por la pérdida generalizada y progresiva de masa de músculo esquelético. Suele acompañarse de inactividad física, disminución de la movilidad, enlentecimiento de la marcha, reducción de la capacidad de realizar ejercicios de resistencia (37).

2.2.3 Cambios en el sistema musculoesquelético

A nivel musculoesquelético se producen diferentes cambios los cuales están determinados por (38):

- **Factores fisiológicos:** son consecuencia del uso del sistema con el paso del tiempo.
- **Factores patológicos:** en relación a aquellas enfermedades que van a dejar una impronta
- **Factores ambientales:** como las consecuencias de los distintos tipos de riesgo que el estilo de vida conlleva.

2.2.3.1 Efectos de los cambios en el sistema musculoesquelético

- Disminución de estatura por pérdida de líquido en los discos intervertebrales y del contenido mineral de las vértebras.
- Aparición de espolones óseos en las vértebras.
- Los huesos se vuelven más porosos y con mayor incidencia de osteoporosis y, por lo tanto, mayor riesgo de fracturas.
- Mayor frecuencia de problemas inflamatorios en las articulaciones con deformidades de las mismas. Tendencia a la flexión de las rodillas y caderas.
- El movimiento es más lento y puede verse limitado. La marcha puede volverse inestable con pobre balanceo de los brazos. La fatiga se presenta con mayor facilidad.
- La fuerza y resistencia cambian. Al disminuir la masa muscular se pierde fuerza, pero la resistencia puede verse aumentada debido a los cambios en las fibras musculares.

2.2.4 Características del envejecimiento muscular

El envejecimiento presenta características inherentes y bien definidas en todos los seres vivos, entre ellas (39):

- **Universal:** característica propia de todos los seres vivos.
- **Progresivo:** al transcurrir la vida se producen efectos sobre el organismo, que al acumularse originan los cambios propios del envejecimiento.
- **Irreversible:** a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- **Heterogéneo e individual:** cada especie tiene una velocidad particular de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- **Deletéreo:** lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de este último es alcanzar una madurez en la función.
- **Intrínseco:** no es debido a factores ambientales modificables.

2.2.5 Cambios físicos del envejecimiento

Al envejecer se producen alteraciones sistémicas, donde la mayoría de los órganos y tejidos van restringiendo su actividad, éstas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos y la disminución general del tono corporal (40).

2.2.5.1 Sistema nervioso

Cambios estructurales

- Pérdida neuronal variable.
- Disminución de conexiones interdendríticas y de neurotransmisión colinérgica.
- Disminución del flujo sanguíneo cerebral.
- Disminución de la velocidad de conducción.
- Alteración en los mecanismos de control de temperatura y de la sed.

Consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas

- Alteraciones intelectuales.

- Lentitud y escasez de movimientos.
- Hipotensión postural, mareos, caídas.
- Reparición de reflejos primitivos.
- Hipo e hipertermia.
- Deshidratación.

2.2.5.2 Aparato locomotor

Cambios estructurales

- Estatura:
 - Acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco.
 - Cifosis.
- Huesos:
 - Los huesos largos conservan su longitud.
 - Pérdida universal de masa ósea.
 - Articulaciones.
 - Disminución de la elasticidad articular.
 - Degeneración fibrilar del cartílago articular, con atrofia y denudación de la superficie.
- Músculos:
 - Disminución del número de células musculares.
 - Aumento del contenido de grasa muscular.
 - Consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas.
 - Descenso progresivo de altura.
 - Osteoporosis.
 - Colapso vertebral y fractura de huesos largos con traumas mínimos.
 - Limitación articular.
 - Pérdida de fuerza muscular progresiva.
 - Disminución de la eficacia mecánica del músculo.

2.2.6 Situación de los adultos mayores en la sociedad actual

El envejecimiento de la población a nivel mundial es de exclusiva importancia por sus alcances económicos y sociales (41); así mismo, la población adulta mayor ejerce una fuerte demanda al sistema de salud por la mayor presencia en ella de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras (42). El crecimiento de la población adulta mayor es un fenómeno predominante de los países desarrollados, así como también de los países en vía de desarrollo como América Latina.

2.3 Funcionalidad

La independencia funcional o funcionalidad es definida como la capacidad de cumplir con las actividades de la vida diaria, con la finalidad de mantener el cuerpo y subsistir de forma independiente, cuando la mente y el cuerpo pueden realizar las actividades cotidianas de la vida con naturalidad refleja que la funcionalidad está indemne o intacta (43). En 1999 la OMS estableció que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida de forma que, si existe un buen nivel o estado de salud, habrá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida (44).

El estado funcional abarca cuatro dimensiones del individuo: física, mental, emocional y social. Sin embargo el término funcionales utiliza más en la esfera física; identificar qué grado de independencia alcanza un individuo en las actividades de la vida diaria (AVD) y en la deambulaci3n, las que son funciones físicas rutinarias y cotidianas (45).

Por lo tanto, se considera que la alteraci3n de la funcionalidad puede ser marcador del efecto de una enfermedad en el paciente, y su identificaci3n permite el reconocimiento de ésta para así establecer un diagnóstico, una intervenci3n y un plan de cuidado (46). Se divide en tres categorías:

➤ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

referidas al autocuidado, como vestirse, comer, bañarse, movilizarse entre otras y actividades instrumentales de la vida diaria

➤ **Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)**

Implican la capacidad del individuo para poder llevar una vida independiente en su entorno. Ej. Realizar tareas del hogar, cocinar, hacer las compras, manejar la medicación, manejar asuntos económicos, utilizar el transporte público, etc. Relacionadas significativamente con el deterioro generado por la institucionalización

➤ **Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)**

Son aquellas tareas más complejas que el sujeto lleva a cabo como parte de su esparcimiento y realización personal. Ej. aficiones, actividades sociales, deportes, etc.

2.3.1 Funcionalidad en el adulto mayor

Desde el punto de vista médico la salud en los adultos mayores debería ser medida en términos de función y no de enfermedad, debido a que la funcionalidad determina la expectativa y la calidad de vida, así como también el apoyo o los recursos que requerirá este sector prioritario (47). Por ello es importante mantener los niveles de funcionalidad en un alto nivel lo que conlleve a obtener la autonomía de los ancianos, asimismo permite detectar situaciones de riesgo que permita un abordaje temprano de situaciones de pre discapacidad y promoción de la salud en función de la mejor de las evidencias científicas (48).

La funcionalidad es considerada como la capacidad del sujeto para efectuar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad decrece gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más evidente en mayores de 65 años (49). El compromiso de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%. La alteración de la funcionalidad puede ser considerada como un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente,

su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados (50).

Bajo este contexto, la funcionalidad del adulto mayor es un tema que requiere importancia debido a que es el resultado de la interacción de los elementos biológicos, sociales y psicológicos, y por ende puede establecerse como el aspecto más relevante en la salud de las personas en el proceso de envejecimiento (51). La disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria puede detectarse clínicamente de manera que al existir dependencia en el adulto mayor su calidad de vida puede verse en riesgo conllevando dificultades en la comunicación, problemas con la preparación de comidas, ingesta de medicamentos, limitaciones en las necesidades de autocuidado básico y riesgo de caídas (52).

El riesgo de caídas es de suma importancia debido a que se estima que cada año más del 30% de los adultos mayores de 65 años sufren caídas, y 10% de éstas dan como resultado un daño importante como una fractura o un traumatismo encéfalo craneano (53). Cabe destacar que al existir una multiplicidad de enfermedades asociadas al adulto mayor se produce una considerable pérdida de funcionalidad, específicamente enfermedades crónicas y discapacidades las cuales desencadenan malestar y dependencia (54).

2.3.2 Importancia de la funcionalidad en el adulto mayor

La funcionalidad es primordial dentro de la evaluación geriátrica debido a que permite identificar el nivel de dependencia y planear objetivos de tratamiento y rehabilitación, así como aplicar medidas de prevención para evitar un deterioro mayor (55). La capacidad del paciente para funcionar puede ser considerada como una medida de resumen de los efectos globales, las condiciones de salud en su entorno y el sistema de apoyo social (56).

Bajo este contexto se define la capacidad funcional del adulto mayor como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las

actividades que exige su medio y/o entorno" (56). Ésta capacidad se determina por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales.

La habilidad psicomotora es considerada como la ejecución de habilidades prácticas que requieren el movimiento coordinado muscular, en conjunto con el proceso cognitivo de intencionalidad, convirtiéndose en la base para las actividades de la vida diaria (57).

En la actualidad la evaluación del adulto mayor debe de ser multidimensional comprendiendo el área física, mental, social y funcional; convirtiéndose esta última en eje fundamental que identifica la función, debido a que se la considera como una de las dimensiones más sensibles en la evaluación del paciente geriátrico, ésta a su vez traduce la condición general de salud del paciente e identifica el nivel de independencia o dependencia (58).

Científicamente se han elaborado numerosas escalas que permiten analizar la cuantificación de la capacidad funcional; cada una de ellas deben presentar las siguientes características: deben ser breves, sencillas y fáciles de aplicar para alcanzar los objetivos de ser un instrumento de aplicación rápida y que pueda ser utilizado por personal de formación variada y cualquier unidad de Atención Primaria (56).

2.3.3 Valoración funcional

De acuerdo a la bibliografía es recomendable que la valoración funcional sea realizada por medio de instrumentos validados que mejoren la sensibilidad diagnóstica, puedan detectar problemas leves y aumentar la objetividad de la medición, así como la fiabilidad y la reproducibilidad, lo que facilita la transmisión de la información entre profesionales, su comparación y la evolución (59).

Según la publicación de la OMS, "Aspecto de la salud pública en los ancianos y en la población" del año 1959, como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función (60). La valoración funcional es uno de los pilares de la valoración geriátrica integral (VGI) y consiste en el estudio de las capacidades físicas del anciano en todo su

espectro, desde las tareas motoras más simples y su capacidad de autocuidado hasta el ejercicio y la independencia en el medio ambiente (61).

La valoración funcional en mayores es fundamental para establecer un juicio clínico y un pronóstico adecuado, así como para planificar los cuidados. La función de un sujeto es lo que marca su calidad de vida, bienestar, ubicación y necesidad de apoyo social. Su pérdida puede ser la única manifestación de diversas enfermedades, por lo que su evaluación no solo es pronóstica sino también diagnóstica en ocasiones (59).

Por ello, los objetivos de la valoración funcional son:

- Describir el estado de salud de un anciano e identificar sus áreas de deficiencia.
- Identificar y estudiar enfermedades (p. ej., demencia).
- Establecer pronósticos y expectativas de resultados.
- Identificar a la población anciana en riesgo.

2.3.3.1 Estado de salud funcional

La OMS y la OPS, con el apoyo de múltiples reuniones de expertos, han establecido siete aspectos que miden el estado de salud funcional (62):

- Las actividades de la vida diaria (instrumentales y básicas del diario vivir).
- La salud mental principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo.
- La funcionalidad sicosocial, en términos de la capacidad de responder a las exigencias de cambio.
- La salud física, donde se centra toda la patología crónica.
- Los recursos sociales.
- Los recursos económicos en relación con un parámetro de país.
- Los recursos ambientales.

2.3.4 Factores de riesgo para perder la funcionalidad

La OMS determina que un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que presente la posibilidad de sufrir una lesión o enfermedad. La población calificada como sana pero que presente cualquiera de los llamados “factores de riesgo”, puede tener una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad o condición en el curso de los siguientes años (38).

Bajo este contexto la funcionalidad de un individuo puede alterarse (disminuir), por diferentes factores de riesgo. Las enfermedades crónicas son consideradas como un factor de riesgo debido a que éstas aumentan las probabilidades de que el adulto mayor pierda la capacidad de funcionar por sí sólo en la vida cotidiana y de morir. Generando el riesgo de desarrollar otras enfermedades debido a las complicaciones asociadas a ellas (63). Se consideraron las enfermedades siguientes:

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca
- Accidente vascular transitorio
- Artritis y Artrosis
- Osteoporosis

La disminución de la funcionalidad es frecuente en el adulto mayor, existiendo causas aleatorias que contribuyen a dicha disminución, tal es el caso de los cambios relacionados con la edad, factores sociales y/o enfermedades; cerca del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 50% de los pacientes mayores de 85 años requieren la ayuda de otra persona para realizarlas (56).

2.3.5 Instrumento de funcionalidad

2.3.5.1 EFAM (Evaluación Funcional del adulto mayor)

El examen funcional del adulto mayor (EFAM), considera no solo aspectos biomédicos, sino que además incorporan aspectos emocionales, cognitivos, funcionales y sociales; los cuales deben ser identificados de forma oportuna y evaluados de manera conjunta para así conseguir una visión integral (64).

El cuestionario EFAM es instrumento que permite la detección de personas mayores dentro de una comunidad que están en riesgo de perder su funcionalidad en el corto y mediano plazo (65). Este cuestionario tiene dos partes: la parte A permite determinar si el adulto es funcionalmente sano o es dependiente; si resulta dependiente no se aplica la parte B y se sugiere derivar a una línea de intervención; el puntaje de discriminación se determina cuando este tenga un máximo de 42 puntos en la parte A y 45 puntos en la B (65).

Es importante destacar que este cuestionario no debe aplicarse a los adultos mayores que se consideren discapacitados a simple vista, así como a aquellos pacientes quienes usen silla de ruedas, a quienes sufran secuelas importantes de accidente vascular o personas ciegas. Para este grupo de personas se aplica Índice de Barthel (66).

Finalmente, el EFAM permite clasificar a los adultos mayores según nivel de funcionalidad en:

- Autovalente sin riesgo
- Autovalente con riesgo
- Riesgo de dependencia.

Instrucciones para la Aplicación de EFAM

Las preguntas 1 a 5, señalan la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. Su importancia radica en descubrir la capacidad de ejecutar la acción más que ejecución misma de ella (66).

➤ **EFAM - A**

En esta sección las preguntas se orientan a estipular si es el adulto mayor es capaz de ducharse, manejar su propio dinero, administrar correctamente su medicina, hacer las tareas de la casa lo que implica preparar sus alimentos (65).

Parte A

1.- Puede bañarse o ducharse

- Se pregunta a la persona si actualmente puede bañarse solo (a).
- En el ámbito rural, ya que no siempre existe ducha o tina, se realiza la equivalencia a lavarse por sí solo.
- Puntuación 6 significa sin ayuda de otra persona.

2.- Es capaz de manejar su propio dinero

- La pregunta se orienta a evaluar la capacidad de la persona para manejar el dinero, aun cuando sea un familiar el que lo haga.
- Se asignan 3 puntos cuando la persona tiene fallas de memoria, pero aún es capaz de planificar el uso del dinero.
- Se asignan 6 puntos cuando la persona conoce el valor del dinero y es capaz de planificar sus gastos del mes.
- En la situación que una tercera persona cobre la jubilación por razones de seguridad, debe igual preguntarse por la capacidad de manejar el dinero.

3.- Puede usted tomar sus medicamentos

- Se considera que la persona obtiene puntaje 6, cuando sabe para tratar que enfermedad toma el medicamento, además, cuando puede tomar sus medicamentos de acuerdo a dosis y horario indicado (65).

4.- Preparación de la comida

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y elaborar la comida.
- Si el adulto mayor no cocina porque alguien provee la comida, es necesario indagar si podría hacer la comida si tuviera que hacerla. En este caso se evalúa con 6 puntos.
- Si la persona colabora en la preparación de la comida, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que, para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de preparar alimento en la eventualidad que éste no sea provisto (65).

5.- Puede hacer las tareas de la casa

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y realizar las tareas de la casa.
- Si el adulto mayor no realiza las tareas de la casa, porque alguien más las realiza, es necesario indagar si podría hacerlas. En este caso se evalúa con 6 puntos.
- Si la persona colabora en la mantención de las tareas de casa, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que, para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de desarrollar estas tareas, en caso que ellas no sean realizadas por un tercero (65).

Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.

- **Años de escolaridad**

Los años de escolaridad corresponden a los realizados en forma continua en la educación formal. Se considera años de escolaridad a los realizados en forma completa. No se contabilizan los años de capacitación o regularización de estudios en etapa adulta. La escolaridad, factor no modificable en la vejez, es importante en dos grandes sentidos. El primero es que la educación instala a temprana edad, un desarrollo de la función cognitiva, lo que a su vez constituye la reserva cognitiva en la vejez (65).

Lo segundo tiene que ver con la estrechez de posibilidades de lograr una buena inserción en el mercado laboral y de este modo obtener buenos ingresos, y posteriormente una buena jubilación. Podemos apreciar que falta de educación y fragilidad en la vejez van de la mano. Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior (65).

8.- Con los brazos extendidos al máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto.

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que el adulto mayor se ponga de pie con los pies levemente separados.
- Se solicita que la persona extienda ambos brazos sobre la cabeza lo que más pueda.
- Se pasa un objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) a la altura de la mayor extensión de los brazos.
- El objeto debe tomarlo con ambas manos.
- La persona tiene puntaje 0 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, no logra el rango articular del hombro completo.
- Tiene puntaje 2 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, logra el rango articular de hombro completo, pero no toma el objeto con ambas manos.
- Tiene puntaje 4 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con una sola mano.
- Tiene puntaje 6 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con ambas manos.

9.- En posición de pie, encuclílese, tome el objeto desde el suelo y levántese

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que el adulto mayor se ponga de pie con los pies levemente separados. El adulto mayor debe estar al lado de una silla o mesa para apoyarse en caso necesario.
- Se solicita que el adulto mayor realice flexión completa de rodilla y cadera.
- Si el adulto mayor realiza la flexión completa, se solicita tomar el objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) desde el suelo con una mano.
- La persona tiene puntaje 0 cuando no logra la flexión completa de rodilla y cadera.
- La persona tiene puntaje 2 cuando solamente realiza la flexión de rodilla y cadera y no logra tomar el objeto del suelo.
- La persona tiene puntaje 4 cuando realiza la flexión completa, toma el objeto desde el suelo, pero requiere apoyo para levantarse.
- La persona tiene puntaje 6 cuando realiza flexión completa, toma el objeto desde el suelo y se levanta sin apoyo.

Si el puntaje suma menor o igual a 42, la persona es calificada en Riesgo de Dependencia. Si el adulto mayor fue calificado en riesgo de dependencia, debe ser derivado a médico para diagnosticar y tratar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad pesquisados. Si el puntaje es mayor o igual a 43 la persona es calificada como Autovalente. Si el adulto mayor fue calificado como Autovalente, debe aplicar la Parte B del Instrumento que discrimina entre Autovalente con o sin riesgo (65).

➤ **Minimental abreviado.**

Mediante este test se establecen los años de escolaridad, característica que determina el nivel de riesgo de compromiso de la funcionalidad, mediante la motricidad fina, la cual se evalúa pidiendo al adulto mayor que recoja un objeto del suelo, se coloque en cuclillas e intente incorporarse de nuevo. Tiene como finalidad valorar la función cognitiva, identificando el déficit cognitivo, y evaluando la orientación temporo-espacial, como

memoria, atención, producción y repetición de lenguaje, lectura y habilidad visual y espacial (67).

Si en el resultado del cuestionario se obtiene un puntaje menor a 42 puntos, el paciente es catalogado como dependiente y no pasa a la parte B del cuestionario, la cual discrimina entre los individuos con riesgo y sin riesgo, dentro del grupo funcionalmente sano (65).

1. Evalúa la orientación temporal y espacial del adulto mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana. Se contabiliza cada respuesta correcta con 1 punto (65).
2. Evalúa la memoria a corto plazo a través de recordar 3 palabras, se le asigna un punto por cada respuesta correcta, total 3 puntos. Estas tres palabras se pueden repetir hasta cinco veces. Recuerde consignar las veces que repitió. Es importante que quien aplique el test no cambie las palabras: árbol, mesa, avión, por otras (65).
3. Evalúa atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia. La instrucción se entrega una sola vez: “le voy a nombrar unos números, usted debe repetirlos de atrás para adelante” (65).

El puntaje de esta pregunta está dado por la mantención de la serie de los números impares, aun cuando el adulto mayor omita o reemplace un número; por ejemplo:

9-7-5-3-1= 5 puntos

9-8-5-3-1= 4 puntos

9-7-4-2-1= 2 puntos

9-5-3-1 = 4 puntos

Otras combinaciones

4. Evalúa la capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones. En esta prueba, la instrucción debe ser entregada en forma lenta, pausada y de una sola vez. Se asignan tres puntos, un punto por cada acción realizada correctamente (65).
5. Evalúa memoria a largo plazo. “Hace un momento le solicité que recordara 3 palabras, repítalas en cualquier orden”. Se asigna un punto por cada respuesta correcta, no importando el orden (65).

6. Evalúa la capacidad viso constructiva. Cuando esta capacidad esta alterada, el adulto mayor debe ser derivado urgente a medico por sospecha de un Estado Confusional Agudo. Quien aplica el test debe presentar al adulto mayor un dibujo con los círculos que convergen en tamaño grande (65).

El puntaje total de la aplicación del MMSE es 19 puntos: Se considera alterado si el puntaje es menor de 13 puntos.

➤ **EFAM parte B.**

Se verifica si el paciente tiene la presión arterial normal y si no existen antecedentes de hipertensión, se asignan 13 puntos; por el contrario, si presenta presión arterial elevada, con diagnóstico previo, tratada, con o sin control, obtiene 0 puntos, por el riesgo que significa creer que está bien, sin estarlo. Si el puntaje es menor de 45 puntos, se determina que el paciente está en riesgo y si tiene más de 45, se considera sin riesgo (65).

Parte B

Las preguntas 1 y 2, apuntan al riesgo cardiovascular

1.- Presión Arterial

- La presión arterial debe ser tomada al inicio de la aplicación del EFAM
- Se considera presión alterada cuando la presión sistólica es de a 140 mm Hg o más y/o presión diastólica de 90 mm Hg o más.

2.- Diabetes Mellitus

- Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.

Las preguntas 3 y 4 se refieren al estado cognitivo actual

3.- Lee diarios, revista o libros

- Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.
- No se considera lectura diaria, el leer titulares de diarios o revistas.

4.- MMSE

- Se repite el puntaje obtenido en la parte A

Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.

5.- En el último mes se ha sentido deprimido

- Es importante que el evaluador sitúe al adulto mayor en los últimos 30 días.

6.- En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado.

- Es importante que el evaluador sitúe al adulto mayor en los últimos 30 días.

Resultados

- El adulto mayor califica como Autovalente sin riesgo cuando obtiene un puntaje igual o mayor a 46 puntos (65).
- La persona califica como Autovalente con riesgo cuando obtiene un puntaje igual o menor a 45 puntos (65).
- Si el adulto mayor fue calificado como Autovalente sin riesgo, debe ser derivado a acciones de promoción y prevención (65).
- Si el adulto mayor fue calificado como Autovalente con riesgo, debe ser derivado a médico y/o educar en la adherencia al Programa que corresponda (65).

2.4 Depresión

A nivel mundial los trastornos mentales son parte de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores, donde la depresión es considerada como la más común de ellas. Sin embargo, no es diagnosticada ni tratada de forma adecuada, lo que representa

una pérdida considerable de la capacidad funcional de una persona convirtiéndola en una carga mayor para sus familiares, cuidadores y los servicios de salud (68).

De acuerdo con los datos publicados por la OMS, el 25 % de los adultos mayores de 65 años sufren algún tipo de trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia depresión. Misma que afecta del 15 al 35 % de ancianos dentro de centros geriátricos, del 10 al 25% de adultos hospitalizados y al 40 % de los que tienen un problema somático (10).

La depresión en adultos mayores se asocia a comorbilidades, uso excesivo de recursos en salud, suicidio y mortalidad. actualmente está subdiagnosticada y subtratada; en personas mayores de 60 años es conocida como “late-life depression” y se distinguen dos tipos (69):

- **Depresión de inicio temprano:** inicia antes de los 60 años, y se presenta en adultos mayores como depresión recurrente o crónica.
- **Depresión de inicio tardío:** parte después de los 60 años y estaría asociada a más cambios a nivel neurológico (neuroimágenes, test neuropsicológicos) y demencia.

Más del 80% de los casos de depresión son manejados en Atención Primaria de Salud (APS), por lo que es responsabilidad de los médicos generales diagnosticarla, tratarla y derivar en caso de ser necesario (69). Por ello cobra mayor relevancia el diagnóstico oportuno, ya que se conoce la importancia de la depresión en adultos mayores como factor de riesgo de demencia, o como manifestación de ésta (11).

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones (70):

- **Dimensión afectiva:** Llanto, tristeza, apatía.
- **Dimensión cognoscitiva:** Desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad.
- **Dimensión somática:** Cambio de energía, del apetito, del sueño y de la evaluación intestinal.

La depresión es un trastorno del humor, del ánimo, junto a alteraciones en la actividad, en la capacidad de disfrutar de las cosas, además de diversos síntomas físicos como anorexia, cansancio, alteración del sueño o malestar general. El anciano deprimido se encuentra triste, inhibido, apático, con llanto fácil, irritable y preocupado; por ende disminuye su apetito, pierde peso, presenta diversas manifestaciones somáticas, con alergias vagas y difusas (70).

Sin embargo, la prevalencia de la depresión en este colectivo varía enormemente dependiendo de las circunstancias en que los ancianos se encuentren (71):

- 10% de los ancianos viven en la comunidad.
- 15-35% viven en residencias.
- 10-20% ancianos hospitalizados.
- 40% de los ancianos que tienen un trastorno somático y reciben tratamiento.
- 50% de los ancianos hospitalizados en centros psiquiátricos.

No obstante, y a pesar de estas elevadas cifras de prevalencia, la depresión es la enfermedad mental del anciano con mejor pronóstico, dado su carácter reversible con un tratamiento adecuado.

2.4.1 Diagnóstico

Según el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), el diagnóstico de depresión mayor se efectúa en el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los dos primeros (11):

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- Pérdida del interés de actividades previamente placenteras
- Aumento o pérdida de peso
- Agitación o lentitud psicomotriz
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa

- Disminución de la capacidad para concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte

2.4.2 Factores de enmascaramiento de la depresión en el anciano

Ayala, en su estudio “La depresión en el anciano clínica y tratamiento”, identifica los siguientes factores de enmascaramiento (72).

- Muchos ancianos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse.
- No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración, sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.
- El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.
- Más de dos tercios de los pacientes presentan quejas somáticas predominantes, y hasta en el 30% la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, etc., junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.
- La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física tienen también depresión.
- La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarlo sólo con neurolepticos.
- La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo, conduciendo a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar una pseudodemencia.

2.4.3 Causas de depresión en el adulto mayor

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Al igual que sucede con muchos trastornos mentales, puede comprender diversos factores, como (73):

- **Diferencias biológicas.** Las personas con depresión tienen cambios físicos en el cerebro. La importancia de estos cambios aún es incierta, pero con el tiempo pueden ayudar a identificar las causas.
- **Química del cerebro.** Los neurotransmisores son sustancias químicas que se encuentran naturalmente en el cerebro y que probablemente desempeñan un rol en la depresión. Las investigaciones recientes indican que los cambios en la función y el efecto de estos neurotransmisores, y cómo interactúan con los neurocircuitos involucrados en mantener la estabilidad del estado de ánimo pueden tener un rol importante en la depresión y su tratamiento.
- **Hormonas.** Es posible que los cambios en el equilibrio hormonal del cuerpo tengan un rol al causar o desencadenar la depresión. Los cambios hormonales pueden presentarse en el embarazo y durante las semanas o meses después del parto (posparto), y por problemas de tiroides, menopausia u otros trastornos.
- **Rasgos hereditarios.** La depresión es más frecuente en las personas cuyos parientes consanguíneos también tienen este trastorno. Los investigadores están buscando genes que puedan intervenir en el origen de la depresión.

2.4.4 Síntomas de depresión en adultos mayores

La depresión no es una parte normal del envejecimiento, y nunca debe tomarse a la ligera. Lamentablemente, la depresión a menudo no se diagnostica ni se trata en adultos mayores, quienes pueden sentir reticencia a buscar ayuda. Los síntomas de la depresión pueden ser diferentes o menos evidentes en los adultos mayores, entre ellos (73):

- Problemas de memoria o cambios en la personalidad
- Dolores físicos

- Fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño o pérdida del interés en el sexo, que no son resultado de una enfermedad ni de un medicamento
- Querer quedarse en casa con frecuencia, en lugar de salir a socializar o hacer cosas nuevas
- Pensamientos o sentimientos suicidas, en especial en los hombres mayores

2.4.5 Instrumento para medir la depresión Escala de Yesavage

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS) elaborada en 1992 por Brink y Yesavage, fue diseñada para evaluar los cambios afectivos de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico (74). Este cuestionario presenta respuestas dicotómicas si/no, fue diseñado con la finalidad de ser auto administrado, mediante la lectura de las preguntas al paciente e informándole que su respuesta no debe ser muy premeditada; en este caso el evaluador no debe realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos (75).

La dinámica de las preguntas se establece de manera aleatoria y de forma invertida con la finalidad de anular en lo posible futuras tendencias de respuestas que vayan en un solo sentido. En cuanto se refiere al marco temporal debe estar orientado al tiempo actual o durante la semana previa. Su interpretación se determina de la siguiente forma: cada ítem se valora como 0 / 1, valorando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La evaluación total corresponde a la suma de los ítems de 0-15. Donde se toman en cuenta los siguientes puntos de corte (75):

- No depresión 0-5 puntos
- Probable depresión 6-9 puntos
- Depresión establecida 10-15 puntos.

Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio (76).

- Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.
- La versión abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

2.5 Marco legal y Ético

2.5.1 Constitución de la República del Ecuador

Capítulo segundo

Derechos del buen vivir

Sección séptima: Salud

Art. 32.- *La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales educativas y ambientales, y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva, La prestación de los servicios de salud se regirá por los*

principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional (77).

Capítulo tercero

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- *Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (77) .*

Art. 36.- *determina que las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (77) .*

Art. 37.- *garantiza a las personas adultas mayores los siguientes derechos (77) :*

- 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*
- 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*
- 3. La jubilación universal.*
- 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*

5. *Exenciones en el régimen tributario.*

6. *Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley;*

7. *El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento;*

Art. 38.- *el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas (77).*

2.5.2 “Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 Toda una Vida” de Ecuador

Encaminado sobre las líneas de estas versiones anteriores y se fundamenta en la primera fase correspondiente a la década anterior, en la que se alcanzaron logros importantes.

Objetivo 1: *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.*

Múltiples espacios de diálogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego. La ciudadanía hace hincapié en el acceso a los servicios básicos y el disfrute de un hábitat seguro, que supone los espacios públicos, de recreación, vías, movilidad, transporte sostenible y calidad ambiental, así como a facilidades e incentivos a través de créditos y bonos para la adquisición de vivienda social; pero también señala la importancia del adecuado uso del suelo y el control de construcciones. Nuevamente, se reitera la pertinencia territorial, cultural y

poblacional de los servicios sociales, sobre todo en los temas de vivienda, salud o educación. Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación (78).

2.5.3 Ley Orgánica de Salud del Ecuador

Considerando los derechos establecidos en la Constitución del Ecuador y enfocándose en los artículos 32, 359 y 34; se crea la Ley Orgánica de salud del Ecuador con el objetivo de establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional (79).

Se considera:

Art.1.- *la presente ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la Republica y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (79).*

Art. 3.- *La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (79).*

Art. 6.- *El Plan Integral de Salud que se debe desarrollar con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes*

familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas (79).

Que, del Ejercicio Profesional, un fisioterapeuta debe asumir las labores profesionales que le sean encomendadas de forma seria y responsable y en función de sus conocimientos, habilidades y disponibilidad de medios, los cuales deben ser adecuados al interés del usuario. Y que la intervención profesional del fisioterapeuta no reviste el carácter de urgencia, en el sentido de inmediatez respecto a un riesgo vital, su condición de profesional de la Sanidad le obliga a ofrecer y aplicar sus conocimientos profesionales en las situaciones de urgencia en las cuales sea requerida su actuación o de las que tenga conocimiento y debe procurar saber el diagnóstico correspondiente (80).

CAPÍTULO III

3 Metodología de la investigación

3.3 Diseño de la investigación

No experimental: El diseño de ésta investigación fue de tipo no experimental debido a que en el desarrollo no se realizó ninguna modificación en las variables, es decir fueron únicamente analizadas en su contexto natural (81).

Corte transversal: Se consideró de corte transversal debido a que la realización del estudio fue a corto plazo y el análisis de las variables se efectuó en un solo corte de tiempo. Convirtiéndose en un estudio de base individual con un doble propósito descriptivo y analítico (82).

3.3.1 Tipos de la investigación

Descriptiva: Esta investigación permitió describir e identificar las características del paciente, marcando claramente sus conductas y actividades con respecto a su desempeño funcional y a su nivel de independencia. Utilizando un proceso de examen y evaluación enfocándose principalmente en las pruebas y medidas específicas para la recolección de información, sin emplear juicios de valor y basada en altos niveles de objetividad (81).

Cuantitativa: Se utilizaron métodos y técnicas que permitieron la recolección de datos a emplearse para la interpretación e inferencia de los resultados. Lo que permitió observar las características de la unidad de estudio con la finalidad de analizar profundamente diferentes aspectos del mismo fenómeno (83).

3.4 Localización y ubicación del estudio

El presente trabajo investigativo se desarrolló en la comunidad El tambo, en la provincia del Carchi, cantón Bolívar, parroquia García Moreno.

3.5 Población y muestra

3.3.1 Población

La población se conformó por un grupo de 30 adultos mayores pertenecientes a la Asociación de adultos mayores Dr. Gabriel García Moreno que residen en la comunidad El Tambo, cantón Bolívar.

3.3.2 Muestra

La muestra de la investigación se estableció de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión con un total de 26 adultos mayores.

3.3.3 Criterios de Inclusión

- Personas que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- Personas mayores de 65 años.
- Personas de género masculino y femenino.
- Personas que residan en la comunidad El Tambo.

3.3.4 Criterios de Exclusión

- Personas que usen silla de ruedas.
- Personas no videntes.
- Pacientes con daño neurológico y alteraciones psiquiátricas.

3.4 Operacionalización de variables

3.4.1 Variables de caracterización

Variables	Tipos de variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición	
Edad	Cuantitativa nominal	Años	Adulto mayor maduro	65-74	Encuesta	La edad es un modo de evaluación relacionado con el desarrollo físico del individuo y con la sucesión de etapas (70).	
			Adulto mayor	75-84			
			Ancianos nonagenarios	85-94			
Género	Cualitativa nominal politómica	Género	Género al que pertenece	Masculino		Encuesta	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada género. Es independiente del género registral y cuyo determinante es “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente (71).
				Femenino			
				LGBT			
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Etnia	Característica cultural y social	Mestizo			Encuesta
				Indígena			
				Blanco			
				Afrodescendiente			

3.4.2 Variables de interés

Variables	Tipos de variables	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Funcionalidad	Cualitativa ordinal	Capacidad funcional	Riesgo de dependencia	Menor o igual a 42	EFAM parte A	Instrumento predictor de la pérdida de funcionalidad del adulto mayor. Permite detectar de forma integral factores de riesgo del adulto mayor que vive en comunidad y es autovalente (84) .
			Autovalente	Mayor o igual a 43		
			Autovalente sin riesgo	Igual o mayor a 46	EFAM parte B	
			Autovalente con riesgo	Igual o menor a 45		
			Alterado	Menor a 13 puntos	EFAM (MINIMENTAL)	

						seguir instrucciones y capacidad visión constructiva (85).
Depresión	Cualitativa ordinal	Grado de depresión	Normal	0 - 5	Escala de Yesavage	Se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. Se aplica al adulto mayor que en EFAM parte B pregunta 5 presenta sospecha de depresión (86).
			Depresión leve	6 - 9		
			Depresión establecida	Mayor de 10		

3.5 Método de recolección de información

3.5.1 Método de recolección de datos

Analítico: Este método se basó en la observación de manera secuencial de las causas y efectos de estudio, con el objetivo de comprender su naturaleza, conocerlo, describirlo y explicarlo; es decir se realizó un análisis tras la aplicación de los diferentes test en cada uno de los dominios o sistemas corporales de la guía (87).

Inductivo: En este estudio se realizó una evaluación al grupo de adultos mayores permitiendo identificar su capacidad funcional y mediante ello determinar su grado de depresión proceso que va desde lo más específico hasta lo más general (88).

Deductiva: Se utilizó el razonamiento para la formulación de conclusiones generales y explicaciones explícitas individuales. Con el fin de establecer soluciones o hechos específicos que conlleven al esclarecimiento científico (81).

Revisión bibliográfica: Este método se utilizó para determinar la relevancia e importancia del estudio, certificando la originalidad y veracidad de la información, para lo cual se revisó diferentes fuentes bibliográficas: artículos científicos, libros, revistas médicas, entre otros (88).

3.6 Técnicas e instrumentos

3.6.1 Técnicas

- **Observación:** El investigador observó y recogió datos, producto de su observación. Especificando en el registro conductas o comportamientos, de manera sistemática, ordenada y confiable (81).

3.6.2 Instrumentos

- Ficha de caracterización.

- EFAM (Evaluación funcional de adultos mayores).
- Yesavage (Escala de depresión).

3.7 Validación de instrumentos

3.7.1 EFAM

El EFAM es un instrumento que puede predecir la pérdida de funcionalidad en el adulto mayor permitiendo detectar en forma integral los factores de riesgo de una persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente. Este considera no solo los aspectos biomédicos, sino que además se incorporan aspectos cognitivos, emocionales, funcionales y sociales que deben ser oportunamente identificados y evaluados en forma conjunta para así conseguir una visión integral (89).

Al aplicar este instrumento se logra estimar en gran medida su utilidad en la determinación de si un individuo es autovalente y, en ese caso, si tiene o no riesgo de dependencia. Por ende, su importancia radica en evitar que se comprometa la funcionalidad mediante el diseño del plan de intervención que hace el equipo posteriormente. Este instrumento cuenta con una sensibilidad de 94.4% y con una especificidad de 83.3% (89).

3.7.1.1 Minimental

En la primera etapa este instrumento permite realizar un tamizaje del área cognitiva de manera breve y sencilla evaluando funciones como: orientación, memoria, lenguaje, capacidad de seguir instrucciones y capacidad de visión constructiva. El MMSE-EFAM está constituido por 19 puntos considerándose como alterado cuando el resultado es menor a 13, puntaje que mostró la mejor correlación con el punto de corte validado para la versión modificada del MMSE en Chile en el análisis de curvas ROC (85).

Los pacientes en quienes obtengan este resultado son derivados al médico quien deberá realizar una evaluación clínica (90). Es decir, se utiliza como un test de tamizado poblacional que se realiza previo a la evaluación clínica y se considera alterado cuando

los resultados tienen un valor bajo los 13 puntos independiente de la presencia de síntomas y/o de un impacto funcional significativo (85). Este instrumento cuenta con una sensibilidad de 94,4% y con una especificidad de 83,3%.

3.7.2 Yesavage

Se trata de una escala auto aplicable formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, tiene como objetivo reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención características en este grupo de edad, especialmente en aquellos casos en los que existe algún grado de alteración cognitiva. Esta escala posee una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) de igual forma presenta una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas en el cribado de depresión (86).

3.8 Desarrollo de la investigación

La presente investigación se desarrolló con el grupo de adultos mayores de la comunidad del Tambo, provincia del Carchi; la población de estudio se conformó por 30 adultos mayores de los cuales 4 de ellos fueron discriminados mediante los criterios de exclusión. A los 26 pacientes restantes se les aplicó el test EFAM, el cual permite tamizar su funcionalidad, de igual manera se aplicó el test de Yesavage a aquellos adultos mayores que presentaron sospecha de depresión.

- Se realizaron reuniones grupales con la finalidad de integrar y conocer a los miembros del grupo de adultos mayores, cada reunión contó con talleres de socialización de la investigación, capacitaciones sobre la funcionalidad y la depresión, actividades recreativas, bailoterapia y a su vez inducción sobre cada test y la aplicación del mismo.

- La aplicación de los test a los adultos mayores se realizó de forma individual iniciando por la toma de datos personales, seguido de la presión arterial y finalmente la aplicación del test de EFAM y Yesavage.
- El test de funcionalidad se aplicó a 26 adultos mayores, la parte A de este instrumento permitió tamizar la población de estudio de manera que, de los 26 pacientes, 6 de ellos presentaron riesgo de dependencia por lo tanto no se les aplicó la parte B del test. Los 20 pacientes restantes presentaron autovalencia de forma que calificaron para la aplicación del EFAM parte B. Anexo 4.
- El EFAM parte B determinó aquellos pacientes con autovalencia con riesgo y sin riesgo a los cuales se les aplicó el test de Yesavage debido a que estos pacientes presentaron sospecha de depresión. Anexo 4.
- En cuanto se refiere al test de Yesavage, éste permitió clasificar a la población en: normal, depresión leve y depresión establecida. Anexo 6.
- Una vez terminada la aplicación de los test se procedió a realizar la tabulación de los resultados mediante los programas Excel y SPSS.

3.9 Análisis de datos

Una vez recopilados los datos de los test aplicados, se tabuló utilizando la herramienta Excel (hoja de cálculo) conjuntamente con el programa estadístico SPSS, con la finalidad de poder representarlos en tablas para facilitar su comprensión durante el análisis y discusión de los resultados.

CAPÍTULO IV

4 Resultados

4.1 Análisis y discusión de datos

Tabla 1

Distribución de la muestra de estudio según su etnia, género y edad.

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Etnia	Mestizo	26	100%
	Total	26	100%
Género	Masculino	13	50%
	Femenino	13	50%
	Total	26	100%
Edad en años	65 - 74	19	73,1%
	75 - 84	4	15,4%
	85 - 94	3	11,5%
	Total	26	100%

De acuerdo con los resultados obtenidos la muestra poblacional estuvo constituida por 26 personas identificadas en su totalidad como mestizas (100%), donde el 50% de adultos mayores fueron de género masculino y el 50% femenino. Con respecto a la variable edad el 73,1% de los adultos mayores se encuentra en un rango etario de 65 – 74 años, seguido por el 15,4% correspondiente a los adultos entre 75 - 84 años y finalmente el 11,5% que representa a los adultos de 85 - 94 años.

El perfil demográfico determinado en ésta investigación coincide con los descritos por registros y proyecciones demográficas de instituciones ecuatorianas como el INEC, en su base de datos del último censo registrado en el año 2010, la distribución de adultos mayores a nivel nacional corresponde al 46,6% de género femenino y 53,4% masculino,

existiendo una diferencia porcentual mínima entre hombres y mujeres de 6,8% (91). De la misma forma se encontró que en la provincia del Carchi el 86,9% de la población se auto identifica como mestizo coincidiendo con los datos de esta investigación (92).

Bajo el mismo contexto, en el estudio Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar en Chile, los resultados obtenidos fueron similares a los de esta investigación donde la población de estudio estuvo formada por un porcentaje de 50% de género femenino y 50% masculino con una edad promedio de 71, 6 años (64).

Tabla 2.

Evaluación del nivel de dependencia y autovalencia. Parte A

<i>Diagnóstico</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Riesgo de Dependencia	2	4	6	23,1%
Autovalente	11	9	20	76,9%
Total	13	12	26	100%

La distribución de los adultos mayores de acuerdo a la clasificación funcional (motora y cognitiva) que realiza la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM). Donde del total de los pacientes evaluados, el mayor porcentaje se concentró en altos porcentajes de autovalencia 76,9%, mientras que el menor porcentaje de este grupo presentó riesgo de dependencia con un 23,1%, los cuales ya no califican para la aplicación de la parte B.

La funcionalidad en los adultos mayores tiende a la autovalencia, situación que se asemeja con los resultados presentados por Flores y Toffoletto en Chile, quienes en una población de 264 adultos mayores el 80,3 % eran autovalentes y el 16,7% presentaron riesgo de dependencia (93).

Al analizar el género de los estudiados se determinó, que existe un menor número de mujeres que presentan riesgo de dependencia, resultando ser más funcionales que los hombres; datos que concuerdan con la información de Quezada, Osses y Rivas quienes mencionan que la esperanza de vida es mayor en la mujer que en el hombre (64).

Tabla 3.

Evaluación del nivel de autovalencia. Parte B

<i>Diagnóstico</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Autovalente con Riesgo	6	3	9	45%
Autovalente sin Riesgo	5	6	11	55%
Total	11	9	20	100%

Es importante destacar que en esta parte de la evaluación se tomó en cuenta solo a aquellos pacientes que presentaron autovalencia donde el 45% se categorizó como autovalente con riesgo y el 55% como autovalente sin riesgo. La clasificación que arrojó el EFAM-B permitió predecir el desempeño en la escala de depresión geriátrica de Yesavage dentro de este grupo de interés.

Troncoso y Soto en su investigación en Chile, difieren con los datos de esta investigación, debido a que estos autores determinaron que de 60 adultos mayores los casos de autovalencia se mostraron así: el 45% fueron autovalentes con riesgo y 38,3% autovalentes sin riesgo, lo que conlleva a decir que la mayoría de adultos mayores son autovalentes con riesgo y por ende debe ser derivado a un médico (94).

Tabla 4.

Evaluación del grado de depresión en pacientes autovalentes.

<i>Escalas</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Normal	9	3	12	60%
Depresión Leve	1	6	7	35%
Depresión Establecida	1	-	1	5%
Total	11	9	20	100%

La escala de depresión geriátrica de Yesavage permitió identificar a aquellos adultos mayores que presentaron algún grado de depresión. De la muestra establecida de 26 pacientes, 20 de ellos finalizaron el estudio; los 6 descartados no fueron admitidos porque presentaron riesgo de dependencia (Tabla 4).

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo determinar que el 60% de la población no presenta depresión el 35% tiene depresión leve y finalmente el 5% presentó depresión establecida correspondiente a una mujer. Datos que concuerdan con un estudio realizado en Cuba donde la depresión leve predominó con un 65,5% la depresión establecida donde con un 25,6% y finalmente el 8,9% no presentaron depresión (95).

Tabla 5.*Evaluación del grado de depresión según la edad*

<i>Edad</i>	<i>Normal</i>	<i>Depresión Leve</i>	<i>Depresión Establecida</i>
65 - 74	10	5	1
%	50%	25%	5%
75 - 84	2	2	-
%	10%	10%	0%
85 - 94	-	-	-
%	0%	0%	0%
Total	12	7	1

La prevalencia de la depresión de acuerdo con el test de Yesavage predominó en el grupo de edad de 65 a 74 años con un 80% (normal: 50%; leve: 25%; establecida: 5%); seguido del grupo de 75 a 84 años con un 20% (normal: 10%; leve: 10%; establecida: 0%); finalmente en el grupo de 85 a 94 años no se encontró ningún adulto mayor (Tabla 5). Porcentajes que concuerdan con el estudio realizado en Vizcaya - España, en cual predominó la depresión moderada con un 37,3 % y en porcentaje mínimo la depresión grave o establecida (96); a su vez la tendencia de este estudio concuerda también con un estudio en Cuba sobre depresión en ancianos, en el que el 43,7 % de los adultos mayores tenían depresión leve y el 14,4 % depresión establecida (95).

Tabla 6.*Relación entre autovalencia y depresión*

Funcionalidad	Depresión								P
	Normal		Depresión leve		Depresión establecida		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Autovalente con riesgo	5	25%	3	15%	1	5%	9	45%	0,6
Autovalente sin riesgo	7	35%	4	20%	0	0	11	55%	
Total	12	60%	7	35%	1	5%	20	100%	

 $P = < 0,05$

Los resultados obtenidos de la relación autovalencia y depresión evidenciaron que del grupo de autovalentes sin riesgo 7 personas que representaron el 35% presentaron un estado normal y 4 personas que representaron en 20% tuvieron depresión leve, es importante destacar que no existieron en este grupo personas con depresión establecida; mientras que del grupo de autovalentes con riesgo 5 personas que representan el 25% presentaron un estado normal, 3 personas que representaron el 15% tuvieron depresión leve y 1 persona que representó el 1% presentó depresión establecida. Al analizar estadísticamente las variables, se obtuvo un valor de $P > 0,05$ (0,6) por lo que no existe relación entre las variables.

Estos resultados se asemejan con los encontrados por Real (2008), en su estudio “Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados”, menciona que no muestra asociación entre las variables funcionalidad y depresión, catalogándolas como independientes (97).

4.2 Respuesta de las preguntas de investigación

¿Qué características tiene la población de estudio?

La población de estudio se caracterizó por etnia, género y edad. Donde los adultos mayores evaluados se distribuyeron de acuerdo a los siguientes rangos de edad, de 65 - 74 años 19 pacientes, de 75 – 84 años 4 pacientes y de 85 – 94 años 3 pacientes logrando un total de 26 pacientes evaluados. En cuanto a la variable genero esta se distribuyó de equitativa es decir 50% hombres y 50% mujeres. Finalmente, la categoría etnia la población de estudio se identificó como mestizo en su totalidad 100%.

¿Cómo se identifica el riesgo de dependencia y la autovalencia?

Mediante la aplicación del EFAM-A, se logró determinar que los pacientes con riesgo de dependencia fueron el 23% donde 2 de ellos fueron de género femenino y 4 masculino. En cuanto a los pacientes autovalentes estos formaron el 76,9% donde, 11 fueron de género femenino y 9 masculino. En cuanto al EFAM-B se determinó que de los pacientes autovalentes el 45% de ellos autovalencia con riesgo y el 55% autovalencia sin riesgo.

¿Cómo se identifica la depresión en los pacientes autovalentes?

A los pacientes que presentaron autovalencia se les aplicó el test de Yesavage de acuerdo con el rango de edad, es así como mostraron los siguientes porcentajes: adultos mayores 65 a 74 años con un 80% (normal: 50%; leve: 25%; establecida: 5%); seguido del grupo de 75 a 84 años con un 20% (normal: 10%; leve: 10%; establecida: 0%); finalmente en el grupo de 85 a 94 años no se encontró ningún adulto mayor con alteración.

¿Cuál es la relación entre los pacientes autovalentes con el grado de depresión?

La relación entre la autovalencia y la depresión en los adultos mayores se vio reflejada de la siguiente manera: el grupo de adultos con autovalencia con riesgo mostraron un 25% sin depresión, el 15% depresión leve y el 5% depresión establecida; mientras que el grupo con autovalencia sin riesgo presentó el 35% sin depresión y 20% con depresión leve y no

se encontraron datos para pacientes con depresión establecida. Es decir que la depresión no depende de la funcionalidad del adulto mayor.

CAPÍTULO V

5 Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- De acuerdo con la caracterización del grupo de estudio se concluye que la mayoría de los pacientes se encuentran en un rango de edad de 65 a 74 años, en cuanto a su género se distribuyeron de forma equitativa entre hombres y mujeres y finalmente identificados todos como mestizos.
- Se identificó que la mayoría de adultos mayores presentaron autovalencia y existió un grupo reducido con riesgo de dependencia. Mientras que en los pacientes autovalentes se determinó que existieron más pacientes con autovalencia sin riesgo en comparación de los pacientes autovalentes con riesgo.
- Se identificaron a aquellos adultos mayores que presentaron sospecha de depresión, los resultados concluyeron que en el grupo etario de 65-74 predominó el estado normal, es importante destacar en este rango se encontró un paciente con depresión establecida; en cuanto a los adultos mayores de 75-84 años el estado normal y la depresión leve representaron la minoría de la población de estudio.
- Finalmente, se puede concluir que la clasificación que arroja el EFAM es un predictor de desempeño en la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, pero de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación no existe relación entre la autovalencia y la depresión por ende se puede mencionar que la depresión en el adulto mayor no depende de su estado funcional.

5.2 Recomendaciones

- Como una forma de contribuir al desarrollo de la funcionalidad y autonomía de la población adulta mayor, se propone la realización de un programa integral de actividades orientadas a satisfacer esta necesidad, el propósito será potenciar la autonomía funcional de los adultos mayores.
- La clasificación que arroja el EFAM puede ser un potencial predictor de síntomas depresivos. Por lo tanto, se recomienda realizar un proceso de acompañamiento médico que permita a los adultos mayores generar acciones preventivas y de autocuidado personal y social frente a los problemas de salud mental.
- Se considera oportuno la realización de estudios de investigación comparativos entre la prevalencia y los factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores de centros de cuidado geriátrico y los que viven en la comunidad abierta.
- Realizar una investigación sobre la influencia del apoyo social y psicológico de la familia biológica de los ancianos y cómo esto es un factor determinante de la depresión del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) [Internet]. [citado 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
2. Ramos Montegudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos M de los Á. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. junio de 2016 [citado 17 de mayo de 2022];20(3):330-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-02552016000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. junio de 2014 [citado 16 de noviembre de 2021];25(2):57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. United Nations. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos [Internet]. Huenchuan S, editor. UN; 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]. (ECLAC Books). Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210586405>
5. Herrera LE, Gómez JÁR. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. Rev Ene Enferm [Internet]. 31 de agosto de 2015 [citado 20 de noviembre de 2021];9(2). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/546>
6. Yang Y, George LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. J Aging Health. junio de 2005;17(3):263-92.
7. Salud OP de la. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2. ed. [Internet]. OPS; 2011 [citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51598>

8. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Or L, Rodríguez ML. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. :7.
9. Manton KG, Stallard E. Changes in health, mortality, and disability and their impact on long-term care needs. *J Aging Soc Policy*. 1996;7(3-4):25-52.
10. Pérez MB, Torres MPA, Rebolledo MMP, de León LR, García AS, García AS. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. :10.
11. Diagnosis and Management of Late-Life Unipolar Depression - UpToDate | PDF | Major Depressive Disorder | Antidepressant [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/446828233/Diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression-UpToDate>
12. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su detección | NURE Investigación. [citado 4 de junio de 2022]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1136>
13. Abaunza Forero CI, Mendoza Molina MA, Bustos Benítez P, Paredes Álvarez G, Enriquez Wilches KV, Padilla Muñoz AC. Adultos mayores privados de la libertad en Colombia [Internet]. Editorial Universidad del Rosario; 2014 [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://books.scielo.org/id/33k73>
14. Leticia G, Borbor C. Resumen: poner el resumen del proyecto. :115.
15. Censos IN de E y. Instituto Nacional de Estadística y Censos » No se encontró la página [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
16. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 12 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. Documento_ ley orgánica de las personas adultas mayores.pdf [Internet]. [citado 12 de abril de 2022]. Disponible en:

https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf

18. Moreno-Fergusson ME, Alvarado-García AM. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. :11.

19. Burnett-Wolle S, Godbey G. Refining Research on Older Adults' Leisure: Implications of Selection, Optimization, and Compensation and Socioemotional Selectivity Theories. *J Leis Res* [Internet]. septiembre de 2007 [citado 22 de abril de 2022];39(3):498-513. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00222216.2007.11950119>

20. Monreal-Gimeno C, Macarro MJM, Muñoz LVA. El adulto: etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Eúphoros* [Internet]. 2001 [citado 12 de abril de 2022];(3):97-112. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1183063>

21. Caribe CE para AL y el. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: los países aprueban el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento [Internet]. CEPAL; 2002 [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-asamblea-mundial-envejecimiento-paises-aprueban-plan-accion-internacional>

22. Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? *Rev Esp Geriátría Gerontol* [Internet]. 1 de mayo de 2011 [citado 17 de febrero de 2022];46(3):125-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X11000801>

23. Jürschik Giménez P, Escobar Bravo MÁ, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria* [Internet]. 1 de

abril de 2011 [citado 17 de febrero de 2022];43(4):190-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710002064>

24. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. junio de 2012 [citado 17 de febrero de 2022];28(2):79-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252012000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=en

25. geriatría_para_el_internista.pdf [Internet]. [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatría_para_el_internista.pdf

26. Dulcey-Ruiz E. Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. REV TA COOMBNEPCOOGÍA. (0):18.

27. Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano - cambios más relevantes y - StuDocu [Internet]. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-del-estado-de-mexico/geriatría/cambios-mas-relevantes-y-peculiaridades-de-las-enfermedades-en-el-anciano/8924289>

28. Núñez SA, Flores LFB, García JMC, Pérez FL, Casillas MM. Concepción Yagüe Olmos (Coordinación). :311.

29. Caribe CE para AL y el. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina [Internet]. CEPAL; 2001 [citado 17 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7157-acercamiento-conceptual-la-situacion-adulto-mayor-america-latina>

30. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. marzo de 2007 [citado 17 de febrero de 2022];33(1):0-0. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

31. Valoración e interpretación de la masa ósea en la infancia y adolescencia [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-07/valoracion-e-interpretacion-de-la-masa-osea-en-la-infancia-y-adolescencia/>

32. La osteoporosis y el envejecimiento | Los Institutos Nacionales de Salud [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://salud.nih.gov/articulo/la-osteoporosis-y-el-envejecimiento/>

33. Hermoso de Mendoza MT. Clasificación de la osteoporosis: Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2003 [citado 21 de abril de 2022];26:29-52. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272003000600004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Díaz Curiel M. El hueso del mayor y sus trastornos: Colección Clínicas Geriátricas XVII. Reemo [Internet]. 1 de marzo de 2002 [citado 21 de abril de 2022];11(2):81. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-reemo-70-articulo-el-hueso-del-mayor-sus-13028848>

35. Gómez-Cabello A, Vicente Rodríguez G, Vila-Maldonado S, Casajús JA, Ara I. Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. Nutr Hosp [Internet]. febrero de 2012 [citado 21 de abril de 2022];27(1):22-30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112012000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

36. Rexah S, A J. Consecuencias clínicas de la sarcopenia. Nutr Hosp [Internet]. mayo de 2006 [citado 21 de abril de 2022];21:46-50. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112006000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

37. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2012 [citado 21 de abril de 2022];23(1):19-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento-S0716864012702699>
38. Echemendía Tocabens B. Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. Rev Cuba Hig Epidemiol [Internet]. diciembre de 2011 [citado 23 de noviembre de 2021];49(3):470-81. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-30032011000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Landinez Parra NS, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. diciembre de 2012 [citado 21 de abril de 2022];38(4):562-80. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. El envejecimiento y los radicales libres - Revista Ciencias [Internet]. [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.revistacienciasunam.com/es/78-revistas/revista-ciencias-75/629-el-envejecimiento-y-los-radicales-libres.html>
41. Caribe CE para AL y el. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina [Internet]. CEPAL; 2001 [citado 22 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7154-caracteristicas-sociodemograficas-socioeconomicas-personas-edad-america-latina>
42. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. octubre de 2008 [citado 22 de noviembre de 2021];25(4):374-9. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342008000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

43. Sanhueza Parra M, Castro Salas M, Merino Escobar JM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Cienc Enferm [Internet]. diciembre de 2005 [citado 5 de junio de 2022];11(2):17-21. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532005000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

44. Amarís GV, Arrieta EM. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). :14.

45. Vista de Actividad diaria según índice de Barthel en adultos mayores, Ibarra, mayo a junio 2015 [Internet]. [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/471/746>

46. Zavala-González y Domínguez-Sosa - aportaciones originales.pdf [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745505002.pdf>

47. FragilidadyCaidas_personamayor.pdf [Internet]. [citado 5 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

48. Martínez-Velilla N, Ibarrola Guillén C, Fernández Navascués A, Lafita Tejedor J. El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional. Aten Primaria [Internet]. enero de 2018 [citado 1 de febrero de 2021];50(1):65-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656717300811>

49. Silveira YP, Menéndez MF, Borges JSM, Boloy MD. Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. Rev Inf Científica [Internet]. 2016

[citado 22 de abril de 2022];95(5):851-61. Disponible en:
<http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/78>

50. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. 2010;12:4.

51. Jaque RAL. Perfil sociodemográfico de salud y funcionalidad en adultos mayores de la comuna de chillán. 2009;18:9.

52. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública [Internet]. julio de 2007 [citado 11 de mayo de 2022];22(1):1-11. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

53. Azofeifa DV. Algunas estrategias metodológicas para enfrentar el desarrollo de la investigación e innovación tecnológica en la caja costarricense de seguro social. :7.

54. González CA, Ham-Chande R. Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública México [Internet]. enero de 2007 [citado 5 de junio de 2022];49:s448-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342007001000003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

55. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. :6.

56. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. diciembre de 2011 [citado 22 de noviembre de 2021];22(4):162-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2011000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

57. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. diciembre de 2011 [citado 22 de noviembre de 2021];22(4):162-6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
58. Almaraz-Moctezuma S del C, Sánchez-Barrera E, Vázquez-Chacón V. Análisis de los efectos en la capacidad funcional de adultos mayores de 65-75 años de edad mediante el sistema de realidad virtual IREX. Rev Fisioter [Internet]. 31 de diciembre de 2019 [citado 22 de noviembre de 2021];14-20. Disponible en: http://www.ecorfan.org/taiwan/research_journals/Fisioterapia/vol3num10/Revista_de_Fisioterapia_V3_N10_2.pdf
59. Soler PA. Valoración funcional en el anciano. :10.
60. Espinoza G. Tratado de Medicina Geriatrica Abizanda booksmedicos [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/34893435/Tratado_de_Medicina_Geriatrica_Abizanda_book_smedicos
61. Gil Gregorio P, González García P, Gutiérrez Rodríguez J, Verdejo Bravo C, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Manual del residente en geriatría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011 [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
62. Silva J. Evaluación funcional adulto mayor EFAM-Chile. Medwave [Internet]. 1 de enero de 2005 [citado 18 de mayo de 2022];5(01). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/667>
63. Actividades físicas para mejorar la capacidad funcional del adulto mayor que le permita realizar las actividades de la vida diaria [Internet]. [citado 23 de noviembre de

2021]. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd181/actividades-fisicas-para-la-vida-diaria.htm>

64. Quezada J de las NM, Paredes CFO, Arenas SMR. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. Rev Cuba Enferm [Internet]. 8 de mayo de 2017 [citado 22 de noviembre de 2021];33(1). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432>

65. Ribot y Núñez - 2019 - 5. Evaluación funcional de la persona mayor.pdf [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/183830/Evaluacion-del-estado-funcional.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

66. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. [citado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

67. Torregroza ELC, Jaimes EL, Carbonell MM, Hernández K del CC. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Rev Cuba Enferm [Internet]. 26 de febrero de 2019 [citado 5 de junio de 2022];34(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640>

68. Martín M. Trastornos psiquiátricos en el anciano. An Sist Sanit Navar [Internet]. 1999 [citado 30 de abril de 2022];95-107. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7311>

69. Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. N Engl J Med. 25 de septiembre de 2014;371(13):1228-36.

70. Orozco WN. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. :7.

71. La depresión en el anciano [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062>

72. Ayala AEG. La depresión en el anciano: clínica y tratamiento. Offarm Farm Soc [Internet]. 2007 [citado 30 de abril de 2022];26(9 (OCT)):80-94. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5324566>
73. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
74. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening Tests for Geriatric Depression. Clin Gerontol [Internet]. 14 de octubre de 1982 [citado 18 de mayo de 2022];1(1):37-43. Disponible en: https://doi.org/10.1300/J018v01n01_06
75. Manual de sociología gerontológica. Nuria Rodríguez Ávila. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona [Internet]. [citado 18 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.edicions.ub.edu/ficha.aspx?cod=06662>
76. Portal Opimec :: Comentarios de la sección 7. Escala de depresión geriátrica de yesavage [Internet]. [citado 6 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6554/comentarios/>
77. mesicic4_ecu_const.pdf [Internet]. [citado 4 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
78. Plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021.compressed.pdf [Internet]. [citado 12 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021.compressed.pdf>
79. ley-sis-nac-salud.pdf [Internet]. [citado 4 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>

80. código_deontologico.pdf [Internet]. [citado 4 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.cofispa.org/descargas/codigo_deontologico.pdf
81. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Mexico, D.F.: McGrawHill; 2014.
82. 2019-09-17-224845-metodología de la investigación en salud-comprimido.pdf [Internet]. [citado 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://cimogsys.esPOCH.edu.ec/direccion-publicaciones/public/docs/books/2019-09-17-224845-metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud-comprimido.pdf>
83. Bedregal P, Besoain C, Reinoso A, Zubarew T. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. Rev Médica Chile [Internet]. marzo de 2017 [citado 3 de febrero de 2021];145(3):373-9. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872017000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
84. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Aportaciones originales. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. :7.
85. Jiménez D, Lavados M, Rojas P, Henríquez C, Silva F, Guillón M, et al. Evaluación del minimental abreviado de la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) como screening para la detección de demencia en la atención primaria. Rev Médica Chile [Internet]. julio de 2017 [citado 22 de noviembre de 2021];145(7):862-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872017000700862&lng=es&nrm=iso&tlng=es
86. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam [Internet]. diciembre de 2002 [citado 22 de noviembre de

- 2021];12(10). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=en&nrm=iso&tlng=en
87. Sucre J. Metodología de la investigación Ernesto A. Rodríguez Moguel librosvirtual. [citado 3 de febrero de 2021]; Disponible en:
https://www.academia.edu/37714580/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n_Ernesto_A_Rodr%C3%ADguez_Moguel_librosvirtual
88. 2012 Metodologia de la investigacion - Martinez Ruiz, Hector - pdf Docer.com.ar [Internet]. [citado 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/eev100>
89. Marín L. PP. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. Medwave [Internet]. 1 de octubre de 2004 [citado 21 de noviembre de 2021];4(9). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3220>
90. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. noviembre de 2003 [citado 22 de noviembre de 2021];41:13-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-92272003041200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
91. Ecuador - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009 - Información general [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>
92. carchi.pdf [Internet]. [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/carchi.pdf>
93. Flores Águila J, Toffoletto MC, Flores Águila J, Toffoletto MC. La funcionalidad y el acceso a prestaciones de salud de personas mayores en Chile. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 6 de mayo de 2022];30(4):167-71. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2019000400167&lng=es&nrm=iso&tlng=es

94. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Medicina, Programa de Magister en Promoción de Salud Familiar y Comunitaria. Concepción, Chile, Troncoso Pantoja C, Soto-López N, Universidad Católica de la Santísima Concepción, Facultad de Medicina, Programa de Magister en Promoción de Salud Familiar y Comunitaria. Concepción, Chile. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar psicosocial de adultos mayores. *Horiz Méd Lima* [Internet]. 31 de diciembre de 2018 [citado 6 de mayo de 2022];18(1):23-8. Disponible en: <http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/703>

95. González Ceinos M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. agosto de 2001 [citado 10 de mayo de 2022];17(4):316-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252001000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

96. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project - - 2004 - *Acta Psychiatrica Scandinavica* - Wiley Online Library [Internet]. [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

97. Real Fortuny T. Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas* [Internet]. 02 de 2008;(192):1-27. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/loi/riya20>

ANEXOS

Anexo 1: Resolución de aprobación del anteproyecto



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Ibarra, 31 de enero 2022
Oficio 080-D-FCS-UTN

Señores
MIEMBROS DEL H. CONSEJO DIRECTIVO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Para que se apruebe en el H. Consejo Directivo de la Facultad, adjunto Oficio 57-CA-TFM-UTN, sugiere se apruebe la modificación del tema de trabajo de grado de la señorita estudiante de la carrera de TERAPIA FÍSICA:

TEMA	ESTUDIANTE	TUTOR
-Relación existente entre el nivel de funcionalidad y depresión en el grupo de adultos mayores de la comunidad El Tambo, Bolívar periodo 2022-	Mora Aguilar Daniel Alexis	MSC. DANIELAZURITA

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



MSc. Rocío Castillo
DECANA – FCS

Cecilia Ch.

Anexo 2: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador



CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD Y DEPRESIÓN EN EL GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DEL TAMBO”

El estudiante de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte realizará evaluaciones mediante el uso de test e instrumentos, con el fin de conocer sus datos sociodemográficos y evaluar el nivel de funcionalidad y depresión.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: La participación en este estudio es de carácter voluntario y el otorgamiento del consentimiento no tiene ningún tipo de repercusión legal, ni obligatoria a futuro, sin embargo, su participación es clave durante todo el proceso investigativo.

CONFIDENCIALIDAD: Es posible que los datos recopilados en el presente proyecto de investigación sean utilizados en estudios posteriores que se beneficien del registro de los datos obtenidos. Si así fuera, se mantendrá su identidad personal estrictamente secreta. Se registrarán evidencias digitales como fotografías acerca de la recolección de información, en ningún caso se podrá observar su rostro.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Como participante de la investigación, usted contribuirá con la formación académica de los estudiantes y a la generación de conocimientos acerca del tema, que servirán en futuras investigaciones sobre la relación de la flexibilidad, fuerza y resistencia en deportistas.

RESPONSABLE DE ESTA INVESTIGACIÓN: Puede preguntar todo lo que considere oportuno al tutor de tesis **MSc. Daniela Alexandra Zurita Pinto Lic.**

Correo: dazurita@utn.edu.ec

Número celular: 0992555136

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Yo _____, con número de cédula _____ he sido informado/a de las finalidades y las implicaciones de las actividades y he podido hacer las preguntas que he considerado oportunas.

En prueba de conformidad firmo este documento.

Firma:, el..... de..... del.....

Anexo: Ficha de recolección de datos de caracterización



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
TERAPIA FÍSICA MÉDICA**

ENCUESTA – DATOS PERSONALES

Fecha:

Lugar de evaluación:

Evaluador:

Nº	Nombre	Edad	Género	Etnia	Presión (mg)	Saturación
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Anexo 4: Ficha evaluación Test EFAM

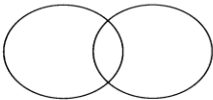
EFAM

PARTE A	
PUEDO BAÑARSE O DUCHARSE	
1	Incapaz 0
	Con ayuda 3
	Sin ayuda 6
ES CAPAZ DE MANEJAR SU PROPIO DINERO	
2	Incapaz 0
	Con ayuda 3
	Sin ayuda 6
PUEDO UD. TOMAR SUS MEDICAMENTOS	
3	Incapaz 0
	Con ayuda 3
	Sin ayuda 6
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
4	Incapaz 0
	Con ayuda 3
	Sin ayuda 6
PUEDO HACER LAS TAREAS DE LA CASA	
5	Incapaz 0
	Con ayuda 3
	Sin ayuda 6
MMSE	
6	Menor de 13 0
	13 a 14 3
	15 a 17 4
	18 a 19 6
AÑOS DE ESCOLARIDAD	
7	0 a 1 0
	2 a 3 1
	4 a 5 2
	6 a 8 3
	9 a 10 4
	11 a 12 5
	13 o más 6
CON LOS BRAZOS EXTENDIDOS AL MÁXIMO POSIBLE SOBRE LOS HOMBROS, TOMAR CON AMBAS MANOS EL OBJETO	
8	No lo logra 0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo 2
	Lo logra sin dificultad con una mano 4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos 6
EN POSICIÓN DE PIE, ENCUNCLÍLESE. TOME EL OBJETO DESDE EL SUELO Y LEVÁNTELO	
9	Le cuesta mucho encunclillarse y no lo logra 0
	Se encunclilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse 2
	Se encunclilla y toma el objeto sin dificultad pero le cuesta levantarse espontáneamente 4
	Se encunclilla, toma el objeto y se levanta con dificultad 6

PARTE B	
PRESIÓN ARTERIAL	
1	PA normal, sin antecedentes de HTA 13
	PA normal, con diagnóstico previo, en control y tto. 13
	PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con tto. 9
	PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y sin tto. 6
	PA elevada, sin antecedentes de HTA 3
	PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin tto. 0
DIABETES	
2	Sin diabetes 13
	Diagnosticada, en control y con medicamentos 6
	Diagnosticada, sin control o sin medicamentos 3
	Diagnosticada, sin control y sin medicamentos 0
LEE DIARIO, REVISTA O LIBRO	
3	Casi nunca o nunca 0
	De vez en cuando 2
	Una vez por semana 5
	2 ó 3 veces por semana 7
	Todos los días 9
MMSE	
4	13 a 14 5
	15 a 18 7
	19 9
En el último mes se ha sentido deprimido	
5	Casi todo el tiempo 0
	Bastante seguido 2
	Casi nunca 7
	Nunca 9
En el último mes se ha sentido deprimido	
6	Casi todo el tiempo 0
	Bastante seguido 2
	Casi nunca 7
	Nunca 9

Anexo 5: Ficha evaluación Test Minimental

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> <p>Anote un punto por cada respuesta correcta</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>BIEN</th> <th>MAL</th> <th>N.S</th> <th>N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes					Día mes					Año					Día semana				
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes																										
Día mes																										
Año																										
Día semana																										
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <p>Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> <p>Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CORRECTA</th> <th>NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>TOTAL = <input type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mesa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Avión	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Mesa	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
Avión	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p>1 3 5 7 9</p> <p>Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> <p>La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Respuesta Entrevistado</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>5</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto</p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1													
Respuesta Entrevistado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	<p>Ninguna acción 0</p> <p>Correcto</p> <p>Toma papel con la mano derecha <input type="text"/></p> <p>Dobla por la mitad con ambas manos <input type="text"/></p> <p>Coloca sobre las piernas <input type="text"/></p> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>																									
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <p>Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CORRECTO</th> <th>INCORRECTO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mesa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Avión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
Mesa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
Avión	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> 	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CORRECTO</th> <th>INCORRECTO</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>TOTAL = <input type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
<p>Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p>Suma total = <input type="text"/></p> <p>El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p>Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																									

Anexo 7: Certificación CAI



ABSTRACT

“EXISTING RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF FUNCTIONALITY AND DEPRESSION IN THE GROUP OF ELDERLY ADULTS FROM THE COMMUNITY OF EL TAMBO, BOLIVAR”

Autor: Daniel Alexis Mora Aguilar

Email: damoraa@utn.edu.ec

The world population is aging faster than in the past; currently, an older adult is defined as a person over the age of 65 who has different physiological, anatomical, psychological, and social changes, indicating a decline in the function of the organism; as a result, functionality and depression are common problems in old age. This study will determine if there is a relationship between functionality and depression in older adults from the El Tambo community; through a non-experimental cross-sectional design research and quantitative descriptive type. Twenty-six older adults between 65 and 94 years of age were evaluated using the EFAM (functionality) and Yesavage (depression) tests. According to the functional evaluation of the elderly, the results were concentrated in high degrees of self-reliance 76.9% where 34.6% were self-reliant with risk and 42.3% self-reliant without risk, while in a lower percentage there was a risk of dependency with 23.1%; For its part, Yesavage showed the following results: 60% do not have depression, 35% have mild depression and 5% have established depression. Finally, it was determined depression does not depend on the functionality of the older adult, implying that there is no relationship between the variables, and thus they are classified as independent.

Keywords: Older adults, self-worth, dependency, depression, functionality.

Reviewed by Victor Raul Rodriguez Viteri

Anexo 8: Análisis de Urkun

Original

Document Information

Analyzed document:	HCRA_DAMEL_TESIS_URKUN0.docx (0139613296)
Submitted:	6/8/2022 1:40:00 AM
Submitted by:	
Submitter email:	dameza@utn.edu.ec
Similarity:	8%
Analysis address:	daozrita.utn@analysis.urkund.com

Sources Included in the report

- SA** 9cc3f6d3259ef225d5b30e645847cbe53d37c98.html
Document: 9cc3f6d3259ef225d5b30e645847cbe53d37c98.html (D132190032)
- W** URL: http://scielo.ricr.edu.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51134-9082201400020000&lng=en&rm=iso&lng=en&4
Fetched: 6/8/2022 2:28:00 AM
- W** URL: <http://repositorio.uidec.edu.ec/bitstream/11594/1191/1/Tesis%20Efectos%20del%20a%20Dreha%20en%20C%203rd%20a%20mar%20del%20desarrollo%20del%20medicamento%20de%20la%20realidad%20.pdf>
Fetched: 12/12/2020 5:56:00 AM
- W** URL: http://scielo.ricr.edu.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51134-9082201400040000&lng=en&rm=iso&lng=en&4
Fetched: 6/8/2022 2:33:00 AM
- W** URL: <https://repositorio.uidec.edu.ec/bitstream/handle/2230/18300/Evaluacion-del-estado-funcional.pdf?sequence=1&isAllowed=y66>
Fetched: 6/8/2022 2:34:00 AM
- W** URL: <https://medicina.uidec.edu.ec/publicaciones/depression-en-adultos-mayores-una-entrada-desde-la-medicina-familiar/>
Fetched: 10/22/2019 9:58:27 AM
- SA** 373299754a2f020945846a6950fc77ef9351bfcc.html
Document: 373299754a2f020945846a6950fc77ef9351bfcc.html (D138295855)
- W** URL: <https://docplayer.es/161012475-Factores-biopsicosociales-y-la-depresion-en-el-adulto-mayor-del-centro-de-atencion-residencial-geriatrico-san-vicente-de-paul-huancayo>
Fetched: 6/8/2022 1:44:44 AM
- SA** ARCHIVO ANTIPLAGIO.pdf
Document: ARCHIVO ANTIPLAGIO.pdf (D134800183)
- W** URL: <https://repositorio.uidec.edu.ec/bitstream/handle/20.500.12743/2082/COGNOME.DHPS2022013219202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
Fetched: 6/8/2022 2:25:08 AM
- SA** Proyecto de tesis Rodríguez y Passara.pdf
Document: Proyecto de tesis Rodríguez y Passara.pdf (D40599217)
- SA** TESIS VGI.pdf
Document: TESIS VGI.pdf (0134019552)


Msc Daniela Zurita Loza,
Docente Tutor

Anexo 9: Evidencia fotográfica



Fotografía 1.- Inducción sobre la funcionalidad y AVD.



Fotografía 2.- Ejercicios de estiramiento



Fotografía 3.- Aplicación de test EFAM y Yesavage en domicilio.



Fotografía 4.- Aplicación de test EFAM y Yesavage en domicilio.



Fotografía 5.- Registro de asistencia y preparación para toma de presión arterial.