



# Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado

Alumna: Elena González Díaz

Tutor: Julio Manuel Plata Bello

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede La Palma

Universidad de La Laguna

Septiembre 2018

## **Resumen:**

En la actualidad estamos viviendo un progresivo envejecimiento de la población española que requiere un mayor uso de prestaciones geriátricas. Además, se ha demostrado que existe un mayor riesgo de sufrir depresión en este tipo de población debido a diversos factores asociados a la institucionalización del adulto mayor, con las graves consecuencias que ello puede tener sobre su vida.

Teniendo en cuenta esta problemática, resulta conveniente una mayor concienciación por parte del Sistema Canario de Salud y de los profesionales sanitarios, y en especial, de los profesionales de enfermería que son quienes trabajan directamente con las personas mayores en las residencias geriátricas, así como, la implantación de planes de diagnóstico y de manejo terapéutico integral de la depresión en pacientes institucionalizados, para poder llevar a cabo su correcta detección, prevención e intervención, y disminuir así el alto porcentaje que existe de personas mayores que sufren depresión y no reciben ningún tipo de tratamiento médico.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión que existe en los pacientes institucionalizados en una de las islas con mayor tasa de envejecimiento poblacional de Canarias, La Palma.

**Palabras claves:** depresión, adulto mayor institucionalizado, residencia geriátrica.

## **Abstract:**

At present we are living a progressive aging of the Spanish population that requires a greater use of geriatric benefits. In addition, it has been shown that there is a greater risk of suffering depression in this type of population due to various factors associated with the institutionalization of the elderly, with the serious consequences that this may have on their lives.

Taking into account this problem, it is advisable to raise awareness of the Canary Health System and health professionals, and especially of the nursing professionals who work directly with the elderly in the nursing homes, as well as, the implementation of diagnostic plans and comprehensive therapeutic management of depression in institutionalized patients, to be able to carry out its correct detection, prevention and intervention, and thus reduce the high percentage of elderly people who suffer depression and do not receive any type of medical treatment.

The objective of this study is to determine the prevalence of depression that exists in institutionalized patients in one of the islands with the highest rate of population aging in the Canary Islands, La Palma.

**Keywords:** depression, institutionalized older adult, geriatric residence.

# Índice

1. Justificación del trabajo	1
2. Objetivos	12
1.1 General	12
1.2 Específicos	12
3. Hipótesis	13
4. Metodología	13
4.1 Tipo de estudio	13
4.2 Criterios de inclusión y de exclusión	13
4.3 Variables	14
4.3.1. Principal	14
4.3.2. Secundarias	14-15
4.4 Análisis de datos	15
4.5 Análisis estadístico	16
4.6 Aspectos éticos	16
4.7 Cronograma	16
5. Bibliografía	17-18
6. Anexos	19
6.1 Anexo I. Evolución de personas mayores de 65 años y más entre los años 1900-2066	20
6.2 Anexo II. Distribución de los recursos sociodanitarios La Palma	21
6.3 Anexo III. Mini-examen cognoscitivo (MEC) en su versión adaptada al español por Lobo y Col	22-23
6.4 Anexo IV. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión abreviada)	24
6.5 Anexo V. Escala de Duke-UNC	25-26
6.6 Anexo VI. Escala de calidad de vida de los adultos mayores, WHOQOL-OLD-BREF, de la OMS	27-28
6.7 Anexo VII. Índice de Barthel	29

# 1. Justificación del trabajo:

Podemos definir el término de residencia geriátrica como un lugar destinado al alojamiento de personas mayores, que por motivos de salud o socio-económicos, no pueden seguir permaneciendo en su domicilio habitual, y se decide su ingreso a este tipo de institución ya sea de forma permanente o temporal<sup>1,2,3</sup>. Además, estas instituciones se encargan de cubrir todas las necesidades básicas del adulto mayor como alimentación, cuidados sanitarios, hospedaje, etc., ofreciéndole de esta manera una atención integral<sup>2</sup>.

Asimismo, existe una gran variedad de tipos de residencias geriátricas (públicas, privadas o concertadas), que dan cobertura a los diferentes requisitos de las personas mayores, ya sean residencias destinadas a personas dependientes, independientes o para ambos casos<sup>4</sup>.

Además, para poder cubrir todas las necesidades básicas del adulto mayor institucionalizado de manera integral, es necesario contar con la colaboración de un gran equipo multidisciplinar que trabaje tanto dentro como fuera de la residencia y que exista una buena comunicación entre ellos<sup>3,5</sup>.

Entre las características del paciente institucionalizado destacan (tabla 1): dependencia para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria; tener una edad avanzada; persona mayor frágil; viven solas; con enfermedades crónicas que requieran de una asistencia sanitaria continua; con deterioro de la capacidad física o mental; o con falta de recursos socioeconómicos para poder cubrir sus necesidades básicas<sup>6,7</sup>. Por todo ello, este tipo de personas no pueden vivir solas en su domicilio habitual, debido a que requieren de una ayuda especializada a diario, la cual es proporcionada por las residencias geriátricas<sup>8</sup>.

**Tabla 1. Características del paciente institucionalizado.**

Dependencia para ABVD.
Edad avanzada.
Persona mayor frágil.
Viven solas.
Presencia de enfermedades crónicas.
Deterioro cognitivo o funcional.
Déficit de recursos socio-económicos.
Requieren ayuda especializada.

Por lo tanto, se puede deducir que el perfil del paciente institucionalizado es el de una persona mayor, generalmente del sexo femenino (debido a que tienen una mayor esperanza de vida), nivel educativo básico, soltera, jubilada, dependiente, y con problemas de salud<sup>9,10,11</sup>.

Llevar a cabo el ingreso del adulto mayor a una residencia geriátrica puede tener graves repercusiones sobre su estado de salud si no se maneja de forma adecuada. Una de las consecuencias más graves, es el riesgo de sufrir depresión durante su estancia en la institución. De hecho, se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de depresión en aquellos pacientes mayores que viven institucionalizados en comparación a otro tipo de personas mayores que viven en otro tipo de entorno<sup>12</sup> (Tabla 2). De hecho, hay estudios que sitúan esta prevalencia de depresión del adulto mayor institucionalizado entre el 14% y el 70%<sup>13</sup>.

**Tabla 2. Tipos de depresión en el adulto mayor según su entorno.**

	Síntomas depresivos	Depresión mayor	Depresión menor
Comunidad	10%	3%	15%
Hospital	11%	10%	25%
Residencia	20%	15%	30%

*Fuente: Chinchilla Moreno, A., 2004*

Esta alta prevalencia de depresión que existe en los pacientes mayores institucionalizados, se puede explicar debido a diversos motivos que surgen tras su ingreso en la residencia: en primer lugar surge un sentimiento de desarraigo al tener que abandonar su red socio-familiar habitual; dificultades económicas para poder costearse la residencia debido a que la gran mayoría de las residencias geriátricas son privadas con el esfuerzo económico que ello conlleva tanto para el paciente institucionalizado como para sus familiares; cambio en su estilo de vida habitual teniendo que adaptarse a una vida más rutinaria implantada por una serie de normas de la residencia, aumentando con ello el sentimiento de pérdida de libertad y de decisión del individuo. También durante la institucionalización del paciente, se produce un aumento de enfermedades crónicas y una peor percepción sobre su estado de salud aumentando con ello el sentimiento de ansiedad por la muerte<sup>14</sup>. Otro de los motivos por los cuales aumenta la prevalencia de depresión en este tipo de pacientes, es debido a la falta de actividades recreativas que despierten el interés en el anciano institucionalizado y eviten una conducta pasiva, y , asimismo, fomenten la interacción social con el resto de residentes o trabajadores; problemas de sueño debido a los horarios impuestos; disminuye su satisfacción vital; su calidad de vida y su autoestima; aumento del consumo de medicamentos y una mayor dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria<sup>15</sup>. También se produce una pérdida de su privacidad cuando lo bañan y entran otros trabajadores o cuando entran en su habitación sin tocar la puerta; actitud negativa por parte de los trabajadores residentes; pérdida de satisfacción por sus necesidades básicas tanto físicas como psicológicas o sociales; y la consiguiente disminución de bienestar y calidad de vida<sup>16</sup>.

Además de estos factores asociados a la institucionalización que favorecen el desarrollo de un estado depresivo, se ha demostrado otro tipo de factores propios de la persona que aumentan el riesgo de sufrir depresión, como son, por ejemplo: tener un bajo nivel de estudios; que sean del sexo femenino; o que tengan deterioro cognitivo-funcional<sup>17</sup> (tabla 3).

**Tabla 3. Factores que aumentan el riesgo de padecer depresión en pacientes institucionalizados.**

Sentimiento de abandono
Dificultad económica
Cambio de su estilo de vida
Pérdida de libertad y de capacidad de elección
Aumento de enfermedades crónicas
Mala autopercepción de salud
Ansiedad
Falta de actividades
Falta de apoyo social
Problemas de sueño
Disminución del bienestar y calidad de vida
Pérdida de autoestima
Disminución de satisfacción vital
Aumento del consumo de medicamentos
Mayor dependencia
Conducta pasiva
Pérdida de privacidad
Necesidades básicas insatisfechas
Actitud negativa de los trabajadores
<i>Nivel de estudios bajo</i>
<i>Sexo femenino</i>
<i>Deterioro cognitivo-funcional</i>

Una vez establecida la enfermedad depresiva en el adulto mayor institucionalizado, puede tener graves consecuencias sobre su estado de salud tal y como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 4):

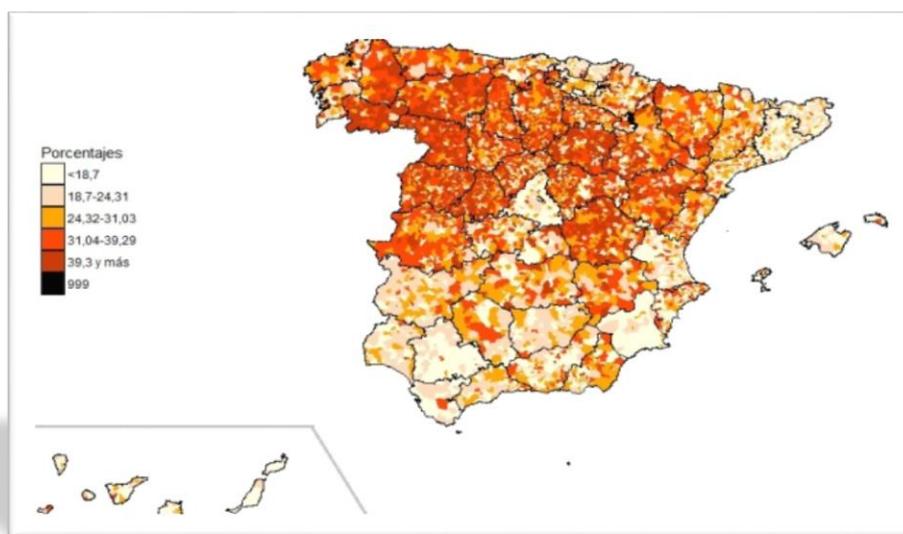
**Tabla 4. Síntomas y consecuencias de la depresión en pacientes mayores institucionalizados.**

<b>Síntomas depresivos</b>	<b>Consecuencias de la depresión</b>
Ansiedad	Aumento de servicios sanitarios
Insomnio	Aumento de enfermedades crónicas
Apatía	Deterioro cognitivo y funcional
Tristeza	Discapacidad
Anorexia	Soledad
Agitación	Disminución de la calidad de vida
Anergia	Aumento del riesgo de suicidio
Anhedonia	Mayor morbilidad
Abulia	Mayor mortalidad

*Toapanta Aguilar, María de los Ángeles. Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de los adultos mayores en el hogar de ancianos del Instituto Estupiñan 2015<sup>18</sup>.*

Por ello la importancia de realizar este trabajo sobre la prevalencia de depresión en personas mayores institucionalizadas, debido al progresivo envejecimiento que está sufriendo la población española durante los últimos años<sup>19</sup> (figura 1), y, considerando que muchas de estas personas mayores terminarán ingresando en un centro residencial; resulta relevante poder determinar con exactitud cuál es la prevalencia de depresión en este grupo poblacional que va en aumento, y, que además de ello, tiene un alto riesgo de sufrir depresión con las graves consecuencias que ello conlleva sobre su vida.

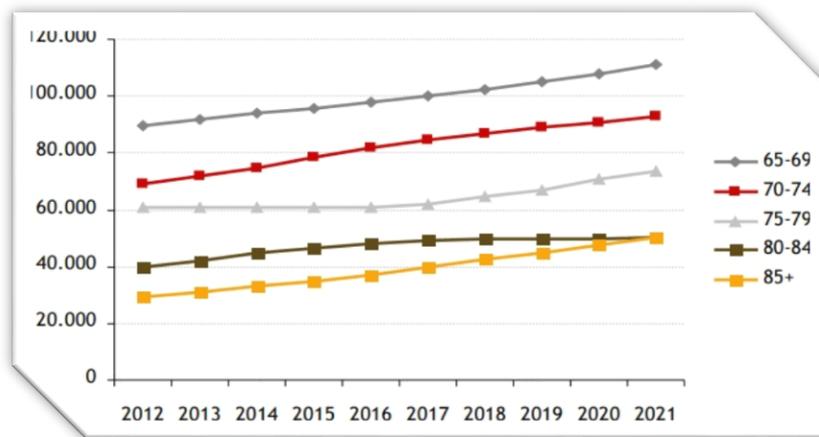
**Figura 1. Mapa envejecimiento poblacional de España.**



*Extraído de: Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. 2017. (En esta figura se muestra el porcentaje de personas mayores de 65 años según los diferentes municipios de las comunidades autónomas de España, según los datos recogidos por el INE en el año 2016).*

Este progresivo envejecimiento de la población española también está afectando a las islas canarias, en donde actualmente se registra la mayor tasa de envejecimiento poblacional que jamás se haya registrado en la historia; así lo demuestran las cifras del INE, en donde se prevé un aumento de la población canaria entre un 24% y 70% para las personas mayores de 65 y 85 años respectivamente <sup>20</sup> (figura 2).

**Figura 2: Evolución demográfica canaria en los próximos años.**



Extraído de: Gobierno de Canarias, disponible en: [http://www.cescanarias.org/ces\\_ia\\_12-13/archivos/cap03.pdf](http://www.cescanarias.org/ces_ia_12-13/archivos/cap03.pdf). (En esta figura se muestra el progresivo envejecimiento que vivirá la población canaria con edades a partir de 65 años o más entre los años 2012-2021, según la evaluación demográfica del INE)

Este envejecimiento de la población se debe a las siguientes causas: aumento de la esperanza de vida debido a avances científicos en la medicina; procesos migratorios tanto de salida de personas jóvenes como de entrada de adultos mayores, así como, a la disminución de la tasa de fecundidad y de mortalidad<sup>21,22</sup>.

Además, se prevé que en un futuro cercano estas cifras de envejecimiento de la población sigan aumentando, produciéndose el fenómeno denominado “envejecimiento del envejecimiento” o “sobreenvejecimiento”<sup>23,24</sup> (Anexo I).

Como consecuencia de este envejecimiento se va a ver afectado el normal funcionamiento del sistema sanitario, debido a que este tipo de población mayor es la que mayor consumo de servicios socio sanitarios requiere; mayor uso de servicios asistenciales, prestaciones, hospitalizaciones, consumo de medicamentos, y, sobre todo, una mayor demanda de cuidados integrales por parte de las residencias geriátricas<sup>25</sup>.

A pesar de la importancia que tienen las prestaciones de las residencias geriátricas para las personas mayores, aún a día de hoy, su oferta sigue siendo insuficiente para hacer frente a la alta demanda<sup>26</sup>. Y no solo resulta insuficiente, sino que, además, esta cobertura de plazas residenciales no se distribuye por

igual en toda España, sino que lo hace de manera diferente por cada comunidad autónoma, dando lugar a una gran desigualdad de recursos sociosanitarios entre la población más desfavorecida (figura3):

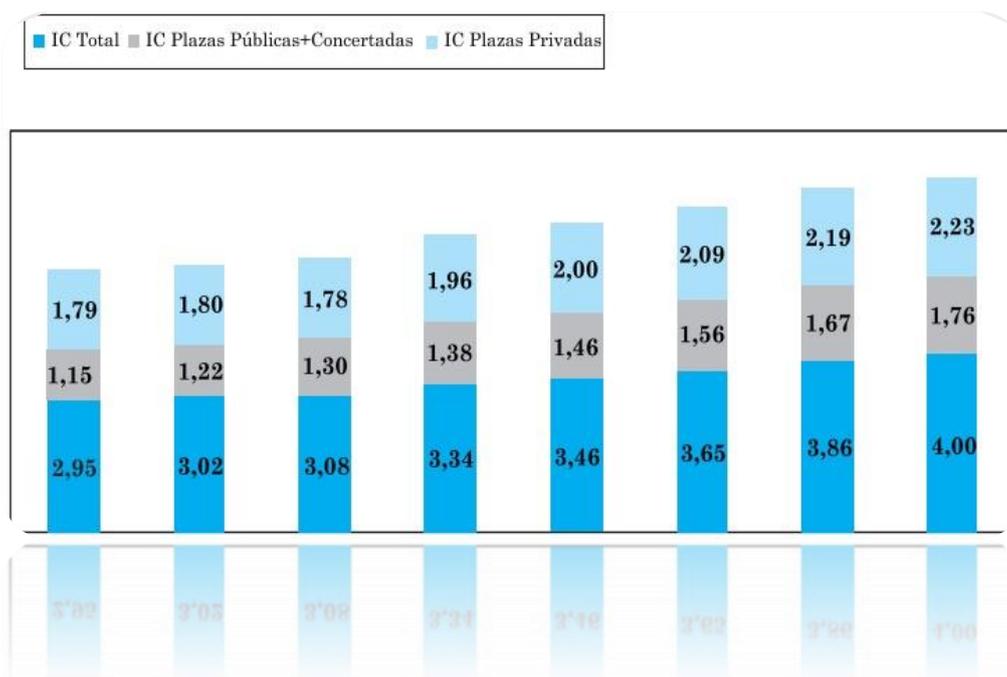
**Figura 3: Ratio de plazas residenciales por comunidad autónoma española.**

	Total de plazas	Población de 65 y más años	RATIO
<b>ESPAÑA</b>	<b>359.035</b>	<b>8.572.779</b>	<b>4,19</b>
<b>Andalucía</b>	<b>40.072</b>	<b>1.360.326</b>	<b>2,95</b>
Almería	3.574	97.837	3,65
Cádiz	5.472	187.464	2,92
Córdoba	5.289	146.529	3,61
Granada	4.604	157.577	2,92
Huelva	2.319	82.266	2,82
Jaén	4.367	120.800	3,62
Málaga	6.711	267.591	2,51
Sevilla	7.736	300.262	2,58
<b>Aragón</b>	<b>17.699</b>	<b>277.307</b>	<b>6,38</b>
Huesca	3.364	49.244	6,83
Teruel	2.339	32.948	7,10
Zaragoza	11.996	195.115	6,15
<b>Asturias (Principado de)</b>	<b>10.830</b>	<b>252.766</b>	<b>4,28</b>
<b>Balears (Illes)</b>	<b>5.409</b>	<b>166.547</b>	<b>3,25</b>
<b>Canarias</b>	<b>6.900</b>	<b>311.067</b>	<b>2,22</b>
Palmas (Las)	2.807	151.231	1,86
Santa Cruz de Tenerife	4.093	159.836	2,56
<b>Cantabria</b>	<b>5.866</b>	<b>118.610</b>	<b>4,95</b>
<b>Castilla y León</b>	<b>44.266</b>	<b>596.154</b>	<b>7,43</b>
Ávila	3.449	41.467	8,32
Burgos	6.304	81.342	7,75
León	7.067	123.470	5,72
Palencia	4.033	39.840	10,12
Salamanca	6.650	86.457	7,69
Segovia	2.902	34.653	8,37
Soria	2.506	23.053	10,87
Valladolid	7.068	111.316	6,35
Zamora	4.287	54.556	7,86
<b>Castilla-La Mancha</b>	<b>26.783</b>	<b>377.517</b>	<b>7,09</b>

Extraído de: Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. 2017. (En esta figura se puede observar la diferencia que existe del número de plazas residenciales por comunidad autónoma, por cada 100 habitantes mayores de 65 años, según un estudio realizado por el INE en el año 2015).

De hecho, España se encuentra por debajo de la media de plazas residenciales ofertadas en comparación a otros países europeos, con una media de 4% según el último informe realizado por el IMSERSO en el año 2010<sup>27</sup>. Y no solo se encuentra por debajo de la media del resto de países europeos, sino que, además, se encuentra por debajo del índice mínimo propuesto por la OMS para cubrir las necesidades básicas de las personas mayores, que es de al menos 5 plazas por cada 100 habitantes mayores de 65 años. Esta falta de recursos residenciales repercute sobre su estado de salud y se traduce en una disminución de su calidad de vida al no ser atendida como es debido<sup>7</sup>. Además de ello, no solo nos encontramos ante una falta de recursos asistenciales, sino que la mayoría de ellos son del ámbito privado, con el grave esfuerzo económico que ello conlleva para los familiares del paciente institucionalizado<sup>28</sup> (figura 4).

**Figura 4: Índice de cobertura de plazas residenciales públicas y privadas.**



*Extraído de: Serrano GP. ¿ Cómo intervenir en personas mayores? Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2006;7:185. (En esta figura se puede observar como el índice de plazas residenciales privadas se encuentra muy por encima del índice de plazas públicas).*

En definitiva, la situación actual que estamos viviendo es de un progresivo envejecimiento de la población, que, a su vez, requiere de un mayor consumo de prestaciones sociosanitarias, que a día de hoy resultan insuficientes o se encuentran mal distribuidas, y en su mayoría son privadas.

Además de ello, la depresión en adultos mayores institucionalizados se encuentra actualmente infravalorada, infratratada e infradiagnosticada, por considerarla en términos generales como un “proceso normal del envejecimiento” atribuyendo esta patología como algo normal en la vejez e ignorando así los posibles planes de tratamiento de mejora para este grupo poblacional<sup>12</sup>.

Por consiguiente, se debe tener en cuenta esta enfermedad en este grupo poblacional, para así poder diagnosticarla y tratarla a tiempo, previniendo de esta manera las graves consecuencias que tienen sobre su estado de salud, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo de esta forma el alto índice que existe de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional. Además, se ha evidenciado, que este tipo de pacientes evolucionan favorablemente cuando se implanta un plan de manejo terapéutico integral<sup>18</sup>.

Por lo tanto, si se identificara la prevalencia de depresión en los pacientes institucionalizados de nuestra comunidad, así como, conocer cuáles son sus síntomas más comunes, se podrían diseñar planes de manejo terapéutico específicos para este tipo de pacientes.

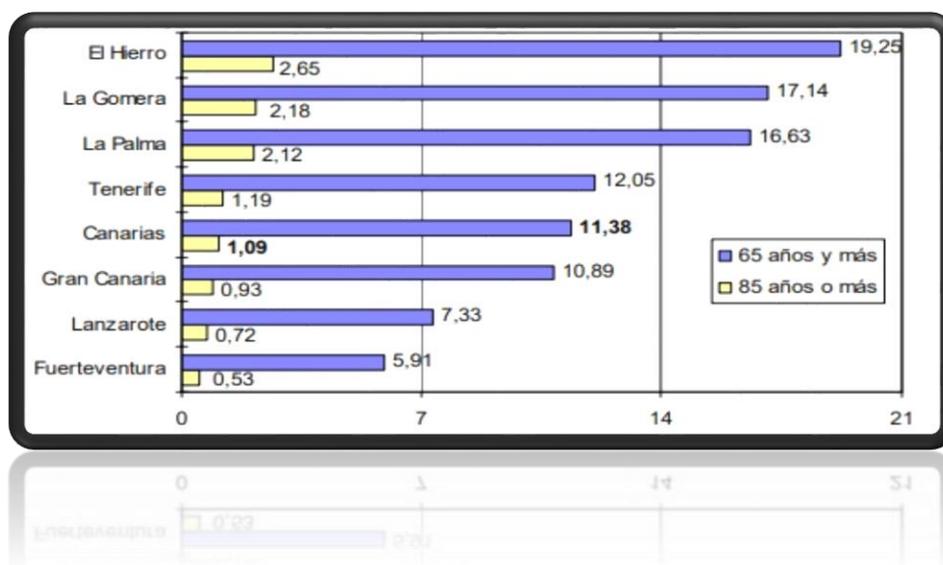
Cabe destacar que esta problemática sobre el envejecimiento poblacional y el consecuente aumento de recursos sociosanitarios, también resulta extrapolable a nuestro medio en Canarias; situando a los problemas relacionados por el envejecimiento de la población como la sexta causa más importante de los problemas de salud<sup>29</sup>.

Como se puede comprobar, el envejecimiento de la población canaria tiene un gran impacto a nivel socio-sanitario; por ello la importancia de aplicar planes de mejora dirigidas específicamente a este grupo poblacional, con el objetivo de mejorar la calidad asistencial y, por ende, la calidad de vida de aquellas personas que la reciben, sobre todo a nivel institucional de residencias geriátricas<sup>30</sup>.

En cuanto a la distribución geográfica de personas mayores, esta no se distribuye por igual entre todas las islas Canarias, sino que aumenta de oriente

hacia occidente, siendo las islas de El Hierro, La Gomera y La Palma las más envejecidas respectivamente<sup>30</sup> (figura 5).

**Figura 5: Envejecimiento de la población canaria a nivel insular.**



*Extraído de: de Canarias CA. Plan de Salud de Canarias. Las Palmas 2003. En esta figura se puede observar cómo va aumentando la población mayor de 65 años desde las islas más orientales hacia las islas más occidentales del Archipiélago Canario.*

En la anterior figura 4, se puede observar como la isla de La Palma muestra una alta cifra de personas mayores, situándola entre una de las islas más envejecidas con un 16,63%<sup>30</sup>.

Por ello la importancia de realizar este estudio sobre la depresión en pacientes institucionalizados, especialmente en la isla de la Palma ya que es una de las islas con mayor tasa de envejecimiento de toda Canarias.

Además de ser una de las islas con mayor tasa de envejecimiento, cuenta con una gran desigualdad sobre la distribución de sus recursos sociosanitarios, ya que estos no se encuentran correctamente distribuidos por toda la isla, según lo marcan las leyes sanitarias; distribución según el número de personas mayores o según su nivel de dependencia<sup>31</sup>. Existiendo, por ende, un déficit de asistencia

sociosanitaria para este tipo de población mayor en la isla de La Palma (anexo II).

Estos datos revelan la importancia de la creación de este estudio, especialmente en la isla de La Palma en donde existe un alto porcentaje de personas mayores que harán uso de los servicios residenciales en donde, además, existe una alta prevalencia de depresión. Asimismo, estos servicios sociosanitarios se encuentran mal distribuidos alrededor de la isla, existiendo personas mayores que no reciben la asistencia necesaria. Por ello la importancia de hacer este estudio en la isla de La Palma con el objetivo de que el creciente grupo de personas mayores puedan envejecer de la mejor forma que sea posible mediante la creación de estudios sobre la prevalencia de depresión, mejora de servicios asistenciales, así como la implantación de planes diagnósticos y terapéuticos integrales adaptados a las necesidades del adulto mayor, para los cuales no se dispone actualmente en el servicio canario de salud, dando lugar a una población mayor con una baja calidad de vida, una mayor mortalidad y un alto grado de sufrimiento causado por una patología que se encuentra infravalorada en este grupo poblacional que va en progresivo aumento.

## 2. Objetivos

### 2.1 General:

- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes institucionalizados en la isla de La Palma.

### 2.2 Específicos:

- Analizar cómo influye la presencia de depresión sobre la calidad de vida de los pacientes institucionalizados en la isla de La Palma.
- Comparar las características de pacientes institucionalizados en la Isla de La Palma con depresión y sin ella.

## 3. Hipótesis

Se prevé un alto índice de prevalencia de depresión en los pacientes institucionalizados de la isla de La Palma, debido a diversos factores asociados a la institucionalización (sentimiento de abandono, ansiedad, falta de apoyo social...etc.), que influyen en su estado normal afectivo provocándoles como consecuencia esta enfermedad depresiva. En cuanto a la selección de variables escogidas de sexo y nivel educativo, se prevé una mayor prevalencia de depresión en aquellos pacientes institucionalizados que sean del sexo femenino y tengan un nivel bajo de estudios.

## 4. Metodología

### 4.1 Tipo de estudio y lugar:

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, llevado a cabo a nivel insular en las residencias geriátricas de la isla de La Palma, con el principal objetivo de determinar la prevalencia de depresión en estos pacientes institucionalizados.

### 4.2 Criterios de inclusión y exclusión del estudio:

#### 4.2.1 Criterios de inclusión:

- ✓ Estancia en la residencia superior a un año.
- ✓ Edad igual o superior a 65 años.
- ✓ Participación voluntaria.
- ✓ Firma del consentimiento informado.

#### **4.2.2 Criterios de exclusión:**

- ✓ Se excluirán aquellos pacientes que presenten deterioro cognitivo grave (determinado a partir de la escala MEC de Lobo, anexo III) que le impidiera la comprensión y correcta cumplimentación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (anexo IV).

### **4.3 Variables de estudio:**

#### **4.3.1 Variable principal:**

- ✓ Se define como variable principal en este estudio, la puntuación obtenida en la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión reducida de 15 ítems (anexo V). Se ha seleccionado esta escala debido a su eficacia y validez anteriormente comprobados en numerosos estudios para el cribado de la depresión en las personas mayores<sup>33</sup>. Se ha determinado que esta escala tiene una sensibilidad del 95,7% y un 84,3% de especificidad en población geriátrica<sup>34</sup>. En cuanto a su puntuación, esta escala está formada por un total de 15 preguntas de respuesta dicotómica de sí o no, mostrándose en negrita aquellas respuestas que indican depresión. Si el paciente obtiene una puntuación < 5 se considera normal, entre 5 y 8 indica depresión leve, entre 9 y 11 indica depresión moderada, y >11 significa que muestra indicios de depresión severa<sup>35</sup>.

#### **4.3.2 Variables secundarias:**

##### **➤ Sociodemográficas:**

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Nivel educativo.

- Nivel de apoyo social percibido según el cuestionario Duke-UNC (Anexo VI).

➤ **Clínicas:**

- Número de fármacos que toma al día.
- Número de enfermedades crónicas.
- Nº de hospitalizaciones en el último año.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Nivel de deterioro cognitivo según la puntuación en el mini-examen cognoscitivo de Lobo (anexo III).
- Calidad de vida según WHOQOL-OLD-BREF (anexo VII).

➤ **Funcional:**

- Grado de dependencia para las ABVD según la puntuación obtenida en el índice de Barthel (Anexo VIII).

#### 4.4 Análisis de los datos de estudio:

Se pretende estudiar una muestra de la población que reside en las residencias geriátricas de la isla de La Palma, con el objetivo de determinar la prevalencia que existe de depresión en este grupo poblacional de pacientes institucionalizados. Y como objetivo secundario, averiguar cuáles son las principales características que diferencian este tipo de pacientes con depresión de aquellos que no la padecen, así como, ver cómo influye esta patología sobre su calidad de vida.

Este análisis de datos se llevará a cabo mediante el cumplimiento de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (anexo IV), ya sea de manera oral mediante una entrevista o de forma autoadministrada mediante una encuesta, (dependiendo de su nivel educativo o de su estado de salud), que se les proporcionará a aquellos pacientes que cumplan con los oportunos criterios de inclusión anteriormente mencionados.

#### 4.5 Análisis estadístico:

Se realizará un análisis descriptivo de las variables registradas, empleando la media y utilizando la desviación estándar como medida de dispersión. Las variables categóricas se expresarán en forma de porcentaje. Se realizarán contrastes de hipótesis para la distribución de las variables entre los pacientes que tienen depresión y los que no, para lo que se empleará un test no paramétrico (U de Mann Whitney), considerando un nivel de significación de 0,05.

#### 4.6 Aspectos éticos:

Se solicitará la correspondiente autorización a la institución geriátrica, así como, el consentimiento informado de aquellos pacientes que quieran participar de manera voluntaria en este estudio.

#### 4.7 Cronograma del Trabajo de Fin de Grado:

<u>Actividad</u>	<u>Tiempo</u>							
	<u>Sep</u>	<u>Oct</u>	<u>Nov</u>	<u>Dic</u>	<u>Ene</u>	<u>Jul</u>	<u>Ago</u>	<u>Sep</u>
Búsqueda del tema	■	■	■					
Autorización del TFG				■				
Búsqueda bibliográfica				■	■	■	■	
Elaboración del informe						■	■	
Presentación del informe al tutor							■	
Corrección del informe							■	
Entrega del informe final en la sede electrónica								■
Exposición del proyecto								■

## 5. Bibliografía

1. de la Peña García, Sara. Ética aplicada en centros geriátricos: auditoría ética de la residencia " Virgen del Valle" de Cenicero (La Rioja) 2017.
2. Butinof M, Guri AK, Rodríguez G, Abraham D, Vera Y, Gasmann J. Adultos Mayores en establecimientos geriátricos en la provincia de Córdoba–apuntes para una reflexión preliminar. Informe elaborado en el marco del Proyecto UPAMI, SEU-UNC.Córdoba 2013.
3. Attias-Donfut C. Dependencia de las personas mayores y ayuda internacional. Papers: revista de sociologia 1992(40):13-33.
4. Gregori JÁ, Núñez JFM. Dependencia en geriatría. : Universidad de Salamanca; 2009.
5. Pinillos-Patiño Y, Prieto-Suárez E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Revista de salud pública 2012;14:438-447.
6. Cabré M, Serra-Prat M. Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados n unidades geriátricas de agudos. Revista Española de Geriatría y Gerontología 2004;39(6):367-370.
7. Fernández Garrido JJ. Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. : Universitat de València; 2009.
8. Castro MV, Brizuela SJ, Gómez MJ, Cabrera J. Adultos mayores institucionalizados en el hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú. Recuperado del sitio Edición 2010;59:8.
9. Sepúlveda C, Rivas E, Bustos L, Illesca M. Perfil socio-familiar en adultos mayores institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas y Nueva Imperial. Ciencia y enfermería 2010;16(3):49-61.
10. Vergara S. Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada selección. Rev Hosp Clín Univ Chile 2008;19:356-360.
11. De la Fuente Sanz, MM, León MM, García MR, de Santiago FF, Cámara FN. Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria. Fisioterapia 2012;34(6):239-244.
12. Pino MB. Depresión en el Adulto Mayor. Salud Mental 2013.

13. del Carmen Pérez-Fuentes M, del Mar Molero M, Gázquez JJ, Barragán AB, Martos Á, Pérez-Esteban MD. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud Volumen II.
14. De-La-Rosa-Gallego S. Cuidados del síndrome depresivo en geriatría. 2016.
15. Luzuriaga Troya MA. Depresión en los adultos mayores del Asilo Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja 2016.
16. Herrero J, Gracia E. Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Psychosocial Intervention* 2005;14(1).
17. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona AM, Ordóñez Molina J, Osorio Gómez JJ, Chavarriaga Maya LM. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. 2015.
18. Toapanta Aguilar, María de los Ángeles. Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de los adultos mayores en el hogar de ancianos del Instituto Estupiñán 2015.
19. Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. *Indicadores estadísticos básicos*. 2017.
20. Gobierno de Canarias, disponible en:  
[http://www.cescanarias.org/ces\\_ia\\_12-13/archivos/cap03.pdf](http://www.cescanarias.org/ces_ia_12-13/archivos/cap03.pdf)
21. Valencia MIB. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología* 2012;40(3):192-194.
22. Figueredo Ferrer N, Arcias Madera RC, Díaz Pita G. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. *Revista cubana de Enfermería* 2003;19(3):0-0.
23. Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2008;24:288-294.
24. Abades Porcel M, Rayón Valpuesta E. El envejecimiento en España: ¿ un reto o problema social? *Gerokomos* 2012;23(4):151-155.
25. Fernández-Mayoralas G, Rojo Pérez F, Abellán García A, Rodríguez Rodríguez V. *Envejecimiento y salud: diez años de investigación en el CSIC*. 2003.
26. CASTIELO S. De la planificación gerontológica a la acción. *Actualidad de los servicios sociales*. *Siete Días Médicos* 2002:29-35.

27. Herrera LE, Gómez JÁR. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. *Revista ENE de Enfermería* 2015;9(2).
28. Serrano GP. ¿Cómo intervenir en personas mayores? *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 2006; 7:185.
29. Iglesias MDV. Rincón científico COMUNICACIONES. *GEROKOMOS* 2005;16(2):80-89.
30. Gobierno de Canarias, disponible en:  
  
[http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/plansalud2004\\_2008/Plan\\_de\\_Salud\\_de\\_Canarias\\_2004\\_2008.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/plansalud2004_2008/Plan_de_Salud_de_Canarias_2004_2008.pdf)
31. Lorenzo Pérez, María del Cristo, Expósito Rodríguez A, Rodríguez Concepción D. Atención Psicogeriátrica y Gerontológica en la provincia de S/C de Tenerife. ¿Se cumple la ley en las islas más envejecidas de Canarias? [Trabajo de fin de grado de psicología]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2016.
32. Bargalló EV, Domènech JV, Pallàs JA, Boquet JE, Pueyo TA, Ramírez EL. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención primaria* 2002;30(1):5-13.
33. Martínez de La Iglesia, J, Onís Vilches M, 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* 2002;12(10):26-40.
34. Izal M, Montorio I, Nuevo R, Pérez-Rojo G. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista española de geriatría y gerontología* 2007;42(4):227-232.
35. Kurlowicz L, Greenberg SA. La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). *Try This: De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing* 2007(4).
36. Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo, J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención primaria* 1996;18(4):153-163.
37. Díaz de León Palomino, Silvia. Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio. *REPOSITORIO NACIONAL CONACYT* 2011.

38. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista médica de Chile 2011;139(5):579-586.

## 6. Anexos

### 6.1 Anexo I. Evolución de personas mayores de 65 años y más entre los años 1900-2066

Años*	Total España	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
1900	18.618.086	967.774	5,2	852.389	4,6	115.385	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.744	6,1	1.263.632	5,3	177.112	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.362	4.236.740	11,2	3.511.599	9,3	725.141	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2001	40.847.371	6.958.516	17,0	5.378.194	13,2	1.580.322	3,9
2011	46.815.916	8.116.347	17,3	5.659.442	12,1	2.456.908	5,2
2016	46.557.008	8.657.705	18,6	5.878.777	12,6	2.778.928	6,0
2026	46.164.577	10.469.416	22,7	7.251.921	15,7	3.217.495	7,0
2036	45.585.655	13.031.904	28,6	8.909.069	19,5	4.122.835	9,0
2046	44.787.907	15.365.165	34,3	9.752.713	21,8	5.612.452	12,5
2056	43.225.660	15.307.598	35,4	8.230.106	19,0	7.077.491	16,4
2066	41.068.643	14.193.395	34,6	6.793.017	16,5	7.400.378	18,0
3000	41.068.643	14.193.395	34,6	6.793.017	16,5	7.400.378	18,0
3020	43.332.000	12.301.288	28,4	8.530.100	19,0	1.011.188	10,1
3040	44.181.001	12.302.102	27,8	8.125.113	18,0	2.015.185	15,2
3060	42.202.002	13.031.101	30,9	8.000.000	18,0	1.155.000	10,0
3080	40.100.000	10.000.000	25,0	1.500.000	10,0	3.500.000	10,0
3100	38.000.000	8.000.000	21,1	2.000.000	10,0	5.000.000	10,0

Extraído de: Abellán García A, Ayala García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2017. Indicadores estadísticos básicos. 2017.

## 6.2 Anexo II. Distribución de los recursos sociosanitarios en La Palma

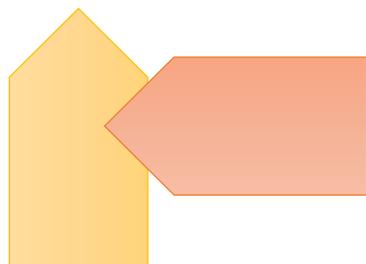
	Atención primaria	Atención especializada	Asociación de mayores	Ayuda a domicilio	Teleasistencia
Garafía	1		1	Sí	Sí
Barlovento	1			Sí	Sí
San Andrés y Sauces			2	Sí	Sí
Puntallana			1	Sí	Sí
Santa Cruz		1		Sí	Sí
Breña Alta	1			No	No
Breña Baja			1	Sí	
Villa de Mazo			1	Sí	No
Fuencaliente	1			Sí	No
El Paso				Sí	Sí
Los Llanos de Aridane	1			Sí	Sí
Tazacorte				Sí	Sí
Tijarafe				Sí	Sí
Puntagorda			1	Sí	Sí
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

*Extraído de: Lorenzo Pérez, María del Cristo, Expósito Rodríguez A, Rodríguez Concepción D. Atención Psicogeriátrica y Gerontológica en la provincia de S/C de Tenerife. ¿Se cumple la ley en las islas más envejecidas de Canarias? [Trabajo de fin de grado de psicología]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2016.*

### **6.3 Anexo III. Mini-examen cognoscitivo (MEC) en su versión adaptada al español por Lobo y Col**

Se ha decidido utilizar este examen para el cribado de deterioro cognitivo en pacientes institucionalizados, debido a su alta efectividad diagnóstica, su sensibilidad y su validez, anteriormente demostrado en este tipo de población geriátrica. Además, se trata de un examen de corta duración y muy completo, ya que solo requiere un máximo de 10 minutos para su cumplimentación y analiza diversas áreas cognitivas del paciente, como son: orientación; fijación; concentración; cálculo; memoria y lenguaje. Para su interpretación establece un punto de corte  $\leq 23$  para determinar el deterioro cognitivo<sup>32</sup>.

Orientación	Puntuación
Dígame el día de la semana, el número de día, el mes, la estación y el año	5
Dígame el nombre de la consulta (médico-enfermera), la planta en la que estamos, la ciudad, provincia y nación	5
<b>Fijación:</b>	
Repita estas 3 palabras: «peseta-caballo-manzana»	3
(Intente, ahora, memorizarlas)	
<b>Concentración y cálculo:</b>	
Si tiene 30 ptas. y me va dando de 3 en 3,	
¿cuántas le van quedando?	5
Repita varias veces 5-9-2 hasta que se los aprenda	
Ahora hacia atrás	3
<b>Memoria:</b>	
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	3
<b>Lenguaje:</b>	
Mostrar un bolígrafo. «¿Qué es esto?» Repetirlo con el reloj	2
Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros»	1
«Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?»	
«¿Qué son el rojo y el verde?»	1
«¿Y un perro y un gato?»	1
«Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima la mesa»	3
Escribir en un papel la frase: «Cierre los ojos»	
Mostrarla al paciente y decirle: «¡Hágalo!»	1
«Escriba una frase» (ha de tener sujeto y predicado)	1
«Copie este dibujo» (deben conservarse los ángulos)	1
	35



#### 6.4 Anexo V. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión abreviada).

1. ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	SÍ	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4. ¿Se aburre con frecuencia?	SÍ	NO
5. ¿Se encuentra alegre y con buen ánimo?	SÍ	NO
6. ¿Teme que algo malo le pase?	Si	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8. ¿Se siente a menudo desamparado o abandonado?	Si	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	Si	NO
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SÍ	NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SÍ	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SÍ	NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente se siente mejor que usted?	SÍ	NO

*Extraído de: Martínez de La Iglesia, J, Onís Vilches M, 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 2002;12(10):26-40.*

### **6.5 Anexo V. Escala de Duke-UNC.**

El Duke-UNC se trata de un cuestionario sencillo y breve que evalúa el nivel de apoyo social percibido por el propio individuo, para ello valora dos tipos de dimensiones; el apoyo social confidencial (mide la posibilidad de poder contar con la ayuda de otras personas) y el apoyo social afectivo (mide las demostraciones de cariño y de amor que recibe). Este cuestionario ya ha sido anteriormente validado en nuestro país, obteniendo muy buenos resultados de fiabilidad y eficiencia en una muestra de población deprimida. Consta de un total de 11 preguntas con 5 posibles respuestas, que van desde “mucho menos de lo que deseo” hasta “tal y como deseo”, tal y como se muestra en el anexo. La puntuación máxima que se puede obtener es de 55 puntos y su punto de corte es < 33 para determinar un déficit de apoyo social percibido<sup>36</sup>.

## ESCALA Nº 1 DE DUKE-UNC

En la siguiente lista se exponen una serie de hechos o circunstancias que la gente nos puede dar u ofrecer y que nos sirven de ayuda o apoyo. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y coloque una señal en el espacio que más se acerque a su situación.

	Mucho menos de lo que deseo				Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

*Extraído de: Suarez Cuba MÁ. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Revista Médica La Paz 2011;17(1):60-67.*

## **6.6 Anexo VI. Escala de calidad de vida de los adultos mayores, WHOQOL-OLD-BREF, de la OMS.**

Me ha parecido conveniente utilizar este cuestionario debido a que mide y evalúa los diferentes ámbitos que engloban la salud del adulto mayor, entre los cuales se encuentran aspectos como la salud física; psicológica; social; y ambiental; convirtiéndose de esta manera en un cuestionario ideal para evaluar la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado de manera íntegra<sup>37</sup>.

Este cuestionario consta de un total de 26 preguntas con 5 opciones de respuesta que van ordenadas del 1 al 5; muy mal; poco; normal; bastante bien; muy bien. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor será el perfil de la calidad de vida del paciente entrevistado<sup>38</sup>.

		Muy mal	Poco	Normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
26	<b>¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?</b>	1	2	3	4	5

*Extraído de: Díaz de León Palomino, Silvia. Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y atención de enfermería en domicilio. REPOSITORIO NACIONAL CONACYT 2011.*

## 6.7 Anexo VII. Índice de Barthel

### Anexo 5: Índice de Barthel.

Actividad	Descripción	Puntuación
<b>Comer</b>	Independiente: es capaz de comer solo	10
	Necesita ayuda: para cortar, usar utensilios, etc., pero es capaz de comer solo	5
	Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona	0
<b>Vestirse</b>	Independiente: Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente:	0
<b>Arreglarse</b>	Independiente: realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona	5
	Dependiente : necesita alguna ayuda	0
<b>Deposición</b>	Continente: ningún episodio de incontinencia	10
	Accidente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios	5
	Incontinente	0
<b>Micción</b>	Continente: ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo	10
	Accidente ocasional: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos	5
	Incontiente	0
<b>Ir al baño</b>	Independiente: entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona	10
	Necesita ayuda: capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	5
	Dependiente : incapaz de manejarse sin ayuda	0
<b>Trasladarse del sillón-cama</b>	Independiente: no precisa ayuda	15
	Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física	10
	Gran ayuda: precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada	5
	Dependiente: necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0
<b>Deambulaci ón</b>	Independiente: puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.	15
	Necesita ayuda, supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador	10
	Independiente (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión	5
	dependiente	0
<b>Subir y bajar escaleras</b>	Independiente: capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente : incapaz de salvar escalones	0
<b>&lt; 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve</b>		

Extraído de: Ferrín MT, González LF, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica* 2011;72(1):11-16.