

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



Frecuencia de depresión en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en la consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo 2019 - 2020

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Carlos Bryan Gonzales Garcia

ASESOR

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

<https://orcid.org/0000-0002-5171-528X>

Chiclayo, 2024

**Frecuencia de depresión en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en la consulta externa del Hospital Nacional Almanzor
Aguinaga Asenjo 2019 - 2020**

PRESENTADO POR
Carlos Bryan Gonzales Garcia

A la Facultad de Medicina,
de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Daniel Essenin Manay Guadalupe
PRESIDENTE

Cristian Jose Ruperto Sandoval Neciosup
SECRETARIO

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano
VOCAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 3% |
| 2 | repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet | 3% |
| 3 | usmp.edu.pe Fuente de Internet | 3% |
| 4 | idoc.pub Fuente de Internet | 2% |
| 5 | www.segg.es Fuente de Internet | 1% |
| 6 | alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet | 1% |
| 7 | uvadoc.uva.es Fuente de Internet | 1% |
| 8 | Submitted to Universidad TecMilenio Trabajo del estudiante | 1% |

Índice

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Resumen | 5 |
| Abstract | 6 |
| Introducción..... | 7 |
| Revisión de literatura..... | 9 |
| Materiales y métodos..... | 15 |
| Resultados y discusión..... | 18 |
| Conclusiones..... | 22 |
| Recomendaciones..... | 22 |
| Referencias | 23 |
| Anexos..... | 26 |

Resumen

Objetivo: Determinar la Frecuencia de Depresión en el adulto mayor con síndrome de fragilidad según la Valoración Geriátrica Integral en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo entre abril del año 2019 hasta marzo del 2020. Así mismo, determinar las características sociodemográficas y clínicas, y la frecuencia de los criterios de Fried en los adultos mayores frágiles con depresión según la Valoración Geriátrica Integral en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en este periodo. **Diseño:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. **Población:** Son todos los Adultos Mayores con diagnóstico de Fragilidad según la Valoración Geriátrica Integral en el servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo atendidos entre abril 2019 y marzo 2020. **Desarrollo:** Las personas sujeto a estudio se seleccionaron mediante muestreo censal, dando como resultado un total de 90. **Resultados:** La frecuencia de Depresión establecida fue de 75,6% (68 casos) frente a 24,4% (22 casos) de “No Depresión” (22/90) en el adulto mayor con síndrome de fragilidad. Las variables sociodemográficas y clínicas más frecuentes en adultos mayores con síndrome de fragilidad y depresión fueron: el rango octogenario (81 a 90 años) con un 54,4%; la población femenina con 67,6%; primaria completa con 75,0%; comorbilidad II en un 96,6%, y 51,5% tienen polifarmacia. En los criterios clínicos de fragilidad, la baja actividad física y la marcha lenta se reportaron como los más frecuentes con 100% y 98,5% respectivamente.

Palabras claves: Depresión, Fragilidad, Adulto Mayor (Fuente: DeCS)

Abstract

Objective: Determine the frequency of depression in the older adults with frailty syndrome according to the Comprehensive Geriatric Assessment at the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital from April 2019 to March 2020. Likewise, determine the sociodemographic profile of the older adults with depression and frailty syndrome; and relate the frequency of depression with the Fried criteria for frailty syndrome in older adults. **Design:** Observational, descriptive, retrospective and cross-sectional. **Population:** They are all Adults over 60 years of age with a diagnosis of frailty according to the Comprehensive Geriatric Assessment in the Geriatrics service of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital attended between April 2019 and March 2020. **Development:** The people subject to study were selected by random sampling stratified, resulting in a total of 90. **Results:** The frequency of established Depression was 75.6% (68 cases) compared to 24.4% (22 cases) of “No Depression” (22/90) in the elderly with frailty syndrome. The most frequent sociodemographic and clinical variables in older adults with frailty and depression syndrome were: the octogenarian range (81 to 90 years) with 54.4%; the female population with 67.6%; complete primary school with 75.0%; comorbidity II in 96.6%, and 51.5% have polypharmacy. In the clinical criteria of frailty, low physical activity and slow walking were reported as the most frequent with 100% and 98.5% respectively.

Keywords: Depression, Frailty, Elderly (Source: DeCS)

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que hay 962 millones de Adultos Mayores (AM) a nivel mundial, esto es un 12% de la población mundial mayor o igual de 60 años, lo cual se considera la etapa más vulnerable del proceso del ciclo vital humano. En el año 2015 se afirmó que para el año 2050, aumentarían los adultos mayores de 60 años del 12 al 22%. Para ese año, en el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) estimó un total de 3 millones 11 mil 50 personas, lo que representó el 9,7% de la población total del país. A finales del año 2020, a pesar de la pandemia del COVID-19 el INEI estimó en el Perú, que un total de 4 millones 140 mil de los habitantes del país son personas adultas mayores, lo que representa el 12,7% de la población total.^{1,2}

En el adulto mayor existen síndromes geriátricos ampliamente reconocidos, dentro de los cuales se encuentra la fragilidad y la depresión con una prevalencia estimada de 24% y 52% respectivamente entre los demás síndromes. La depresión, una condición psicológica común en las personas mayores, se caracteriza principalmente por sentimientos de tristeza, tendencia al llanto, retirada social, dificultad para concentrarse, problemas para dormir, cambios frecuentes en el estado de ánimo, y en los casos más serios, agitación y pensamientos de autolesión o suicidio. Así mismo, la depresión es incapacitante en la vejez, en particular aquellos que presentan comorbilidades. Pese a ello, muchas veces pasa desapercibido y no se diagnostica. De este modo, y sabiendo que la depresión es un potente inhibidor del apetito, aumentaría el riesgo de desarrollar desnutrición, lo cual está asociado frecuentemente a la fragilidad.^{4,5,6}

Teniendo en cuenta que la fragilidad es un fenómeno biológico del envejecimiento, es de total importancia estudiar sus asociaciones. Ampliando el tema de los atributos de la fragilidad, no solo destaca la edad, sino también la depresión (OR 1,7). La fragilidad se define como un conjunto de síntomas que incluyen una reducción en la fuerza muscular, la resistencia física y el funcionamiento normal del cuerpo, lo cual incrementa la susceptibilidad de una persona a volverse dependiente en sus actividades cotidianas.^{3,4,5}

En concreto, el síndrome de fragilidad es, muchas veces, un problema de salud pública ya que aumenta el consumo de recursos sanitarios debido al mayor riesgo de caídas y posteriormente a una mayor estancia hospitalaria por fracturas, entre la más prevalente, la fractura de cadera. Entre las consecuencias graves de la fragilidad en las personas mayores se encuentran la mortalidad, que puede llegar hasta un 45% en un año en los casos de fragilidad, así como la necesidad de institucionalización, la disminución de la

movilidad y un mayor grado de dependencia en las actividades diarias esenciales e instrumentales.⁵

Por ello, resulta de especial interés conocer la frecuencia de la manifestación de la depresión en pacientes adultos mayores con síndrome de fragilidad, y a partir de allí adoptar medidas que permitan prevenir y/o tratar oportunamente la depresión, y de esa forma prevenir la fragilidad. Así mismo se ha demostrado el síndrome de fragilidad como factor de riesgo para la depresión, aunque esta última no repercute significativamente en la salud pública, esta investigación también aportaría la evidencia para que así se adopten medidas preventivas para la fragilidad.

Ante dicha premisa, se formuló el siguiente problema: ¿Cuál es la frecuencia de Depresión en el adulto mayor con síndrome de fragilidad en la consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo entre abril 2019 y marzo 2020?

Por consiguiente, se propuso como objetivo general: determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor con síndrome de fragilidad según la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) entre abril del año 2019 hasta marzo del 2020. Así mismo, se plantearon dos objetivos específicos: Determinar las características sociodemográficas y clínicas, y la frecuencia de los criterios de Fried en los adultos mayores frágiles con depresión según la VGI en el HNAAA en este periodo.

Los resultados de este estudio permitieron proporcionar datos informativos que será útil a toda la salud comunitaria especialmente para mejorar el conocimiento sobre el alcance del problema en el servicio geriátrico. Debido a que no se cuenta con suficientes estudios de alcance nacional sobre la relación entre depresión y fragilidad, el presente trabajo es conveniente para afianzar un mayor conocimiento no solo de la frecuencia de depresión en los adultos mayores con fragilidad, sino también cuáles son sus características sociodemográficas que presentan los pacientes con depresión y síndrome de fragilidad.

Revisión de literatura

2.1. Antecedentes del problema

Gonzales M (Chiclayo, 2017) determino la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de Essalud en Chiclayo-Perú, con una muestra total de 326, en la que tuvo como resultado una prevalencia de fragilidad de 17.5% (57 casos), una condición pre-fragil de 40.9% (133 casos) y una condición robusta de 41.6% (136 casos). Sobre la frecuencia de las características clínicas del síndrome de fragilidad, el agotamiento físico y la debilidad (fuerza de prensión disminuida) se reportaron como los más frecuentes con 42.3% y 32.8% respectivamente, seguido de velocidad de marcha lenta de (19,3%), pérdida de peso no intencionada (17,2%) y actividad física disminuida (8,9%). Así mismo, se asoció significativamente con la edad, grado de instrucción superior, comorbilidad tipo II y polifarmacia (consumo de 3 o más medicamentos).⁷

Herrera D, (Cuba, 2020) investigó acerca de la prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. Se demostró que, entre los factores asociados a fragilidad, el que más destacó fue la depresión moderada, lo cual estuvo presente en el 6.5% de los adultos mayores con fragilidad (IC del 95 %: 2,52 - 16,75). Del mismo modo, en otro estudio realizado por Soysal P, se demostró que los adultos mayores con depresión tenían mayores probabilidades de tener el síndrome de fragilidad (OR = 4.07, IC del 95%). Así mismo aquellos con síndrome de fragilidad tenían mayores probabilidades de tener depresión (OR = 4,42, IC del 95%), por tanto, se demostró una interacción mutua entre la depresión y la fragilidad en los adultos mayores. En este estudio cada condición se asocia con una mayor prevalencia e incidencia de la otra, y puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de la otra. Por último, se demostró que la prevalencia general de depresión en pacientes con fragilidad fue de 38.60% (IC del 95%); y la prevalencia de fragilidad en pacientes con depresión fue de 40,4% (IC del 95%).^{8,9}

En el estudio de Carneiro J, se analizaron los factores asociados a la fragilidad en el adulto mayor y se demostró que de los 360 adultos mayores, 169 tuvieron fragilidad, de los cuales el 55.5% presentó síntomas depresivos con una asociación significativa (IC del 98% = 1.68-2.58). Esta asociación podría estar ligada a características presentes en ambas condiciones de salud, como inactividad, pérdida de peso, agotamiento y bajo nivel de actividad física.¹⁰

En un artículo publicado por Lakey S, se examinó las asociaciones entre la sintomatología depresiva, el uso de antidepresivos y el riesgo de fragilidad en la cohorte “Iniciativa de salud de las mujeres” (conocida por sus siglas en inglés WHI) y demostró que los usuarios de consumo antidepresivos con síntomas depresivos tenían 3,63 veces más probabilidades de desarrollar fragilidad (IC del 95% = 2,37–5,55). Así también, En el estudio de Vaughan L, se demostró que las mujeres mayores con sintomatología depresiva aumentaron significativamente el riesgo de fragilidad (OR = 2,20; IC del 95% = 1,88-2,57) en comparación con las mujeres mayores con poca o ninguna sintomatología depresiva.^{11,12}

En el estudio de Santamaria M, se investigó la asociación del síndrome de fragilidad en adultos mayores institucionalizados con trastornos mentales como la ansiedad, depresión y apatía. Y con relación a la depresión medida con la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) se demostró que la media aumentaba a medida que avanzaba hacia un estado de dependencia producto de la fragilidad, su medición de esta última se pudo llevar a cabo gracias a la escala de la batería corta de desempeño físico (conocida por sus siglas en inglés SBBP).¹³

En el estudio de Moles M, se seleccionaron 400 adultos mayores de 75 años de edad, en la que el 23% de estos eran frágiles y predominaban en el sexo femenino. Posteriormente se demostró que la buena percepción de la salud por parte del adulto mayor se relaciona con menor frecuencia de episodios depresivos y en relación al síndrome de fragilidad, los individuos robustos presentan episodios depresivos en menor proporción (12,1%) que los frágiles (30,8%) y los prefrágiles (57%), $p < 0,05$.¹⁴

En la tesina publicada por Sánchez S, se tuvo como objetivo identificar la asociación del síndrome de fragilidad en los AM, respecto a la presencia del nivel de depresión utilizando las teorías de las transiciones de Meleis, y se encontró que existe una distribución que es significativa y equitativa ($p = .709$) entre el proceso de la transición de la Fragilidad en el AM hospitalizado con respecto a la Depresión.¹⁵

En el 2019, se publicó un estudio en la que analizó la asociación de la fragilidad cognitiva (coexistencia de la fragilidad física y el deterioro cognitivo leve) con la nutrición y la depresión en adultos mayores, con un diseño transversal y regresión multinomial. Se demostró que la depresión se asocia positivamente con la fragilidad cognitiva (OR = 1,577, $p = 0,002$) y con la fragilidad física (OR = 1,496, $p = 0,004$), pero no se asocia únicamente con el Deterioro cognitivo leve (DCL). Por otra parte, la nutrición se asocia

negativamente con la fragilidad cognitiva (OR = 0,656, p = 0,005), pero no con la fragilidad física o DCL por sí solos.¹⁶

2.2. Bases teórico-científicas

2.2.1. Fragilidad

Según la Real Academia Española la palabra “Frágil” hace referencia a algo que tiende a romperse, de este modo, se podría decir metafóricamente hablando, que el individuo frágil aún no se ha roto, sino que está propenso a romperse; dicho de otra manera, aún es independiente, pero tiene riesgo de volverse dependiente, y de esta manera aumentado el riesgo de discapacidad.¹⁷

En 1997, Campbell y Buchner definieron el término “fragilidad” como un “síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y de la resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas fisiológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos”. A partir de estos conceptos, se han propuesto diversas interpretaciones, como el enfoque de Brocklehurst, el cual describe la fragilidad como el riesgo de perder la capacidad de mantenerse independiente en la comunidad. También se sugiere que la fragilidad puede ser considerada como un estado de equilibrio delicado entre la salud y los recursos disponibles, ya sean sanitarios o sociales. Cuando este equilibrio se rompe, pueden surgir la dependencia, la necesidad de cuidados institucionales y, en última instancia, el fallecimiento.^{5,17}

Además, el síndrome de fragilidad se ajusta a los criterios de un "síndrome geriátrico", ya que está estrechamente ligado al proceso de envejecimiento, no está asociado a una enfermedad específica, es frecuente en la población anciana, afecta a varios sistemas del cuerpo y tiene múltiples dimensiones. Además, se ha observado que la fragilidad se relaciona con eventos de salud adversos significativos.⁵

La prevalencia del síndrome de fragilidad aumenta de manera proporcional con el envejecimiento, presentando una media de 3,2% a los 65 años, una de 16,3% en los mayores de 80 años, hasta alcanzar el 23,1% a los 90 años. Así mismo, este síndrome es más prevalente en mujeres que en hombres, con una ratio aproximado de 2:1. Una revisión sistemática realizado por Collard et al., donde se analizaron los datos de 21

estudios en mayores de 65 años, se demostró una prevalencia global de 10,7%, 9,9% en hombres y 13,6% en mujeres.⁵

Linda P. Fried es una epidemióloga y geriatra estadounidense que dedicó la mayor parte de su carrera a la ciencia del envejecimiento saludable. En el año 2001 propuso un fenotipo clínico de fragilidad que comprendía los siguientes criterios: fatiga, debilidad muscular, marcha lenta y pérdida involuntaria de peso (Morley 2012). De este modo se considera frágil si cumple tres o más criterios, prefrágil si cumple uno o dos, y robusto si no cumple ninguno.⁵

Según los resultados del estudio Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRADEA), los factores más destacados fueron el género femenino (OR de 2,6), la edad (OR de 2,1), la discapacidad en las actividades esenciales de la vida diaria (OR de 7,9), la presencia de múltiples enfermedades crónicas (OR 2,1), el riesgo de depresión (OR: 1,7), el deterioro cognitivo (OR: 1,6) y una baja calidad de vida. Además, se observó una asociación significativa entre la fragilidad y la presencia de múltiples enfermedades en comparación con aquellos que no son frágiles (5,7 frente a 4,7), una mayor carga de enfermedades crónicas medida por el índice de Charlson (1,8 frente a 1,1) y a la polifarmacia (7,8 frente a 5,4).⁵

2.2.2. Depresión en el adulto mayor

La depresión en las personas mayores se presenta como un conjunto de síntomas emocionales que incluyen sentimientos de tristeza, desánimo, irritabilidad y una sensación general de malestar y falta de capacidad para hacer frente a las demandas de la vida. Parece evidente que un deterioro en la salud puede contribuir a estos sentimientos de tristeza. Sin embargo, la depresión no se limita únicamente a la esfera emocional; también pueden aparecer síntomas cognitivos y somáticos, lo que indica una afectación generalizada de la salud mental y emocional. Esta compleja interacción de síntomas afecta negativamente la calidad de vida de la persona.¹⁸

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales causas de consulta médica, mas no como motivo referido fácilmente por el paciente debido a que muchas veces pasa desapercibido por el mismo adulto mayor o su entorno social, consultas no geriátricas donde muchas veces no se optan por utilizar herramientas diagnosticas de depresión, más allá de que aún no existe una prueba diagnóstica lo suficientemente específica para su detección, además de las diversas dificultades que

puedan sesgar el diagnóstico como las comorbilidades. Es así como en el estudio de la EURODEP (en la que participaron nueve países europeos) se estimó un rango de prevalencia de depresión muy dispar, entre 8,8% y un 23,6%.¹⁸

Existen otros estudios que indican las altas prevalencia de depresión en la población geriátrica por subgrupos, con un 11-45% los hospitalizados y 30-75% los institucionalizados. La incidencia de depresión en personas mayores muestra una menor prevalencia entre las mujeres en comparación con los hombres, una tendencia que puede invertirse en las edades más avanzadas. Se ha observado una mayor correlación con el estado civil de divorcio, niveles socioeconómicos bajos, falta de apoyo social, eventos vitales estresantes y problemas de salud que conducen a la incapacidad, como la fragilidad.¹⁸

El diagnóstico de depresión en el anciano se basa en una buena entrevista clínica, en la que estaremos al tanto de alguna sintomatología depresiva la cual podría ser referida por el paciente de forma directa como la tristeza, irritabilidad, decaimiento, malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. De manera indirecta, la ansiedad puede surgir como respuesta a la evaluación de trastornos mentales, así como a la presencia de dificultades sensoriales, especialmente relacionadas con la audición, así como la predisposición a no manifestar emociones o proporcionar información que considere vergonzoso como el hábito de consumo de alcohol, o antecedentes psiquiátricos.¹⁸

Además de la sintomatología depresiva, se debe considerar comorbilidades o patologías asociadas que puedan enmascarar el diagnóstico. Así mismo se considera importante una revisión farmacológica, debido que algunos tratamientos habituales en el adulto mayor pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo. Finalmente, en el contexto de los exámenes auxiliares, es recomendable solicitar un hemograma, perfil tiroideo y vitaminas del grupo B.¹⁸

Existen numerosas escalas que valoran la depresión en el anciano, entre las cuales la más utilizada por su mayor sensibilidad y especificidad es la Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavage, desarrollada por Brink y Yesavage en el año 1982, y consta de 30 preguntas con respuestas SI/NO. En la actualidad existen versiones más cortas de 20, 15, 12, 10, 8, 7, 5 y 4 preguntas; entre las cuales la más difundida es la de 15 preguntas, que requiere 5-7 minutos para cumplimentarse, y tiene una sensibilidad del 85% y una

especificidad del 74%. Por lo tanto, sustituye con ventaja a la versión extensa como instrumento de cribado.¹⁸

2.2.3. Depresión y fragilidad

Según los datos del estudio Fragilidad y Dependencia en Albacete (FRADEA) entre las enfermedades más prevalentes que más se asocia a la fragilidad está la depresión con un OR de 1,7. Añadiendo a esto, según la OMS (2017) más del 20% de los adultos mayores sufren algún trastorno mental o neural, y entre ellas, las más comunes son la demencia y la depresión.¹⁹

La depresión y la fragilidad comparten mecanismos etiopatogénicos comunes, por ejemplo, la inflamación crónica se asocia tanto con una disminución de la masa o fuerza muscular como con una función dopaminérgica central reducida que conduce tanto a la fragilidad como a la depresión. La depresión, a raíz que puede afectar la esfera afectiva, cognitiva e incluso somática, puede conllevar así a una mala calidad de vida, en la que se asocia a una baja de apetito, lo cual se suma al ciclo de la fragilidad, caracterizado igualmente por la hiporexia, por lo tanto, trae consigo una menor síntesis proteica y un mayor riesgo de fragilidad.²⁰

2.2.4. Valoración Geriátrica Integral

La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso multidimensional y multidisciplinario que evalúa de manera integral la salud y el bienestar de los adultos mayores. Su objetivo es identificar y comprender las necesidades médicas, psicológicas, funcionales y sociales de los pacientes mayores para desarrollar un plan de atención individualizado que optimice su calidad de vida. La VGI se lleva a cabo mediante la recopilación sistemática de información relevante en diversas áreas, que pueden incluir:⁵

Evaluación médica: Incluye la revisión de la historia clínica, exámenes físicos, evaluación de enfermedades crónicas, análisis de medicamentos (polifarmacia), y exploración de síntomas agudos o crónicos.⁵

Evaluación funcional: Evalúa la capacidad del individuo para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, alimentarse, asearse, etc., y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como manejar las finanzas, usar el teléfono, cocinar, etc.⁵

Evaluación cognitiva: Se realiza para detectar posibles problemas de memoria, atención, orientación, lenguaje y otras funciones cognitivas. Se pueden utilizar pruebas como el Mini-Mental State Examination (MMSE), la Montreal Cognitive Assessment (MoCA) u otras herramientas validadas.⁵

Evaluación emocional y psicosocial: Se analiza el estado emocional del paciente, su red de apoyo social, la presencia de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, así como factores ambientales que pueden influir en su bienestar.⁵

Evaluación nutricional: Se evalúa el estado nutricional del individuo, incluyendo la ingesta dietética, el peso, la talla, la composición corporal, la presencia de desnutrición o malnutrición, entre otros aspectos.⁵

Evaluación del riesgo de caídas: Se identifican factores de riesgo relacionados con caídas y se proponen medidas preventivas para reducir este riesgo.⁵

Evaluación de la capacidad funcional y calidad de vida: Se examina la capacidad del individuo para participar en actividades significativas y satisfactorias, así como su percepción subjetiva de su calidad de vida.⁵

Evaluación del entorno y seguridad del hogar: Se evalúa el entorno físico del paciente para identificar posibles riesgos de accidentes y se sugieren adaptaciones para mejorar la seguridad en el hogar.⁵

Existen varias herramientas validadas que se utilizan para medir los diferentes elementos de la valoración geriátrica integral, entre ellas: Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Índice de Barthel, Escala de Depresión Geriátrica (GDS), Escala de Yesavage, Escala de Lawton y Brody, Escala de Evaluación Geriátrica (GAI), Escala de Tinetti, Escala de Evaluación Global de Cambio Clínico (CGA), entre otros.⁵

Materiales y métodos

3.1. Tipo y diseño de estudio

Se diseñó una investigación observacional porque no se manipuló las variables; descriptiva, porque no se buscó identificar asociaciones *a priori*; transversal, porque se realizó una sola medida en el tiempo; y retrospectiva, porque la información se generó con anterioridad a la ejecución del proyecto.

3.2. Diseño muestral

3.2.1. Población

➤ Población diana

Adultos mayores con diagnóstico de fragilidad del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.

➤ Población accesible

Adultos mayores con diagnóstico de fragilidad según la valoración geriátrica integral en el servicio de geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo atendidos entre abril 2019 y marzo 2020.

➤ Población elegible

La población accesible que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2. Criterios de selección

➤ Criterios de inclusión

- ✓ Adultos mayores de 60 años de ambos sexos.
- ✓ Historias clínicas virtuales con valoración geriátrica integral.
- ✓ Diagnóstico de fragilidad según la valoración geriátrica integral.

➤ Criterios de exclusión

- ✓ Valoración geriátrica integral incompleto.

3.2.3. Muestreo

Debido al tamaño de la población se usó la técnica de muestreo censal, es decir, se consideró toda la población para ser estudiada. Por tanto, el tamaño de la muestra fue la misma que la población estudiada, es decir 90 adultos mayores.

3.3. Proceso de recolección de datos

Luego de que el proyecto fue aprobado por el comité de ética de la facultad de medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo y por el comité de ética del

Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se solicitó la autorización de acceso a las historias clínicas virtuales al departamento de geriatría de dicho hospital de los pacientes adultos mayores con fragilidad que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión (sección 3.2.2. Criterios de selección) durante abril del año 2019 hasta marzo del 2020. Posteriormente, se recolectó información sobre las variables que figura en la ficha de recolección de datos (Anexo N°2) hasta completar el tamaño de la población. Dichas variables se hallaron en las historias clínicas donde se usó el test de Yesavage para determinar el diagnóstico de depresión. La información de la ficha de recolección de datos fue trasladada a Excel versión 2019 de Microsoft, para su posterior análisis.

3.5. Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describieron empleando frecuencias absolutas y relativas (%). Los valores fueron presentados en cuadros de doble entrada, y en gráficos según las variables correspondientes. Además, se diseñaron tablas cruzadas, para describir algunas variables cualitativas respecto de otras. La información fue analizada con la herramienta estadística IBM SPSS Statistics versión 21.0.0.0.

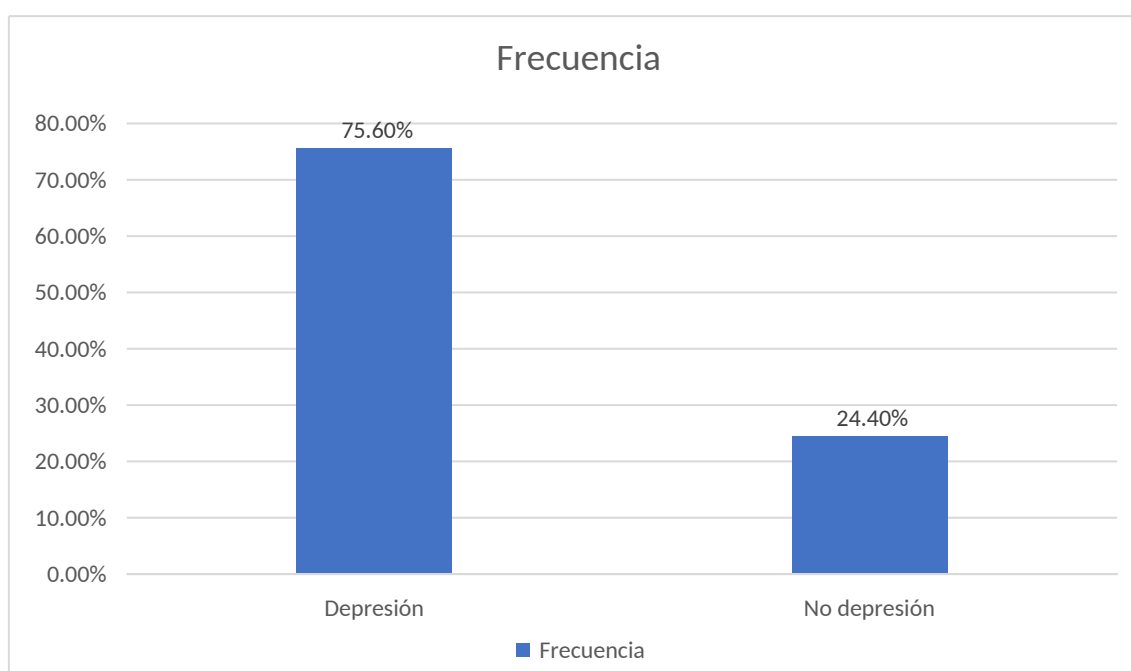
3.6. Aspectos éticos

Se solicitó la aprobación y resolución por parte del comité de ética de la escuela de medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Con ello, se solicitó al comité de ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, la autorización respectiva y formas de acceso a las historias clínicas virtuales del servicio de geriatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – EsSalud de Chiclayo desde abril del año 2019 hasta marzo del 2020, donde se ubicó el número de historias clínicas de los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión respectivos, y se procedió a la recolección de datos por medio de las historias clínicas virtuales con valoración geriátrica integral, transfiriendo dicha información a una matriz de datos que será confeccionada en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel versión 2019, donde se codificó la información personal de cada paciente (no se registraron el nombre del paciente), y a partir de la cual se elaboraron cuadros estadísticos en el mismo programa, según se describió en la sección anterior (3.5. Análisis Estadísticos).

Resultados y discusión

En la figura 1 se puede observar que la frecuencia de depresión establecida fue de 75,6% (68 casos) frente a 24,4% (22 casos) de “No depresión” (22/90) en el adulto mayor con síndrome de fragilidad.

Figura 1. Frecuencia de depresión en el adulto mayor con síndrome de fragilidad según Valoración Geriátrica Integral en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. abril 2019 - marzo 2020. Chiclayo, Perú.



Así mismo, del total de adultos mayores frágiles con depresión (68 casos) se observó que el 54.4% pertenecía al rango octogenario (81 a 90 años), seguido con 25,0% del grupo etario 71 a 80 años; la población femenina fue la más frecuente con 67,6%; respecto al nivel educativo, la mayor frecuencia son los que estudiaron primaria completa con 75,0%. El 96.6% de adultos mayores con síndrome de fragilidad y depresión tenían 1 o más enfermedades crónicas. Así mismo, existe un 51,5% de adultos mayores con síndrome de fragilidad con depresión que tienen polifarmacia. (Tabla 1).

Sobre la frecuencia de criterios clínicos del síndrome de fragilidad en los adultos mayores frágiles con depresión, la baja actividad física y la marcha lenta se reportaron como los más frecuentes con 100% y 98,5% respectivamente. (Tabla 2)

Tabla 1. Adultos mayores con síndrome de fragilidad y depresión según factores sociodemográficos, comorbilidad y polifarmacia en consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. abril 2019 - marzo 2020. Chiclayo, Perú

| <i>Características</i> | n = 68* |
|-----------------------------|----------------|
| Sexo | |
| Masculino | 22 (32,4%) |
| Femenino | 46 (67,6%) |
| Edad | |
| 60-69 años | 0 (0%) |
| 70-79 años | 17 (25,0%) |
| 80-89 años | 37 (54,4%) |
| 90 años a más | 14 (20,6%) |
| Grado de instrucción | |
| Ninguna | 3 (4,4%) |
| Primaria | 51 (75,0%) |
| Secundaria | 8 (11,8%) |
| Superior | 6 (8,8%) |
| Comorbilidad | |
| Clase I | 3 (4,4%) |
| Clase II | 65 (95,6%) |
| Polifarmacia | |
| Si | 35 (51,5%) |
| No | 33 (48,5%) |

*n (%)

Tabla 2. Frecuencia de criterios clínicos del síndrome de fragilidad en adultos mayores frágiles con depresión en consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Abril 2019 - marzo 2020. Chiclayo, Perú

| Criterios clínicos de Fried de síndrome de Fragilidad | n = 68* |
|--|----------------|
| Actividad física disminuida | 68 (100%) |
| Marcha lenta | 67 (98,5%) |
| Pérdida de peso no intencionada | 47 (69,1%) |
| Fuerza disminuida | 29 (42,6%) |
| Cansancio autoreferido | 18 (26,5%) |

*n (%)

A medida que la expectativa de vida aumenta, la atención a los adultos mayores se torna imperativa para abordar no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y mentales, es por ello que en la última década han sido motivos para estudios demográficos y de intervención para así mejorar la supervivencia, calidad de vida, y la mayor demanda de recursos sanitarios debido al mayor riesgo de caídas y con ello una mayor estancia hospitalaria por fracturas.

En el presente estudio se enfoca precisamente en este grupo etario y en quienes se encontró que el 75.6% presentaban depresión, resultado contrastada con un metaanálisis de estudios internacionales entre ellas un estudio con diseño similar realizado en Norte América en el 2017, que halló que la frecuencia de depresión en pacientes con fragilidad fue de 41.08%. En España, se encontró una frecuencia de 30.8%. En países latinoamericanos como en Brasil arrojó una frecuencia de 70.1%, un hallazgo más cercano a la frecuencia estimada a nuestro estudio. Probablemente en estos dos últimos estudios la prevalencia fue mayor debido a un contexto socioeconómico bajo de la población latinoamericana frente al de Norte América y España, lo que repercute como un factor de riesgo para la depresión al causar de manera indirecta estrés laboral y sobrecarga emocional ante la necesidad de satisfacer al entorno familiar. Además, debemos considerar la prevalencia de depresión en el adulto mayor que es relativamente menor en Estados Unidos (11.1%) frente al de Perú (14,2%).^{9,22,23}

Cabe recalcar que, en los adultos mayores frágiles con depresión, el grupo octogenario fue el rango de edad más frecuente, esto se podría explicar por ser el rango de edad junto con el septuagenario con mayor riesgo para fragilidad donde hay un menor gasto energético total y por tanto menor demanda energética lo que se traduce en la baja de apetito, lo cual podría acentuarse al haber depresión asociada ya que esta también disminuye el apetito. Esta explicación se corrobora con un estudio realizado en Lima en el 2019, sobre la depresión en el adulto mayor peruano, donde más de la tercera parte de su población (40.5%) de adultos mayores con depresión tuvieron más de 75 años de edad.

Es así que la importancia de este hallazgo radica en poder detectar con tiempo la depresión antes de los 70 años de edad y tratarla, ya que, pasada esta edad, debido al mecanismo ya comentado estaría más propenso a entrar en un síndrome de fragilidad.⁷

Así mismo la mayoría de este grupo de estudio tuvieron un índice geriátrico de comorbilidad tipo II, es decir aquellos con 1 o más enfermedades crónicas. Por consecuente, se sugiere realizar una atención más individualizada en pacientes adultos mayores con comorbilidades debido a que podrían presentar una depresión asociada. El padecimiento de enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial y la diabetes, conllevaría a una angustia de no poder controlar la enfermedad y por ende la descompensación, además de ciertas limitaciones en actividades de la vida diaria que repercute dichas enfermedades, esto daría como resultado un estado emocional depresivo.

De hecho, se ha postulado la teoría inflamatoria, donde se establece que marcadores inflamatorios constituiría el mecanismo etiopatogénico de la depresión, principalmente citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), interleucina-6 (IL-6), interleucina-1 (IL-1); además de la proteína C reactiva (PCR) que está asociado con enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, la relación entre estos marcadores inflamatorios y la depresión podría ser bidireccional, puesto que, la depresión misma puede desencadenar respuestas inflamatorias en el cuerpo.²⁴

Con relación a la frecuencia de los criterios de fragilidad en adultos mayores frágiles con depresión, se halló la actividad física disminuida y la marcha lenta como las más frecuentes. Estos hallazgos son importantes ya que podrían ser complementarios a una depresión establecida mediante el mecanismo de una disminución de apetito sumado a una menor demanda energética por parte del adulto mayor, lo que podría explicar una mayor frecuencia de actividad física disminuida. Con respecto a la marcha lenta podría

estar relacionado con factores relacionadas a comorbilidades que limiten la actividad física como la artrosis, teniendo en cuenta que su prevalencia estimada en Perú es de 30% llegando hasta 86% en mayores de 65 años, además de ser considerada la causa más común de incapacidad y postración en el adulto mayor.²⁵

Conclusiones

La frecuencia de Depresión establecida fue de 75,6% (68 casos) frente a 24,4% (22 casos) de “No Depresión” (22/90) en el adulto mayor con síndrome de fragilidad según la VGI en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo desde abril del año 2019 hasta marzo del 2020.

Las características sociodemográficas y clínicas predominantes dentro de los que tienen depresión y fragilidad (68 casos) fueron: sexo femenino, primaria completa, comorbilidad II, polifarmacia.

En los criterios clínicos del síndrome de fragilidad en los adultos mayores frágiles con depresión, la baja actividad física y la marcha lenta se reportaron como los más frecuentes.

Recomendaciones

Ejecutar estudios de seguimiento en el adulto mayor frágil con y sin depresión, así como determinar una asociación de causa-efecto donde se tome en cuenta la variable de comorbilidad en base a la teoría inflamatoria.

Se recomienda al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y a todo el personal de salud, sobre todo aquellos a cargo del cuidado del adulto mayor; hacer énfasis en la detección y terapia oportuna de la depresión y del síndrome de fragilidad. Abordar la depresión en el contexto de la fragilidad contribuye a promover un envejecimiento saludable y a garantizar una atención integral que considere tanto los aspectos médicos como los emocionales de esta población vulnerable.

Referencias

1. Envejecimiento y Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018 [Citado 21/05/21]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. En el Perú existen más de 4 millones de adultos mayores [sede web]. Lima, Perú: INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática [Actualizada el 26 de agosto del 2020; acceso 28 de abril de 2021]. Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica,el%2012%2C7%25%20de%20la>
3. Tello T, Varela L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016, Abr. [citado el 21 de mayo del 2021]; 33(2): pp. 328-334. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200019
4. Raymond T, Howard F. Brocklehurst's Geriatria. 6ªed. España: Marban; 2005. 215p.
5. Abizanda P, Rodriguez L. Tratado de medicina geriátrica. 2 ed. Barcelona: Elsevier; 2020. p 671-688, 918-932
6. Sotelo I, Rojas J, Sánchez C, Irigoyen A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam. 2012; 14(1): pp. 5-13
7. Gonzáles M, Leguía J, Díaz C. Prevalencia y factores asociados al síndrome de fragilidad en adultos mayores en la consulta de atención primaria de EsSalud, enero-abril 2015. Horiz. Med. [Internet]. 2017, Jul. [citado el 24 de May, de 2021]; 17(3): pp. 35-42. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300007&lng=es
8. Herrera D, Soriano A, Rodrigo P, Toro C. Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores asociados en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2020, Jun. [citado 2021 Mayo 21]; 36(2): pp. 1098. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000200008&lng=es
9. Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2017 Jul; 36: pp. 78-87.
 10. Almeida J, Rodrigues R, Silva M, Araújo M, Leão F, Marques F, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017, Aug. [citado 2021 May 21]; 70(4): pp. 747-752. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400747&lng=en
 11. Lakey SL, LaCroix AZ, Gray SL, et al. Uso de antidepresivos, síntomas depresivos e incidentes de fragilidad en mujeres de 65 años o más del WHI. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60 (5): pp. 854–861
 12. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin Interv Aging.* 2015 Dec; 10: pp. 1947-58.
 13. Santamaria M, González J, Soto R, Sánchez A, Jahouh M. Ansiedad, depresión y apatía en relación a la situación de fragilidad. *INFAD Rev Psi.* 2020 Ene; 2(1): pp. 149-158
 14. Molés, M, Esteve A, Lucas M, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería global.* 2019 jun. 18(3): pp. 58-82.
 15. Sánchez S. Fragilidad y Depresión en el Adultos Mayor Hospitalizado. [Tesina electoral]. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020
 16. Kwan R, Leung A, Yee A, Lau L, et al. Cognitive Frailty and Its Association with Nutrition and Depression in Community-Dwelling Older People. *J Nutr Health Aging.* 2019; 23(10): pp. 943-948.
 17. Abellán G, Abizanda P, et al. *Tratado de Geriatria Para Residentes.* 1 ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG); 2006. pp. 30-32
 18. Calenti M. *Gerontología y Geriatria.* 1 ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2011. pp. 285-301
 19. Abizanda, López J, Romero L, López M, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46(2): pp. 81–88

20. Brown P, Roose S, Fieo R, et al. Frailty and depression in older adults: a high-risk clinical population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014; 22(11): pp. 1083- 1095
21. Varela L, Ortiz P, Chávez H. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2008;21(1):11-5.
22. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa L. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2019, Oct [citado 2023 Ene 18]; 19(4): pp. 47-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008&lng=es
23. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2021, Ene. [Citado 2023 Ene 18]; 89(1): pp. 46-52. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/RMH/article/view/12047/13976>
24. Arostegui S. Marcadores inflamatorios en depresión [Tesis Doctoral]. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2018. Recuperado a partir de: <https://produccioncientifica.ucm.es/documentos/5ecb7f7e2999521315204084>
25. Villarreal E, Cedillo M, Vargas ER, Galicia L, Martínez L, Escorcía V. Costo directo de la atención médica en pacientes con gonartrosis. *Reumatol Clín*. 2019; 15(5): 277-81. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-costo-directo-atencion-medica-pacientes-articulo-S1699258X17302450>

Anexos

Anexo 1: Operacionalización De Variables

Fragilidad en el adulto mayor

| VARIABLE | DIMENSION | DEFINICION OPERACIONAL | INDICADOR | CRITERIO DE MEDICIÓN | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|-------------------------------|---------------------------------|---|-------------------|--|-----------------------|--------------------|--------------------------------|
| | Pérdida de Peso no intencionada | Pérdida de más de 4.600 kg o más, o igual o mayor del 5% del peso corporal en el último año | Peso (Kg) | ≥ 4.600 Kg. < 4.600 Kg. | Cuantitativa continua | Nominal | |
| Fragilidad en adultos mayores | Debilidad | Medida por la fuerza prensora en el quintil inferior, ajustada por el sexo e índice de masa muscular. Esto se demuestra mediante el valor que indica un aparato llamado dinamómetro de marca CAMRY, a la que se adjunta una tabla | Fuerza (prensión) | Quintil inferior según resultado de dinamometría | Cuantitativa continua | Nominal | Valoración Geriátrica Integral |

| | | | | | |
|------------------------|--|---------------------------|---|-----------------------|---------|
| | de lectura. El puntaje para fragilidad debe ser menor a los intervalos normales. Quintil inferior según resultado de dinamometría | | | | |
| Cansancio autoreferido | Identificado por 2 preguntas de la escala CES-D. Es afirmativo cuando en dicha escala contesta en un nivel de 2 o 3 a la pregunta A o B | Físico | Nivel (1, 2 o 3) en la pregunta A o B de la escala CES-D | Cuantitativa discreta | Nominal |
| Lentitud | Mediante la velocidad para caminar 4.6m: en el quintil inferior, ajustado al peso y a la altura. Se considera positivo cuando la velocidad | Velocidad de marcha (m/s) | Tiempo de $< 0.7\text{m/s}$ ó $< 1\text{m/s}$ $> 0.7\text{m/s}$ ó $> 1\text{m/s}$ | Cuantitativa continua | Nominal |

| | | | | | | | |
|-----------|---|---------------|--------------------|-----------------------|---------------------|---------|---|
| Depresión | mide mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage que cuenta con varias versiones desde el original con 30 ítems hasta versiones más cortas (20, 15, 5). En general, en estas versiones, la sensibilidad se encuentra por encima del 85% y una especificidad por encima del 70%. ⁵ | Estado Mental | Grado de Depresión | Depresión establecida | Cualitativa ordinal | Ordinal | Depresión Geriátrica de Yesavage de la Valoración Geriátrica Integral |
|-----------|---|---------------|--------------------|-----------------------|---------------------|---------|---|

Características Sociodemográficas y clínicas

| VARIABLE | DIMENSIÓN | INDICADOR | CRITERIO DE MEDICIÓN | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|---------------------------|-----------|---------------|---|------------------------|--------------------|-------------------------|
| Características Sociodemo | Sexo | Género humano | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino | Cualitativa dicotómica | Nominal | |

| gráficas | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--|---|------------------------|------------|--------------------------------|
| | Edad | Grupo etéreo | <ul style="list-style-type: none"> • 60 - 70 • 71 - 80 • 81 - 90 • 90 - + | Cuantitativa discreta | Intervalos | Valoración Geriátrica Integral |
| | Nivel educativo | Grado de instrucción | <ul style="list-style-type: none"> • NI • NG • UN • A • Primaria • Secundaria • Superior | Cualitativa politómica | Ordinal | |
| Características Clínicas | Comorbilidad | Índice geriátrico de comorbilidad clase I y II | <ul style="list-style-type: none"> • I (ausencia de enfermedad) • II (1 o más enfermedades controladas que requieren medicación) | Cualitativa dicotómica | Nominal | |

ón)

| | | | | |
|--------------|----------------------------------|---|-----------------------|---------|
| Polifarmacia | Consumo de ≥ 4 medicamentos | <ul style="list-style-type: none">• ≥ 4• < 4 | Cuantitativa discreta | Ordinal |
|--------------|----------------------------------|---|-----------------------|---------|

Anexo 2: Ficha De Recolección De Datos

Código: _____

Edad: _____

Depresión

- Normal
- Depresión Establecida

Criterios de Fragilidad según Linda Fried

- Pérdida de peso no intencionada
- Debilidad
- Cansancio autoreferido
- Lentitud
- Actividad física disminuida

Características Sociodemográficas**Edad:**

- 60 - 69
- 70 - 79
- 80 - 89
- 90 - +

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Grado de Instrucción:

- Ninguna
- Primaria
- Secundaria
- Superior

Comorbilidad:

- I
- II

Polifarmacia:

- ≥ 4
- < 4