

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO
INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.**

TESIS

PRESENTADA POR:

MARIELA ROCÍO APAZA VELEZ

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

TESIS PRESENTADA POR:
MARIELA ROCÍO APAZA VELEZ



PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE:


Dra. NARDA ESTELA CALSIN CHIRINOS

PRIMER MIEMBRO:


Mtra. SILVIA DEA CURACA ARROYO

SEGUNDO MIEMBRO:


Enf. AGRIPINA MARIA APAZA ALVAREZ

DIRECTOR / ASESOR:


Dra. FRIDA JUDITH MALAGA YANQUI

Área : Salud del Adulto

Tema : Calidad de vida y depresión

Fecha de sustentación: 28 de diciembre del 2018

DEDICATORIA

*A Dios, por haberme permitido
llegar hasta este punto, darme
fortaleza, serenidad en aquellos
momentos difíciles y darme el valor
para seguir adelante.*

*Con infinito amor y eterna gratitud
dedico a mis padres Francisco y Alicia
por su comprensión, motivación y
apoyo incondicional que hicieron
posible mi formación profesional.*

*Con mucho cariño a las personas
que me apoyaron para seguir
adelante en los momentos difíciles.*

Mariela Rocio

AGRADECIMIENTO

Con eterna gratitud a la Universidad Nacional del Altiplano por mi formación como profesional.

A la facultad de Enfermería, por haberme brindado los conocimientos teóricos, prácticos e inculcando valores durante mi formación para desempeñarme como profesional.

A mi directora de tesis Dra. Frida Judith Málaga Yanqui, por su valiosa orientación, apoyo moral, paciencia y apoyo incondicional para poder culminar con el presente trabajo de investigación.

A los miembros del jurado Dra. Narda Estela Calsin Chirinos, Mtra. Silvia Dea Curaca Arroyo, Enf. Agripina María Apaza Alvarez; por su orientación, sugerencias que permitieron dar por concluido el presente trabajo de investigación.

Al encargado del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Puno, por haberme permitido ejecutar el presente trabajo de investigación.

A los adultos mayores que asisten al CIAM por su valiosa colaboración y tiempo, para la realización el presente trabajo de investigación.

Mariela Rocío

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
CAPITULO I	11
INTRODUCCIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	14
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
CAPITULO II	15
REVISIÓN DE LITERATURA	15
2.1. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	15
2.2. ANTECEDENTES.....	41
CAPITULO III	50
MATERIALES Y MÉTODOS	50
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	50
3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	51
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	53
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	61
CAPITULO IV	62
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	62
4.1. RESULTADOS.....	62
4.2. DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	79

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.	62
TABLA 2: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD FÍSICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	63
TABLA 3: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD PSICOLÓGICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	64
TABLA 4: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	65
TABLA 5: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTE Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.	86
GRÁFICO 2: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD FÍSICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	86
GRÁFICO 3: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD PSICOLÓGICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	87
GRÁFICO 4: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	87
GRÁFICO 5: RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTE Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.....	88

ACRÓNIMOS

OMS	: Organización Mundial de la Salud
WHOQOL BREF	: World Health Organization Quality of Life Questionnaire
CIAM	: Centro Integral de Atención al Adulto Mayor
VACAM	: Valoración Clínica para Adultos Mayores
ONU	: Organización de Naciones Unidas
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
PLANPAM	: Plan Nacional de las personas Adultas Mayores
MINSA	: Ministerio de Salud
EDAM	: Estados Depresivos en los Adultos Mayores

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de establecer la relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor; el tipo de estudio fue correlacional, con diseño transversal; la población de estudio estuvo conformada por 512 adultos mayores y la muestra por 138; para la recolección de datos se utilizó la entrevista y como instrumentos el cuestionario de Whoqol Bref para calidad de vida, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Para el análisis de la información se utilizó la estadística SPSS y la contrastación de la hipótesis fue la prueba estadística del Chi cuadrado. Se obtuvieron los siguientes resultados; el 66.7% de los adultos mayores perciben una mala calidad de vida, seguido de 32.6% con regular calidad de vida y sólo 0.7 % de los adultos mayores con buena calidad de vida; el 65.2% presentan depresión severa, el 27.5% moderada y el 7.3% no presentan depresión. En la dimensión salud física; el 55.8% perciben regular calidad, seguido del 42.0 % con mala calidad y solo el 2.2 % buena calidad; en la dimensión salud psicológica; el 60.9% perciben mala calidad , seguido de 37.7% con regular calidad y el 1.4% buena calidad: en la dimensión relaciones sociales el 64.5% perciben regulares relaciones sociales, el 28.3% buenas relaciones sociales y el 7.2 % malas relaciones sociales; y en la dimensión medio ambiente el 61.6% perciben regular condición, seguido del 34.1% mala condición y solo el 4.3% como buena condición. Se encontró mala calidad de vida de 66,7 % y presencia de depresión severa 65,2%; por lo tanto, se concluye que la calidad de vida está relacionada con la depresión en el adulto mayor de la ciudad de Puno; todos con un nivel de significancia $P < 0,05$.

Palabras clave: Calidad de vida, adulto mayor, depresión.

ABSTRACT

The research was conducted with the objective of establishing the relationship between quality of life and depression in the elderly; the type of study was descriptive-correlational, with cross-sectional design; the study population was made up of 512 older adults and the sample by 138; for data collection the interview was used and as an instrument the Whoqol Bref questionnaire for quality of life, and Yesavage Geriatric Depression Scale. In the analysis of the information, the SPSS statistic was used and the hypothesis was contrasted with the Chi-square statistical test. The following results were obtained: 66. 7% of older adults present a poor quality of life, followed by 32. 6% with regular quality of life and only 0. 7% of older adults with good quality of life; 65. 2% present severe depression, 27. 5% moderate and 7. 3% do not present depression. In the physical health dimension; 55. 8% present regular quality, followed by 42. 0% presenting poor quality and only 2. 2% good quality; in the psychological health dimension; 60. 9% present poor quality, followed by 37. 7% presenting regular quality and 1. 4% good quality: in the social relations dimension 64. 5% present regular social relations, 28. 3% good social relations and 7. 2% bad social relations; and in the environment dimension 61. 6% present regular condition, followed by 34. 1% bad condition and only 4. 3% as good condition. A poor quality of life of 66. 7% was found and the presence of severe depression 65. 2%; therefore, it is concluded that the quality of life is related to depression in the elderly in the city of Puno; all with a level of significance $P < 0.05$.

Key words: Quality of life, elderly, depression.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU), denominan persona adulta mayor a aquellas mayores de 65 años para los países desarrollados y 60 a más para los países subdesarrollados. (1)

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes en el mundo, el 10% de la población mundial eran personas mayores de sesenta años y este porcentaje llegará al 15% en el año 2025 y al 22% en el 2050; similar panorama ocurre en la Región de América Latina y el Caribe, todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas, así en el año 2025 superará los 100 millones de personas de sesenta años cifra que se duplicará en el año 2050, cuando sumen más de 180 millones de personas, las que representarán más del 24% del total de la población.(2)

En el Perú la población de las personas adultas mayores representa el 9,7 % de la población total del país, es decir, 3'011 050 personas, siendo una mayoría femenina de 53,3 % frente al 46,7% de la población masculina, los departamentos con más altos porcentajes son Moquegua con 11.2%, Arequipa 11,1%, mientras que Puno tiene 131,564 personas adultas mayores que representa un 9,3% de ellos el (72,272) 55% son de sexo femenino y (59,292) 45% son de sexo masculino, respecto a las personas adultas mayores por provincia Puno y San Román cuentan con mayor población adulta mayor (3)

Según la OMS y el Grupo World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) (2013), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. "Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del

sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”. (4,5)

Asimismo, la OMS refiere que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, los cuales no permiten una calidad de vida en el adulto mayor. (6)

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de adultos mayores en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores. (7)

Algunos antecedentes reportan que; existe una relación bidireccional entre la calidad de vida y las enfermedades tanto físicas como mentales, ejemplo de ello son los hallazgos de la relación entre calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión, en donde a menor calidad de vida existen niveles elevados de ansiedad y/o depresión y viceversa; esto debido a la presencia de variables psicológicas como niveles elevados de estrés, bajo control sobre la propia vida, bajo apoyo social y desempeño personal, generando un nivel bajo de satisfacción y éxito en la vida, pobre regulación emocional, lo que finalmente afecta la calidad de vida (Padilla G); así también la tensión generada por la salud física de inoperancia o inutilidad derivan a problemas depresivos que afectan la calidad de vida (Paz V.); se encontró una asociación negativa entre la calidad de vida y la depresión con el sexo femenino, además que la depresión es uno de los principales motivos por la que las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida (Aponte V, Estrada et al).

Si bien el incremento de la esperanza de vida es un logro anhelado, también implica que los adultos mayores vean afectada su calidad de vida. Por cuanto la población en general, y los establecimientos de salud no están preparados para atender este grupo poblacional a falta de programas de atención diagnóstico y abordaje precoz de patologías entre ellas la depresión geriátrica.

Durante las practicas pre-profesionales se observó que el adulto mayor en general recibe atención curativa a partir de problemas de salud física, mas no se detectan problemas de salud mental, muchas veces se pasa por alto porque se cree que el adulto mayor tiene depresión como parte de su enfermedad y el envejecimiento. El problema se agrava cuando los adultos mayores tienen enfermedades crónicas y degenerativas, esto les impide el desarrollo de sus actividades normales, y si viven con la familia se sienten como una carga y al estar deprimidos no manifiestan sus necesidades, por el contrario, se excluyen de la familia a ello se agrega la hipoacusia que debido a esto disminuye la capacidad de socialización, además de que la situación económica no es adecuada en muchos de los adultos mayores, al vivir solos ya sea por la muerte del cónyuge o una separación, y todo ello afecta en su calidad de vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta la problemática antes mencionada y constituyendo los adultos mayores una parte importante de la población, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Existe relación entre la calidad de vida y la depresión en asistentes al Centro Integral de Atención al adulto mayor, Puno, 2017?

1.3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación entre la calidad de vida y la depresión en asistentes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Puno, 2017.

HIPÓTESIS ESPECIFICAS

- La calidad de vida en la dimensión salud física se relaciona con la depresión.
- La calidad de vida en la dimensión salud psicológica se relaciona con la depresión.
- La calidad de vida en la dimensión relaciones sociales tiene relación con la depresión.
- La calidad de vida en la dimensión medio ambiente se relaciona con la depresión.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la relación entre la calidad de vida y la depresión en asistentes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Puno, 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la relación entre la calidad de vida en la dimensión salud física y la depresión.
- Identificar la relación entre la calidad de vida en la dimensión salud psicológica y la depresión.
- Identificar la relación entre la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales y la depresión.
- Identificar la relación entre la calidad de vida en la dimensión medio ambiente y la depresión.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1.1. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Según la OMS la calidad de vida es la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” (4,5)

Calidad de vida del adulto mayor’, según Velandia es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”

Krzeimen sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor” Según Martín otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste

en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”.

Eamon O'Shea sostiene que “la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida” (8)

2.1.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

- 1. Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- 2. Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- 3. Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida.
- 4. Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- 5. Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales. (9)

2.1.1.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetivas. Por ejemplo, el dolor es una percepción o experiencia subjetiva; se puede definir la fatiga como un estado; se puede definir la movilidad como una capacidad (para moverse) o como un comportamiento (el de caminar propiamente).

Calidad general de la vida y la salud

Formas en que una persona evalúa la calidad general de su vida, su salud y su bienestar

1. DIMENSIÓN 1: SALUD FISICA

a) Dolor y malestar

Sensaciones físicas desagradables experimentadas por una persona, en la medida que son penosas y constituyen trabas para su vida; se refieren a la capacidad de la persona para controlar el dolor y la facilidad con que se puede lograr el alivio del dolor. Se supone que cuanto más fácil resulte aliviar el dolor, menores serán el temor que inspira y su efecto resultante en la calidad de vida. Asimismo, los cambios en los niveles de dolor pueden ser más penosos que el propio dolor. Aun cuando una persona no sienta dolor en realidad, ya sea por haber tomado medicamentos o porque el dolor sea por naturaleza esporádico (por ejemplo, la migraña), su calidad de vida puede resultar afectada por el miedo constante al dolor. Se reconoce que las personas reaccionan de diferentes formas ante el dolor y es probable que las diferencias en tolerancia y aceptación del dolor influyan en los efectos de éste en su calidad de vida. Se incluyen sensaciones físicas desagradables como rigidez, achaques, dolor de corta o larga duración o comezones. Si la persona dice que lo siente, aun cuando no haya una razón médica que lo explique, se considera que el dolor está presente.

b) Dependencia de una medicación o de tratamientos

Dependencia de una persona de una medicación o de medicinas alternativas (tales como acupuntura y remedios herbarios) para respaldar su bienestar físico y psicológico. Las medicaciones pueden afectar en algunos casos a la calidad de la vida de una persona de forma negativa (por ejemplo, efectos secundarios de la quimioterapia), mientras que en otros pueden mejorarla (por ejemplo, pacientes cancerosos que tomen analgésicos).

c) Energía y fatiga

Se explora la energía, el entusiasmo y la resistencia que tiene una persona para realizar las tareas necesarias en la vida cotidiana, además de otras actividades elegidas, como las recreativas. Puede abarcar desde cansancio incapacitante hasta niveles adecuados de energía y sensación real de estar vivo. El cansancio puede ser consecuencia de varias causas: por ejemplo, enfermedad, problemas como la depresión o esfuerzos excesivos.

d) Movilidad

Capacidad para trasladarse de un lugar a otro, moverse por su casa, moverse por el lugar de trabajo o llegar a los servicios de transporte. Capacidad general de la persona para ir a donde quiera sin ayuda de otros, independientemente de los medios utilizados para ello. Se da por sentado que, en todos los casos en que una persona depende en gran medida de otra persona para su movilidad, es probable que su calidad de vida resulte afectada negativamente por ello. El caso de personas con dificultades de movilidad, si éstas se presentaron de forma repentina o gradual, es probable que este aspecto influya en gran medida en su calidad de vida.

e) Sueño y descanso

Grado en que el sueño, descanso y los problemas al respecto afectan a la calidad de vida de una persona. Algunos de los problemas del sueño serían los siguientes: dificultad para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, despertarse demasiado temprano por la mañana sin poder volver a conciliar el sueño y sueño no reparador. Si resulta o no perturbado el sueño; puede deberse a cualquier razón, relacionada con la persona o con el medio.

f) Actividades de la vida diaria

Capacidad de una persona para realizar actividades habituales de la vida diaria, incluidos el cuidado de sí misma, el cuidado idóneo de su casa, actividades que probablemente necesite realizar diariamente. El grado en que las personas dependen de otras para que las ayuden en sus actividades diarias probablemente afecte también a su calidad de vida.

g) Capacidad de trabajo

Utilización por una persona de su energía para trabajar. Se define el «trabajo» como cualquier actividad importante en la que participe. Entre las actividades importantes pueden figurar el trabajo remunerado, el no remunerado, el trabajo voluntario para la comunidad, el estudio en exclusividad, el cuidado de niños, las obligaciones domésticas; la capacidad de una persona para trabajar, independientemente del tipo de trabajo.

2. DIMENSIÓN: SALUD PSICOLÓGICA**a) Sensaciones positivas**

Grado de sensaciones positivas de satisfacción, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y disfrute de las cosas buenas de la vida. Se considera parte importante la opinión y las ideas de una persona sobre el futuro.

b) Espiritualidad, religión, creencias personales

Creencias de la persona y cómo afectan a la calidad de su vida. Puede ser que la ayuden a afrontar las dificultades de su vida, estructuren su experiencia, infundan significado a las cuestiones espirituales y personales y, más en general, brinden a la persona una sensación de bienestar.

Comprende tanto a personas con creencias religiosas diferentes (por ejemplo, budistas, cristianos, hindúes, musulmanes) como a personas con creencias personales y espirituales que no vivan con arreglo a una orientación religiosa determinada.

Para muchas personas, la religión, las creencias personales y la espiritualidad son una fuente de consuelo, bienestar, seguridad, sentido, sensación de arraigo, finalidad y fuerza. En cambio, algunas personas tienen la sensación de que la religión tiene una influencia negativa en su vida.

c) Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Opinión de una persona sobre su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para adoptar decisiones. Comprende también la rapidez y la claridad de pensamiento. Se reconoce que algunas personas con dificultades cognitivas pueden no comprender sus dificultades y en esos casos puede ser necesario sumar a la evaluación subjetiva de la persona otras ajenas.

d) Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto

Concepto que una persona tiene de su cuerpo, si ve el aspecto de su cuerpo de forma positiva o negativa. Se centra en la satisfacción de la persona con su aspecto y su efecto en el concepto que tiene de sí misma, incluida la cuestión de hasta qué punto se pueden corregir defectos corporales reales o «percibidos», en caso de que existan (por ejemplo, mediante maquillaje, ropa, prótesis, etc.). Es probable que la forma en que los demás reaccionan ante la apariencia de una persona afecte en muy gran medida al concepto que ésta tiene de su cuerpo.

e) Autoestima

Sentimientos que abrigan las personas hacia sí mismas; pueden ser desde sentimientos positivos hasta sentimientos extraordinariamente negativos. Sensación que tiene una persona de su valía como tal, eficacia, la satisfacción consigo misma y el control. Sentimientos de la persona hacia sí misma en una diversidad de ámbitos: cómo se llevan con otras personas, su grado de instrucción, su evaluación de su capacidad para cambiar o para realizar determinadas tareas o adoptar determinadas conductas, sus relaciones familiares y su sensación de dignidad y autoaceptación. Para algunas personas la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan, ya sea en el trabajo o en el hogar, o cómo las ven y las tratan los demás. En algunas culturas la autoestima depende de la estima dentro de la familia más que de la estima individual.

f) Sentimientos negativos

Grado en que una persona experimenta sentimientos negativos, incluidos abatimiento, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. Hasta el punto que resultan angustiosos cualesquiera sentimientos negativos y sus efectos en el funcionamiento diario de la persona. Incluye a personas con dificultades psicológicas muy discapacitantes, como depresión grave, psicomanía o ataques de pánico.

3. DIMENSIÓN: RELACIONES SOCIALES**a) Relaciones personales**

Hasta qué punto las personas sienten la compañía, el amor y el apoyo que desean de las personas próximas en su vida. También se aborda el compromiso y la experiencia actual de cuidar y mantener a otras personas.

Comprende la capacidad y la oportunidad de amar, ser amado y mantener relaciones estrechas, tanto afectivas como físicas. Se incluyen el grado en que las personas piensan

que pueden compartir momentos de felicidad y de aflicción con sus seres queridos y la sensación de amar y ser amado. Se incluyen también los aspectos físicos de las relaciones con los seres queridos, tales como abrazarse y tocarse; la satisfacción que una persona obtiene del cuidado de otras o si tiene problemas para cargar con el peso que ello entraña, la posibilidad de que se trate de una experiencia positiva y también negativa. Se incluyen todos los tipos de relaciones amorosas, tales como amistades íntimas, matrimonios y parejas heterosexuales y homosexuales.

b) Actividad sexual

Impulso, el deseo sexual de una persona, al grado en que la persona puede expresar y gozar su deseo sexual apropiadamente. Sobre el apetito, la expresión, la satisfacción sexual, el deseo, la oportunidad. Para algunas culturas, la fertilidad es fundamental y la maternidad es una función extraordinariamente de gran importancia para la calidad de la vida de una persona. Además, se prevé que las personas de diferentes edades y sexos responderán de formas distintas. Algunas pueden comunicar poco o ningún deseo sexual sin que ello tenga efecto negativo alguno en la calidad de su vida.

c) Apoyo social

Sentimiento de una persona al compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica por parte de su familia y sus amigos, donde se puedan compartir responsabilidades y trabajar en común para resolver los problemas personales, familiares y depender de su apoyo en caso de crisis. Y si recibe aprobación y aliento de su familia y sus amigos; se incluye el papel potencialmente negativo de la familia y los amigos en la vida de una persona, como los malos tratos de palabra o de obra.

4. DIMENSIÓN: MEDIO AMBIENTE

a) Seguridad física

La sensación de seguridad, libertad de una persona respecto del daño físico. Las amenazas para la seguridad pueden provenir de cualquier fuente, como otras personas o de la opresión política; desde que una persona tenga oportunidades para vivir sin restricciones hasta que viva en un Estado, barrio opresivo y se sienta insegura en él.

Considera si la persona hay «recursos» que protegen o podrían proteger su sensación de seguridad; tiene particular importancia para ciertos grupos, tales como víctimas de catástrofes, personas sin hogar, personas que ejercen profesiones peligrosas, familiares de delincuentes y víctimas de malos tratos.

Sensación de seguridad/inseguridad de una persona, en la medida en que afecte a la calidad de su vida.

b) Medio físico (contaminación/ruido/tráfico/clima)

Opinión de la persona sobre su medio, incluidos el ruido, la contaminación, el clima y la estética general del medio, y la cuestión de si todo ello sirve para mejorar su calidad de vida o la afecta negativamente. En algunas culturas algunos aspectos del medio, como el carácter fundamental de la disponibilidad de agua o la contaminación del aire, pueden tener una influencia muy particular en la calidad de la vida.

c) Recursos financieros

Opinión de la persona sobre sus recursos financieros (otros recursos intercambiables) y hasta qué punto satisfacen dichos recursos las necesidades de un estilo de vida saludable y confortable; en que la persona puede comprar y en lo que no, en la medida en que ello afecte a la calidad de su vida.

Sensación de satisfacción o insatisfacción de la persona con las cosas que sus ingresos le permiten obtener y también sobre la sensación de dependencia o independencia que le brindan sus recursos financieros (o recursos intercambiables) y la sensación de tener suficiente.

d) Oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes

Oportunidad y el deseo de una persona de adquirir nuevas aptitudes y nuevos conocimientos y de sentirse en contacto con lo que sucede. Puede ser mediante programas educativos oficiales, cursos para adultos o actividades recreativas, ya sea en grupos o a solas (por ejemplo, la lectura).

También comprende el contacto y la recepción de noticias sobre lo que sucede, que para algunas personas son amplios (las «noticias del mundo») y para otras más limitados (chismorreo de aldea). No obstante, para muchas personas es importante la sensación de estar en contacto con lo que sucede a su alrededor, razón por la cual figura en las preguntas.

Se centra en las posibilidades de una persona para satisfacer una necesidad de información y conocimientos, ya se trate de conocimientos en sentido educativo o de noticias locales, nacionales e internacionales que sean de algún modo pertinentes para la calidad de su vida.

e) Participación en actividades recreativas de ocio y oportunidades al respecto

Capacidad de una persona para participar en actividades de ocio, pasatiempos, relajación y las oportunidades que se le brindan al respecto; todas las formas de pasatiempos, relajación y esparcimiento: ver a amigos, practicar deportes, leer, ver la televisión o pasar tiempo con la familia o sin hacer nada.

Se centran en tres aspectos: la capacidad de la persona para dedicarse a actividades de esparcimiento, relajación, disfrutarlas y las oportunidades que se le brindan al respecto.

f) Medio doméstico

El lugar principal en el que vive la persona como mínimo, duerme y guarda la mayoría de sus pertenencias y la forma en que ello repercute en su vida; la calidad del hogar en el sentido de que sea cómodo y brinde a la persona un lugar seguro para residir; donde la persona vive con su familia o no como refugiados, personas internadas en instituciones. Otros aspectos que van incluidos implícitamente son los siguientes: hacinamiento; cantidad de espacio disponible; limpieza; oportunidades para estar a solas; servicios disponibles (tales como electricidad, inodoro, agua corriente) y la calidad de la construcción del edificio (como, por ejemplo, goteras y humedad). La calidad del vecindario es importante para la calidad de la vida.

g) Salud y atención social: disponibilidad y calidad

Opinión de la persona sobre la salud y la asistencia social en su zona de residencia, en el sentido de que no haga falta mucho tiempo para recibir asistencia, en caso necesario. Disponibilidad de servicios sanitarios, sociales, la calidad y la cabalidad de la asistencia que recibe o espera recibir, en caso de que lo necesite; ayuda voluntaria en la comunidad organizaciones religiosas de beneficencia, templos que constituyan el único sistema de asistencia sanitaria disponible en el medio de la persona, y sobre lo fácil o difícil que resulta llegar a los servicios sanitarios, sociales locales y llevar a amigos o parientes a esos servicios.

h) Transporte

Disponibilidad o la facilidad para encontrar y utilizar servicios de transporte a fin de ir de un lado para otro ya sea bicicleta, automóvil, autobús, para realizar las tareas necesarias de la vida diaria y la libertad para realizar actividades elegidas. (10)

2.1.1.3. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

a) Calidad de vida buena

Es cuando la persona percibe que en la dimensión salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente es adecuado, está satisfecho y se siente feliz.

b) Calidad de vida regular

Es cuando la persona percibe que en la dimensión salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente existe una percepción buena donde se siente satisfecho y feliz, mientras que en otras dimensiones es inadecuado, no se siente satisfecho y no se siente feliz.

c) Calidad de vida mala

Es cuando la persona percibe como inadecuado, no está satisfecho y se no se siente feliz.

2.1.2 DEPRESIÓN

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (6) Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan un 17,4% de los años vividos con discapacidad.

La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (11) Y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial (12)

Las personas mayores con más frecuencia sufren síntomas depresivos considerables sin llegar a cumplir los criterios de diagnóstico de un trastorno depresivo. Esta afección a menudo se conoce como depresión subclínica, y afecta a casi 1 de cada 10 adultos mayores. La depresión subclínica también tiene un impacto considerable en la calidad de vida de las personas mayores, y es un factor de riesgo importante de los trastornos depresivos (13)

La depresión se da como resultado de la asociación de múltiples factores que pueden ser Psicológicos, neurológicos, psicosociales y nutricionales en quienes se puede evidenciar tristeza, disminución de interés o placer, sensación de culpa o falta de amor propio, alteración del sueño o apetito, disminución de la energía o agotamiento rápido de esta y el no poder concentrarse en las actividades que está realizando. (14)

Si la depresión es constante terminara siendo crónica o recurrente, y así dificultaría fuertemente el desempeño laboral, desempeño social, desempeño familiar y una disminución de la plenitud, cuando esta incrementa y no es tratada adecuada mente se puede llegar al suicidio de esta manera se ve la importancia de un tratamiento adecuado y oportuno en estos pacientes. (15)

La depresión como trastorno se diagnostica de diversas formas y debe ser tratada adecuadamente por especialistas quienes la clasifican como no depresión leve, depresión moderada y depresión grave. (16)

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades

pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta a la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. (11) La depresión puede presentarse en comorbilidad junto a enfermedades físicas crónicas y a otros trastornos mentales como el trastorno de ansiedad generalizada (17)

Los (EDAM) Estados Depresivos en los Adultos Mayores son frecuentes y de diagnóstico difícil, las dimensiones sociales, psicológicas, ambientales y biológicas están entrelazadas en esta patología. Se estima que la sexta parte de los individuos de una comunidad experimenta un episodio depresivo mayor a lo largo de su vida, de los cuales la mitad contacta a un médico. Los EDAM son banalizados y a menudo considerados como una consecuencia del envejecimiento del ser humano, por este motivo, son insuficientemente tratados y no reciben un apoyo multidisciplinario, entonces debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, con unas consideraciones especiales que por supuesto hay que tener en cuenta. La consecuencia a corto y mediano plazo del insuficiente diagnóstico es el suicidio, sobre todo en pacientes mayores de 80 años. El riesgo de suicidio es mucho más importante en los adultos mayores que en los jóvenes, 1/10 jóvenes llega al acto de suicidio después de un intento; esta cifra se eleva a 6/10 en los adultos mayores. (18,19)

2.1.2.1. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

- a) **Genes:** La depresión tiende a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugiere la existencia de un factor genético que se puede heredar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una predisposición genética para la depresión van a padecerla. Puesto que, incluso si en la familia hay antecedentes de depresión, generalmente se necesita un suceso estresante para precipitarla.

- b) **Personalidad:** No hay una personalidad determinada que predisponga a la depresión, pero las personas obsesivas, rígidas, las que esconden sus sentimientos y las ansiosas pueden tener más riesgo. También, las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés tienen más predisposición a tener una depresión.
- c) **Familia:** Algunos estudios han demostrado que la pérdida de la madre durante la infancia predispone a la depresión. Sin embargo, más que la pérdida, parece que son las consecuencias psicológicas, sociales y económicas de perder un progenitor lo que influye en la aparición de una depresión.
- d) **Estrés y sucesos vitales estresantes:** La depresión es más frecuente en los 6 meses posteriores a un suceso estresante, como la muerte del cónyuge o de un ser querido, el divorcio o separación, el matrimonio, la pérdida de empleo, el encarcelamiento o la jubilación.
- e) **Enfermedad física:** La aparición de una enfermedad física puede provocar sentimientos de baja autoestima y falta de confianza. En personas mayores, la enfermedad física es la principal causa de depresión.
- f) **Administración de algunos fármacos:** Algunos fármacos pueden producir depresión como: los antiepilépticos, anticonceptivos, antiparkinsonianos, digoxina, quimioterápicos, algunos analgésicos, diuréticos, y fármacos para la hipertensión arterial. (20)

2.1.2.2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres)

- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus)
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer
- Consumir medicamentos a diario
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja
- Padecer enfermedades médicas dolorosas
- Instalarse en una residencia para personas mayores
- Sufrir trastornos del sueño
- Contar con escaso o nulo apoyo social
- Vivir solo y sentir soledad
- Abusar del consumo de alcohol
- Disponer de escasos recursos económicos
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado).
- Encontrarse en un proceso de duelo (21). La falta o la pérdida de un ser querido afecta significativamente al individuo, con manifestaciones físicas y psicológicas de angustia, preocupación y ansiedad.

El MINSA considera como factores de riesgo a:

- a) Estilos de vida:** La carencia de estabilidad y/o afectividad puede desencadenar la aparición de la depresión, en la infancia o en la adolescencia. Una familia coherente y comunicativa minimiza los factores de riesgo, mientras que las familias rígidas maximizan estos factores.

Una sólida red de soporte social es importante para la prevención y recuperación de la depresión por consiguiente el soporte de la familia y amigos ha de ser saludable y positivo. En unos estudios se demostró que los padres sobreprotectores como distantes estaban asociados a una recuperación lenta de la depresión. Así también las personas con creencias religiosas tienen un menor riesgo de depresión. Por tanto, las fuentes menos estructuradas como la meditación u otro método de realización espiritual constituyen parte de esta red de soporte social para la depresión.

- b) Factores hereditarios:** Existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indicaría una predisposición biológica; riesgo algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tiene una historia familiar tendrán la enfermedad, si se tiene en cuenta la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de este tipo, lo que sugiere que existen factores adicionales causales de depresión, ya sean factores bioquímicos o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

2.1.2.3. SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADAS CON LA DEPRESIÓN

- a) Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza como estado de ánimo normal, cuando alcanzas un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y sexual, presentándose sin motivo aparente o tras un acontecimiento significativo; como una sensación muy profunda en la que el paciente se siente como si hubiera perdido el placer de vivir, con grandes dificultades para brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.
- b) Desgano y anhedonia:** El sujeto se torna apático” sin ganas de vivir” y nada le procura placer.

- c) **Ansiedad:** Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos a una depresión ansiosa. Por el contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida y quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables y agresivas.
- d) **Insomnio:** Al paciente le cuesta conciliar el sueño y además se despierta temprano y malhumorado. En algunos casos que constituye minoría puede presentarse la hipersomnía.
- e) **Alteraciones del pensamiento:** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- f) **Alteraciones somáticas:** Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga y cansancio
- g) **Alteraciones del comportamiento:** El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado. Pueden estar quietos, de manos cruzadas explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- h) **Modificaciones del apetito y del peso:** La mayoría de los pacientes pierde apetito y en consecuencia provoca la disminución de peso.
- i) **Perdida de placer:** En lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el disfrute en el trabajo, el deporte, los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
- j) **Culpa excesiva:** Siente con exceso de carga de una culpa inexistente, lo cual puede llevar a desilusiones.

- k) Pensamiento suicida:** Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos
- l) Disminución de la energía:** Se produce un cansancio injustificado a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuando por la mañana que por las noches.

Los adultos mayores tienen mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos; como pérdida de placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento del humor, alteraciones psicomotrices, anorexia, pérdida de peso, agitación, sentimientos de culpa excesiva o inapropiados. Los adultos mayores tienen más probabilidades que la gente joven de presentar ideas delirantes del tipo de culpabilidad, negación de toda creencia, persecución, celos y melancolía.

El suicidio está muy ligado en esta época con la depresión geriátrica.

La depresión está asociada a enfermedades como el alzheimer, diabetes, cáncer, infarto al miocardio, VIH (22)

2.1.2.4. TEORÍAS COGNITIVA-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

a) TEORÍAS CONDUCTUALES.

Un primer intento de analizar conductualmente la depresión lo hizo B. F. Skinner, refiriendo que la depresión es un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de una secuencia conductual previa que ha sido positivamente reforzada por el entorno social. Explica la depresión como consecuencia de un proceso de extinción, es decir, la disminución en la frecuencia de emisión de una conducta que previamente fue reforzada positivamente.

Un enfoque muy interesante es el de Martin Seligman quien sostiene la Teoría de la Indefensión Aprendida. Seligman se preguntó por qué frente a las dificultades algunas personas se dan por vencidas rápidamente y otras perseveran y salen adelante. Encuentra

que frente a las dificultades aparece n preferentemente dos tipos de atribuciones causales: El estilo optimista y el estilo pesimista. Sus investigaciones muestran cómo las personas optimistas tienden a ser más esperanzadas y perseverantes, tener mejor autoestima y generar acciones más exitosas y, por el contrario, las personas pesimistas tienden a ser más desesperanzadas, tienen autoestima más baja y se dan por vencidas más fácilmente frente a la adversidad

“Cuando las personas, sobre todo en etapas tempranas de la vida, se han visto acorraladas en situaciones altamente aversivas ante las cuales no podían reaccionar o huir (como es el caso de los niños cuya familia les está brindando un patrón de apego disfuncional), aprenden a ser desamparadas. Es decir, uno aprende a quedarse paralizado frente a determinadas situaciones aversivas, se aprende a ser indefenso. Así vemos que aprendemos a ser asertivos y hacernos respetar por muchas personas, pero es mucho más difícil lograrlo con las personas que amamos, porque en los momentos de conflicto las conductas que surgen no suelen ser las que dicta la lógica sino las que nuestros patrones de apego desatan automáticamente. (Seligman)

El desamparo aprendido está acompañado de pensamientos destructivos, así, las tendencias de las personas en esta situación son: La reacción a bajar los brazos y darse por vencidas, no asumir la responsabilidad de producir cambios y no contestar frente a las adversidades. Esto sucede porque han construido la creencia de que no vale la pena hacer nada, porque haga lo que se haga, nada cambiará.

Las personas pesimistas frente a cualquier amenaza o riesgo creen estar indefensas. Al intentar explicar las causas de las situaciones lo hacen en un estilo atribucional permanente, penetrante y personal, y esto a su vez genera desamparo.

Según Seligman, el estilo atribucional se adquiere en la infancia a través de tres grandes vías:

- **El análisis causal cotidiano**, más optimista o más pesimista, que el niño o la niña observaron modelar a sus padres.
- **El tipo de crítica que los adultos** (padres, maestros, modelos, etc.) realizaban de él o ella. Por ejemplo, tonta, torpe, inútil, etc.
- La realidad de pérdidas o traumas en períodos críticos del desarrollo

b) TEORÍAS COGNITIVAS.

Según Beck, la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Los indicadores de la sintomatología depresiva son: tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, expectativa de castigo, auto desagrado, auto acusaciones, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, separación social, indecisión, cambio de la imagen corporal, retardo laboral, insomnio, fatigabilidad, anorexia o bulimia, pérdida de peso, preocupación psicósomática, pérdida de libido.

La teoría cognitiva al igual que la tradición conductista, mantiene su vocación naturalista y causal. De acuerdo con la teoría cognoscitiva, Gaviria señaló que los pensamientos distorsionados ocurren desde edades muy tempranas, en una secuencia de acontecimientos que puede culminar con la depresión. Beck encontró que los pacientes deprimidos tienden a distorsionar sus experiencias en forma muy peculiar; en otras palabras, tienden a dar interpretaciones equivocadas a sucesos irrelevantes en el sentido de fracaso personal, privación o rechazo.

Tienden a ser exagerados y crear generalizaciones erradas sobre cualquier acontecimiento con información negativa sobre ellos mismos. Basados en estos hechos, Beck concluyó que ciertos esquemas cognoscitivos adquieren importancia durante la depresión, dominan el proceso mental y llevan a distorsiones cognoscitivas. De modo que Beck percibió la depresión como un trastorno del pensamiento, considerando que los

síntomas y señales de la depresión serían una consecuencia de la activación de patrones cognitivos negativos.

Por otra parte, se postulan varias estructuras cognitivas específicas como la triada cognitiva que contiene patrones que llegan a dominar el pensamiento: La vida negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Payke 1.). El concepto de triada cognitiva, comprende esos tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo deprimido.

- El primer componente consiste en una visión e ideas negativistas del paciente acerca de sí mismo, el paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía; tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas el paciente cree que por causa de estos defectos es un inútil, carece de valor, tiende a subestimarse, a criticarse sobre la base de sus defectos, por último, piensa que carece de los atributos que considera necesarios para lograr la alegría y felicidad.
- El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas, se le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, interpreta sus interacciones con el entorno animado o desanimado en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativistas se hacen evidentes, cuando se observa cómo construye las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales están desviadas, si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas en este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba

tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se habían formado de antemano.

- El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera apenas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (23)

2.1.2.5. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (24)

a. Episodio depresivo moderado

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 criterios

- Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas
- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
- Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

Presencia de síntomas adicionales para sumar un total de al menos 6 síntomas:

- Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima
- Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
- Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación
- Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
- Cualquier alteración del sueño
- Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

b. Episodio depresivo severo

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas "somáticos".

Presencia de los tres síntomas

- Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas
 - Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
 - Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad
- A. Presencia de síntomas adicionales, hasta un total de al menos ocho.
- Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima
 - Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada

- Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales
Como indecisión o vacilación
 - Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva
como objetiva)
 - Cualquier alteración del sueño
 - Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
- B. Ausencia y/o presencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo. (25)

2.1.2.6. AYUDAR A UN ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN

Elementos protectores

- De la misma manera, existen factores que protegen al adulto mayor de desarrollar
depresión o promueven una mejor y más rápida recuperación.
- Acudir a psicoterapia
- Vivir acompañado (la socialización favorece un mejor estado de ánimo)
- Disponer de recursos económicos
- Medicarse con antidepresivos
- Realizar actividad física regular (contribuye a una mejora en la autoeficacia y la
autoestima)
- No padecer deterioro cognitivo (realizar ejercicios de estimulación cognitiva)
- Ser menor a ochenta años
- No haber sufrido episodios de depresión con anterioridad
- Apreciar un adecuado apoyo social
- Percibir su propio estado de salud como apropiado
- Sentirse productivo. (21)

En primer lugar, uno de los factores de protección ante la depresión en el adulto mayor es estar acompañado y, sobre todo, percibir apoyo social.

2.1.3. CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN

La calidad de vida es un concepto subjetivo, multidimensional que incluye tres aspectos: el físico, psicológico y social. La percepción negativa de la salud, llevan al paciente a una visión poco favorable. (26) La depresión es una enfermedad recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia y es probablemente la principal causa de sufrimiento del adulto mayor y de una considerable disminución de su calidad de vida y se ha evidenciado un efecto positivo que tiene el ejercicio físico sobre la calidad de vida en pacientes con depresión (27)

La salud es algo importante en la tercera edad ya que las defensas se van disminuyendo y son propensos a cualquier enfermedad, en especial cuando tienen alguna emoción fuerte, la soledad y la depresión son los principales motivos por los cuales las personas de la tercera edad descuidan su calidad de vida, solo dejan que la vida se les vaya sin ningún tipo de motivación, mientras que si tienen una buena calidad de vida buscan actividades porque sienten que aún son útiles para la sociedad. (28) Los pacientes adultos mayores con depresión, atenta contra la posibilidad de que puedan percibir una calidad de vida buena es por ello que se debe tener en cuenta por su influencia sobre la calidad de vida. (29) Aspectos relacionados con la salud mental, así como: depresión, ansiedad; discapacidad funcional y el sentimiento de maltrato por parte de sus familiares, reducen la calidad de vida. (30) Es decir a mayor calidad de vida de los pacientes, menor sintomatología depresiva. (31)

Asimismo, la OMS refiere que la depresión que acompaña la enfermedad afecta la calidad de vida y diversas áreas del funcionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Además, puede generar una mayor utilización de los servicios y costos. (32)

MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida: Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (33)

Depresión: Es la respuesta expresada a cerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado psicoemocional y que afecta su modo de vida (6)

2.2. ANTECEDENTES

2.2.1. ÁMBITO INTERNACIONAL

En un estudio titulado, “depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos Chile 2016. El estudio abordó al adulto mayor en el contexto de la importancia del auto reporte de la percepción de la calidad de vida e indicadores psicológicos como depresión y deterioro cognitivo, se evaluaron (n:30) adultos mayores que realizan Ejercicio físico tres veces por semana, con antigüedad de 1 año. Se intenta relacionar las variables de depresión y deterioro cognitivo con la percepción de la calidad de vida. Se utilizaron test de escala de depresión geriátrica Yesavage, Minimental y Calidad de vida SF-36. Resultados: exponen que un 16,6%(n:5) presenta depresión establecida y un 26,7% (n:8) depresión leve, 56.7% (n:17) está en categoría normal. El deterioro cognitivo un 86,7% (n:26) presenta déficit leve y un 13,3% (n:4) normal El promedio en dimensión de calidad de vida es de 71,21 que se clásica como óptima. El ejercicio físico sistemático es importante en la mantención de los parámetros de Deterioro Cognitivo Depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento. (28)

En otro estudio titulado, “ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores”, cuyo objetivo fue evaluar la ansiedad y depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida. Métodos: Se evaluaron a 333 adultos mayores con los cuestionarios: de Ansiedad Cognitivo-Somática y Whoqol- Bref. Resultados: Se encontró que el 83.5% de 333 adultos mayores señalaron algunas condiciones de la vivienda inadecuadas, 30.6% expresaron sentimientos negativos por su vivienda, 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 85.8% señalaban que las dimensiones: ambiente y relaciones sociales inadecuadas, 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, las mujeres tuvieron altos puntajes de depresión 70.0% rasgo y 67.7% estado, la edad fue determinante para la buena calidad de vida. Se detectaron al sexo, edad y depresión como indicadores significativos asociados a la calidad de vida. (34)

En un estudio titulado “calidad de vida de la tercera edad”, realizado en Bolivia en 2015 cuyo objetivo fue analizar la percepción de la calidad de vida de una persona de la tercera, la misma que es parte de varios grupos sociales. Analizar qué factores le garantizan una vida plena a pesar de los años que tiene. Metodología: Es un estudio de caso de tipo cualitativo, la técnica que se utilizó es la entrevista a profundidad, donde la construcción de datos se va edificando poco a poco, en un proceso largo y continuo. Resultados: la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador, multidimensional y multidisciplinario, y resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Deber ser valorado desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y socio-histórico que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado, y que por supuesto repercuten de manera positiva o negativa sobre la salud, las personas de

la tercera edad, sienten que lo más importante en sus vidas es estar felices y satisfechos con los logros obtenidos durante sus años de vida y en especial con la familia que los rodea. Los factores que más influencia tienen son: la espiritualidad, ya que es donde se apoya y encuentra consuelo para sus problemas, siente que ayudando a los más necesitados y compartiendo tiempo con las personas que la necesitan encontrara la gloria eterna junto con su esposo. Otro factor es la de salud, considerando su salud como algo importante para poder continuar realizando sus actividades diarias, siempre está atenta a los tratamientos médicos. (27)

En el año 2012 se realizó el estudio titulado “calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal la Habana Cuba”, cuyo objetivo fue evaluar la calidad de vida y la depresión en este grupo de pacientes. Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal que incluyó a los pacientes con 60 años y más de edad atendidos en el Servicio de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Se utilizó el índice de Karnofsky para valorar calidad de vida, y la escala de depresión de Hamilton para valorar depresión. Resultados: el 44 % del total de pacientes eran adultos mayores. El 60 % tenía una buena calidad de vida y el 76,6 % presentó elementos clínicos compatibles con la depresión. Al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados significativos estadísticamente (χ^2 de Pearson= 6,087; $p= 0,014$; OR= 2,091). La intensidad de la depresión también tuvo relación con la calidad de vida (χ^2 de Pearson= 8,750 y $p= 0,013$). Conclusiones: los adultos mayores representaron un porcentaje importante de los pacientes que actualmente reciben tratamiento sustitutivo de la función renal y la mayoría percibe una buena calidad de vida. La depresión en estos pacientes es muy frecuente, situación que se debe tener en cuenta por su influencia sobre la calidad de vida. (29)

En un estudio realizado en el año 2011, titulado “calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, Colombia”, cuyo objetivo fue explorar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. Materiales y métodos. Estudio transversal de ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se excluyeron aquellos con grave deterioro cognitivo y los que no residían de forma permanente en la institución. La calidad de vida se evaluó mediante el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la mini-valoración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales. La información se analizó con pruebas U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, la correlación de Pearson y un modelo de regresión lineal múltiple Resultados. El 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de $79,2 \pm 8,0$ años, 71% se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7% presentaba sintomatología depresiva y 33% mostraron riesgo de ansiedad, 28,3% deterioro funcional y, 54,3%, posible malnutrición. Se encontró una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva Conclusión. Se halló deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares. (30)

2.2.2. EN EL ÁMBITO NACIONAL

En un estudio realizado en Lima en 2016, titulado “calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” los Olivos, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales”.
Materiales y métodos: El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Resultados: Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Conclusiones: Existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo. (35)

En otro estudio titulado, “factores asociados a la calidad de vida y episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao 2010”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao, en el año 2002. Métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal, de diseño probabilístico, trietápico, que fue parte del Estudio

Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. La muestra estudiada comprendió a 632 adultos de 60 años y más que residían permanente o habitualmente en viviendas particulares del área urbana de Lima Metropolitana y Callao. Se utilizaron instrumentos como la Escala de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, el Cuestionario de Salud Mental de Colombia, Mini Mental State Examination de Folstein, MINI (Entrevista Neuro-psiquiátrica Internacional Versión Española CIE-10 de Sheehan y colaboradores

Resultados: En el análisis bivariado se encontró asociación entre la prevalencia actual de episodio depresivo con la edad (los adultos mayores de 75 años y más tuvieron mayor prevalencia de episodio depresivo); el grado de satisfacción con el aspecto físico (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que estaban regularmente satisfechos con su aspecto físico); el grado de satisfacción con sus relaciones sociales (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que se sentían nada o poco satisfechos con sus relaciones sociales); el grado de bienestar físico (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que sentían moderado bienestar físico); el grado de apoyo social emocional (hubo mayor prevalencia de episodio depresivo en los adultos mayores que sentían mucho apoyo social emocional); el grado de tensión producida por la salud (hubo mayor prevalencia en los adultos mayores a quienes la salud les producía mucha tensión física); la presencia de algún problema físico y de algún tipo de discapacidad física; la presencia de dificultad para desempeñar eficientemente sus funciones como padre, madre, hijo; y haber deseado morir alguna vez en la vida ($p < 0.05$)

Conclusión: El episodio depresivo en el adulto mayor de Lima Metropolitana y Callao estuvo asociado con tensión generada por la salud física, presencia de algún problema físico, discapacidad física y con haber deseado morir alguna vez en la vida ($p < 0.05$). (36)

En Chiclayo 2012, se realizó el estudio titulado “prevalencia de trastornos depresivo en adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor. Reque. Chiclayo-Perú julio diciembre 2012”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, así como la relación respecto a edad, sexo, red social y frecuencia según nivel de gravedad. Material y método: La muestra fue de 90 adultos mayores, la cual se obtuvo a partir del Empadronamiento de los 199 Adultos Mayores que constituyen el Centro Integral del Adulto Mayor de Reque (CIAM) Centro Integral de Atención al Adulto Mayor al año 2012, los cuales estuvieron distribuidos en 12 sectores. Posteriormente se les aplicó el Test de Yesavage, previa autorización mediante asentimiento informado; para finalizar con el llenado de una ficha de recolección de datos. Resultados: Con respecto a la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque se obtuvo que el 28.9% padecen dicho trastorno 14.4% sexo masculino y 14.4% sexo femenino. Conclusión: La prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque fue de 28.9%. (37)

En un estudio realizado en el 2015 en Iquitos, titulado “prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco De Asís”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos. Metodología: tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, se evaluó a 44 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental, que se encuentran en el Asilo de ancianos “San Francisco de Asís”, se les aplicó el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Resultados Se evaluaron 44 adultos mayores, donde el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% de sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el

63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar. El 38.3% de los adultos mayores tienen un tiempo de alojamiento en el asilo entre 1 a 2 años, y el 20.5% < 6 meses. Las principales co-morbilidades fueron: la hipertensión arterial (59.1%), artrosis (31.8%), accidente cerebrovascular (31.8%), enfermedad renal (22.7%), diabetes mellitus (20.5%) y osteoporosis (18.2%). El 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa. La depresión del adulto mayor alojado en el asilo se asoció a la presencia de co-morbilidad ($p=0.042$) y con los que tienen mayor abandono familiar ($p=0.023$). Los adultos entre los 80 a más años ($p=0.231$), del sexo masculino ($p=0.331$), los que proceden de la zona urbana ($p=0.359$), los que tienen nivel de instrucción primaria ($p=0.07$) y los que tienen < 6 meses de alojamiento ($p=0.510$) presentaron con mayor frecuencia depresión, pero la relación no fue significativa. Conclusiones: La prevalencia de depresión es leve a moderada y está asociada a la presencia de co-morbilidad y mayor abandono familiar (24)

En otro estudio titulado “depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo. 2013”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre Depresión y Calidad de Vida. Metodología: Utilizando el diseño de investigación de tipo descriptivo correlacional, la muestra estuvo constituido por 84 adultos mayores, que asisten constantemente al CAM y como instrumento se usó el Inventario de Depresión de Beck BDI – II y la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Resultado: no existen correlación entre ambas variables; así mismo se demostró que el sexo femenino tiene mayor depresión, además que la Categoría Tendencia a Calidad de Vida Buena es la que predomina en los Adultos Mayores. También se confirmó que los factores que determinan la Calidad de Vida son Hogar & Bienestar Económico y Amigos, Vecindario & Comunidad. (38)

En el año 2015, se realizó el estudio titulado “nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M- V.M.T , LIMA”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. Metodología: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Conclusiones: Los adultos mayores que acuden al centro de atención “Tayta Wasi” presentan un nivel de depresión leve. (39)

2.2.3. EN EL ÁMBITO LOCAL

En Puno se realizó el estudio titulado “calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro De Salud Simón Bolívar Puno, 2014”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno. Metodología: de tipo descriptivo transversal; la muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores de ambos sexos. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de entrevista con el instrumento de guía de entrevista basada en la valoración clínica para adultos mayores (VACAM) Valoración Clínica para Adultos Mayores. Los resultados: Muestran que los adultos mayores poseen un nivel funcional independiente en el 67.5% a pesar de que el indicador de incontinencia urinaria es el más afectado; el estado cognitivo está considerado como deterioro cognitivo moderado en 55% de ellos, y el indicador más afectado es la capacidad de cálculo; el estado afectivo está caracterizado por la presencia de depresión severa en el 62.5%, el indicador más afectado es que se aburre con frecuencia; su estado socio familiar es considerado como problema social en un 57.5%. (40)

En el hospital Regional Manuel Núñez Butrón se realizó el estudio titulado “calidad de vida social del adulto mayor que acude a los consultorios externos del Hospital Puno 2014”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida social del adulto mayor, de tipo descriptivo transversal, la técnica de la entrevista, los resultados: En los aspectos que se tomaron en cuenta fueron socioculturales, relaciones interpersonales dentro de ellas la comunicación, apoyo social y actividades sociales dando como resultado, mala calidad de vida social del adulto mayor en un alto porcentaje (76,7%), seguido por regular calidad en un 20% y en un mínimo porcentaje con buena calidad de vida social (3.3%).

(41)

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

TIPO: Correlacional porque pretenden responder a preguntas de investigación; su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular; la utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas, es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en la o las variables relacionadas.

DISEÑO: No experimental-transversal, porque se recolectan datos en un solo momento, en tiempo único; su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede. (42)

3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en la ciudad de Puno, provincia y distrito del mismo nombre, ubicado en Jr. José Antonio Encinas N° 145 (DIRESA) Dirección Regional de Salud, específicamente en el complejo deportivo de la DIRESA, donde se reúnen todos los martes de cada semana a partir de las 9:00 am, distribuidos por asociaciones: Chejoña, Simón Bolívar, Vallecito, José Antonio Encinas, 04 de noviembre, Metropolitano, Santa Beatriz, Virgen de la Candelaria, Huerta Huaraya, donde realizan actividades como ejercicios, juegos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Se consideró como población a la totalidad de adultos mayores registrados en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Puno, de los que se consideraron para el muestreo a 9 asociaciones: Santa Beatriz, 4 de noviembre, Metropolitano, Virgen de la Candelaria, José Antonio Encinas, Vallecito, Simón Bolívar, Chejoña, Huerta Huaraya, se consideró a 512 adultos mayores inscritos en estas asociaciones mencionadas.

3.3.2. MUESTRA

La muestra se procesó estadísticamente según la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	512
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	P	0.40
Complemento de p	Q	0.60
Precisión	D	0.07
Tamaño de la muestra	N	137.79

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{512 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.40 \cdot 0.60}{(0.07)^2 \cdot (512-1) + (1.96)^2 \cdot 0.40 \cdot 0.60} \\
 n &= \frac{512 \cdot 3.84 \cdot 0.40 \cdot 0.60}{0.0049 \cdot 511 + 3.84 \cdot 0.40 \cdot 0.60} \\
 n &= \frac{472.055808}{2.5039 + 0.92} \\
 n &= \frac{472.06}{3.4259} \\
 \boxed{n=138}
 \end{aligned}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas de 60 años a más
- Adultos mayores registrados en el CIAM de la Municipalidad Provincial de Puno
- Adultos mayores que asisten regularmente al CIAM
- Adultos mayores que desean participar voluntariamente en la investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores que no asistan regularmente al CIAM
- Adultos mayores no registrados en el CIAM de la Municipalidad de Puno
- Adultos mayores con alteración del estado de conciencia
- Adultos mayores con alteraciones auditivas y del habla
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación

UNIDAD DE ANÁLISIS

- Adulto mayor de ambos sexos

3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR Conjunto de manifestaciones o percepciones de las diferentes características de la calidad de vida en sus dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente que contribuyen al entorno de bienestar óptimo.	DIMENSIÓN 1: SALUD FÍSICA	Dolor y malestar Dependencia de una medicación o tratamiento Energía y fatiga Movilidad Sueño y descanso Actividades de la vida diaria Capacidad de trabajo	CV mala: 6-14 CV regular 15-25 CV buena 26-35
	DIMENSIÓN 2: SALUD PSICOLÓGICA	Sensaciones positivas Espiritualidad, religión, creencias personales Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto Autoestima Sentimientos negativos	CV mala: 6-14 CV regular 15-23 CV buena 24-30
	DIMENSIÓN 3: RELACIONES SOCIALES	Relaciones personales Actividad sexual Apoyo social	CV mala: 3-6 CV regular 7-10 CV buena 11-15
	DIMENSIÓN 4: MEDIO AMBIENTE	Seguridad física Medio físico (contaminación, ruido, tráfico, clima) Recursos financieros Oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes Participación en actividades recreativas de ocio y oportunidades al respecto Medio doméstico Salud y atención social: disponibilidad y calidad Transporte	CV mala: 8-18 CV regular 19-28 CV buena 29-40
Evaluación Global			< 69 CV mala 70-99 CV regular 100-130 CV buena

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>DEPRESIÓN</p> <p>Manifestación psicológica caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno de sueño del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (6)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. En general, está satisfecho con su vida 2. Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones 3. Siente que su vida está vacía 4. Se siente con frecuencia aburrido/a 5. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo 6. Teme que algo malo puede ocurrirle 7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo 8. Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a 9. Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas 10. Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente 11. En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo 12. Actualmente se siente un/a inútil 13. Se siente lleno/a de energía 14. Se siente sin esperanza en este momento 15. Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted 	<p>0-5</p> <p>Normal</p> <p>6-9</p> <p>Depresión moderada</p> <p>10-15</p> <p>Depresión severa</p>

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- La técnica para la recolección de datos la calidad de vida, fue la entrevista

INSTRUMENTO

Se utilizó el cuestionario de World Health Organization Quality of life Questionnaire (WHOQOL BREF), compuesto por 26 preguntas, cada una con 5 opciones de respuestas en la escala Likert, puntuándose de 1 a 5; las primeras dos interrogantes se refieren a la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida, su salud, y las 24 ítems restantes evalúan cuatro dimensiones que abarcan:

a) Salud física: Correspondientes a los ítems:

Ítem 3: Dolor y malestar

Ítem 4: Dependencia de una medicación o tratamiento

Ítem 10: Energía y fatiga

Ítem 15: Movilidad

Ítem 16: Sueño y descanso

Ítem 17: Actividades de la vida diaria

Ítem 18: Capacidad de trabajo

Con una puntuación de:

06 – 14 puntos Calidad de vida mala

15 – 25 puntos Calidad de vida regular

26 – 35 puntos Calidad de vida buena

b) Salud Psicológica: Correspondientes a los ítems

Ítem 5: Sensaciones positivas

Ítem 6: Espiritualidad, religión, creencias personales

Ítem 7: Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Ítem 11: Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto

Ítem 19: Autoestima

Ítem 26: Sentimientos negativos

Con una puntuación de:

06 – 14 puntos Calidad de vida mala

15 – 23 puntos Calidad de vida regular

24 – 30 puntos Calidad de vida buena

c) Relaciones sociales: Correspondientes a los ítems

Ítem 20: Relaciones personales

Ítem 21: Actividad sexual

Ítem 22: Apoyo social

Con una puntuación de:

03 – 06 puntos Calidad de vida mala

07 – 10 puntos Calidad de vida regular

11 – 15 puntos Calidad de vida buena

d) Medio ambiente: Correspondiente a los ítems

Ítem 8: Seguridad física

Ítem 9: Medio físico (contaminación, ruido, tráfico, clima)

Ítem 12: Recursos financieros

Ítem 13: Oportunidades para obtener nueva información y adquirir nuevas aptitudes

Ítem 14: Participación en actividades recreativas de ocio y oportunidades al respecto

Ítem 23: Medio doméstico

Ítem 24: Salud y atención social: disponibilidad y calidad

Ítem 25: Transporte

Con una puntuación de:

08 – 18 puntos Calidad de vida mala

19 – 28 puntos Calidad de vida regular

29 – 40 puntos Calidad de vida buena

La puntuación global se obtuvo sumando las 4 dimensiones y las preguntas generales, obteniéndose la siguiente escala:

< 60 puntos Calidad de vida mala

70 – 99 puntos Calidad de vida regular

100 – 130 puntos Calidad de vida buena

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento Whoqol Bref, es ampliamente utilizado a nivel mundial y validado en diferentes países.

En el Lima, Pablo JP, indica que la validación del instrumento fue del 100 % en todas las dimensiones. La fiabilidad fue muy buena, obteniéndose un Alpha de Crobach de 0,88 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,87-0,88. (35)

Así también en Lima, Valarezo CL realizó la validación en función a juicio de 4 expertos, docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quienes validaron al 100% y la confiabilidad del instrumento fue muy alta, obteniéndose un Alpha de Crobach de 0,878 (43)

– La técnica para la recolección de datos para la depresión fue la entrevista

INSTRUMENTO

Se utilizó el test de Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores.

La versión original de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de las que se seleccionaron las que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas (sí/no), diseñada a su versión original para ser autoadministrado. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando el estado depresivo; es decir, las afirmativas o positivas (ítems:

2,3,4,6,8,9,10,12,14), para los síntomas indicativos de trastorno afectivo y las negativas (ítems: 1,5,7,11,13) para los indicativos de normalidad.

Ítem (+) Sí = 0 No = 1

Ítem (-) Sí = 1 No = 0

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes:

00 – 05 puntos Normal

06 – 09 puntos Depresión moderada

10– 15 puntos Depresión severa

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El test de Yesavage fue validado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en el año 2002, para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos. Actualmente es usado por el MINSA en el Perú en su versión reducida. (44)

3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Coordinación

- Se solicitó a través de una carta de presentación emitida por la decana de la Facultad de Enfermería, la autorización y colaboración del jefe del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Puno.
- Se coordinó las fechas con el jefe y presidente del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Puno.
- Se realizó la presentación con todos los adultos mayores asistentes y se coordinó con los presidentes de cada asociación.

Aplicación del instrumento

- La investigadora se constituyó a las 8:00 am en el complejo deportivo de la DIRESA. Todos los días martes hábiles se captó a los adultos mayores por asociaciones, aplicando los instrumentos entre 5 a 6 adultos mayores por día.
- Para la obtención del consentimiento informado, se dialogó con cada adulto mayor, explicándoles en qué consistía su participación. Una vez obtenido su consentimiento, se les solicitó la firma y/o huella digital.
- Seguidamente se aplicó los instrumentos en forma individual lo cual tuvo una duración 20-30 minutos.
- Concluida la aplicación se agradeció la participación en la investigación a cada adulto mayor y al presidente de la asociación.
- Una vez recolectada la información se procedió con el análisis e interpretación de los datos recolectados.

3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Se organizó y se procedió a la enumeración, verificación, del instrumento
- Se trasladó toda la información a una base de datos de Excel diseñada para tal fin. Posteriormente se ingresó la información al paquete estadístico SPSS IBM® 2016 (statistical Package for the Social Sciences) versión 24.
- Para comprobar la hipótesis se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado, para analizar la relación a 5% de margen de error y 95% de margen de certeza.

Ha: Existe relación entre la calidad de vida y la depresión en asistentes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Puno 2017.

Ho: No existe relación entre la calidad de vida y la depresión en asistentes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Puno 2017.

$$x^2 = \frac{\sum (Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Dónde:

X² = Chi Cuadrada

Fo= Frecuencia Observada

Fe = Frecuencia Esperada

∑ = Sumatoria

G.I = (Cantidad de filas -1) (Cantidad de columnas -1)

$\alpha = 0.05$

Regla de decisión:

Si $x_c^2 > x_t^2$ = Se rechaza la Ho y se acepta la Ha, caso contrario se acepta la Ho

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

Calidad de vida	Depresión						Total	
	Normal (sin depresión)		Moderada		Severa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala	0	0,0	5	3,6	87	63,0	92	66,7
Regular	10	7,2	32	23,2	3	2,2	45	32,6
Buena	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Total:	10	7,2	38	27,5	90	65,2	138	100,0

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 66,7 % de los adultos mayores perciben mala calidad de vida; de los cuales 63% presentan depresión severa y 3.6% depresión moderada; asimismo el 32,6% regular calidad de vida, de los cuales el 23,2 % muestran depresión moderada y el 2,2% depresión severa; mientras que solo el 0,7% manifiestan buena calidad de vida, de los cuáles también el 0,7% revelan depresión moderada.

Estadísticamente se encontró que $X^2_c=106,380$ es mayor que la $X^2_i=9,488$; con un valor $P=0,000$, siendo significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis, asumiendo que existe relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor.

TABLA 2:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD FÍSICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

Salud física	Depresión						Total	
	Normal (sin depresión)		Moderada		Severa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala	0	0.0	0	0.0	58	42.0	58	42.0
Regular	9	6.5	36	26.1	32	23.2	77	55.8
Buena	1	0.7	2	1.4	0	0.0	3	2.2
Total:	10	7.2	38	27.5	90	65.2	138	100.00

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

La tabla muestra la calidad de vida en la dimensión salud física relacionado con la depresión; dónde 55.8% con regular salud física, 26.1% presentan depresión moderada, 23.2% depresión severa y el 6.5% sin depresión; asimismo 42% perciben mala salud física y lo mismo presentan depresión severa.

Estadísticamente se encontró que $X^2_c = 56,407$ es mayor que la $X^2_t = 9,488$; con un valor $P = 0,000$, siendo significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis donde señala que la calidad de vida en la dimensión salud física se relaciona con la depresión en el adulto mayor asistente.

TABLA 3:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD PSICOLÓGICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

Psicológica	Depresión						Total	
	Normal (sin depresión)		Moderada		Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	0	0.0	4	2.9	80	58.0	84	60.9
Regular	8	5.8	34	24.6	10	7.2	52	37.7
Buena	2	1.4	0	0.0	0	0.0	2	1.4
Total:	10	7.2	38	27.5	90	65.2	138	100.0

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora.

La tabla muestra la calidad de vida en la dimensión salud psicológica relacionada con la depresión; dónde 60.9% perciben mala salud psicológica, de los cuales el 58% presentan depresión severa, 2.9% depresión moderada; asimismo el 37.7% perciben regular salud psicológica de los cuales el 24.6% perciben depresión moderada, el 7.2% depresión severa y el 5.8% sin depresión.

Estadísticamente se encontró que $X^2_c = 107,783$ es mayor que la $X^2_t = 9,488$; con un valor $P = 0,000$, siendo significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis, asumiendo que la calidad de vida en la dimensión salud psicológica se relaciona con la depresión en el adulto mayor.

TABLA 4:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

Relaciones sociales	Depresión						Total	
	Normal (sin depresión)		Moderada		Severa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Mala	1	0.7	0	0.0	9	6.5	10	7.2
Regular	1	0.7	23	16.7	65	47.1	89	64.5
Buena	8	5.8	15	10.9	16	11.6	39	28.3
Total:	10	7.2	38	27.5	90	65.2	138	100.0

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora.

La tabla muestra la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales y su relación con la depresión; dónde 64,5% perciben relaciones sociales regulares, de los cuales 47,1% presentan depresión severa, 16,7% depresión moderada y 0,7% sin depresión; asimismo el 28,3% perciben buenas relaciones sociales, de los cuales el 11,6% presentan depresión severa, el 10,9% depresión moderada y el 5.8% sin depresión.

Estadísticamente se encontró que $X^2_c = 23,993$ es mayor que la $X^2_t = 9,488$; con un valor $P = 0,000$, siendo significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis, asumiendo que la calidad de vida en la dimensión relaciones sociales tiene relación con la depresión en el adulto mayor.

TABLA 5:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTE Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

Medio ambiente	Depresión						Total	
	Normal (sin depresión)		Moderada		Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mala	0	0.0	1	0.7	46	33.3	47	34.1
Regular	8	5.8	34	24.6	43	31.2	85	61.6
Buena	2	1.4	3	2.2	1	0.7	6	4.3
Total:	10	7.2	38	27.5	90	65.2	138	100.0

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora.

La tabla muestra la calidad de vida en la dimensión medio ambiente relacionado con la depresión en el adulto mayor, donde el 61,6% perciben regular condición del medio ambiente, de los cuales 31,2% presentan depresión severa, 24,6% depresión moderada y el 5,8% sin depresión; asimismo el 34,1% perciben malas condiciones del medio ambiente, de los cuales 33,3% presentan depresión severa y 0,7% depresión moderada.

Estadísticamente se encontró que $X^2_c=39,147$ es mayor que la $X^2_t=9,488$; con un valor $P=0,000$, siendo significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis asumiendo que la calidad de vida en la dimensión medio ambiente se relaciona con la depresión en el adulto mayor.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos evidencian que existe relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor. Los aspectos o las dimensiones de la calidad de vida están interrelacionadas de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma repercute en los aspectos afectivos o psicológicos, sociales, ambientales y biológicos. (8,9,18)

Si la depresión es constante termina dificultando el desempeño laboral, social, familiar, así también aumenta la percepción de tener mala salud, afectando el funcionamiento de la misma, la disminución de la autoestima e ideas de autodesprecio o culpa hasta llegar a ideas suicidas y de esta manera percibir mala calidad de vida. (11,15, 25, 32) La depresión, ansiedad, discapacidad funcional, sentimientos de maltratos por parte de los familiares, tienen consecuencias negativas, siendo la principal causa del sufrimiento del adulto mayor y su influencia en la disminución de la calidad de vida. (28, 29, 30)

Pablo JP en Lima y Chambi M en Puno, encontraron presencia de mala calidad de vida en los adultos mayores, seguido de regular calidad de vida; resultados que se asemeja a nuestro estudio; podría atribuirse a que muchos adultos mayores viven solos sin el apoyo de su familia, tienen escasos recursos económicos y esto indicaría que ellos no se sientan satisfechos con su vida.

Respecto a la depresión, Licas M en Lima, encontró presencia de depresión leve. En otros estudios Estrada A et al en Colombia, Odar Ordoñez G en Chiclayo, Arévalo L. en Iquitos, encontraron que los adultos mayores no presentaron depresión; resultados que difieren de nuestro estudio; esto podría deberse a que en esos ámbitos se de mayor atención en el ámbito psicológico, se cuente con más programas en este grupo, además

se observa la mayor participación del sexo masculino, independencia de realizar sus actividades cotidianas, vivir con al menos una persona que pueda estar pendiente del adulto mayor; asimismo, la satisfacción con el apoyo de sus amigos, compañía de amigos o familiares siendo un soporte emocional; situación contraria a los adultos mayores de nuestro medio.

Por otro lado, Pacompía A. (Puno) en el estudio encontró depresión severa; resultado que se asemeja a los nuestros, esto podría atribuirse a que en nuestro medio muchos de los adultos mayores viven solos, se dedican al comercio, tanto la familia como el adulto mayor, dando menos prioridad o atribuyendo a la depresión como propia de la tercera edad, además de la poca participación de los adultos mayores varones, de la familia ya que al crecer los hijos se van a otras ciudades y los adultos mayores se quedan sin soporte de la familia.

En otras investigaciones, Poblete et al en Chile, Capote E et al en Cuba, Torres JH, Torres JD en Chiclayo, encontraron buena calidad de vida y depresión en categoría normal y leve. Al analizar dichos resultados difieren de nuestro estudio; esto podría atribuirse a que los adultos mayores realicen ejercicios físicos con frecuencia, vivan con su pareja y sean fuente de apoyo; además Chile y Cuba son países en mayor desarrollo, puede que en estos países la atención sea más enfocada a la promoción de la salud desde edades tempranas.

La calidad de vida en la dimensión salud física se relaciona con la depresión, observándose regular salud física con presencia de depresión severa. Los problemas de salud afectan el estado general, capacidad funcional o para realizar actividades de la vida diaria, sentimientos de autoeficacia, surgiendo la necesidad de utilizar fármacos para su control, además de provocar baja autoestima y la falta de confianza por ende la

disminución de su calidad de vida. (20, 21, 30, 35) A no hacer ejercicio físico sistemático aumenta el deterioro cognitivo, depresión. (28)

En un estudio Flores ME. et al. en México, encontraron que la salud física se percibe como buena; resultado que difiere del nuestro, esto podría atribuirse a que estos adultos mayores estudiados tienen casa propia, cuentan con participación de la familia, realizan actividades físicas y tareas sencillas, viven acompañados por su pareja o hijos, situación diferente a los adultos mayores de nuestro medio

Pablo J. en Lima, encontró calidad de vida regular; resultado que se asemeja a nuestro estudio, atribuible a que los adultos mayores tengan deficiencias en realizar ciertas actividades, insatisfacción con sus habilidades y capacidades, impedimento por el dolor, necesidad de algún tratamiento para su funcionamiento en su vida diaria.

La calidad de vida en la dimensión salud psicológica se relaciona con la depresión, observándose mala salud psicológica con presencia de depresión severa. La necesidad de ser escuchados por la familia, la comunidad, la falta de tiempo, problemas intergeneracionales, carencia de afecto y comprensión, temor a enfermarse, preocupación por pérdida de familiares y amigos, manifestaciones de intranquilidad, manifestaciones de tristeza, de llanto, temor a la muerte y no poder estar con sus hijos y nietos, cuando estos lo necesiten; igualmente, la pérdida de roles, provoca pérdida de autoestima y de autoridad, sentimientos de soledad, podrían ser las causas para tener una mala percepción de la calidad de vida (35) La depresión es un debilitamiento de la conducta donde las personas pesimistas tienden a ser desesperanzadas, tienen baja autoestima, se dan por vencidas fácilmente. (23)

La dimensión psicológica está relacionada con la depresión, a menudo es considerada como consecuencia del envejecimiento y es tratada insuficientemente y no reciben apoyo multidisciplinario, esto a largo plazo disminuye la calidad de vida y puede llegar hasta el suicidio. (18)

Al respecto Flores ME. et al en México y Pablo J. en Lima, encontraron que perciben regular salud psicológica; al comparar con nuestros resultados estos difieren, esto podría atribuirse a que el ambiente es distinto del nuestro, vivan en compañía de su pareja e hijos siendo beneficioso ya que al estar acompañado hablan de sus problemas y tienen con menos frecuencia sentimientos negativos, asistan a grupos religioso, etc., además de esta manera aumente su autoestima al sentirse valorados por la familia o amigos, así sentir que su vida tiene sentido.

La calidad de vida en la dimensión relaciones sociales tiene relación con la depresión, observándose regulares relaciones sociales con presencia de depresión severa. La deficiente participación social contribuye a la disminución de la calidad de vida, ya que se relaciona a una menor satisfacción, mayores índices de depresión, menor integración a la sociedad. (35) El hecho de sentir soledad, vivir solo, carencia de estabilidad y afectividad, el inadecuado soporte de la familia y amigos, puede desencadenar la aparición de la depresión, ya que la familia es el ámbito de protección y socialización. (21, 22, 40)

Cuando se tiene depresión existe pérdida de del placer sexual, impotencia en el hombre y frigidez en la mujer. (22) En el adulto mayor surgen inconvenientes con la perdida de facultades físicas, falta de pareja por una separación o viudez y por ende su influencia en la percepción en la calidad de vida.

Flores ME. et al. en México y Pablo J. en Lima, encontraron percepción de regulares relaciones sociales; resultados que se asemejan a nuestro estudio, atribuibles a que estos adultos mayores perciben regularmente la compañía, el amor, el apoyo que desean de los amigos o familiares, donde puedan compartir responsabilidades y trabajar en común para resolver los problemas ya sea personales o familiares; respecto a la actividad sexual los resultados pudieron deberse a que muchos adultos mayores presentan inconvenientes como la falta de pareja, pudiendo llevar esta situación a la depresión severa.

La calidad de vida en la dimensión medio ambiente esta relacionada con la depresión, observándose regular condición de medio ambiente con presencia de depresión severa. Un medio ambiente poco saludable considera inseguridad, contaminación tráfico, inseguridad y por ello disminución de realizar actividades recreativas, poco interés de obtener información, inseguridad económica, entre otros; todo esto contribuye a la disminución de la calidad de vida y mayor presencia de depresión. (10, 21)

Flores ME. et al en México, encontraron regular condición de medio ambiente; resultados que se asemejan a nuestro estudio, estos resultados podrían deberse a que están constantemente informados, asimismo puede que la contaminación del medio ambiente que lo rodea sea mínima, donde se pueda realizar actividades de ocio sin molestias, el transporte sea adecuado para el adulto mayor, el lugar donde vive sea cómodo, seguro y tenga servicios básicos, entre otras cosas. Son diferentes a los de Pablo J. en Lima quien encontró calidad mala de medio ambiente; dicho lo que podría atribuirse a que exista mucha inseguridad, robos, además de ser una ciudad con mucho tráfico (ruido), habiendo pocos sitios recreativos para los adultos mayores, y también respecto a transporte no sea fácil acceder a ellos, toda esta problemática puede desencadenar en el adulto mayor una depresión severa.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La calidad de vida está relacionada con la depresión en el adulto mayor, percibiendo en mayor porcentaje mala calidad de vida y presencia de depresión severa.
- SEGUNDA:** La calidad de vida en la dimensión salud física está relacionada con la depresión, encontrando que más de la mitad perciben regular salud física y presentan depresión moderada; asimismo menos de la mitad perciben mala salud física y en su totalidad depresión severa.
- TERCERA:** La calidad de vida en la dimensión salud psicológica está relacionada con la depresión, mostrando que más de la mitad perciben mala salud psicológica, de los cuales presentan en su mayoría depresión severa; asimismo poco más de un cuarto del total perciben como regular salud psicológica, de los cuales en su mayoría presentan depresión moderada.
- CUARTA:** La calidad de vida en la dimensión relaciones sociales está relacionada con la depresión, demostrando que más de la mitad perciben como relaciones sociales regulares, de los cuales presentan depresión severa en su mayoría; asimismo menos de un tercio del total perciben buenas relaciones y depresión severa.
- QUINTA:** La calidad de vida en la dimensión medio ambiente está relacionada con la depresión, evidenciando que más de la mitad perciben regular condición del medio ambiente y depresión severa en regular cantidad; mientras que menos de un cuarto del total perciben mala condición de medio ambiente y presencia de depresión severa en su mayoría.
- SEXTA:** Existe relación estadísticamente significativa en todas las dimensiones de la calidad de vida con la depresión, aceptando la hipótesis.

RECOMENDACIONES

Al encargado del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Puno

Diseñar e implementar estrategias para un trabajo multidisciplinario brindando a los adultos mayores un tratamiento médico o alternativo que contribuya a mejorar su salud física, terapias psicológicas que ayude elevar su autoestima, para esta manera mejorar la calidad de vida.

Propiciar la participación en actividades recreativas, pasatiempos, ejercicios, asimismo asegurar un trato digno en los medios de transporte.

Coordinar con los establecimientos de salud para la implementación de programas preventivos-promocionales dirigidos al adulto mayor con fin de mejorar la calidad de vida.

Al profesional de Enfermería

Al personal de Enfermería deberá capacitarse y actualizar sus conocimientos respecto al adulto mayor y las medidas preventivo promocionales para mejorar la calidad de vida.

Realizar actividades de tamizaje de depresión en el adulto mayor desde la etapa de adulto, involucrando a la familia y la comunidad.

A los estudiantes, bachilleres de la facultad de Enfermería de la UNA Puno

Como resultados de los cambios demográficos; aumento de la esperanza de vida y la caída de las tasas de natalidad hay un incremento de adultos mayores por ende se recomienda realizar estudios de intervención, ya que habiendo muy poca investigación en la etapa de vida adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ser abuelo es la compensación de dios por envejecer. México: Catarina; s.f.
Disponible en:
http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
2. PRAM. Envejecimiento con dignidad y derechos. Desafío de Caritas [Internet]
Lima: Caritas; 2012. Disponible en:
http://www.caritas.org.pe/documentos/dignidad_y_derechos.pdf
3. Instituto de estadística e Informática. Estado poblacional peruano. Reporte por el día mundial de la población [Internet]. Lima: INEI; 2013. Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1097/libro.pdf
4. Valencia Diaz MG. Concepto de calidad de vida [Internet]. OMS; marzo 2013.
Disponible en: <https://prezi.com/xitl86owlv57/conceptode-calidad-de-vida-oms/>
5. María De Guadalupe NE , Zoila Esperanza Leiton Espinoza MA. Guadalupe Ojeda Vargas, Maritza Villanueva Benítez. Diversidad, cultura y Salud, Calidad de vida de la persona adulto mayor en el área urbana. [Internet]. Eumed; 2011. Disponible en:
http://www.eumed.net/librosgratis/2011f/1142/calidad_de_vida_de_la_persona_adulta_mayor_en_el_area_urbana.html
6. Organización Mundial de la Salud. Salud mental, depresión [Internet]. Ginebra: Centro de prensa OMS; 2017 [citado el 15 mayo 2017] Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
7. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva [Internet]. Ginebra: Centro de prensa OMS; Abril 2016 [citado el 15 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
8. Vera Martha. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismos y para su familia. An Fac Med Lima 2007; 68(3):284 – 290

9. Neyra Retamoyo JE, Pachao Garcia FT. Calidad de vida y resiliencia en personas con discapacidad visual, centro de rehabilitación para ciegos adultos [tesis de grado]. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa;2015.
10. Organización Mundial de la Salud. Pautas generales para las metodologías de la investigación y evaluación de la medicina tradicional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002
11. Organización mundial de la salud. La Salud mental y los adultos mayores. Centro de prensa. Diciembre 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
12. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered.2013; 24:78-79
13. Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América. 2015
14. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. Estados Unidos: Instituto Nacional de Salud, 2009.
15. Ministerio de salud. Guía clínica depresión en personas de 15 años a más. Chile: Ministerio de salud, 2013.
16. Goncalves F, Gonzales VM, Vásquez J. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. 2 ed. España: International Marketing and communication, S.A; 2008.
17. Paz V, Cruz V, Huaman J, Luna Y. Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la sierra rural,2008. Anales de Salud Mental. 2015;31(2): 52-65.
18. Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y gerontología para el médico internista. 1ºed. Bolivia: La hoguera;2012: 644-458
19. Sarró M, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Semergen. 2013; 39(7):254-360

20. Castillo Farfán D. Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario [tesis de grado en internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;2012 [Citada el 15 de septiembre 2017].4p. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/342>
21. Dubois MF, Dubuc N, Raîche M, Caron CD, Hébert R. Correlaciona la necesidad percibida de institucionalización entre los adultos mayores sin deterioro cognitivo. *Gerontología*. 2008; 54: 244-51
22. Ministerio de Salud. Guía técnica: guía de práctica clínica en depresión. Lima-Perú: MINSA;2008: p. 6-8
23. Torres Castillo GA. Factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco-Abancay. [Tesis Posgrado]. UNSM Lima 2012.
24. Arévalo Pinedo L. Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asis” [tesis de grado en internet]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015 [citada el 13 de septiembre 2017]. 7 p. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3980>
25. García P, Magariños M. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid; Panamericana; 2000: 96-101.
26. Cabada E, Cruz ID, Emanuel A. Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. *Rev Esp Med Quir* [Revista en internet] 2016 mayo. [Citada el 15 de septiembre del 2017]; 21(3): 93-99. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/473/47347633003/>
27. Aponte Daza V. Calidad de vida de la tercera edad. *AJAYU* [revista en internet] 2015 agosto [citada el 17 julio 2017]; 13(2): 152-182. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461545456006.pdf>

28. Poblete F, Matus C, Díaz E, Vidal P, Ayala M. Depresión, Cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. UCM. [internet]. 2015 [Citado 17 julio del 2017]; 16 (2):71-77. Disponible en: <https://revistacaf.com/ojs/index.php/RCAF/article/view/15/15>
29. Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Med Milit. [revista en Internet]2012 agosto. [citada el 15 de mayo 2017]; 41(3):237-247. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v41n3/mil03312.pdf>
30. Estrada A, Cardona D, Segura AM, Chavarriaga L, Ordoñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica. [Revista en internet]. 2011 diciembre. [citada el 15 de mayo 2017]; 31:492-502. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>
31. Castillo Farfán D. Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario [tesis de grado en internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;2012
32. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental: Ginebra ; Catalogacion por la biblioteca de la OMS, 2004.
33. Ecured. Calidad de vida [Internet]. Ecuador: ecured; Año [citado el 15 de mayo 2017]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida
34. Flores ME, Cervantes GA, Gonzales GJ, Vega MG, Valle MA. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Revista de psicología da IMED .2012;4(1): p. 649-661.
35. Pablo García J. Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales”. [Tesis de pregrado en internet]. Los olivos Lima: Universidad de San Martín de Porras; 2016 [Citada el 15 de mayo del 2017]. 7p. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2276>

36. Paz V. Factores asociados a la calidad de vida y episodio depresivo en el adulto mayor. *Anales de Salud Mental*. [Revista en internet]. 2015 [citada el 15 de mayo del 2017]; 31(1). Disponible en: www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/download/63/44
37. Odar Ordoñez G. prevalencia de trastornos depresivo en adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor Reque julio diciembre 2012 [tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad de San Martín de Porras; 2014
38. Torres JH, Torres JD. Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo [tesis de grado]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2013
39. Licas Torres M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M- V.M.T 2014 [tesis de grado]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
40. Pacompia Sucapuca A. Calidad de vida del adulto mayor atendido en el centro de Salud Simón Bolívar [tesis de grado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2014
41. Chambi M. Calidad de vida social del adulto mayor que acude a los consultorios externos del hospital regional Manuel Núñez Butrón [tesis de grado]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2014.
42. Hernández Sanpieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación 5° ed. México: Mc GRAW-HILL; 2010: p. 81-82-151
43. Valarezo García CL. Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba 2015 [tesis doctoral]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.
44. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores [internet. Ginebra: Gericuba; 2002 [citado el 13 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/sitios/gericuba/modulo4.pdf>

ANEXOS

ANEXO A



“UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO -PUNO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº:

TITULO DEL PROYECTO: “CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017”

INVESTIGADORA: Mariela Rocio Apaza Velez

Bachiller de la Universidad Nacional del Altiplano

Estimado (a) señor (a):

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Establecer si existe relación entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores asistente al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de la ciudad de Puno

Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. Ante cualquier duda o inquietud, se le explicara dicha pregunta. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora y que le sirve como requisito solicitado para la titulación por la Universidad Nacional del Altiplano

Autorización del adulto Mayor para participar en la investigación

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio.



Firma del participante y/o huella

**Mariela Rocio Apaza Velez
INVESTIGADORA**

ANEXO B

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHOQOL-BREF)**

INSTRUCCIONES

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico, le impide hacer lo que necesita?)

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
5	4	3	2	1

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho esta con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho esta con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho esta de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho esta con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho esta con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho esta con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho esta con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

26. ¿Con qué frecuencia tienen sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
5	4	3	2	1

VALORACIÓN:

SALUD FISICA (3,4,10,15,16,17,18)		
06 – 14	CV Mala	
15 – 25	CV Regular	
26 – 35	CV Buena	

PSICOLÓGICO (5,6,7,11,19,26)		
06 – 14	CV Mala	
15 – 23	CV Regular	
24 – 30	CV Buena	

RELACIONES SOCIALES (20, 21, 22)		
03 – 06	CV Mala	
07 – 10	CV Regular	
11 – 15	CV Buena	

MEDIO AMBIENTE (8,9,12,13,14,23,24,25)		
08 – 18	CV Mala	
19 – 28	CV Regular	
29 – 40	CV Buena	

EVALUACIÓN GLOBAL		
< 69	CV Mala	
70-99	CV Regular	
100-130	CV Buena	

ANEXO C

TEST DE YESAVAGE

N°	PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1	¿Está satisfecho básicamente con su vida?	SI	No
2	¿Ha dejado abandonado muchas actividades e intereses?	SI	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	No
4	¿Se siente a menudo aburrido/a?	SI	No
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	No
6	¿Teme que algo malo puede ocurrirle?	SI	No
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	No
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	No
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	No
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	No
11	¿Cree que es maravilloso es estar vivo?	SI	No
12	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI	No
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	No
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	No
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	No
TOTAL			

VALORACIÓN

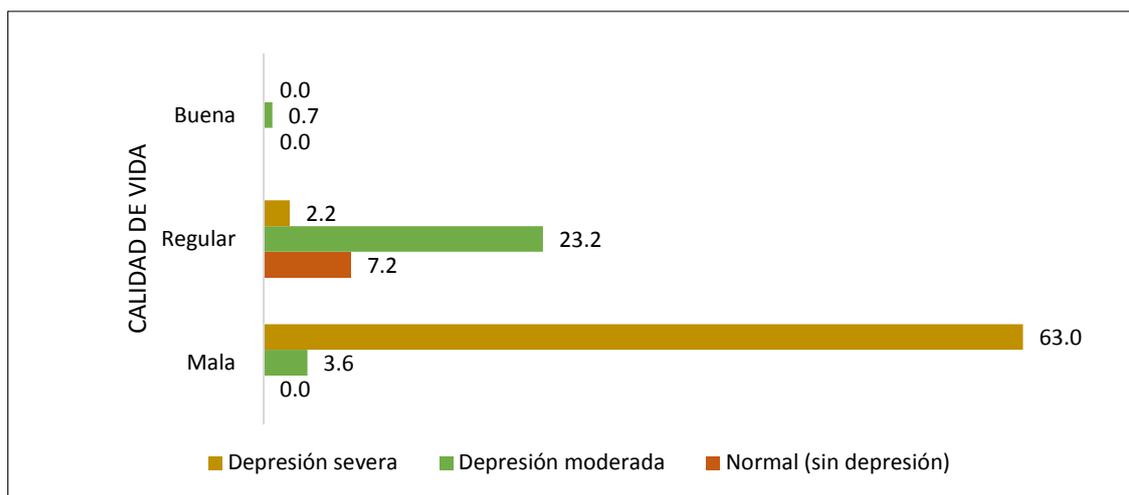
Normal	0-5	
D. Moderada	6 - 9	
D. severa	10 - 15	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO D

GRÁFICO 1:

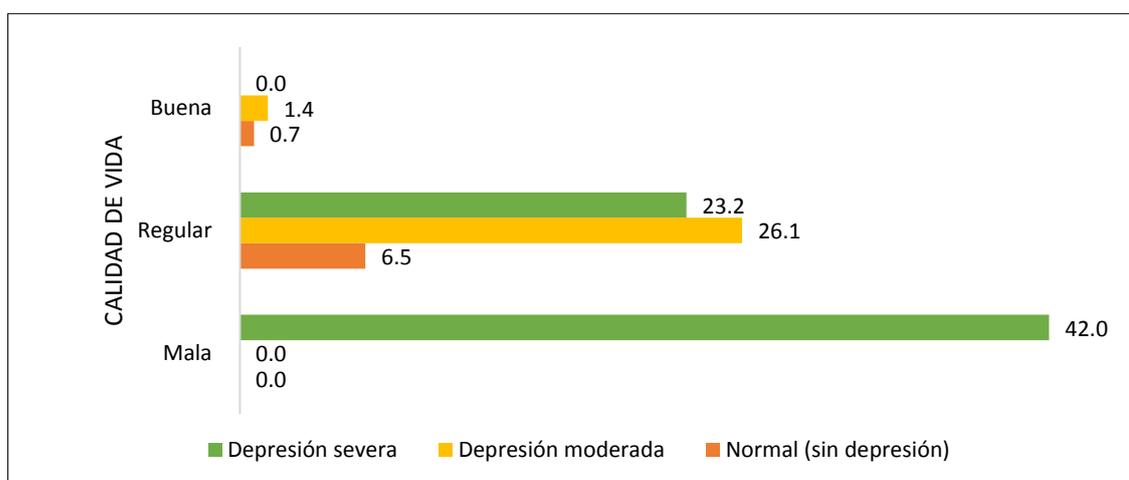
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.



Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

GRÁFICO 2:

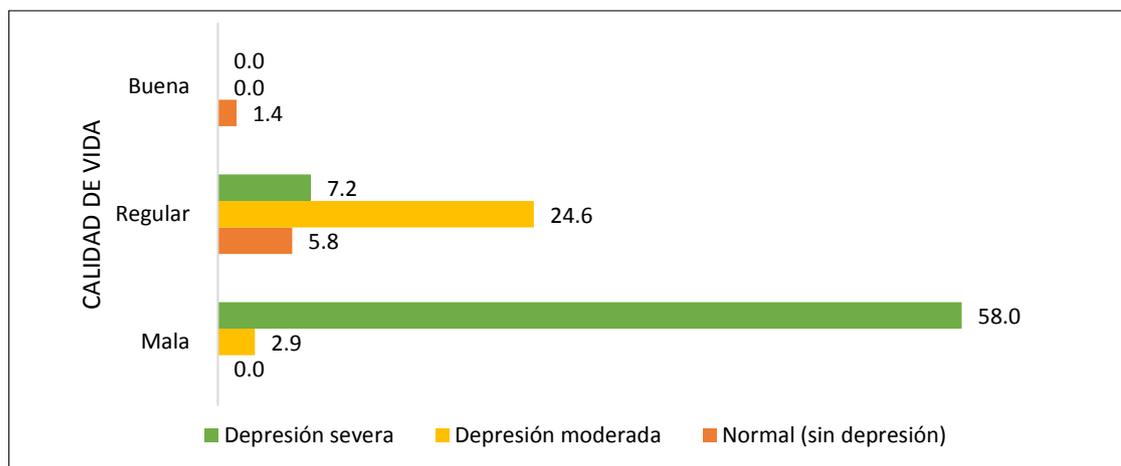
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD FÍSICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.



Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

GRÁFICO 3:

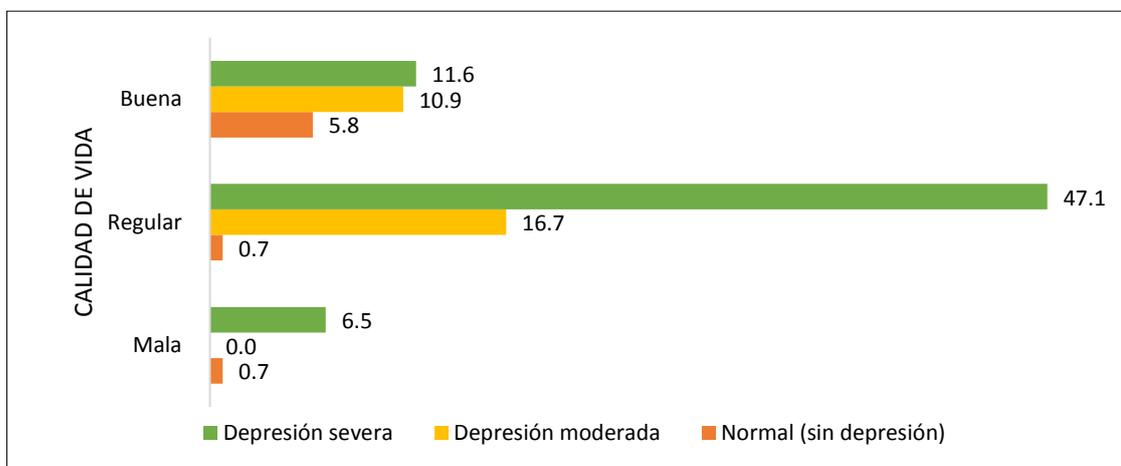
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN SALUD PSICOLÓGICA Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.



Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

GRÁFICO 4:

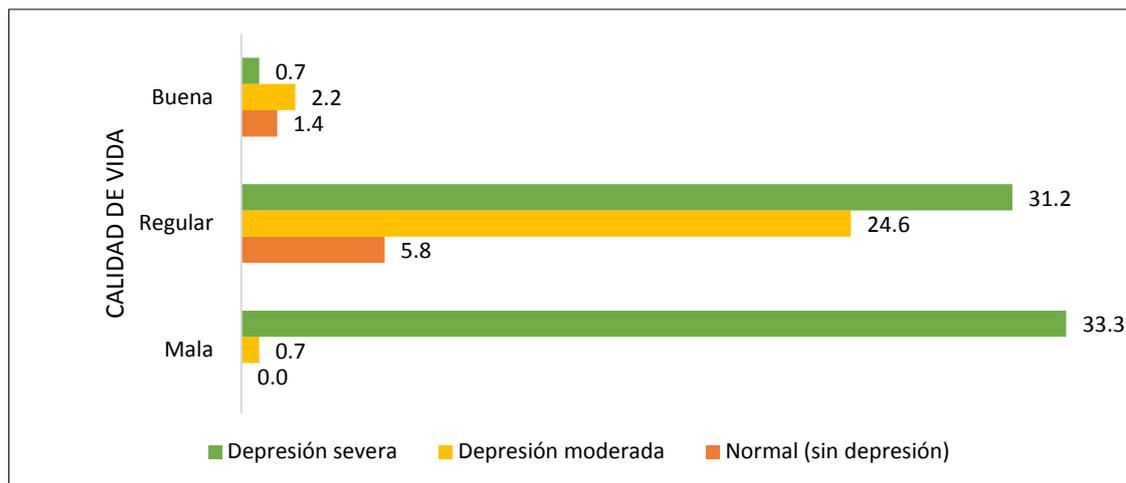
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.



Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

GRÁFICO 5:

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA: DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTE Y LA DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.



Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref y test de Yesavage aplicado por la investigadora

ANEXO E

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR PUNO 2017

Puntuación de calidad de vida	Nº	%
Muy mal	36	26.1
Poco	56	40.6
Lo normal	41	29.7
Bastante bien	4	2.9
Muy bien	1	0.7
TOTAL	138	100.0

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 40,6 % de los adultos mayores perciben como poca calidad de vida; seguido de 29,7% como normal, también el 26.1% como muy mal, mientras que el 2.9 puntúa como calidad de vida bastante bien y solo el 0,7 como muy bien.

ANEXO F

**SATISFACCIÓN CON EL ESTADO DE SALUD EN ASISTENTES AL
 CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR PUNO 2017**

Satisfacción con el estado de salud	N°	%
Muy insatisfecho	42	30.4
Poco	69	50.0
Lo normal	25	18.1
Bastante satisfecho	1	0.7
Muy satisfecho	1	0.7
TOTAL	138	100.0

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 50% están poco satisfechos con su estado de salud; seguido de 30,4% que están muy insatisfechos con su estado de salud; el 18.1 % perciben como normal estado de salud, el 0,7% están bastante satisfechos con su estado de salud y así también el 0,7 está muy satisfecho con su estado de salud.

ANEXO G

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD FÍSICA EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

ITEMS	SALUD FÍSICA				N°	%	N°	%	N°	%					
	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante							Extremadamente				
3	1	0.7	8	5.8	22	15.9	77	55.8	30	21.7					
4	6	4.3	17	12.3	25	18.1	63	45.7	27	19.6					
10	Energía suficiente para su vida diaria				Nada	26	18.8	78	56.5	33	23.9	1	0.7	0	0.0
15	Capaz de desplazarse de un lugar a otro				Nada	2	1.4	69	50.0	52	37.7	14	10.1	1	0.7
16	Satisfacción con sueño				Nada	10	7.2	41	29.7	57	41.3	28	20.3	2	1.4
17	Satisfacción con la habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria				6	4.3	90	65.2	36	26.1	6	4.3	0	0.0	
18	Satisfacción con capacidad de trabajo				27	19.6	80	58.0	28	20.3	3	2.2	0	0.0	

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 55.8% indica que el dolor físico, le impide bastante para hacer lo que necesita; asimismo el 45.7% indica que necesita bastante de cualquier tratamiento para funcionar en su vida diaria; el 56.5% indica que tiene poca energía para su vida diaria; el 50% indica que tiene poca capacidad para desplazarse de un lugar a otro; un 41.3% indica que está satisfecho normalmente; el 65,2% indica que está poco satisfecho con la habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria; y el 58% indica que esta poco satisfecho con la capacidad para el trabajo.

ANEXO H

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SALUD PSICOLÓGICA EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017.

ITEMS	SALUD PSICOLÓGICA	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Extremadamente	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5	Disfruta de la vida	26	18.8	62	44.9	38	27.5	12	8.7	0	0.0
6	Su vida tiene sentido	25	18.1	70	50.7	33	23.9	10	7.2	0	0.0
7	Capacidad de concentración	16	11.6	89	64.5	31	22.5	2	1.4	0	0.0
11	Aceptación de su apariencia física	Nada		Un poco		Moderado		Bastante		Totalmente	
		2	1.4	40	29.0	52	37.7	37	26.8	7	5.1
19	Satisfacción de sí mismo	Nada		Poco		Lo normal		Bastante		Muy satisfecho	
		7	5.1	79	57.2	38	27.5	14	10.1	0	0.0
26	Frecuencia de sentimientos negativos, tales como tristeza; desesperanza, ansiedad, depresión.	Nunca		Raramente		Medianamente		Frecuentemente		Siempre	
		0	0.0	12	8.7	33	23.9	66	47.8	27	19.6

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 44.9% disfruta poco de la vida; asimismo el 50,7% siente que su vida tiene un poco de sentido; también el 64,5% consideran que tienen un poco de capacidad de concentración; el 37.7% aceptan moderado su apariencia física; el 57,2% consideran poca satisfacción de sí mismo y por último el 47.8 % frecuentemente tienen sentimientos negativos, tales como tristeza; desesperanza, ansiedad, depresión.

ANEXO I

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN RELACIONES SOCIALES EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO 2017.

ITEMS	RELACIONES SOCIALES		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Nada	Satisfacción con las relaciones personales										
20	1	0.7	10	7.2	36	26.1	42	30.4	49	35.5		
21	114	82.6	18	13.0	5	3.6	0	0.0	1	0.7		
22	4	2.9	6	4.3	13	9.4	52	37.7	63	45.7		

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 30,4% consideran estar muy satisfechos con las relaciones personales; el 82.6% están nada satisfechos con su vida sexual y el 45,7% están muy satisfechos con el apoyo de sus amigos.

ANEXO J

CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MEDIO AMBIENTE EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO 2017.

ITEMS	MEDIO AMBIENTE		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Nada	Un poco										
8	Seguridad en su vida diaria	8	5.8	94	68.1	34	24.6	2	1.4	0	0.0	0.0
9	Ambiente físico saludable	6	4.3	49	35.5	62	44.9	15	10.9	6	4.3	4.3
12	Suficiente dinero para sus necesidades	Nada	18	13.0	92	66.7	26	18.8	2	1.4	0	0.0
13	Disponibilidad de información en su vida diaria	32	23.2	39	28.3	49	35.5	14	10.1	4	2.9	2.9
14	Oportunidad para realizar actividades de ocio	24	17.4	82	59.4	28	20.3	4	2.9	0	0.0	0.0
23	Satisfacción con las condiciones del lugar donde vive	Nada	4	2.9	33	23.9	72	52.2	19	13.8	10	7.2
24	Satisfacción con el acceso que tiene a los servicios sanitarios	2	1.4	27	19.6	79	57.2	25	18.1	5	3.6	3.6
25	Satisfacción con el transporte	Nada	15	10.9	35	25.4	63	45.7	21	15.2	4	2.9

Fuente: Cuestionario de Whoqol Bref aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 68,1% sienten un poco de seguridad en su vida diaria; el 44,9% consideran ambiente físico normal; un 66.7% considera que tiene un poco de dinero para cubrir sus necesidades; el 35,5% considera tener moderada disponibilidad de información en su vida diaria; un 59,4% considera tener un poco de oportunidad para realizar actividades de ocio; respecto a las condiciones del lugar donde viven el 52.2% considera normal; asimismo el 57,2% considera normal satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios y por último el 45,7% de los adultos mayores considera normal satisfacción con el transporte.

ANEXO K

**RESPUESTAS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)-
YESAVAGE EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL
ADULTO MAYOR PUNO 2017**

ITEMS	INDICADOR	SI		NO	
		N°	%	N°	%
1	¿Está satisfecho básicamente con su vida?	55	39.9	83	60.1
2	¿Ha dejado abandonado muchas actividades e intereses?	97	70.3	41	29.7
3	¿Siente que su vida está vacía?	93	67.4	45	32.6
4	¿Se siente a menudo aburrido/a?	98	71.0	40	29.0
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	17	12.3	121	87.7
6	¿Teme que algo malo puede ocurrirle?	124	89.9	14	10.1
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	26	18.8	112	81.2
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	78	56.5	60	43.5
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	11	8.0	127	92.0
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	95	68.8	43	31.2
11	¿Cree que es maravilloso es estar vivo?	50	36.2	88	63.8
12	¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	85	61.6	53	38.4
13	¿Se siente lleno de energía?	24	17.4	114	82.6
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	84	60.9	54	39.1
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	108	78.3	30	21.7

Fuente: Test de Yesavage aplicado por la investigadora

La tabla muestra que el 60.1% no se sienten satisfechos con su vida; el 70,3% han dejado abandonado muchas actividades e intereses; el 67,4% siente que su vida está vacía; 71% se siente a menudo aburrido; también el 87.7% no se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo; el 89,9% teme que algo malo pueda ocurrirle, asimismo el 81,2% no se siente feliz la mayor parte del tiempo; así también el 56.5% se siente desprotegido, desamparado; mientras que el 92% prefiere salir de casa y hacer cosas nuevas: el 68.8% piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente; el 63.8% cree que no es maravillosos es estar vivo; 61,6% piensa que no vale para nada tal como está ahora; el 82,6% no se siente lleno de energía; asimismo el 60,9% se siente sin esperanza y por último 78,3% cree que la mayoría de la gente está en mejor situación.