

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA
SALUD

Carrera de Psicología



**“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE
UN PROGRAMA DE SALUD EN LIMA NORTE, 2018”**

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

Lisbeth Milagros Talledo Tello

Asesor:

Mg. Luis Ronald Luyo Pachas

Lima - Perú

2020

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS

El asesor Mg. Luis Ronald Luyo Pachas, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de Psicología, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo de la tesis de la estudiante:

- Talledo Tello, Lisbeth Miagros

Por cuanto, **CONSIDERA** que la tesis titulada: Depresión y calidad de vida en adultos mayores de un programa de salud en lima norte 2018 para aspirar al título profesional de: Licenciado en Psicología por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al o a los interesados para su presentación.

Mg. Luis Ronald Luyo Pachas
Asesor

ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Los miembros del jurado evaluador asignados han procedido a realizar la evaluación de la tesis de la estudiante: Talledo Tello, Lisbeth Milagros para aspirar al título profesional con la tesis denominada: "DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN PROGRAMA DE SALUD EN LIMA NORTE 2018"

Luego de la revisión del trabajo, en forma y contenido, los miembros del jurado concuerdan:

Aprobación por unanimidad

Aprobación por mayoría

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Desaprobado

Firman en señal de conformidad:

Mg. Mauro Héctor Cerón Salazar
Jurado
Presidente

Mg. Eduardo Manuel Yepes Oliva
Jurado

Mg. Johnny Erick Enciso Ríos
Jurado

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios, por cuidarme y protegerme día a día; a mis padres, hermanos y familiares cercanos quienes han sido parte fundamental para realizar y alcanzar cada logro obtenido.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, por bendecirme, guiarme e iluminar en mi camino durante el transcurso de mi vida.

Gracias a mis padres y hermanos, quienes día a día son mi fuente de energía y motivación. Como también mis más grandes aliados y consejeros quienes me acompañan en este camino de constante aprendizaje.

Tabla de contenidos

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS	2
ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS	8
RESUMEN	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	19
CAPÍTULO III. RESULTADOS	30
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	38
CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS.....	40
ANEXO	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores.....	20
Tabla 2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la normalidad de depresión y calidad de vida.....	30
Tabla 3. Coeficiente de correlación entre Depresión y Calidad de Vida	31
Tabla 4. Correlación entre Depresión y los factores de Calidad de Vida	32
Tabla 5. Prevalencia de la depresión en adultos mayores	32
Tabla 6. Niveles de depresión en adultos mayores	33
Tabla 7. Niveles de depresión en varones	33
Tabla 8. Niveles de depresión en las mujeres.....	34

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Representación del porcentaje de la muestra según sexo.....	21
Gráfico 2 Representación del porcentaje de la muestra según edad.....	22
Gráfico 3 Representación del porcentaje de la muestra según grado de instrucción.....	22
Gráfico 4 Representación del porcentaje de la muestra según estado civil	23

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar la relación existente entre la depresión y la calidad de vida en personas mayores. Para ello se empleó la Escala geriátrica de depresión. Versión española (GDS-VE) de Martínez, et al (2002) y el Índice de calidad de vida (ICV) Robles, et al (2010).

Se usó la técnica no probabilística, aleatoria simple, caracterizada por seleccionar de acuerdo con su accesibilidad o a criterio del investigador. Obteniendo así una muestra total de 90 personas mayores de 60 años a más ($r=-0.531$; $p = ,000$). Los resultados indican que existe correlación inversa entre depresión y calidad de vida puesto que la autopercepción subjetiva o negativa de la calidad de vida que está compuesto por cuatro factores importantes que es la autorrealización alcanzada, las condiciones personales para el funcionamiento, el ámbito de relaciones interpersonales y ocupación y por último la satisfacción del apoyo social y de servicios aumentan significativamente los síntomas de depresión, es por ello que se observó que el 68.9% de personas no presentan depresión, el 16.7% presentan depresión leve, y el 14.4% presentan depresión grave.

PALABRAS CLAVES: Depresión, calidad de vida, adulto mayor, autopercepción.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between depression and quality of life in older people. For this, the Geriatric Depression Scale was used. Spanish version (GDS-VE) of Martinez, et al (2002) and the Quality of Life Index (ICV) Robles, et al (2010).

The non-probabilistic, simple random technique was used, characterized by selecting according to its accessibility or a criterion of the researcher. Thus, obtaining a total sample of 90 people over 60 years of age or older ($r = -0.531$; $p = .000$). The results indicate that there is an inverse correlation between depression and quality of life since the subjective or negative self-perception of the quality of life, which is composed of four important factors, which is the self-realization achieved, the personal conditions for functioning, the field of interpersonal relationships and occupation and finally the satisfaction of social support and necessary services significant depression symptoms, that is why it works that 68.9% of people do not present depression, 16.7% present mild depression, and 14.4% present severe depression .

KEY WORDS: depression, quality of life, older adult, self-perception.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En los últimos tiempos la humanidad ha sido testigo del proceso de crecimiento significativo a nivel demográfico, donde se ha podido apreciar el incremento de personas mayores de 60 años de manera progresiva, la población mundial se está avejentando, este es un proceso fisiológico y natural de todo ser humano, donde se evidencian diversos cambios físicos, psicológicos y sociales. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015).

Por primera vez en la historia se percibe la numeración de 962 millones de personas mayores a nivel mundial y proyecta que para el año 2050 dicha cifra se incremente al doble, eso quiere decir que es probable que alcance la cifra de 2.1 mil millones en el mundo, para el 2030 se espera que las personas mayores seas más que la cantidad de niños menores de 10 años. En Europa y en Norteamérica una de cada 5 personas es mayor de 60 años, se estima que para el 2050 esta cifra se elevara en proporción de una cada tres personas, en Europa esta cifra alcanzaría los 35% de la población total, el 24% en Asia, el 23% en Oceanía, el 9% en África, el 28 % de la población de América del norte y el 25% en América latina y el Caribe de su población total, (OMS, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU), denominan a la población de 65 años a más como personas mayores, esto en el caso de los países desarrollados y 60 años a más para las personas de los países subdesarrollados, en el Perú se determina el inicio de la vejez en función del número de años de la persona, siendo este a partir de los 60 años de edad. El Peruano, (2018). Este grupo etario asciende a 3 millones de la población total. En la actualidad, en este ciclo de la vida, es muy común el incremento problemas económicos, sociales, familiares y de salud puesto que se encuentras con mayor vulnerabilidad, una de las enfermedades más comunes en el adulto mayor es la depresión, la cual interfieren de manera significativa en el desempeño del diario vivir.

La OMS (2017) se estima que para en el 2020, la depresión será la segunda causa de muchos años de vida saludable perdidos a escala mundial, en diversas partes del mundo, y la primera en países desarrollados, en el informe mundial sobre La Depresión en el Adulto Mayor, menciona a la depresión como un problema, puesto que más del 6.6% de las personas que pasan los 60 años de edad sufren de algún tipo de enfermedad, trastorno mental o del sistema nervioso central.

Según la OMS (2018) menciona que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor puesto que altera significativamente los sentimientos y pensamientos del individuo. La forma más frecuente de manifestarse es por medio de la tristeza que es el humor depresivo, la abulia que es la falta de voluntad para realizar diversas actividades que anteriormente era de total interés y la anhedonia que es la incapacidad para sentir placer y en muchos de los casos la ideación o el intento suicida acorde al grado de depresión que se pueda estar presentando.

Según el CIE 10

El CIE 10 codifica la depresión en el F32 llamado Episodio depresivo

• F32. Episodio Depresivo

Seguidamente se dará a conocer el total de criterios que se tiene el CIE 10 para diagnosticar los diferentes niveles de depresión. Cabe recalcar, que el número mínimo o máximo que se debe tomar en cuenta para cada criterio (A, B, C) dependerá de cada nivel de depresión, ya sea, leve, moderado o grave.

A. Criterios generales de la depresión

- Tiene que durar al menos dos semanas
- No hay síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de esos episodios en ningún momento de la vida de la persona.
- Criterio de exclusión. No se le atribuye al consumo de sustancia psicoactivas o trastorno mental orgánico.

B. Síntomas principales

- Humor depresivo
- Pérdida de interés, disminución o ausencia de placer.
- Disminución o ausencia de energía.

C. Síntomas accesorios o secundarios

- Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
- Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- Disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, como indecisión o vacilación.
- Cambio en la actividad psicomotriz, agitación o enlentecimiento.
- Alteración del sueño.
- Cambio en el apetito, aumento o disminución de peso.

Cabe recalcar, que tanto para el nivel leve, moderado o grave se deben cumplir los criterios generales.

- **Modelo cognitivo de la depresión**

Beck, Rush, y Shaw (2009). nos habla sobre la teoría cognitiva de la depresión, donde establece que la depresión es consecuencia de la interpretación que damos de los diversos acontecimientos y situaciones que se nos presenta, esta teoría nos da a conocer 3 conceptos importantes de la depresión, estos son: la triada cognitiva, los esquemas, los errores cognitivos (errores en el pensamiento de la información)

- **Triada cognitiva**

- Sobre sí mismo: El paciente se percibe a si mismo de forma negativa, con poca valía, tiende a creer que todo lo que le sucede es propio de su naturaleza y por ultimo considera que carece de virtudes.
- Sobre el mundo: Interpretar la interacción con el mundo de manera negativa, visualiza sus experiencias de forma negativa, piensa que el mundo está en su contra y que los obstáculos que se le presentan son insuperables.
- Sobre el futuro: Percibe de forma negativa su futuro, se anticipar en las desgracias que le vayan a suceder.

- **Organización estructural del pensamiento depresivo**

- Creencia Central – Esquemas: Son pensamientos negativos que se desarrollan desde la niñez y se consolidan en base a las experiencias, la persona otorga un significado para las situaciones que se le presente. Todos los pensamientos y creencias se centrales en la depresión. Por ejemplo, soy un muy mal padre, no he criado bien a mis hijos.
- Creencias Intermedias: Estas creencias están basadas en supuestos (si entonces) o reglas (deberías), estas creencias son implícitas que interfieren en nuestra conducta de las cuales surgen los pensamientos automáticos.
- Pensamiento Automáticos: Estos pensamientos ocurren espontáneamente como un reflejo de suposiciones y creencias esenciales de la persona. Estos pensamientos automáticos negativos, son cuando la persona no se da cuenta de los mismos.

- Errores en el procesamiento de la información

Son errores en el pensamiento de la persona depresiva, mantienen la creencia de conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- ✓ Inferencia Arbitraria: Es cuando la persona llega a la conclusión a partir de la información que recibe de la realidad, sin basarse en evidencias.
- ✓ Abstracción Selectiva: Solo se base en los hechos problemáticos y con ello, sacan las conclusiones.
- ✓ Generalización masiva: Generaliza las situaciones para todo.
- ✓ Personalización: Toma los hechos problemáticos y sacar las conclusiones como si estuvieran dirigidos hacia la misma persona.
- ✓ Maximización y minimización: Ver cualquier situación en catástrofe.
- ✓ Pensamiento absolutista: Todo lo encuentran negativo.

En los últimos años la depresión en personas mayores ha sido muy estudiada, por ejemplo, en una investigación realizada en España, Cuenca (2018) menciona que el del 6 - 15% de la población adulta mayor conviven con síntomas depresivos. En Ecuador, Reino (2018) realizó una investigación titulada "Prevalencia de la depresión según la escala de Yesavage en pacientes adultos mayores institucionalizados en el servicio de medicina interna del hospital Alfredo Noboa Montenegro" con 80 pacientes de los cuales 20 % presentan estado depresivo severo, 68.80 % depresivo moderado, y un 11.30 % depresión leve, el género que predominó fue el femenino con el 56.3 %.

Por otro lado, Poblete et al. (2015) en una investigación realizada en Chile, titulada "Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos", con una población de 30 adultos mayores de 60 a 88 años de edad que realizaban ejercicios físicos tres veces a la semana, con antigüedad de 1 año. En esta investigación se relaciona las variables de depresión, deterioro cognitivo con la autopercepción de la calidad de vida. Para dicha investigación se usaron 3 instrumentos de evaluación; para evaluar la variable de depresión se usó la escala de depresión geriátrica Yesavage, para la variable cognición se usó el instrumento minimental y para la variable calidad de vida se usó el instrumento calidad de vida SF-36. Se obtuvieron como resultado que el 16.6% presenta depresión, el 26.7% depresión leve y el 56.7% se encuentra en categorías normales. Respecto al deterioro cognitivo un 86.7% presentan déficit leve y el 13.3% se encuentran en condiciones normales. Respecto a la calidad de vida, se evidencio que el promedio en dimensión es de 71.21% que está clasificada como óptima.

Seguidamente, Capote, Casamayor y Castañer (2012) realizaron una investigación en Cuba, titulada “Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal”, esta investigación fue dada con 30 adultos mayores de 60 años a más de ambos sexos con 3 o más meses que hayan iniciado el tratamiento de sustitutivo de la función renal. En esta investigación se relacionan 2 variables importante que es la depresión evaluada con la escala de depresión de Hamilton (de 21 ítems) y para calidad de vida se usó el índice de Karnofsky basado fundamentalmente en el grado de validez física y necesidad de atención médica de los enfermos y, así como su relación con la depresión. Los resultados de dicha investigación nos dan a conocer que el 60% de los evaluados presentan calidad de vida buena y el 76,6 % presentó elementos clínicos compatibles con la depresión.

Corrales y Crespín (2011) en una investigación realizada en Nicaragua titulada “Depresión y su asociación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud Cabeceras de la ciudad de León”, dicha investigación se llevó a cabo con 90 pacientes con edades que oscilaban de 65 a 80 años de edad, para evaluar estas 2 variables anteriormente mencionadas, se aplicó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage versión reducida para identificar la presencia o ausencia de depresión, para la siguiente variable que fue calidad de vida se usó el cuestionario abreviado WHOQOL-BREF. Los resultados nos dan a conocer que el 34.4% no presentan síntomas, el 61,1% presentan síntomas leves y el 4.4% de los evaluados presentaron depresión. seguidamente los resultados obtenidos indican que el 91,1% de la población presenta una calidad de vida inadecuada y solo el 8,9% de la población tiene una calidad de vida adecuada.

Por otro lado, en nuestro país, a pesar de los avances económicos que se ha dado en los últimos años y el mayor interés por parte de diversas organizaciones e instituciones a favor de los adultos mayores, todavía no hay información ni medidas suficientes para las redes de apoyo que son los familiares y los mismos pacientes para el buen cuidado de este grupo etario en mención. Por otro lado, es reducido el número de instituciones especializadas en la atención de la salud para los adultos mayores puesto que muchos de ellos se encuentran en la capital, es así que en el Centro Materno Infantil no solo atiende a gestantes, si no también, se atienden adultos mayores gracias al apoyo de la agencia de Corporación Internacional de Corea – KOICA.

En la actualidad respecto a la coyuntura en la que el país se encuentra y siendo este grupo etario vulnerable a los cambios presentados, los centros de salud se ven obligados a restringir las visitas de esta población para la prevención de contagios futuros.

Gálvez (2015) en una investigación titulada “Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de EsSalud. Arequipa, 2014” realizada en Perú, con una población de 170 adultos mayores que pertenecían a diversos centros de EsSalud, la edad de los adultos mayores corresponde a 62 y 78 años de edad. En esta investigación se usaron 2 instrumentos para medir variables diferentes que es la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para la medición de la depresión y el cuestionario para medir la calidad de vida relacionada a la salud es el EuroQol-5D. Seguidamente los resultados de dicha evaluación 70.6% no presentan grado de depresión, el 24.7% padece depresión moderado y finalmente el 4.7% depresión severa. Por otro lado, respecto a la calidad de vida se evidencio que el 4.7% perciben una mala calidad de vida, el 22.4% perciben una calidad de vida regular, el 14.7% evidencian una buena calidad de vida, el 50.6% perciben una muy buena calidad de vida y finalmente el 7.6% perciben una excelente calidad de vida, según la investigación esto está relacionado con la falta de redes de apoyo como su familia y amistades.

Apaza (2018) realizó una investigación titulada “Calidad de vida y depresión en asistentes al centro integral de atención al adulto mayor, Puno, 2017”, esta investigación tuvo como muestra a 138 personas de 60 años a más, en la presente investigación se evalúa calidad de vida con el cuestionario (WHOQOL BREF) y para depresión se usó el test de Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS). Los resultados nos muestran que el 66.7% perciben una mala calidad de vida, el 32.6% percibe calidad de vida regular y el 0.7 % perciben buena calidad de vida; por otro lado, el 7.3% no presentan depresión, el 27.5% moderada y el 65.2% depresión severa. por lo tanto, se concluye que la calidad de vida está relacionada de manera significativa con la depresión.

En una investigación realizada en Lima - Perú por Evanan (2019). Titulada “Depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores del hospital militar geriátrico, Chorrillos 2017.” La muestra fue conformada por 130 pacientes que acudieron a consulta externa, de 60 hasta los 90 años de edad, los instrumentos aplicados fueron la Escala de Depresión Geriátrica versión reducida de Yesavage y el Índice de Calidad de Vida, los resultados nos dan a conocer que el 57.7% no presentan depresión, el 33.8% depresión leve, el 6.2% depresión moderada y el 2.3% depresión grave. Por otro lado, respecto a la calidad de vida, se evidencia que el 27.7% perciben calidad de vida medio y el 72.3% perciben calidad de vida alto. Esta investigación nos da como conclusión a mayor nivel de calidad de vida, la depresión se muestre ausente o nula.

Estas evidencias nos dan a conocer que la calidad de vida en esta etapa es de vital importancia según a las características demográficas que ellos perciben, puesto que influye de manera significativa en el pensar y sentir de las personas mayores.

En la actualidad tenemos como concepto que la calidad de vida ha sido equivalente al bienestar dentro de la perspectiva social, de salud en el campo de la medicina y a la satisfacción vital en la psicología, además está asociada aspectos positivos y deseables de la vida de las personas, la percepción que tienen los pacientes de los efectos de una determinada enfermedad o de la aplicación de ciertos tratamientos, especialmente de las consecuencias sobre su bienestar físico, emocional y social” Robles et al. (2010).

La calidad de vida del adulto mayor que es una variable principal en este estudio, está siendo afectada por factores externos vinculados con diversos servicios, entre ellos de salud, entre otros factores están la falta de conocimiento por los familiares, desinterés por las autoridades que no hacen nada por esta población, bajos recursos humanos y económicos por parte de las instituciones de salud, etcétera. Este grupo etario está siendo relegado, pues en muchas ocasiones son considerados como una carga y no como un modelo a seguir, como lo que son: un referente de experiencia y sabiduría.

Fernández-Ballesteros (1994), citado por Robles et al. (2010). Menciona que la calidad de vida presentan componentes internos y externos, así como también componentes objetivos y subjetivos, en el componente objetivo de la calidad de vida encontramos salud objetiva, disponibilidad de servicios de salud y sociales, calidad ambiental, factores culturales y apoyo social; y, como componentes subjetivos o autopercepción de la calidad de vida encontramos a la salud percibida, servicios de salud y sociales percibidos, valoración del entorno, necesidades culturales y satisfacción social.

De acuerdo a los antecedentes ya presentados, hoy en día se considera que la calidad de vida influye de manera significativa en la salud mental de los pacientes de la tercera edad puesto que al no presentar una adecuada calidad de vida ellos perciben diversas enfermedades, en especial la depresión.

En vista de la frecuente asistencia al centro de salud y al encontrar suficiente revisión teórica del presente estudio en relación al grupo etario en mención, y conociendo el incremento constante de la población de personas mayores, se decidió realizar la presente investigación para evaluar la prevalencia de síntomas depresivos con relación a la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al centro de salud bajo la interrogante ¿Existe relación entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018?.

1.2. Formulación del Problema

¿Existe relación entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación existente entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018.
- Determinar la presencia de calidad de vida en adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018.
- Determinar los niveles de depresión en adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018.
- Determinar los niveles de depresión en adultos mayores varones que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018.
- Identificar los niveles de depresión en adultos mayores mujeres que acuden a un programa de salud en Lima Norte 2018.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

- H1 Existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en adultos mayores de un programa de salud en Lima Norte 2018.
- H0 No existe relación significativa entre depresión y calidad de vida en adultos mayores de un programa de salud en Lima Norte 2018.

CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación utiliza el diseño no experimental puesto que se realiza sin manipular las variables utilizadas, se observa en su contexto natural para posteriormente analizarlos. Asimismo, es transversal porque los datos son recolectados en un tiempo y lugar determinado, su propósito es describir y conocer la situación que existe en cuanto a la depresión y calidad de vida del adulto mayor para analizar su incidencia e interrelación. Por otro lado, el estudio es correlacional puesto que busca identificar el grado que ambas variables se asocian en un contexto en particular. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es por ello que se utiliza los cuestionarios para obtener información que sustentara la hipótesis, los cuestionarios se llenaron con la ayuda de la evaluadora puesto que la población de adultos mayores evaluada presentaba cierta dificultad para leer.

El diseño transversal correlacional presenta el siguiente esquema:



M: Personas mayores que conforman la muestra de estudio.

D: Depresión.

CV: Calidad de vida.

 Relación entre variables.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población de estudio estuvo compuesta por 90 adultos mayores entre hombres y mujeres que pertenecen a un programa de un centro de salud, con edades que oscilan de 60 a más años, con un nivel educativo variado y nivel socioeconómico medio bajo.

2.2.2. Muestra

La presente investigación se realizó con 90 personas mayores que participaron de forma voluntaria, se consideró la técnica no probabilística, aleatorio simple, caracterizada por seleccionar de acuerdo a su accesibilidad o a criterio del investigador. Dicha investigación se realizó bajo la técnica no probabilístico por cuotas puesto que se ira llenando en proporciones de la población especificada en el lugar donde asistentes.

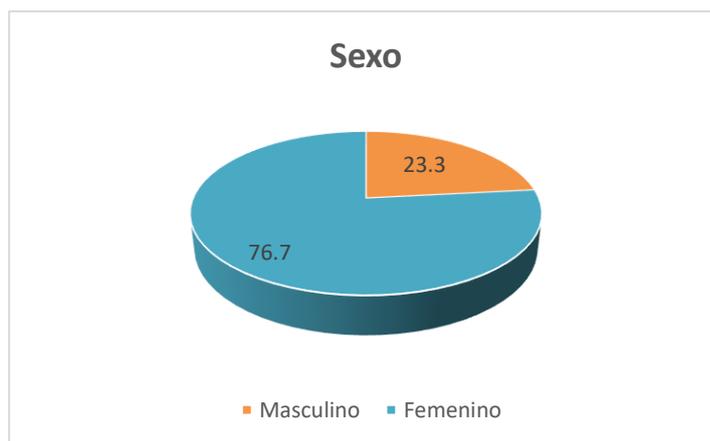
TABLA 1. Datos sociodemográficos de los adultos mayores

Variables	Categorización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sexo	Femenino	69	76,7	76,7
	Masculino	21	23,3	100,0
Edad	60-65	36	40,0	40,0
	66-69	20	22,2	62,2
	70-75	16	17,8	80,0
	76-79	9	10,0	90,0
	80-85	8	8,9	98,9
	86-90	1	1,1	100,0
Grado De Instrucción	Iletrado	10	11,1	11,1
	Lee Y Escribe	3	3,3	14,4
	Primaria	34	37,8	52,2
	Secundaria	28	31,1	83,3
	Técnico	8	8,9	92,2
	Superior	7	7,8	100,0
Estado Civil	Soltera	12	13,3	13,3
	Conviviente	6	6,7	20,0
	Casada	46	51,1	71,1
	Divorciada	6	6,7	77,8
	Viuda	20	22,2	100,0

Elaboración: Propia

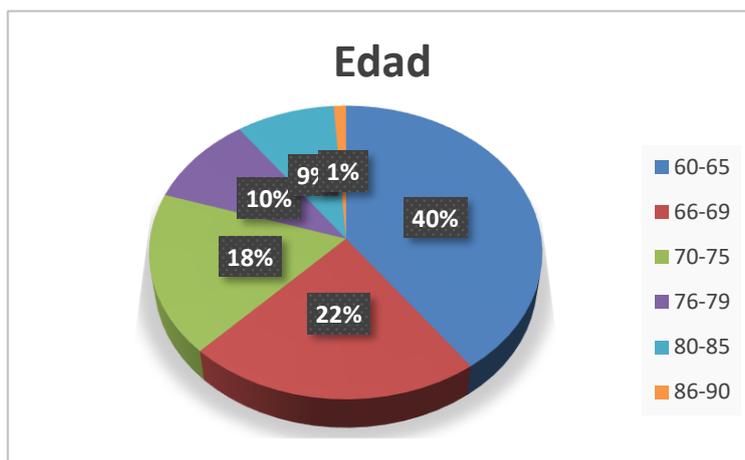
En la tabla N° 1. Y grafico 1. Se observa la distribución de la frecuencia de la población-muestra según sexo en personas mayores de un programa de salud de Lima Norte. De un total de un total de 100% (90) de adultos mayores encuestados, el 76.7% (69) son mujeres, y el 23.3% (21) son hombres. Las edades varían de 60 a 100 años de edad, donde participan 36 (40%) personas de 60 a 65 años, 20 (22.2%) personas de 66 a 69 años, 16 (17.8%) personas de 70 a 75 años, 9 (10%) personas de 76 de 79 años, 8 (8.9%) personas de 80 a 85 años y finalmente 1 (1.1%) persona de 86 a 90 años. Respecto a su grado de instrucción el 11.1%(10) de los participantes son iletrados, 3.3% (3) personas solo saben leer y escribir, 37.8 (34) personas tienen primaria, 31.1% (28) personas secundarias completa, 8.9%(8) personas tienen una carrera técnica y 7.8% (7) personas tienen estudios universitarios. Según su estado civil el 13.3% (12) de adultos mayores son solteras, se evidencia una homogeneidad de 6.7% (6) de personas divorciadas y convivientes, el 51.1% (46) de los adultos mayores son casados y finalmente el 22.2% (20) de las personas son viudas.

GRAFICO 1. Distribución de la muestra según sexo.



Elaboración: Propia

GRAFICO 2. Distribución de la muestra según edad.



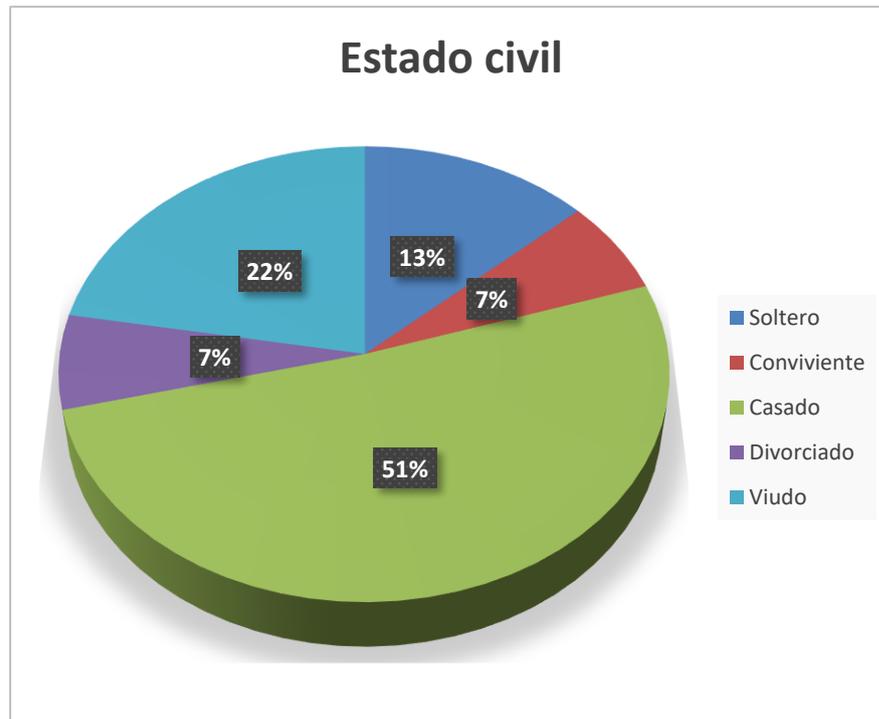
Elaboración: Propia

GRAFICO 3. Frecuencia de muestra según grado instrucción



Elaboración: Propia

GRAFICO 4. Frecuencia de datos según estado civil



Elaboración: Propia

2.2.2.1. Métodos inclusión y exclusión:

2.2.2.1.1. Métodos de inclusión:

- Adultos mayores de diversos niveles de estudios.
- Adultos mayores con una edad superior a los 60 años de edad.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores orientados en tiempo espacio y persona.
- Adultos mayores que acepten participar en la aplicación de instrumentos.

2.2.2.1.2. Métodos de exclusión:

- Pacientes con evidencia de deterioro cognitivo.
- Pacientes con una edad inferior a la solicitada.
- Adultos mayores que no deseen participar de la evaluación.
- Adultos mayores que presente demencia senil.

2.3. Técnicas e instrumentos

2.3.1. Técnicas

En la siguiente investigación para la recolección de datos se usó aplicación de instrumentos estandarizados y confiables. Según Pérez-Pareja (1996), menciona que los cuestionarios presentan un cierto formulario de preguntas estructuradas anteriormente para que el evaluado pueda responder de forma dicotómica como si/no, verdadero/falso, etc. Estos instrumentos fueron; el Cuestionario De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage que mide el nivel de depresión en el adulto mayor y El Índice De Calidad De vida, ambos instrumentos nos permitirán hallar la correlación de las variables estudiadas.

2.3.2. Instrumentos

a. Ficha de datos sociodemográficos

La información que se requirió para la presente investigación fue la edad, el sexo, lugar de nacimiento, grado de instrucción, estado civil, número de hijos vivos, con quienes vive, por parte de quien reciben un apoyo económico y si presentaban algún problema relacionado con su salud, si recibe tratamiento y que tiempo. Estas preguntas son adicionales a los instrumentos que se usaran, las cuales brindaran mayor información de la población.

b. Escala geriátrica de depresión Yesavage reducido. Versión española (GDS-VE)

El cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS), era una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas que es el (si/no) diseñada especialmente para personas de la tercera edad. Luego de ello se creó una validación en español. Posteriormente Sheikh y Yesavage propusieron la versión abreviada de 15 preguntas, de igual forma la contestación sería dicotómica (si- no), siendo 15 la puntuación máxima y 0 la puntuación mínima. Las cuales tiene como objetivo medir los niveles de la depresión en el adulto mayor y ayudar en la agilidad de la resolución de las preguntas.

- **Ficha técnica**

1. **Nombre:** Escala geriátrica de depresión. Versión española (GDS-VE)
2. **Autores:** Martínez, J. Onís C. Dueñas R. Herrero, Albert C. Aguado C. Luque R.
3. **Año de publicación:** 1999
4. **Aplicación:** Individual y colectiva
5. **Ámbito de aplicación:** Clínica – solo adultos mayores de 60 años a más
6. **Duración:** 7 a 10 minutos
7. **Finalidad:** Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores
8. **Material:** Plantilla de preguntas, lapicero.

- **Descripción de la norma de aplicación**

La aplicación es para adultos mayores de 60 años con un tiempo de evaluación estimado de 7 a 10 minutos, el puntaje máximo es 15. De las 15 preguntas, 10 indican depresión cuando son contestadas de forma afirmativa, mientras que las preguntas 1, 5, 7,11 y 13, indican depresión cuando son contestadas negativamente. Con una contestación dicotómica.

SI : 0 puntos

No : 1 punto

- **Descripción de la norma de calificación**

Al finalizar, el cuestionario nos dará como resultado las dimensiones de la depresión como:

Se considera 3 niveles:

- **Sin depresión:** 0 – 05 puntos.
- **Probable depresión:** 06- 09 puntos
- **Depresión establecida:** 10 – 15 puntos

- **Validación y confiabilidad del instrumento**

Para la presente investigación se realizó una prueba piloto para ver la consistencia basado en el alfa de Cronbach, donde se obtuvo valores de fiabilidad de .737, esto quiere decir que cuando el coeficiente alfa $> .7$ es aceptable. Los instrumentos están validados para su aplicación.

Por otro lado, esta herramienta ha sido validada en la versión reducida de la escala de depresión geriátrica, el cuestionario geriátrico de depresión de Yesavage GDS-15 muestra resultados similares en diferentes estudios.

Quiroz. y Toledo (2016). en su investigación realizado en el 2016 en Lima Este, hallaron la confiabilidad y validez de la Escala de Depresión Geriátrica versión reducida, aplicándola a 54 adultos mayores; obtuvieron una consistencia interna de 0.846. La validez de constructo se halló a través del coeficiente de correlación del producto momento de Spearman (r), siendo la correlación significativa entre cada uno de los ítems y el constructo.

Índice de calidad de vida

Robles et al. (2010) luego de revisar diversos instrumentos para la medición de la calidad de vida, encontraron 10 aspectos relevantes y significativos para la medición.

El instrumento está validado en Lima- Perú, donde puede ser utilizado para valorar la calidad de vida de la población adulta de Lima Metropolitana, donde los resultados varían según las características demográficas, el nivel educativo y el nivel de pobreza de esta población.

- **Ficha técnica**

1. **Nombre:** Índice de Calidad de Vida
2. **Autores:** Yolanda Robles, Javier Saavedra, Juan Mezzich, Yolanda Sanez, Martín Padilla y Olinda Mejía.
3. **Año de publicación:** 2010
4. **Aplicación:** Individual y colectiva
5. **Ámbito de aplicación:** Clínica – solo adultos mayores de 60 años a más
6. **Duración:** 7 a 10 minutos
7. **Finalidad:** Identificar los factores de la calidad de vida
8. **Material:** Plantilla de preguntas, lapicero.

- **Descripción de la norma de aplicación**

La aplicación es para adultos mayores de 60 años con un tiempo de evaluación estimado de 7 a 10 minutos. Cada uno es valorado en una escala ordinal del 1 a 10 según sea la situación actual del paciente, donde 1 es malo y 10 es excelente.

- **Descripción de la norma de calificación**

Al finalizar, el cuestionario se obtendrá el promedio del puntaje total, donde obtendremos como resultado si percibe o no una calidad de vida adecuada.

- **Validación y confiabilidad del instrumento**

En la prueba piloto realizada para verificar la confiabilidad del instrumento se obtuvo como resultado que la media del ICV fue 7,63±1,33. El instrumento de evaluación presenta una elevada consistencia interna (Alfa de Cronbach = 0,87). El análisis factorial identificó cuatro factores.

Robles, Y. et al. (2010) En una prueba piloto realizada en Lima en el instituto nacional de salud mental Honorio Delgado con fines de estudio se encontró una alfa de Cronbach de 0.88 y 7.56 como valor promedio. El instrumento presentado es válido y confiable que puede ser utilizado para estimar la calidad de vida de la población adulta de Lima Metropolitana.

Método de análisis de datos

Para obtener los resultados de los instrumentos aplicados, la fiabilidad y validez de las mismas y el análisis de datos, se utilizará el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 para Windows, donde se codificarán los datos para el vaciado de información. Seguidamente se determinó la distribución normal mediante la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov con ello se supo que se usara la correlación de Spearman para la correlación de variables

2.4. Proceso de recolección de datos

En primera instancia se adaptaron los cuestionarios para la óptima visualización y entendimiento de los participantes. Dichos cuestionarios ya habían sido validados y adaptados satisfactoriamente al habla hispana. Una vez realizados los cambios pertinentes ya mencionados a los instrumentos de evaluación se pasó a tomar la prueba piloto, con el uno objetivo de comprobar si la prueba cumple o no con las funciones, también sirvió para medir el tiempo que demanda aplicar la evaluación e identificar las incidencias de dudas en la población.

El proceso de recolección de datos se realizó con previa autorización a través de los trámites administrativos correspondientes (Anexo1) dirigido a la Medico Jefe del programa de salud de Lima Norte, con el permiso adecuado podía proceder a la aplicación de instrumentos a las personas mayores de 60 años.

La recolección de datos se realizó en el mes de octubre, tres veces a la semana de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. La aplicación de las pruebas tuvo como duración de 15 a 20 minutos por persona aproximadamente, lo primero que se aplico es la ficha sociodemográfica previo consentimiento informado del evaluado. (Anexo2)

Seguidamente dichos datos fueron procesados en el programa EXCEL y el paquete estadístico SPSS de la siguiente forma; se elaboró un libro de códigos (anexo 3) y una matriz en lo cual se procesaron los datos obtenidos, asignándole un valor a cada pregunta, la codificación para cada ítem de la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada (versión española) GDS-VE (anexo 4) fue la siguiente:

Respuesta correcta: 1

Respuesta incorrecta: 0

La categorización de la variable fue:

Normal: 0-5

Depresión leve: 6-10

Depresión severa: 11-15

Por otro lado, en el Índice de calidad de vida-adaptación Mezzich et al. (2000). la codificación fue respecto a su situación actual, puntuándolo de 1 al 10, sabiendo que uno es malo y 10 es excelente. (Anexo 5). En este instrumento se puede dar a conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor en cuestión.

2.5. Consideraciones éticas

En la presente investigación fue necesario tener en cuenta el anonimato y aceptación de los participantes de forma voluntaria de la población evaluada, en esta evaluación los adultos mayores de 60 años a más. Se explicó a los participantes el tipo de evaluación y objetivo de la investigación, garantizando la confidencialidad y confiabilidad de la información obtenida durante y después de la investigación.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos de la investigación. Donde el objetivo es determinar si existe una relación entre la depresión y calidad de vida de adultos mayores de un programa de salud de Lima Norte.

3.1. Prueba de normalidad de las variables

Al analizar la relación de normalidad de las variables, se determinó mediante la prueba de Kolmogorov – Smirnov para muestras mayores de 50 encuestados y para visualizar la correlación existente de las variables de investigación.

TABLA 2. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la normalidad de depresión y calidad de vida.

Variable	K-S	p (sig)
Depresión	0.246	0.000
Calidad de Vida	0.103	0.020
Primer Factor	0.146	0.000
Segundo Factor	0.100	0.026
Tercer Factor	0.163	0.000
Cuarto Factor	0.119	0.003

Es significativo ($p < 0.05$)

p: Probabilidad

Elaboración: Propia

De los datos ya obtenidos en la tabla N°2 de la prueba Kolmogorov-Smirnov para elegir el tipo de estadística se analizó las variables obteniendo como resultado ($p < 0.05$), concluyendo que se empleará el coeficiente de correlación de Spearman para la correlación de variables.

3.2 Análisis correlacional de las variables del estudio

TABLA 3. Coeficiente de correlación entre Depresión y Calidad de Vida

Depresión	Calidad de Vida	
	Rho	p
	-0.531**	.000

** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Se observó que según la correlación de Spearman que se acepta la hipótesis H_1 . Existe relación entre la depresión y calidad de vida en adultos mayores que acuden a un programa de salud en Lima Norte. Donde se evidencia que existe una correlación significativa en el nivel 0.01 (bilateral). Además, en esta presente tabla de Spearman, existe una correlación significativa negativa de grado moderado entre las variables de depresión y calidad de vida. Se relacionan de forma inversa ($r = -0.531$; $p = .000$). Mientras una aumenta la otra variable disminuye. Esto quiere decir que a mayor calidad de vida es menor la depresión que los sujetos puedan presentar.

3.3. Correlación entre Depresión y los Factores de calidad de vida

TABLA 4. Correlación entre Depresión y los factores de Calidad de Vida

	Calidad de Vida	Primer Factor	Segundo Factor	Tercer Factor	Cuarto Factor
rho	-,531**	-,405**	-,498**	-,419**	-,275**
Depresión p	.000	.000	.000	.000	.000
N	90	90	90	90	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01.

Se observó que según Coeficiente de correlación entre Depresión y los factores de Calidad de Vida.

3.4. Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores de un programa de programa de salud en Lima Norte.

TABLA 5. Prevalencia de la depresión en adultos mayores

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	14.4%
No	77	85.6%
Total	90	100%

Elaboración: Propia

Existe la prevalencia del 14.4% de depresión en la población de los adultos mayores asistentes al programa de salud, cabe mencionar que este porcentaje es inferior a comparación del 85.6% que indican la ausencia de la depresión en dicha población.

3.5 Niveles de Depresión en adultos mayores

TABLA 6. Niveles de depresión en adultos mayores

DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Normal	62	68.9%
Leve	15	16.7%
Grave	13	14.4%
Total	90	100%

Elaboración: Propia

En el programa de salud 62 adultos mayores (68.9%) se encuentran ubicados en la categoría normal, eso quiere decir que existe la ausencia de la depresión, sin embargo 16.7% presentan depresión leve y finalmente solo 14.4% de personas presentan depresión grave.

3.6 Niveles de Depresión en adultos mayores varones

TABLA 7. Niveles de depresión en varones

SEXO	MASCULINO	F	NIVELES DE DEPRESIÓN			Total
			Normal	Leve	Grave	
			12	6	3	21
		%	13,3%	6,7%	3,3%	23,3%

Elaboración: Propia

Los varones son un total de 23.3%, estos resultados nos dan a conocer que 6.7% presentan un nivel de depresión leve y el 3.3% presentan un nivel grave. En conclusión, pese a que la muestra de varones es mínima de igual forme presentan mayores indicadores de depresión que las mujeres.

3.7 Niveles de Depresión en adultos mayores mujeres

TABLA 8. Niveles de depresión en las mujeres

SEXO	FEMEINO	F	NIVELES DE DEPRESIÓN			Total
			Normal	Leve	Grave	
			50	9	10	69
		%	55,6%	10,0%	11,1%	76,7%

Elaboración: Propia

En un total de 69 personas mayores mujeres (76.7%) los niveles de depresión varían, dando a conocer que 9 personas evaluadas (10.0%) presentan niveles de depresión leve 10 personas (11.1%) son graves, sin embargo 50 (55.6%) se encuentra en un nivel normales.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

En la actualidad existen investigaciones relacionadas directamente con las variables presentadas, a continuación, se realizará la discusión de los resultados obtenidos en la presente investigación acerca de la calidad de vida que perciben las personas mayores y la relación que guardan con los niveles de depresión. Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación de la depresión con la calidad de vida de los adultos mayores.

En cuanto a los resultados se evidencia un incremento significativo puesto que en la muestra obtenida se recolectó 90 pacientes adultos mayores donde el 40% eran de 60 a 65 años y el 60% variaba en la edad de 66 a 90 años de edad. Eso evidencia el incremento de este grupo etario tal como lo mencionó Papalia, Feldman y Martorell. (2012). Ellos también refirieron mediante investigaciones confiables el incremento de este grupo etario en diversas partes del mundo, y que el grupo más grande está formado por personas de 80 años en adelante, discrepando con este resultado puesto que en los asistentes al Centro Materno Infantil Santa Luzmila II solo es el 10% sobrepasa esa edad. En la actualidad la población mundial está constituida por el 19%.

Poblete et al. (2015) en una investigación realizada en Chile con una población de 30 adultos mayores de 60 a 88 años de edad obtuvieron como resultado que el 16.6% de la población descrita presenta depresión Moderada, el 26.7% presenta depresión leve y el 56.7% se encuentra en categorías normales con relación a la calidad de vida, se evidencio que el promedio en dimensión es de 71.21% que está clasificada como óptima.

Reino (2018) realizó un estudio en Ecuador donde se evidencio que la prevalencia de depresión es más alta en hombres que en mujeres. Los resultados de esta investigación nos dan a conocer que la población de hombres es de 43.8% es menor a la de las mujeres puesto que son el 56.3% de igual forma hay mayor incidencia en casos femeninos. Por otro lado, el principal problema es que son pocas las personas con depresión que inician un tratamiento, esto se puede dar por diversos factores, sin embargo, es necesaria la concientización de la enfermedad puesto que cada día incrementa más y más. Los autores señalan que la escasa información sobre este problema a nivel nacional influye en el desinterés de la población para ser atendida.

El estudio realizado en Arequipa por Gálvez (2014) explica que al relacionar el nivel de calidad de vida con la depresión en los adultos mayores se encuentra una relación significativa negativa, es decir mientras mejor sean los niveles de calidad de vida, los niveles de depresión disminuirán. El desempleo y la viudez representaron factores de riesgo, puesto ambos son sinónimos pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos de la depresión. Afirmando los resultados de dicha investigación puesto que las personas que viven solas, que se encuentran mal de salud o no tienen responsabilidades en casa buscan redes de apoyos significativos, en este caso muchas de las pacientes entrevistadas para la presente investigación refieren que prefieren asistir a cualquier actividad del adulto mayor para no sentirse solas en casa puesto que se sienten parte de algo en este caso de una organización.

En un estudio realizado en Lima - Perú por Evanan (2019) nos da a conocer que el porcentaje de personas que no presentaron depresión es del 57,7%, el cual se distribuye mayoritariamente en el nivel alto de calidad de vida, es decir, a mayor nivel de calidad de vida, la depresión se muestra ausente, por lo contrario, cuando se evidencia depresión leve, el nivel de calidad de vida alta disminuye en un 44,6%, repitiéndose la misma tendencia en los niveles moderado y grave de depresión, sobre todo en el nivel grave donde el nivel alto de calidad de vida es nulo. Lo mismo se evidencia en la presente investigación, donde se demuestra que donde mayor sea los niveles de depresión, menor serán los niveles de calidad de vida y viceversa.

Seguidamente, se han realizado investigaciones de la calidad de vida donde se evidencia que la esperanza de vida aumente, sin embargo, esto no indica que la calidad de vida en los adultos mayores también lo haga, es necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la percepción de la calidad de vida de las personas mayores González - Celis (2002). En la actualidad, la escasa autopercepción de la calidad de vida se da por la falta de compromiso de las autoridades pertinentes y los bajos recursos de las mismas personas, donde el 20% son viudas y sus hijos no se hacen cargo de personas que pertenecen a este grupo etario.

Por consiguiente, se observa a un 51.1% de personas casadas, donde si reciben un ingreso mensual de jubilación o de alquiler de su vivienda, este si percibe una calidad de vida adecuada puesto que sus necesidades básicas son bien percibidas, además tienen mayor libertad de salir a diversos grupos sociales o programas impuesto por el estado sin necesidad de preocuparse por responsabilidades que en su momento ya tuvieron.

El 37.8% de los adultos mayores que formaron parte de esta investigación presentan un grado de Instrucción primaria, lo que se asocia a las pocas posibilidades de estudio que existían hace más de 70 años donde la responsabilidad de las mujeres era velar por la integridad de los hijos y de su hogar, dándose estos casos con mayor frecuencia en las personas que migran de provincia a Lima, en busca de mejores oportunidades, por otro lado, a comparación con los varones ellos dejan los estudios por la necesidad de trabajar para cubrir las necesidades básicas a las familia, como alimento, vestido, estudios para los hijos y más.

Finalmente cabe mencionar que las investigaciones brindadas anteriormente han sido previamente seleccionadas para el mejor entendimiento y comprensión de las variables en mención, es menester decir que en comparación a diversas investigaciones las mujeres presentan mayor prevalencia en casos de depresión y que las personas que tienen un nivel de instrucción nulo o primaria presentan menor auto percepción satisfactoria de calidad de vida.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

- Se encontró correlación inversamente significativa entre la depresión y calidad de vida en las personas mayores ($r=-0.531$; $p= .000$). Indicando que a mejor calidad de vida menor serán los indicadores de depresión en personas mayores.
- Se halló que el 68.9% de los pacientes evaluados no presentan depresión puesto que perciben una calidad de vida estable, sin embargo, el 16.7% presentan depresión leve y el 14.4% presenta depresión grave puesto que no perciben una calidad de vida estable.
- Se halló que los 62 adultos mayores (68.9%) se encuentran ubicados en la categoría normal, eso quiere decir que existe la ausencia de la depresión, sin embargo, el (16.7%) presentan depresión leve y finalmente solo (14.4%) de personas presentan depresión grave.
- Se halló que los varones son un total de (23.3%), estos resultados nos dan a conocer que (6.7%) presentan un nivel de depresión leve y el (23.3%) presentan un nivel grave. En conclusión, pese a que la muestra de varones es mínima de igual forme presentan mayores indicadores de depresión que las mujeres.
- Se halló que un total de 69 personas mayores mujeres (76.7%) los niveles de depresión varían, dando a conocer que 9 personas evaluadas (10.0%) presentan niveles de depresión leve 10 personas (11.1%) son graves, sin embargo 50 (55.6%) se encuentra en un nivel normales.

CAPÍTULO 6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al centro de salud implementar actividades para los adultos mayores como charlas informativas donde involucren a diversos servicios de salud para incremento de conocimientos acorde a la incidencia de enfermedades que se presentan a esta edad.
- Implementar actividades recreativas como baile o danza, donde los pacientes tengan mayores oportunidades de desarrollarse autónoma e independientemente acorde a sus gustos y preferencias.
- Promover la utilización de clubs dentro del centro de salud para incrementar el sentimiento de pertenecía.
- Dar a conocer a los responsables del Centro Materno Infantil los resultados obtenidos con el único propósito de concientizar sobre la importancia de instaurar programas preventivos de la salud, asistir a consultas con los profesionales de la salud en general.
- Ofrecerle oportunidades necesarias a los adultos mayores para que desarrollen y potencialicen habilidades, que aprendan a tomar sus propias decisiones y pueda seguir considerándose a sí mismo como una persona independiente. Es decir, que se sienta capaz de realizar satisfactoriamente una conducta que le resulte pleno de bienestar y contribuya a su satisfacción vital y a su calidad de vida.
- En la actualidad, debido a la coyuntura que estamos viviendo se recomienda el seguimiento a los pacientes por vía telefónica de las diferentes áreas tratadas, en especial del aspecto psicológico puesto que el estado de ánimo influye significativamente en el comportamiento.
- Se recomienda que para las investigaciones futuras se tenga en cuenta la coyuntura que el país y el mundo está viviendo en estos tiempos, el COVID – 19 está dejando muchos fallecidos en especial a este grupo etario, esto está ocasionando que los pronósticos anteriormente brindados varíen significativamente.

REFERENCIAS

- Apaza, M. (2018) *Calidad de vida y depresión en asistentes al centro integral de atención al adulto mayor, puno, 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional del Altiplano. Recuperado en: <https://n9.cl/nao7m>
- Beck, A. Rush, A. y Shaw, B. (2009). *Terapia cognitiva de la depresión* (Versión Adobe Digital Editions) (19a.ed.). Recuperado en: <https://docer.com.ar/doc/ex8808>
- Capote, E. Casamayor, Z. y Castañer, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(3), 237-247. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300003
- Corrales, Z y Crespin, K. (2011). *Depresión y su asociación con la calidad de vida en personas de la tercera edad que asisten a los centros de salud cabeceras de la ciudad de León*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de León – Nicaragua. Recuperado en: <https://n9.cl/8c4f>
- Cuenca, A. (2018). *Depresión también en la tercera edad*. Diario sanitario, España. Recuperado en: <https://n9.cl/63fq>
- Evanan, Y. (2019). *Depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores del hospital Militar Geriátrico, Chorrillos 2017*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana de los Andes. Recuperado en: <https://n9.cl/fwpbq>
- Gálvez, L. (2014). Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de ESSALUD. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2014. Recuperado en: goo.gl/ZPQ5ap
- González-Celis, R. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.) México

Papalia, D. Feldman, R. Martorell, G. (2012) *Desarrollo Humano*. (12, ed.). México: Mcgraw-hill/interamericana editores. Recuperado en: <https://n9.cl/2n5jv>

Martínez, J. Onís, M. Dueñas, R. Albert, C. Aguado, y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40. Recuperado en 16 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113157682002001000003&lng=es&tlng=es.

Mezzich, J. Ruiperez, M. Pérez, C. Yoon, G. Liu, J. y Mahmud, S. (2010) La versión en español del Índice de calidad de vida: presentación y validación. *J Nerv Ment Dis*. 2000; 188 (5): 301-5.

Normas Legales [Editora Perú] (26 de agosto de 2018). *El Peruano*, p.27. Recuperado en: <https://n9.cl/0tp7>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado en: <https://n9.cl/vr04>

Organización Mundial de la Salud. (2017). La salud mental y los adultos mayores Datos y cifras. Recuperado de <https://n9.cl/62h3>

Pérez-Pareja, F. (1996). Autoinformes. Principios psicométricos en la evaluación psicológica. Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Gualberto Buena Casal y J.C. Sierra (dirs). Siglo XXI. Madrid.

Poblete, F. Matus, C. Díaz, E. Vidal, P. y Ayala, M. (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física Universidad Católica del Maule*. N° 16 (2), 71-77.

Quiroz, A. y Toledo, B. (2016). *Esperanza y depresión en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016*. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión. Disponible en: <goo.gl/VnxJCo>

Reino, C (2018) *Prevalencia de la depresión según la escala de yesavage en pacientes adultos mayores institucionalizados en el servicio de medicina interna del hospital Alfredo Noboa Montenegro*. (Título de médico cirujano). Universidad regional autónoma de los andes. Ambato- Ecuador. Recuperado en: <https://n9.cl/zty2>

Robles, Y. Saavedra, J. Mezzich, J. Sanez, Y. Padilla, M. y Mejía, O. (2010) índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental 2010 / Volumen XXVI (2)* vol 26, No 2 recuperado en: <https://n9.cl/5dt3>

ANEXO 1



SOLICITO PERMISO PARA REALIZAR UNA INVESTIGACION

Lima, 31 Agosto del 2018

Señora

M.C. GUISELA YANET DIAZ CARDENAS

Medico Jefe del Centro Materno Infantil "Santa Luzmila II"

Presente.

Yo, Lisbeth Milagros Talledo Tello, identificado con DNI 61179295, alumna del décimo ciclo de la Universidad Privada del Norte, me presento ante usted respetuosamente y expongo:

Que deseo realizar una investigación a la población de adultos mayores que asisten al Centro Materno Infantil Santa Luzmila II durante el período octubre – diciembre del 2018, solicito a usted se sirva para expedir una aprobación de investigación titulada "Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor"

En espera por la pronta atención a mi solicitud quedo de usted.

Atentamente,


Lisbeth Milagros Talledo Tello
DNI: 61179295

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
CMI SANTA LUZMILA II
RECIBIDO
FECHA: 31 AGO. 2018
HORA: 11:41h. FIRMA: 

ANEXO 2

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

PRESENTACIÓN:

Estimado/a Señor/a, el presente estudio se basa en identificar la presencia de depresión y su relación con la calidad de vida, razón por la cual se solicita su colaboración para responder esta ficha de recolección de datos y los siguientes cuestionarios. No debe escribir su nombre, tus respuestas serán confidenciales. Asimismo, le recuerdo que su participación es valiosa, puesto que contribuye a generar conocimientos que será útil para el desarrollo de futuras investigaciones. Se espera su sinceridad en sus respuestas y de antemano agradezco su colaboración.

Edad: _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Lugar de nacimiento: _____

Grado de Instrucción: Iletrado () Lee y escribe () Primaria completa () Primaria Incompleta () Secundaria Completa () Secundaria Incompleta () Técnico () Universitario ()

Estado Civil: Soltero/a () Casado/a () Conviviente () Divorciado/a () Viudo/a: ()

Número de Hijos: 1 () 2 () 3 () 4 () Otros: _____

Convivencia: Esposo/a () Hijo/s () Nieto/s () Solo () Otros _____

Vivienda: Propia () Alquilado () Otros: _____

Apoyo económico recibido: Jubilación () Trabajo () Hijos () Otros: _____

Problemas relacionado con la salud: HTA () Diabetes () otros: _____

ANEXO 3

TABLA DE CODIGOS – DATOS GENERALES

CATEGORIA	CODIGO
SEXO	
FEMENINO	1
MASCULINO	2
GRADO DE INSTRUCCION	
ILETRADO	1
LEE Y ESCRIBE	2
PRIMARIA	3
SECUNDARIA	4
TÉCNICO	5
SUPERIOR	6
EDAD	
60 -65	1
66-69	2
70-75	3
76-79	4
80-85	5
86-90	6
ESTADO CIVIL	
SOLTERA	1
CONVIVIENTE	2
CASADA	3
DIVORCIADA	4
VIUDA	5
CONVIVE	
SOLO	1
ESPOSO	2

HIJO	3
NIETO	4
ESPOSO E HIJO	5
HIJO Y NIETO	6
ESPOSO, HIJO Y NIETO	7
VIVIENDA	
PROPIA	1
ALQUILADA	2
FAMILIAR	3
APOYO ECONOMICO	
JUBILACIÓN	1
TRABAJO	2
ESPOSO	3
HIJO	4
ALQUILER	5
FAMILIA	6
PROBLEMAS DE SALUD	
NO	0
SI	1

ANEXO 4

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (VERSIÓN
ESPAÑOLA) GDS-VE**

1. ¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda 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 usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿se sienten lleno/a de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACION TOTAL.....		

ANEXO 5

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA-ADAPTACIÓN MEZZICH Y COLABORADORES, 2000

Con respecto a los siguientes aspectos de su vida, califique 1 a 10 su situación actual, donde 10 es excelente y 1 es malo.

1. **Bienestar físico;** es decir, sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. **Bienestar psicológico o emocional;** es decir, sentirse bien y satisfecho consigo mismo.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. **Autocuidado y funcionamiento independiente;** es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. **Funcionamiento ocupacional;** es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. **Funcionamiento interpersonal;** es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. **Apoyo social y emocional;** es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. **Apoyo comunitario;** es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. **Plenitud personal;** es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. **Satisfacción espiritual;** es decir, haber desarrollado una actividad hacia la vida más allá de lo material y de un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. **Calidad de vida global;** es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Puntuación total: _____

Gracias por tu participación

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El asesor Mg. Luis Ronald Luyo Pachas, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de Psicología, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo del proyecto de investigación del(os) estudiante(s):

- Lisbeth Milagros, Talledo Tello

Por cuanto, **CONSIDERA** que el proyecto de investigación titulado: DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UN PROGRAMA DE SALUD EN LIMA NORTE 2018 para aspirar al título profesional por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al(los) interesado(s) para su presentación.

Mg. Luis Ronald Luyo Pachas

Asesor