



**FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD- CHICLAYO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Autora:

Bach. Alvarado García Kelly Karumy Di

Asesora:

Mg. Gozzer Minchola Jessica

Línea de Investigación:

Psicología y Desarrollo de Habilidades

Pimentel – Perú

2018

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO
DE SALUD- CHICLAYO**

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO
DE SALUD- CHICLAYO**

Aprobación de la Tesis

Mg. Gozzer Minchola Marissa Jessica
Asesor(a) metodólogo

Mg. Delgado Vega Paula Elena
Presidente del jurado de tesis

Mg. Montenegro Ordoñez Juan
Secretario del jurado de tesis

Mg. Bulnes Bonilla Carmen Gretel
Vocal del jurado de tesis

Dedicatoria

Esta investigación se la dedico a mis padres Paul y Kelly las personas más importantes de mi vida, que me han dado su apoyo incondicional en todo lo que me he propuesto a lo largo de mi vida, son el pilar esencial de mi formación profesional, todo lo que soy es gracias a ellos.

A mi hermano Kevin, por apoyarme en mi carrera profesional, estando lejos siempre me brindó su apoyo para seguir adelante.

A mi tía Kirssen por estar pendiente de mi progreso profesional, por haberme ayudado durante todos los obstáculos que se me presentaron.

A mis abuelos por sus consejos valiosos y sus conocimientos que son relevantes para mi progreso profesional.

Kelly Karumy Di Alvarado García

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a mi familia por ser el pilar que me mantuvo fuerte todo este tiempo.

A Dios por la vida.

A mis docentes por la confianza y exigencia constante.

Kelly Karumy Di Alvarado García

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
ÍNDICE	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	20
2.2. Población.....	20
2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	20
Variables	20
Operacionalización.....	21
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	21
2.5. Métodos de análisis de datos.....	23
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES.....	35
VI. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS	39

Resumen

Esta investigación de tipo no experimental y diseño descriptivo correlacional, planteó hallar la relación existente entre calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud de Chiclayo, para lo cual se consideró un total de 130 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se aplicó el test de Calidad de vida de y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, ambos test fueron validados en poblaciones con características similares a las de la muestra, dentro de los resultados se encontró correlación significativa entre las variables generales con un valor $p < 0.05$, lo que determina la asociación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores, concluyendo que ciertos aspectos del estado de ánimo como el optimismo y la felicidad se verán afectados, viéndose reflejado en la manifestación de sentimientos de tristeza.

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

Abstract

This non-experimental research and descriptive correlational design, raised the existing relationship between quality and life in older adults in a health center in Chiclayo, for which a total of 130 older adults who met the inclusion criteria were achieved , to whom the Quality of Life test of the Yesavage geriatric depression scale was applied, both tests were validated in populations with factors similar to those of the sample, within the results a correlation was found between the general variables with a p-value. <0.05 , which determines the association between quality and life in older adults, the conclusion that there are certain aspects of the state of mind such as optimism and happiness are affected, being reflected in the manifestation of feelings of sadness.

Key words: Quality of life, depression, elderly, Chiclayo.

I. INTRODUCCIÓN

La adultez es la última etapa del ciclo de la vida, que va a comprender a personas desde los 65 años de edad para adelante. Es en esta etapa en donde las personas van a empezar a sufrir diversas enfermedades y junto con ello, notorios cambios físicos y psicológicos; estos cambios físicos son: Cambios de la masa muscular, va a presentar dificultades en actividades diarias que antes solía hacer con facilidad y en cambios psicológicos están relacionados a la pérdida de la memoria, estrés, depresión.

En Latinoamérica, la población adulta mayor ha ido incrementando con el pasar de los años, esto no es diferente en Perú. Según el INEI, la población adulta mayor ha incrementado en un 8.2%; pero no sólo ha incrementado esta cifra, junto con ello se han sumado mayores casos en Centros de salud con relación al adulto mayor pues son los más atendidos por cuadros clínicos de enfermedades, entre las más frecuentes se encuentra: Hipertensión, diabetes, riesgos cardiovasculares y problemas de depresión; aunque las enfermedades físicas son las más tratadas en los centros de salud, también se le debe dar la misma importancia a la salud mental en personas de la tercera edad.

Las personas de la tercera edad son las más propensas a padecer de depresión, esto puede ser causa de varios factores como, por ejemplo: pérdida de cónyuge, soledad producto de la partida de los hijos; otros a causa de dejar sus trabajos por el tema de jubilación, depresión por situaciones económicas. La depresión hace parte del contexto de las enfermedades del estado de ánimo y es en esta etapa de la vida de las personas (tercera edad) que es más difícil de diagnosticar, es por ello que existe una gran preocupación por estudiar los problemas psicológicos que los aquejan a ellos, en especial del Centro de Salud de Chiclayo, pues estos adultos mayores se encuentran pasando por un cuadro clínico de depresión. Como apoyo teórico para la realización de esta investigación se utilizaron los aportes de las teorías: Calidad de vida, dimensiones de la calidad de vida, adulto mayor, disminución del refuerzo positivo, el modelo de Nezu y la teoría cognitiva de Beck. El significado de generar una mejora de la calidad de vida en el adulto mayor va direccionado a una mejora en de las relaciones interpersonales y psicoafectivas, tratando la depresión como tema de suma importancia en el adulto mayor. Por lo expuesto anteriormente se formuló la siguiente problemática, ¿De qué manera la aplicación de una mejora de la calidad de vida influye en la depresión que padecen

los adultos mayores del centro de Chiclayo?; tomando como objetivo general Establecer una relación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud de Chiclayo.

Todo estudio tiene como referencia un marco teórico, en este caso tenemos que a menudo el concepto de “bienestar” es usado como sinónimo de calidad de vida. El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas (Gonzales–Celiz, 2009).

Según Natalicio J. (2002), plantea que la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica.

Su objetivo es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida, esto implica la existencia de dos elementos: las necesidades humanas fundamentales, definidas como el conjunto de condiciones de carencias puntuales, reconocidas por todos los seres humanos; quienes poseen los medios para resolverlas y los indicadores de satisfacción de las necesidades humanas. Que son elementos de medición diferentes en cada país.

Vinaccia & Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento –y en particular de la psicología– que se debe aprovechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia.

Calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad.

La calidad de vida globalmente ha influenciado en la convivencia de todo individuo tanto para su integridad como su accionar en el entorno. En cuanto a las dimensiones que la constituye, éstas pueden variar incluso de sujeto a sujeto en un mismo grupo y tiempo; no obstante, se puede llegar a un consenso acerca de lo que significan para el grupo en ese espacio y tiempo; sin embargo, vivir bien y tener una vida de calidad es una aspiración de cualquier ser humano, en cualquier época y cultura. ¿Cómo saber si las necesidades están cubiertas sin caer en indicadores puramente objetivos? La respuesta está, como se ha podido ir vislumbrando, en la satisfacción percibida por las personas en sus diferentes dimensiones de vida; es decir, estar colmado en un área de la vida donde se produce felicidad y es entonces cuando se puede hablar de un bienestar.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y más graves a nivel mundial en cuanto enfermedad invalidante en personas adultas (Murray & Lopez, 1996). Sin embargo, el término depresión es relativamente reciente. En la lengua inglesa este concepto aparece durante el siglo XVII (Jackson, 1986). En la actualidad, este término ha sustituido al de melancolía en el lenguaje biomédico. Uno de los problemas en la historia de la depresión y la melancolía es que han sido utilizados para expresar cosas muy distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. En el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no es necesariamente estar enfermo.

El concepto de enfermedad está creado por el hombre (Spitzer y Wilson, 1982). No hay una única forma de pensar la enfermedad, por lo tanto, una clasificación de estas es desde ya una creación humana. Las clasificaciones tienen como objetivo general ser instrumentos para comunicar información. Por ejemplo, cuando un médico da un diagnóstico está emitiendo una comunicación. Es por ello que los sistemas diagnósticos operativos -como el DSM-IV (APA, 1995) y la CIE-10 (OMS, 1992)- son clasificaciones, modos de pensar u organizar la enfermedad. Cada una de estas categorizaciones responde a una lógica de pensar la enfermedad. En los hospitales públicos de Argentina es necesario realizar el diagnóstico en

términos de la CIE 10, aunque son más bien pocos profesionales los que utilizan el sistema desarrollado por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Los psiquiatras suelen diagnosticar en su mayor parte mediante las categorías utilizadas por el DSM-IV, y los psicólogos de diversas orientaciones no suelen utilizar estos sistemas de diagnóstico operativos, sino que más bien diagnostican a partir de las categorías que dicha orientación tiene como base (Korman, Garay & Etchevers, 2007).

Nos centraremos principalmente en la depresión según la clasifica el DSM-IV, debido a que es el más utilizado dentro de los profesionales que utilizan un sistema diagnóstico operativo dentro de Argentina. Para definir la enfermedad, el DSM-IV recurre a la categoría de trastorno mental, un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional. El término "trastorno mental" implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos "mentales" y "físicos" (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo). Los conocimientos actuales indican que hay mucho de "físico" en los trastornos "mentales" y mucho de "mental" en los trastornos "físicos".

Hernández (2006) da su aporte en cuanto al término de Adulto mayor comparándolo con anciano, vejez, tercera edad, senectud, etc., tienen muchas similitudes; pero no son iguales. Por ejemplo: Anciano proviene del latín anzi (anterior); Vejez o viejo del latín vulgar vetelus y del latín clásico vetus- veteris (viejo o de cierta edad).

Según la asamblea mundial la edad cronológica del adulto mayor es de 60 años en adelante, en donde se establece plenamente el proceso fisiológico del envejecimiento.

Uno de los sinónimos más amplios es senectud, ya que se divide en: Senectud joven (60-69 años), en donde los cambios físicos y sociales son radicales, ya que se presenta la jubilación y la inactividad, Senectud Intermedia (70-79 años), se pierden las capacidades y las enfermedades son más frecuentes y disminuye la actividad sexual, se socializa menos, ya que los iguales empiezan a estar más cerca de la muerte, Senectos viejos (80-89 años), es cuando se comienzan a vivir de los recuerdos y del apoyo de la familia joven, Senectos ancianos (90-99 años), es difícil dar algún concepto de esta etapa ya que es poco frecuente que alguien llegue a esta etapa.

Corbera (2007), refiere que la tercera edad se considera como el último periodo de la vida ordinaria del hombre de hecho la Organización de las Naciones Unidas (2003) ha considerado

como persona de la tercera edad a toda persona mayor de 60 años, considera que es muy importante velar por ellos, cuidarlos y tratar de darles cuantas facilidades sean posibles para que lleguen a una vejez digna, sin discriminación y puedan adaptarse integralmente a la sociedad y que, a pesar de su edad, sigan siendo útiles hasta donde sus fuerzas y capacidad les permitan. A lo largo de la vida de las personas puede haber diferentes capacidades o formas de vida que lleven a desgastarse o a perder sus facultades físicas unos antes que otros.

Donoso (2007) refiere que para describir la etapa de la adultez tardía, podemos considerar varios tipos de edades, descritas mediante:

Edad Cronológica. La edad cronológica por lo general se conoce como el tiempo transcurrido desde que la persona nace hasta el tiempo que ha vivido, de acuerdo al uso establecido, es decir, medido por años. La edad biológica tiene que ver con la salud, en qué condiciones se encuentra el organismo biológicamente hablando, debido al uso que se le ha dado durante toda la vida. Hay personas que tuvieron una buena alimentación, hicieron ejercicio regularmente, tuvieron todas las condiciones de vida digna básicas y necesarias, durante su vida se cuidaron y llegaron a los 60 o 70 años en buenas condiciones físicas, que les permiten enfrentar la vida de manera distinta a las personas que tienen problemas porque fumaban o porque nunca hicieron ejercicio o tuvieron un accidente. **Edad Funcional.** También existe la edad funcional, es decir, la capacidad del ser humano de mantener los roles personales y sociales dentro de la comunidad.

Donoso (2007), plantea que puede haber personas completamente sanas pero que por alguna razón no pueden desarrollar el rol que normalmente se esperaría de ellos, es decir, tienen problemas de integración social, son muy cerrados, tal vez antisociales, etc. Son aspectos que hay que considerar para entender esta definición de la tercera edad.

El teórico Lewinsohn manifiesta que la depresión es el resultado de la reducción del esfuerzo positivo contingente a las conductas de un determinado paciente, los cuales se van a resumir durante 3 esfuerzos positivos que son: el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; el número de hechos potencialmente reforzados que tienen lugar y por último el conjunto de habilidades que posee una persona para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. Estos planteamientos fueron reformulados más adelante, para el autor las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido muy simples; lo

que ahora Lewinsohn y colaboradores proponen que la depresión sea considerada como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales, es decir, que la depresión como resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, afecto y las cogniciones. También a esta reformulación se le acuña un nuevo factor que es el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que no es más que un acontecimiento que va a evocar la depresión (ya sea por un recuerdo) y que posiblemente altere la conducta de la persona. Producto de ello se va a producir la llamada autocrítica que en muchos casos, sólo es de manera destructiva (enfocándose en uno mismo), provocando que afecte el estado emocional, la conducta, las relaciones interpersonales, etc. En este sentido, la teoría de la disminución del esfuerzo positivo, se va a dar en el adulto mayor cuando se encuentre haciéndose un análisis ya sea autocrítico sobre la vida. Cuando la persona empieza analizar, va a recordar episodios que en su mayoría de casos son desgarradores y que en algún momento de su vida lo marcaron dejando una sensación de tristeza, un vacío emocional muy fuerte que cada vez que es recordado va a generar una desconexión del mundo actual, enfocándose solamente en esa etapa en donde ocurrieron los hechos. Son pocos los adultos mayores que van a presentar un olvido de la memoria, en la gran mayoría estos recuerdos del pasado no han sido superados y cada vez que se recuerda, viene con más precisión, como si ese recuerdo hubiera ocurrido un día antes. Se va a ocurrir un fenómeno de la secuencia de conexiones causales y los acontecimientos que más causan esto son: Pérdida del cónyuge o de algún familiar (hijos, padres). Las personas que quedan más vulnerables por alguna pérdida de un familiar en el pasado, son las más propensas a sufrir una depresión en el futuro. Podemos decir, que el adulto ya en la tercera edad va a recordar cada vez más episodios de su vida pasada ya sea: matrimonio, nacimientos de hijos, viajes, etc.; puede ser que con estos recuerdos se venga a la memoria alguna persona que haya fallecido y con la cual compartió momentos gratos de su vida. También el comportamiento de un adulto mayor va a estar más vulnerable por un proceso biológico, ya que estas personas vuelven a tener comportamientos de la primera infancia. Vuelven a ser niños y sus estados de ánimo van a estar en constante cambio, un día amanecerán de lo más felices y a las horas pueden manifestar enojo, incomodidad ya sea por una actividad que les impide hacer su día a día. Al llegar a la tercera edad, a las personas adultas mayores se les hará complicado el tema de que ya no podrán realizar algunas actividades que hacían cuando eran más jóvenes, puesto que el físico ya no es el mismo y es allí cuando van a presentar una montaña rusa de emociones, comportamientos, actitudes; por ejemplo, un adulto mayor va a notar deficiencias a la hora de caminar, pues lo realizará cada vez más pausado y llegará a pensar que tiene alguna enfermedad en la pierna, va a empezar a preocuparse y recordará como años atrás no padecía

de ningún “achaque”, esto le genera un estado de preocupación, luego al realizar la caminata y cansarse va a empezar con el estado de frustración, cólera, enojo; consigo se sumarán habilidades que por la edad dejará de hacer y con esto llegará a pensar que ahora será una persona inútil.

Este autor y colaboradores desarrollaron una formulación de la depresión, que tuvo como objetivo central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en una persona son: el déficit para solución de problemas. Este autor afirmó que había trabajos relacionados donde se demostraba una asociación entre tener déficit en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, ya sea en niños y adultos. Al demostrarse esa asociación, el autor sugiere que las habilidades de solución de problemas podrían moderarse a la relación del estrés y la depresión. Llegando a conclusiones que si una persona tiene la capacidad de poder solucionar sus problemas podía actuar como amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativa, cambiaría su pensamiento, cambiaría completamente su “chip negativo” a uno positivo, va a llegar a pensar que si se toma un tiempo para poder meditar a cerca de sus problema y llegándolo analizar de manera correcta, encontrará la solución de manera inmediata sin llegar a recordar episodios del pasado en donde no podía solucionar nada, va a aprender a ser un poco más analítico y sobre todo haciendo una crítica constructiva, un equilibrio de las cosas malas o buenas que viene realizando y llegando al porqué del problema y ver qué en qué cosas está fallando para remediarlas. Esta teoría se empleó para estudiar el contexto social de dicha investigación, que tiene como objeto de estudio a las personas adultas mayores del centro de salud Cruz de la Esperanza; como se menciona en esta teoría; las personas que no logren solucionar sus problemas van a comenzar con problemas de depresión. Ello va a ocasionar, en primer lugar, un cuadro de estrés para luego desencadenar un cuadro de depresión. Pero, ¿Qué problemas pueden tener las personas de la tercera edad que no puedan solucionar? En la mayoría de casos, estos problemas son causados básicamente por deudas financieras que pueda presentar el adulto mayor, preocupado por la situación económica que atraviesa va a generar preocupación y con ello enfermedades más comunes causadas por la preocupación como la presión arterial, al verse con problemas financieros y de salud, la preocupación va a incrementar y con ello la solución a un problema financiero se convertirá con el pasar del tiempo en un problema difícil de solucionar. Este problema puede darse por las cuentas mensuales a los servicios básicos (luz, agua, telefonía); la gran mayoría de adultos mayores son jubilados y reciben una bonificación mensual por el Estado que prácticamente no les alcanza y por ello suelen generarse, por ejemplo, de préstamos bancarios. Un 20% de los adultos

mayores viven solos pues perdieron a su cónyuge y se les hace cada vez más difícil solucionar sus problemas financieros. Otro punto que se ha tomado en cuenta en esta investigación es que vienen los problemas de salud (cardiovasculares, respiratorios), estos problemas que suelen presentar los adultos mayores son controlados mediante un tratamiento pues por la avanzada edad el cuerpo de estas personas no llega a recuperarse en un 100%, estas molestias de salud ocasionan que el adulto mayor piense en la posibilidad de convertirse en una carga familiar para sus hijos, que en la mayoría de casos, ya tienen su propio hogar establecido. Estos adultos mayores tratan en lo posible no incomodar con sus enfermedades para evitar la preocupación de los demás familiares, llegando a cargarse de preocupación al no saber su cuadro clínico (algunos no van al doctor para evitar molestias). Van a sentir estados de ánimo como soledad, tristeza, algunos piensan en la muerte y hacen una “evaluación autocrítica” de todas las cosas malas y buenas que hicieron en vida, pensando en un mañana incierto y con sólo pensar en cosas negativas, están alterando su salud mental.

La teoría cognitiva de Beck (1967), desarrolla su teoría puntos fundamentales: cognición (estructuras mentales), contenido cognitivo (significados de pensamientos e imágenes en la mente de una persona) y esquemas (procesamiento de información). Estos conceptos serán de suma importancia cuando se analizan a los pacientes, pues mediante una imagen, se puede tener un diagnóstico de sus sentimientos, pensamientos y de los posibles problemas mentales que puede llegar a padecer. Pero lo que más resalta de este autor en el tema de sus investigaciones es un nuevo término denominado: *La tríada cognitiva* (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. Con esta teoría podemos decir que, las personas que han sufrido pérdida de un familiar en el pasado, serán más vulnerables a padecer de depresión. En el caso de los adultos mayores, algunos de los investigados perdieron a sus padres cuando eran muy pequeños, esta situación los marcó de por vida y los volvió un poco vulnerables pues con el hecho de que tuvieron que asumir el rol de la persona fallecida (algunos fueron madre para sus hermanos), en ese momento tuvieron que afrontar la situación, de alguna u otra manera haciéndose “fuertes” emocionalmente, y no sintieron que esa pérdida los podía marcar en un futuro. Esos adultos mayores con el pasar de los años van a recordar el episodio que vivieron hace años, y aunque ya están en una etapa donde han vivido casi todo, se van a sentir desprotegidos pues en un pasado se sintieron solos, tomando experiencias nuevas vividas cada día. Muchas de las personas que no han logrado superar la pérdida de un familiar, van a vivir en su propia burbuja, su propia vida, aislándose de las demás personas, sintiendo un vacío

difícil de ser llenado por otra persona, no hay vida para ellos son su ser que han perdido. Los recuerdos serán cada vez más fuertes junto con los sentimientos de tristeza, quizás hasta frustración y en muchos casos sintiéndose responsable por la partida de ese ser. Van a aislarse, les costará trabajo salir de casa, es más, asistir a reuniones familiares se les hará una situación muy pesada, pierden la noción del tiempo, se sienten inútiles, con síntomas de sólo querer dormir para aliviar sus tristezas, no encontrando ningún modo de distracción y en la gran mayoría de los casos deseando la muerte o pensar en el suicidio.

Esta descripción se vuelve cada vez más fuerte en personas adultas mayores que pasan por episodios de depresión, en algunos casos, recordar episodios de su pasado les traerá estados de tristeza y no de alegrías. De allí podemos señalar que es muy alto el porcentaje de situaciones negativas que puedan afrontar los adultos mayores de Cruz de la Esperanza por los cuales atraviesan cuadros de depresión.

Los antecedentes que se lograron extraer para complementar esta investigación fueron a nivel internacional, nacional y local:

Cerquera, A. Agosto 2016. Colombia : “ Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga”; Se estudió a 67 adultas mayores a partir de la aplicación de dos instrumentos el Minimental y la Escala Geriátrica de Depresión de Beck, dando como resultado cuyo resultado fue de -0.242, lo que indica una baja correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión de las adultas mayores del Asilo San Antonio de la ciudad de Bucaramanga. Las siguientes tablas muestran los índices de correlación que sustentan el presente estudio. Del número de adultas mayores que fueron evaluadas, el 25.4% no presenta depresión, mientras que el 19.4% presenta un estado límite para el desarrollo de la depresión.

Durán, T y otros. Febrero 2013. México: “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal”; se estudió a 252 adultos mayores de ambos sexos con el test de Yesavage y el mini- mental State Examination, dando como resultado que el encontró al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. En este grupo de adultos mayores existe depresión y deterioro en la función cognitiva; la asociación entre ambas variables fue escasa y en sentido contrario a lo esperado.

Segura A, y otros. 2015. Colombia: “Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores- Antioquia”; se estudiaron a 4248 adultos mayores con el test de la escala de yesavage, y se obtuvo como resultado que, en los adultos mayores del Departamento de Antioquia, el riesgo de depresión está explicado por la dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria, la percepción de una mala calidad de vida y el contar con pocas o nulas redes de apoyo.

Hernández,H y otros.2014. “Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca”. El presente estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre la depresión, la ansiedad y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca. Se utilizó un diseño no experimental transversal correlacional, en el cual participaron 28 pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca y hospitalizados en el Hospital General de México. Al realizar un análisis de correlación de Spearman entre las variables ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud se encontró una relación negativa, es decir, que, a mayor ansiedad, menor depresión. Se concluye que el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca depende de diversos factores, entre los que se hallan una comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y un mejor manejo clínico de la enfermedad, de tal suerte que se reduzcan los ingresos del paciente al hospital y que los objetivos del tratamiento se orienten al control de los síntomas y al manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, entre otros. Con mejores herramientas de diagnóstico y de tratamiento de la insuficiencia, inevitablemente aumentará el número de pacientes con comorbilidad emocional disminuida.

Chávez Ch, Ricardo. 2015. Puchana- Iquitos: “Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos San Francisco de Asís de la ciudad de Iquitos”; se realizó un estudio cualitativo, donde se analizó a 44 ancianos de ambos sexos, con el teste de Yesavage y como resultado se obtuvo que un 34.1% están entre los 65 a 69 años de edad, un 77.3% de los estudiados tienen un abandono familiar y un 38.3% tienen viviendo 1 a 2 años en la asilo; siendo un 34.1% de los adultos mayores con depresión leve y un 6.8% con depresión moderada, se concluye que la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” es leve a moderada y está asociada a la presencia de comorbilidad (enfermedades como hipertensión arterial, artrosis, enfermedades renales) y con los que tienen mayor abandono familiar (8 de cada 10).La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es

significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico.

Mattuti, M y otros, agosto del 2016, Lima: “Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en el hospital de lima metropolitana”. Se evaluó a 79 adultos mayores no asegurados de una comunidad del Callao y a 221 pacientes con depresión y depresión comórbida, atendidos en consulta ambulatoria de psiquiatría. Se aplicó una encuesta de consumo de medicamentos. Los resultados indican que las personas no aseguradas evidencian depresión comórbida con diabetes mellitus, HTA, Artrosis, encontrando mayor frecuencia en mujeres de 60 a 75 años que en mujeres de 76 años a más.

Bazán Q, Sonia. 2013. Chiclayo- José Leonardo Ortiz: “Afrontamiento al estrés y depresión en el adulto mayor de un centro asistencial policlínico de Chiclayo”; se determinó la relación entre afrontamiento al estrés y depresión en adultos mayores de un centro policlínico de Chiclayo, se evaluaron a 80 adultos mayores, a los que se les aplicó un test en la escala de afrontamiento al estrés de Sandin y el inventario de depresión de Beck. Como conclusiones se obtuvo que los adultos mayores suelen buscar estrategias de apoyo social, pocas veces reevaluación positiva y suele incluirse en algún grupo de religión. En los adultos mayores predomina un nivel depresión leve.

Torres Q, Jorge y otros. 2013. Chiclayo- La Victoria: “Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo”; Se realizó ésta investigación en el Centro del Adulto Mayor (CAM), ubicado en el distrito de La Victoria. La investigación fue de tipo descriptivo correlacional, se analizaron 84 adultos mayores y los resultados arrojaron que no existe correlación entre ambas variables, siendo el sexo femenino con mayor proporción a padecer de depresión.

Pintado S. (2013); realizo una investigación acerca de “clima social familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor en el hogar de ancianos “luz, vida y amor” en la ciudad de Chulucanas y en el asilo “hermanitas de los ancianos desamparados en la ciudad de Piura”. Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional, con una población de 113 adultos mayores Para ello se utilizó y administró dos instrumentos, la escala de clima social familiar (FES) de RH. Moos y E.J. Trickett y el cuestionario SF36 - Calidad de Vida, los resultados de

dicha investigación fueron los siguientes: no existe una relación significativa entre el Clima Social Familiar y el nivel de Calidad de Vida de los adultos mayores con una significancia de ($p>0,05$).

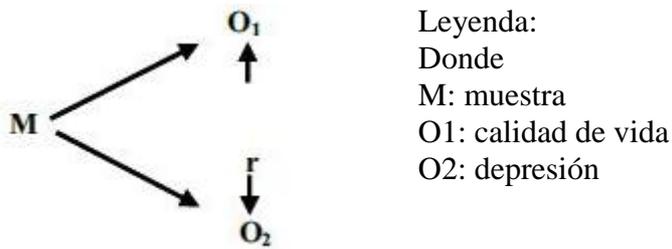
Por esta razón, resulta importante la presente investigación teniendo en cuenta la necesidad de conocer las causas principales por las cuales los adultos mayores del centro de salud de Chiclayo padecen de depresión en los niveles leve, severo y cuáles son los factores que ocasionan esta enfermedad mental en el adulto mayor. Así mismo el desarrollo de la presente investigación sugiere una toma de conciencia en una sociedad donde se aprecia el descuido que existe con respecto a la persona adulta mayor, ya que sólo se le presta atención en sus enfermedades física, mas no mentales; por ende, son mínimos los casos atendidos Con respecto a la salud emocional de las personas de la tercera edad. Por lo anterior expuesto y teniendo en cuenta el rol protagónico del profesional de psicología en salud mental y bienestar emocional asociados con la depresión se justifica la realización del presente estudio, teniendo en cuenta que para poder planificar y ejecutar dichas actividades a trabajar, se requiere tener mayor conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores del Centro de Salud. Esta investigación beneficiará al adulto mayor del centro de salud, permitiéndoles una mejor calidad de vida. Finalmente, el estudio aportará a la Universidad Señor de Sipán demostrando su calidad de enseñanza en las aulas. Los estudios en tal país demuestran la presente investigación no es única en su género, sino que tiene antecedentes publicados en diferentes ámbitos de los cuales, ésta se sirve de sus conclusiones y/o contenidos más resaltantes y que sean valiosos para la investigación

Por consiguiente, se planteó como objetivo general determinar la relación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud – Chiclayo, además como objetivos específicos se propuso identificar el nivel de depresión, así como los niveles de calidad de vida en los adultos mayores; finalmente, considerando las correlaciones, se buscó determinar la relación entre las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales, medio ambiente con la variable depresión.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es descriptivo correlacional, pues tiene como objetivo recoger información en forma independiente de las variables a estudiar, así también se denomina correlacional porque su objeto es conocer la relación que existe entre dichas variables. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p 80-81), teniendo como grafico lo siguiente.



2.2. Población

La población que concierne a este proyecto de investigación está constituida por todos los adultos del Centro de Salud. Así mismo la muestra tomada para realizar este estudio fue una muestra de 130 adultos mayores (según la edad y sexo).

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables

Calidad de Vida

Guarda relación con la sensación de autosuficiencia, ser queridos y sentirse importantes para alguien. WHOQOL Group (1993).

Depresión

Padecimiento que se caracteriza por una honda tristeza, decaimiento en el estado anímico que interfiere con el continuo desarrollo de las personas. Brink & Yesavage (1982).

Operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de variables, con distribución de ítems por dimensiones

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTOS
CALIDAD DE VIDA	SALUD FISICA	3-4-10-15-16-17-18	TEST DE CALIDAD DE VIDA
	SALUD PSICOLOGICA	5-6-7-11-19-26	
	RELACIONES INTERPERSONALES	20-21-22	
	MEDIO AMBIENTE	8-9-12-13-14-23-24-25	
DEPRESION	DEPRESION SEVERA	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-	ESCALA DE DEPRESION GERIATRICAS DE YESAVAGE
	DEPRESION MODERADA	14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-	
	NO DEPRESION	24-25-26-27-28-29-30	

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la aplicación de test psicológicos, los cuales evalúan ambas variables, los cuales se describen a continuación:

El cuestionario Whoqol-Bref (La Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida), validado en el año 2000 en la población española fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas en más de 40 países. Compuesto por 26 preguntas, cada una con 5 opciones de respuestas tipo Likert, puntuándose de 1 a 5; las primeras dos interrogantes se refieren a la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida y su

salud, y los 24 ítems restantes evalúan cuatro dimensiones que abarcan:

- a) Salud física: Los indicadores a trabajar en esta dimensión son: dolor, dependencia de medicinas, energía para la vida diaria, movilidad, sueño y descanso, actividades de la vida diaria y capacidad de trabajo. Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 3, 4, 10, 15, 16, 17,18.
- b) Psicológico: Los indicadores a trabajar en esta dimensión son: Pensamientos positivos; espiritualidad, religión, creencias personales; pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración; imagen corporal, autoestima, sentimientos negativos. Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 5, 6, 7, 11, 19,26.
- c) Relaciones sociales: Los indicadores a trabajar en esta dimensión son: Relaciones sociales, actividad sexual, apoyo social. Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 20, 21,22.
- d) Medio ambiente: Los indicadores a trabajar en esta dimensión son: Libertad y seguridad, ambiente físico, Recursos económicos, oportunidad de información, ocio y descanso, hogar, atención sanitaria/ social y transporte. Esta dimensión abarca los siguientes ítems: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25.

La escala de depresión Geriátrica de Yesavage de Brink y Yesavage (1982) adaptada en Trujillo –Perú en el 2016 por Fernández Toletino en la universidad Cesar Vallejo. El instrumento consta de 30 ítems con respuestas dicotómica (si-no), cuyo contenido se centra en aspectos cognitivos- conductuales y afectivos relacionados con las características especiales en la depresión en adultos mayores, su objetivo es detectar los niveles de depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz, su aplicación está dirigida a adultos mayores de 60 años hacia adelante. Según Yesavage (citado por Gonzales, 2014). El diseño simple de la escala fue específicamente para que adultos mayores con dificultades tuvieran la posibilidad de realizarla, la escala se puede usar con adultos de la tercera edad sanos, físicamente enfermos debido a su práctica aplicación, así mismo no hay un estricto método para su aplicación, pues puede ser auto-aplicada o guiada, grupal o individual; únicamente en el caso de un adulto mayor que cuente con dificultades motoras al grado de incapacitarle para marcar respuestas por sí mismo puede ser asistido, leyéndole los ítems y que señale la respuesta deseada.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validación del instrumento fue realizada con 250 adultos mayores de la ciudad de Trujillo en el año 2016, obteniendo un 95% en todas las dimensiones. La fiabilidad fue muy buena, obteniéndose un alpha de Cronbach de 0,91 para el cuestionario total.

2.5. Métodos de análisis de datos

Para esta investigación se observó primero la problemática en la población, determinando así el tema a indagar y que es objetivo del presente trabajo; para luego ver la factibilidad y viabilidad del proyecto. Una vez reunidas las condiciones técnicas para poder llevar a cabo la ejecución, fue necesaria la autorización del centro de salud, para ello se coordinó con las autoridades de turno, quienes gentilmente aprobaron la solicitud para permitir la investigación; posterior a ello, se procedió a gestionar las fechas en que se aplicarían las pruebas.

Para el análisis estadístico e interpretación de datos obtenidos se dio el siguiente proceso: A través del programa Microsoft Excel 2013 se colocaron los puntajes directos en la sábana de datos, y mediante el uso de fórmulas y respetando el orden de ítems por dimensión es que se suman las puntuaciones y a su vez se consiguen los niveles, teniendo en consideración los baremos de cada prueba.

Una vez obtenidos los niveles, se importan desde el programa SPSS (v. 18) para obtener mediante el análisis estadístico con el estadístico Gamma y descriptivo de frecuencias, con la finalidad de que respondan a los objetivos, estos resultados se mostrarán en tablas y figuras que se organizarán en el programa Microsoft Word para una mejor comprensión y prolijidad en la presentación.

2.6. Aspectos éticos

Se consideró el consentimiento informado, en donde se corrobora la voluntariedad y conformidad de las personas para su participación, además se mantuvo en reserva la identidad de cada uno de los adultos mayores, respetando así sus derechos; finalmente se tuvo en cuenta el principio de beneficencia, el cual sugiere que no se debe generar ningún daño a la persona en investigación (Belmont, 2003).

III. RESULTADOS

En este capítulo III, se presentan los datos estadísticos que representan los resultados obtenidos en todo el proceso de investigación, para ello se hace uso de tablas y figuras según los criterios otorgados por las normas APA (6ta Edición), estos resultados describen cuantitativa y cualitativamente la forma en que se correlacionan o no las diferentes variables, resaltando que lo presentando en este apartado responde estrictamente a los objetivos planteados.

Tabla 1

Análisis de la relación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

		Depresión							
		Severa		Moderada		Sin depresión		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Calidad de Vida	Alto	0	0	4	3.1	1	0.8	5	3.8
	Medio	1	0.8	43	33.1	19	14.6	63	48.5
	Bajo	2	1.5	51	39.2	9	6.9	62	47.7
Total		3	2.3	98	75.4	29	22.3	130	100

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

		Gamma	
Depresión		Valor	Sig
Calidad de vida		-0.365	0.039*

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

* <0.05, Correlación significativa

** <0.01, Correlación altamente significativa

En la tabla 1 se muestran los datos referentes al análisis de la calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo, encontrando un valor de -0.365 y $p < 0.05$, lo cual determina la correlación negativa significativa entre las variables, es decir que si las diferentes características de vida (vivienda, vestido, alimentación, etc.) que contribuyen de diferente manera para permitir un correcto estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, no son óptimas, entonces ciertos aspectos del estado de ánimo como el optimismo y la felicidad se verán afectados, viéndose reflejado en la manifestación de sentimientos de tristeza.

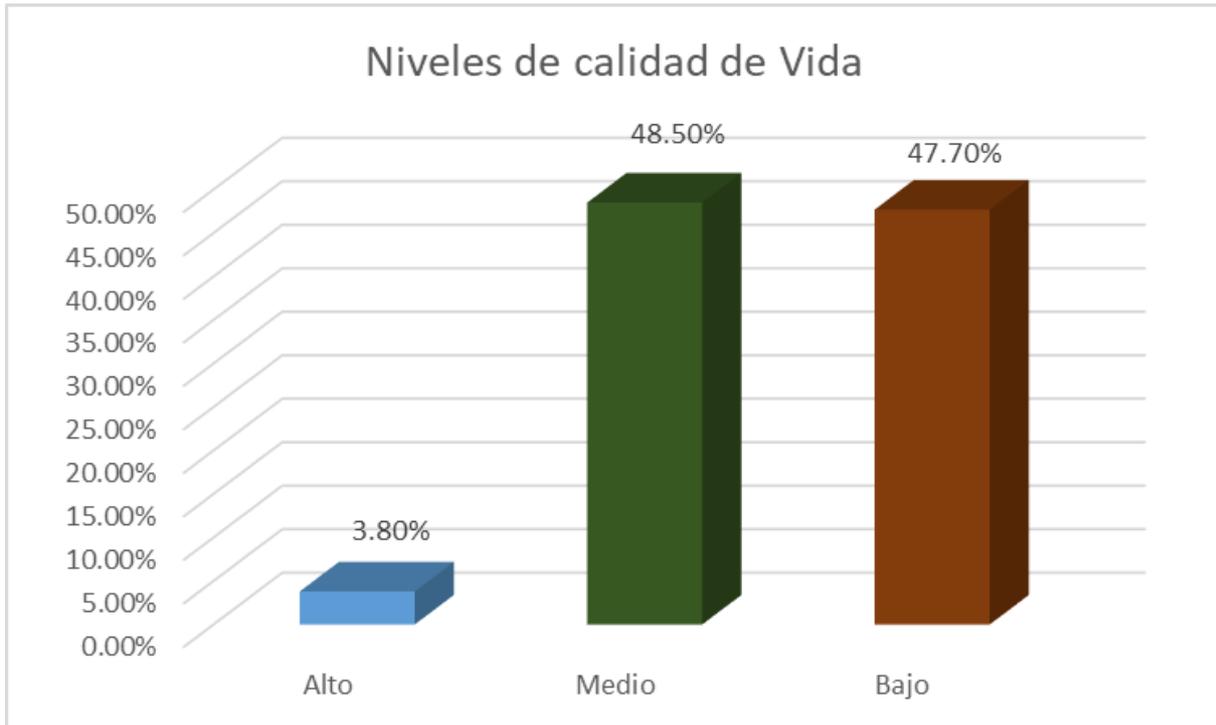


Figura 1

Análisis descriptivo de la calidad de vida en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

En la figura 1 se aprecia los porcentajes por niveles de calidad de vida, encontrando que un mayor porcentaje de participantes se encuentra en el nivel medio con un 48.5%, lo cual significa que en la población de estudio la mayoría de personas no suelen definir un bienestar total, ya sea por algunos aspectos en los que fallan o que estas manifestaciones o factores que contribuyen, suelen manifestarse intermitentemente; en magnitudes similares encontramos el porcentaje de personas que presentan bajo nivel en calidad de vida, es decir, que un 47.7% no está conforme con las situaciones reales de su día a día.

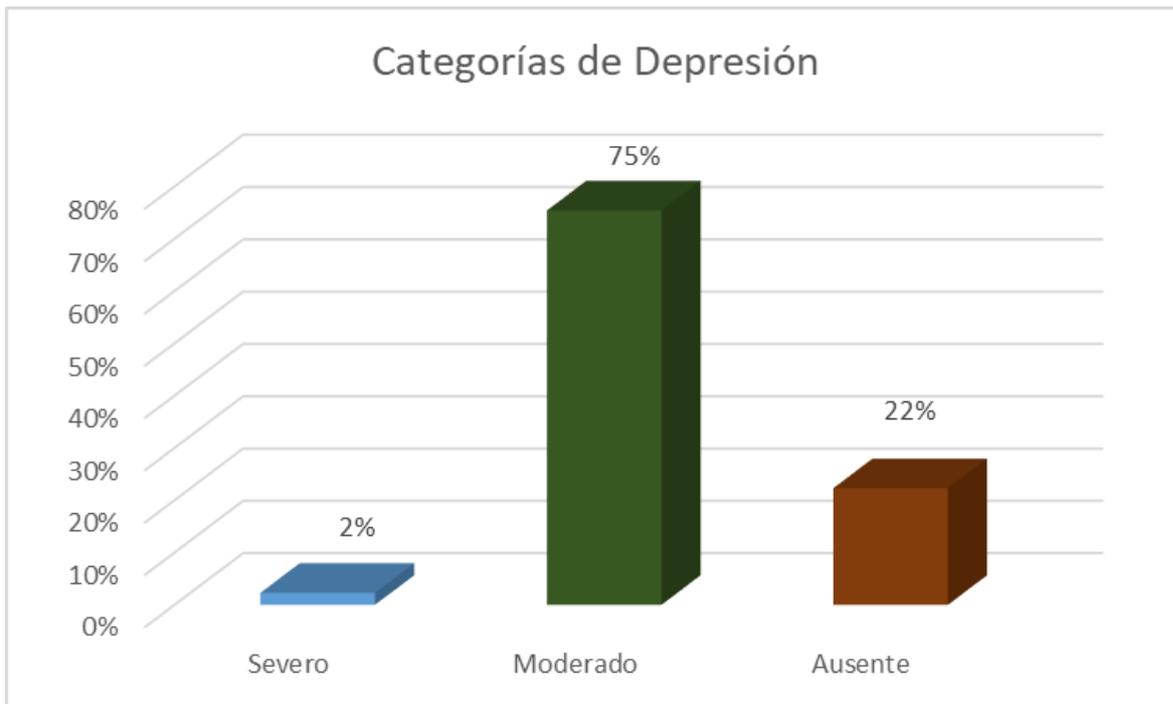


Figura 2

Análisis descriptivo de depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

En la figura 2, se muestran los resultados por categorías de la variable depresión, encontrando que un 75% de adultos mayores presenta depresión moderada, es decir, la mayoría de adultos mayores presenta falta de interés en actividades placenteras, lo cual puede deberse a la carencia de oportunidades que se dan en nuestro país para las personas de su edad; además manifiestan cierta dificultad para completar tareas simples; por otra parte un índice menor presentan depresión severa, con un 2% del total, es decir que un menor porcentaje de adultos mayores están manifestando disminución considerable en el nivel de energía y el interés por la vida.

Tabla 2

Análisis de la relación entre dimensión salud física de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

		Depresión							
		Severa		Moderada		Sin depresión		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Salud física	Alto	0	0	5	3.8	0	0	5	3.8
	Medio	1	0.8	20	15.4	13	10	34	26.2
	Bajo	2	1.5	73	56.2	16	12.3	91	70
Total		3	2.3	98	75.4	29	22.3	130	100

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

		Gamma	
Depresión		Valor	Sig
Salud física		-0.351	0.042*

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

* <0.05, Correlación significativa

** <0.01, Correlación altamente significativa

En la tabla 3 se muestra el análisis descriptivo entre la dimensión salud física de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo, encontrando un valor de -0.351 y $p < 0.05$, lo que se interpreta como la existencia de relación negativa significativa entre ambas variables, esto quiere decir que al existir malestar a nivel corporal y falencias en el funcionamiento del organismo, las probabilidades de que aparezca una depresión moderada, son mayores.

Tabla 4

Análisis de la dimensión salud psicológica de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

		Depresión							
		Severa		Moderada		Sin depresión		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Salud psicológica	Alto	0	0	7	5.4	1	0.8	8	6.2
	Medio	1	0.8	23	17.7	4	3.1	28	21.5
	Bajo	2	1.5	68	52.3	24	18.5	94	72.3
Total		3	2.3	98	75.4	29	22.3	130	100

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

		Gamma	
Depresión		Valor	Sig
Salud psicológica		-0.311	0.046*

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

* <0.05, Correlación significativa

** <0.01, Correlación altamente significativa

En la tabla 4 se muestran los resultados del análisis de la dimensión salud psicológica de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo encontrando un valor de -0.311 y $p < 0.046$, esto quiere decir que los adultos mayores al no encontrarse en un estado de completo bienestar físico, mental y social podemos afirmar que los niveles de depresión serán moderados con tendencia a severos.

Tabla 5

Análisis de la dimensión relaciones interpersonales de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

		Depresión							
		Severa		Moderada		Sin depresión		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Relaciones interpersonales	Alto	1	0.8	31	23.8	11	8.5	43	33.1
	Medio	1	0.8	43	33.1	14	10.8	58	44.6
	Bajo	1	0.8	24	18.5	4	3.1	29	22.3
Total		3	2.3	98	75.4	29	22.3	130	100

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

		Gamma	
Depresión		Valor	Sig
Relaciones interpersonales		-0.180	0.267

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

* <0.05, Correlación significativa

** <0.01, Correlación altamente significativa

En la tabla 5 se muestran los resultados relacionados al análisis de la dimensión relaciones interpersonales de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo, evidenciando un valor de -0.180 y $p > 0.05$, lo que determina que no existe correlación significativa entre las variables; es decir que las asociaciones existentes con su grupo de pares o con familiares no se relaciona con la presencia de un estado de ánimo melancólico durante un largo periodo.

Tabla 6

Análisis de la dimensión medio ambiente de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

		Depresión							
		Severa		Moderada		Sin depresión		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Medio ambiente	Alto	0	0.0	6	4.6	2	1.5	8	6.2
	Medio	1	0.8	42	32.3	19	14.6	62	47.7
	Bajo	2	1.5	50	38.5	8	6.2	60	46.2
	Total	3	2.3	98	75.4	29	22.3	130	100

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

		Gamma	
Depresión		Valor	Sig
Medio ambiente		-0.394	0.020*

Nota: Población de 130 adultos mayores de un centro de salud.

* <0.05, Correlación significativa

** <0.01, Correlación altamente significativa

En la tabla 6 se muestran los resultados del análisis de la dimensión medio ambiente de calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo, el cual arrojó un valor de -0.394 y $p < 0.05$, esto confirma la existencia de correlación negativa significativa entre las variables, es decir que al no contar con un ambiente físico adecuado, una atención de salud de baja calidad, y pocas oportunidades para informarse y/o tener descanso óptimo, esto va a predisponer el aumento de manifestaciones depresivas.

IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Después del análisis estadístico encontramos que existe correlación negativa significativa entre las calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo, con un valor $p < 0.05$, esto quiere decir que si la calidad y condiciones de vida de dichas personas mejoran, va a predisponer que las manifestaciones depresivas sean solo pasajes mas no algo constante que pueda calificarse como severo o trastorno; los resultados de este estudio coinciden con Hernández (2014) quien sugiere que luego del análisis estadístico se encontró correlacional negativa entre la calidad de vida y la depresión, es decir que si la condiciones de vida favorecen a un óptimo desarrollo integral, los niveles de depresión serán bajos o ausentes; sin embargo estos resultados difieren con lo encontrado por Torres & Torres (2013) en su tesis de grado donde pretendió determinar la depresión y calidad de vida en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Chiclayo, concluyendo que no existe correlación entre las variables, lo cual puede estar relacionado con el instrumento aplicado puesto que es diferente al utilizado en esta investigación.

Dentro de los resultados específicos tenemos que el mayor porcentaje lo encontramos en el nivel medio con un 48.5%, es decir que este porcentaje de adultos mayores tiende a presentar ambigüedad referente a las condiciones de vida lo cual se puede justificar en la intermitencia de las mismas; además un porcentaje similar de 47.7% se encuentra en la categoría bajo, es decir que este segmento de adultos mayores manifiesta disconformidad con el contexto en el que se desarrollan diariamente en diferentes ámbitos; estos resultados se asemejan a lo encontrado por Garza (2011) quien en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Tegucigalpa halló que más del 50% percibía su calidad de vida como baja; recordando que la calidad de vida se ha convertido en un constructo que incorpora: la salud física de la persona, los estados psicológicos, los niveles de independencia, el nivel socioeconómico, el nivel educativo y las condiciones personales, en base a estos constructos han surgido una serie de conceptualizaciones de la calidad de vida desde diferentes posturas teóricas., Desde la perspectiva de salud Torres & Ducci (2008) consideraron a la calidad de vida, como el conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida.

Además, se muestran los resultados por categorías de la depresión en adultos mayores, encontrando que un 75% presenta depresión moderada, como evidenció Valderrama (2012) al realizar un estudio sobre depresión en adultos mayores de la ciudad de México, encontrando predominaba la depresión severa, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos ya que al presentar nivel moderado en depresión se muestran más expuestos y próximos a llegar a un nivel severo; ante esto es importante mencionar que la depresión en los adultos mayores, es considerada como un indicador que está asociada al deterioro cognitivo y a la fragilidad del organismo, caracterizado por sensaciones de tristeza e inutilidad, tendencia al llanto, ánimo abatido, y apatía. Además se caracteriza por manifestaciones físicas como: dolores corporales, cefaleas, tensión muscular, falta de apetito etc., la mayoría de estas reacciones también pueden ser ocasionadas por la presencia de enfermedades agudas o crónicas, por síntomas de la soledad, propia de la edad, y el género, por las condiciones y estilos de su propia vida (Kaplan, 2000; Pérez & Arcia, 2008; Pidemunt, 2010). Generalmente sus consecuencias negativas sobre la comorbilidad, en la disminución de su interés en el desarrollo de las capacidades funcionales, en el desempeño de las actividades cotidianas, en la calidad de vida en el desenvolvimiento social y familiar (Ávila-Funes, 2007).

Dentro de las correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y depresión, encontramos que existe correlación significativa entre salud física y depresión con un valor -0.351 y $p < 0.05$, lo cual manifiesta una relación negativa significativa entre las variables, es decir que ante una mejor salud física las posibilidades de que aparezcan niveles severos disminuye, resultados que se respaldan en lo encontrado por Fuentes (2009) quien en su estudio correlacional concluye, entre otras cosas, que la integridad física en adultos mayores es un factor que muchas veces desencadena episodios, no solo de depresión, sino de ansiedad y otras males que aquejan a estas personas; como menciona en un estudio García (2012), la depresión encuentra desencadenantes en las manifestaciones más básicas del ser humano, como el no poder caminar, quedarse relegado o sentir que alguna enfermedad aqueja nuestras vidas, generando sensaciones de vacío y desesperanza que suelen ser peligrosos cuando se mantienen en largas temporadas.

Otros de los resultados hallados es la correlación negativa significativa entre la salud psicológica y la depresión en adultos mayores con un valor de -0.311 y $p < 0.05$, es decir que si las personas mantienen un estado de bienestar en el cual se es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma

productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, este repercutirá en la disminución de síntomas y manifestaciones depresivas, resultados que afirman lo encontrado por Villegas (2010) que en su estudio cuasi experimental en la ciudad de Aragón, España concluye que su programa con adultos mayores vinculado a la salud mental y sus efectos en factores negativos tuvo el éxito esperado puesto que un gran porcentaje de la población se manifestó con índices menores de síntomas depresivos.

Por otra parte, tenemos que la dimensión relaciones interpersonales no se relaciona de forma significativa con la depresión, es decir que la capacidad para socializar con otras personas sea de su grupo de pares o familia con el estado de ánimo y los estados emocionales no se asocian de manera significativa entre sí; tal como refiere Villa (2005), los problemas en las relaciones personales no solo son el desencadenante de males como la depresión, sino que en otras ocasiones es la depresión propicia deficiencias en las capacidades para mantener contacto social; estos resultados difieren de lo hallado por Bartolomé (2012), quien en su investigación determina que en la ciudad de Buenos Aires, las habilidades sociales y el área interpersonal en los adultos mayores favorece a la aparición de situaciones agradables generando un buen clima y percibiendo su calidad de vida como óptima, además de ello, sugiere que mientras mejores sean las relaciones interpersonales, la posibilidad de que aparezcan síntomas depresivos es mucho menor

Finalmente se encontró correlación negativa significativa entre la dimensión medio ambiente y depresión en adultos mayores de un centro de salud de la ciudad de Chiclayo, es decir que mientras las condiciones del entorno sea más favorables, la predisposición a manifestar cuadros depresivos moderados o severos, es menor, así corrobora Terán (2015) quien en su estudio dirigido a determinar los aspectos coyunturales que inciden en la depresión, determinó que el entorno en que nos desempeñamos va a generar condiciones que potencien o disminuyan la posibilidad de tener síntomas depresivos, tal cual refiere Aguilar (1998) que la depresión es una enfermedad que tiene asidero no solo en aspectos internos de la persona sino también en aquello que lo rodea.

V. CONCLUSIONES

Luego de la revisión estadística y teórica se llega a la conclusión que:

Existe correlación significativa entre la calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud, Chiclayo.

En la muestra predomina el nivel medio en lo que respecta a calidad de vida, con un 48.50% en esta categoría.

Dentro de lo que es depresión, tenemos que el mayor porcentaje se encuentra en la categoría moderado, con un 75%.

La dimensión salud física se relaciona significativamente de manera negativa con la depresión en adultos mayores de un centro de salud de la ciudad de Chiclayo.

Existe vinculación significativa negativa entre la dimensión salud psicológica y la depresión en adultos mayores de un centro de salud de la ciudad de Chiclayo.

No se obtuvo correlación entre la dimensión de Relaciones Interpersonales y depresión en adultos mayores de un centro de salud de la ciudad de Chiclayo.

Se halló asociación significativa negativa entre la dimensión medio ambiente y la depresión en adultos mayores de un centro de salud de la ciudad de Chiclayo.

VI. RECOMENDACIONES

Para los familiares de los adultos mayores, considerar los resultados como aspectos reales, que permitan concientizarlos para reconocer la existencia de este y de otros males, además de reconocer cuan expuestas se encuentran las personas a esta edad con la finalidad de tomar cartas en el asunto y ser agentes de cambio para ellos.

Para las entidades pertinentes, realizar campañas médicas orientadas a adultos mayores en donde se pueda identificar algunas dolencias o malestares pero que no solo quede ahí sino realizar seguimientos.

Para los profesionales de la salud mental, mostrar mayor interés en trastornos y/o problemas emocionales asociados a los adultos mayores, haciéndose notar a través de promoción y prevención en sus diferentes niveles.

Para las autoridades encargadas de los centros de salud, propiciar un clima de respeto, empatía y cordialidad con todas las personas pero especialmente con los de la tercera edad, debido a su vulnerabilidad y predisposición para asimilar todo lo que ocurra en el entorno como personal y de esa manera deje de verse afectados.

Para las personas cercanas a los adultos mayores, hacer partícipes de situaciones cotidianas, tomando en cuenta su opinión, criterios y gustos personales, con la finalidad de hacerles sentir importantes en el ambiente en que se encuentren.

Si bien no fue uno de los puntos significantes dentro de los resultados, se considera oportuna la creación de espacios en donde se compartan momentos ya sea con personas de su misma etapa de vida o con familiares cercanos, con la finalidad de intercambiar pensamientos, comentarios, vivencias y mantener un adecuado nivel de socialización.

Para las personas cercanas a los adultos mayores, mejorar las condiciones en que se encuentran los medios físicos y el entorno en el que suelen desenvolverse.

A manera global para los investigadores, realizar estudios con otras variables puesto que es importante corroborar de manera científica la información que asumimos como cierta, justificándose también en que los adultos mayores es una población bastante vulnerable.

REFERENCIAS

- Aguilar, S y otros. Recuperado de "La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor". <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Arias, P y otros. En "Situación familiar del adulto mayor institucionalizado"
- Ávila-Funes, J.A., Garan, M.P., Aguilar-Navarro, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19 (5), 321–30.
- Beck, Aaron. Recuperado de "Teoría terapia cognitiva" http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5_-_tbeck.pdf
- Brink, F., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, P., Ardey, M. y Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-44.
- Dueñas, D y otros. Recuperado de "Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas": http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000200002
- Flores, S y otros. Recuperado de "Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores" http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S200707802011000200007&script=sci_arttext <http://eventos.ucol.mx/content/micrositios/241/file/memoria/pdf/85.pdf>
- García, P. (2012) *La depresión, enemigo invisible de la humanidad*. 1ra Edición. México: Girasol Editoriales.
- Garza. B. (2011) *Estudio sobre la calidad de vida en las personas de edad avanzada*. Tegucigalpa: Guatemala.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación* 6ta Edición México: Mc Graw Hill
- Jackson, S.W. (1986). *Melancholia & Depression*. New Heaven: Yale University Press.
- Juárez J y otros. Recuperado de "Evaluación del grado de depresión en adultos mayores de 60 años en Viña Alta- La Molina." <http://www.redalyc.org/html/3716/371637125005/>
- Kaplan, H., Sadock, B.J. (2000) *Sinopsis de psiquiatría*. Washington DC: Médica Panamericana, 53-5.
- Kurlowics L, & Greenberg S. (2010) *La escala de depresión geriátrica GDS*.
- Lewinsohn. Recuperado de "La disminución del refuerzo positivo" ["http://www.foropir.es/foropir/viewtopic.php?f=40&t=16357"](http://www.foropir.es/foropir/viewtopic.php?f=40&t=16357)
- Ministerio de inclusión y economía. 2012. "Agenda de igualdad para adultos mayores" https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable (MIMP) (2013). *Cuaderno Sobre Población*

Vulnerable N°5 Disponible en
http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_05_dvmpv.pdf.

Montenegro, J. Recuperado de “FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO LOS CORONADOS MOCHUMÍ”

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/760/1/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf>

Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Natalicio J. (2003) Calidad de vida en la tercera edad. Centro de atención de Salud:

Recuperado de http://www.ayudahumana.com/nota_detalle.php?id=1

Nezu, A. Recuperado de “Terapia de solución de problemas”.
[http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view Organización Mundial de la Salud \(OMS\). \(2013\).](http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/Organizaci3n%20Mundial%20de%20la%20Salud%20(OMS).%20(2013))

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Pérez, M. V. T. & Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 24 (3), 1-20.

Pidemunt, M. G. (2010). Factores determinantes en el deterioro de la función y la calidad de vida del anciano afectado de fracturas de cadera. Tesis de Doctor no publicada, de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. [En línea]. Consultado: [Marzo 2018]. Disponible en:
www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/4352/gpm1del.pdf.

Torres, C. & Torres J. (2013) *Depresión y calidad de vida en adultos mayores que conviven con sus hijos*. Tesis de grado para optar el título de licenciado en Psicología.

Torres, H.M., Quezada, V.M., Rioseco, H.R., Ducci, V. M.E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. Quality of life of elderly subjects living in basic social dwellings. *Rev. Méd. Chile Santiago*, 136 (3), 325-333.

Valderrama D. (2012) *Depresión en adultos mayores. Un estudio exploratorio*. México DF.

ANEXOS

Anexo 1

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 todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

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

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5

9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5

17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Gracias por su ayuda

Anexo 2

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage

Adaptado por Fernández 2016 Perú-Trujillo

Responda con (X) a cada una de las preguntas según como se ha sentido durante las dos últimas semanas hasta el día de hoy

Edad () Genero (M) (F) Estado Civil: Soltero () Casado () Divorciado ()

Viudo () Grado de Instrucción: Primaria completa () Primaria Incompleta ()

Secundaria Completa () Secundaria Incompleta () Superior incompleta ()

6

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	NO
7	¿Suele estar de buen humor?	SI	NO
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
9	¿En general se siente usted feliz?	SI	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	SI	NO
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	SI	NO
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI	NO
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
16	¿Se siente a menudo triste?	SI	NO
17	¿Se siente inútil?	SI	NO
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
19	Cree que la vida es muy interesante	SI	NO

20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
21	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22	¿Se siente sin esperanza?	SI	NO
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI	NO
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	SI	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO
30	¿Su mente está tan clara como antes?	SI	NO
Puntuación Total			

No depresión	0-9
Depresión Moderada	10-19
Depresión severa	20-30