



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO POBLADO DE HUAYNACANCHA, JUNÍN**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

ERIKA MARTHA CHUCO MACALAPU

ASESOR

MAG. KATIA MARILYN CHACALTANA HERNÁNDEZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**EL ADULTO MAYOR Y SUS PROBLEMAS DE SALUD INTEGRAL Y
BIENESTAR PSICOLÓGICO**

LIMA, PERÚ, MARZO DE 2021

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con todo mi cariño a mi familia; y de manera especial a mi abuelita, quien ya se fue de este mundo. También a mi esposo e hijo, quienes han puesto toda su confianza para lograr este objetivo más en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por la vida. Gracias por permitirme tener y gozar de mi familia. Debo dar gracias a cada uno de sus miembros por apoyarme en cada decisión y emprendimiento; gracias por ayudarme a realizar y terminar con éxito esta tesis. Gracias a mis padres, a mi esposo y mi hijo por ser la inspiración para terminar esta etapa de mi vida.

No fue fácil lograr llegar hasta donde estoy, pero gracias a la enorme amabilidad, compañía y amor incondicional de cada uno, lo difícil se hizo más fácil y la culminación de este proyecto se ha hecho realidad. Les agradezco y hago eco de mi enorme cariño hacia ustedes.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
RESUMO	ix
INTRODUCCIÓN	x

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática	13
1.2. Justificación e importancia de la investigación	17
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos	18
1.4. Limitaciones de la investigación	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios	21
2.2. Bases teóricas y científicas de la calidad de vida	25
2.3. Bases teóricas y científicas de la depresión	31
2.4. Definición conceptual de la terminología empleada	36

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación	39
3.2. Población y muestra	39
3.3. Muestreo	40
3.4. Hipótesis	41
3.5. Variable – operacionalización	42
3.6. Métodos y técnicas de investigación	46
3.7. Análisis estadístico e interpretación de datos	49

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Prueba de normalidad	51
4.2. Resultados descriptivos	51
4.3. Contrastación de hipótesis	53

CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión.....	59
5.2. Conclusiones.....	63
5.3. Recomendaciones.....	65

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Características demográficas de los participantes según sexo.....	40
Tabla 2	Operacionalización de la variable calidad de vida.....	44
Tabla 3	Operacionalización de la variable depresión.....	45
Tabla 4	Prueba de Kolmogorov-Smirnov de calidad de vida y depresión	51
Tabla 5	Características demográficas de los participantes según edad.....	51
Tabla 6	Frecuencia y porcentaje de la variable calidad de vida.....	52
Tabla 7	Frecuencia y porcentaje de la variable depresión.....	52
Tabla 8	Correlación de Spearman entre la calidad de vida y la depresión.....	53
Tabla 9	Correlación entre las dimensiones de la calidad de vida y la depresión.....	53
Tabla 10	Comparación de la variable calidad de vida y sus dimensiones según edad.....	54
Tabla 11	Comparación de la variable calidad de vida y sus dimensiones según sexo.....	55
Tabla 12	Comparación de la variable calidad de vida y sus dimensiones según COVID-19.....	56
Tabla 13	Comparación de la variable depresión según edad.....	56
Tabla 14	Comparación de la variable depresión según sexo.....	57
Tabla 15	Comparación de la variable depresión según COVID-19.....	57

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
POBLADO DE HUAYNACANCHA, JUNÍN**

ERIKA MARTHA CHUCO MACALAPU

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en adultos mayores de un centro poblado de Junín. La investigación fue una investigación no experimental y de tipo descriptivo-correlacional, la cual contó con la participación de 184 participantes de ambos sexos entre edades de 60 a 80 años para la muestra de estudio. Se utilizaron la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), las cuales permitieron medir las variables de estudio. Los resultados principales demostraron una correlación significativa e inversa entre la calidad de vida y la depresión ($p < .01$), lo que quiere decir que a mayor calidad de vida menor será la depresión o viceversa. A esto se le suma que la calidad física fue percibida por el 94.6% de los adultos mayores como alta, mientras que la calidad psicológica se ubicó en una categoría media en el 98.9% de la muestra; así mismo, 61.97% califica su calidad de vida como moderada. Por otro lado, el 75% de la muestra presenta una depresión moderada y el 24% una más grave. Finalmente, se pudo hallar diferencias significativas entre algunas de las dimensiones de la calidad de vida según la edad, pero no con el sexo y el COVID-19. Del mismo modo ocurre con la depresión, la cual no encontró ninguna relación con las tres variables sociodemográficas ya mencionadas ($p < .05$).

Palabras Clave: calidad de vida, depresión, adultos mayores, Huaynacancha.

**QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION IN OLDER ADULTS IN THE POBLADO
DE HUAYNACANCHA, JUNIN**

ERIKA MARTHA CHUCO MACALAPU

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The present study aimed to determine the relationship between quality of life and depression in older adults from one town in Junín. The research was a non-experimental and descriptive-correlational research, which had the participation of 184 participants of both sexes between the ages of 60 to 80 years for the study sample. The Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF) and the Geriatric Depression Scale (GDS) were used, which made it possible to measure the study variables. The main results showed a significant and inverse correlation between quality of life and depression ($p < .01$), which means that the higher the quality of life, the lower the depression or vice versa. To this is added that physical quality was perceived by 94.6% of the elderly as high, while psychological quality was located in a medium category in 98.9% of the sample; Likewise, 61.97% rate their quality of life as moderate. On the other hand, 75% of the sample presents a moderate depression and 24% a more severe one. Finally, significant differences could be found between some of the dimensions of quality of life according to age, but not with sex and COVID-19. The same occurs with depression, which did not find any relationship with the three sociodemographic variables already mentioned ($p < .05$).

Keywords: quality of life, depression, older adults, Huaynacancha.

QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM ADULTOS IDOSOS NO POBLADO DE HUAYNACANCHA, JUNIN

ERIKA MARTHA CHUCO MACALAPU

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo determinar a relação entre qualidade de vida e depressão em idosos da cidade em Junín. A pesquisa foi uma pesquisa não experimental e descritivo-correlacional, que contou com a participação de 184 participantes de ambos os sexos com idades entre 60 a 80 anos para a amostra do estudo. Utilizou-se a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que possibilitou mensurar as variáveis do estudo. Os principais resultados mostraram uma correlação significativa e inversa entre qualidade de vida e depressão ($p < 0.01$), o que significa que quanto maior a qualidade de vida, menor a depressão ou vice-versa. Soma-se a isso que a qualidade física foi percebida por 94.6% dos idosos como alta, enquanto a psicológica se localizou em uma categoria média em 98.9% da amostra; Da mesma forma, 61.97% avaliam sua qualidade de vida como moderada. Por outro lado, 75% da amostra apresenta depressão moderada e 24% mais grave. Por fim, diferenças significativas puderam ser encontradas entre algumas das dimensões da qualidade de vida de acordo com a idade, mas não com o sexo e o COVID-19. O mesmo ocorre com a depressão, que não encontrou relação com as três variáveis sociodemográficas já mencionadas ($p < 0.05$).

Palavras-chave: qualidade de vida, depressão, idosos, Huaynacancha.

INTRODUCCIÓN

En el ciclo de la vida, el rol de la psicología es el de promover el bienestar psicológico, físico y social del ser humano en cada una de sus etapas correspondientes. Pero es la vejez la etapa en la cual las personas, por el paso de los años, se vuelven más vulnerables debido a cambios significativos en su ritmo de vida, tales como la pérdida de funciones y capacidades, las cuales se tenían en etapas más jóvenes, y sin dejar de mencionar la elevada comorbilidad de desarrollar enfermedades degenerativas, las cuales conducen al desequilibrio mental, el cual afecta la calidad de vida o provoca alteraciones en el estado anímico. Además, cabe mencionar, que al igual que en otros grupos de edad, los cuadros depresivos pueden surgir por la interacción de factores biológicos, psicológicos (incluyendo la personalidad) y sociales (Toro, Vargas, Murcia, Galtán, Umbarlla y Sarmlento, 2014). Otros factores a considerar son la pérdida de figuras significativas e importantes como pueden ser: gente de su edad, de su pareja, la fragmentación de familias y la inevitable pérdida laboral. Esta última en particular puede ser un factor predisponente para un cuadro depresivo. En otras palabras, aquellos que no reciben pensión serán más propensos a la depresión que aquellos quienes se encuentran activos.

Por su parte, Dabove, Punotto y Barnet (2006) señalan que la etapa de adultez mayor no solo está en relación a cambios de orden biopsicosocial, sino también por otros contextos tales como los factores genéticos, el estilo de vida, la situación económica, enfermedades sufridas en el pasado, satisfacciones personales, etc. De todos los antes mencionados, nos enfocaremos tanto en la calidad de vida como en los estilos de vida, donde la primera es una cuestión importante para este grupo etario porque la salud emocional juega un rol importante en la vida diaria de los adultos mayores. Para esto, tomemos en cuenta que para Peterson (2004) la calidad de vida para un individuo es la resultante entre: (1) la identificación personal de un área particularmente de su importancia la cual no solo comprende su capacidad de sentirse satisfecho, sino también sus actitudes y sentimientos hacia esa área; (2) aquellos procesos de salud que signifique enfermedad o algún tipo de déficit en la salud.

Es primordial velar por la calidad de vida en la etapa de los 60 años en

adelante, ya que al igual que todas las personas, nuestros adultos mayores merecen la felicidad además de ser acompañados y cuidados con respeto y comprensión, para así lograr que tengan una vida armoniosa y saludable; de este modo, será posible evitar que sus ánimos decaigan y que por ende se sientan solos. Además, de acuerdo a los estudios de Farquhar (1995) y de Bowling, Gabriel, Dykes, Dowding, Evans & Fleissig (2003) la definición de calidad de vida ha sido elaborada tanto de forma positiva como negativa. Primeramente, positiva, toda vez que la calidad de vida deba implicar un individuo con relaciones sociales y familiares positivas, salud y condiciones materiales buenas, mientras que será negativa toda vez que deba implicar un individuo que es dependiente, con limitaciones funcionales, infeliz y con un grupo social reducido. Este último manifiesta los contrastes que restan a una calidad de vida que es positiva.

En el capítulo I, se abarca la problemática general que se desarrollará en relación al grupo de personas que conforman la tercera edad; también, se incluye la investigación de estudio, los problemas específicos y por ende el motivo que justificó este estudio. Luego, en el capítulo II, se darán a conocer los principales antecedentes de investigaciones que tienen similitud con nuestro estudio, así como también la redacción del marco teórico de cada una de las variables de estudio. En el capítulo III, se describe la población de estudio, el diseño y tipo de investigación, así como los instrumentos seleccionados para la recopilación de datos. En el capítulo IV, se muestra los resultados estadísticos de la investigación seguidos del capítulo V, donde abordaremos en la discusión del estudio en relación a los objetivos planteados inicialmente. En el capítulo VI, se detallan las conclusiones a la que llegó este estudio. Finalmente, en la sección VII, se indican las recomendaciones para futuras investigaciones que sean similares.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la depresión es un trastorno mental que a nivel mundial viene afectando a más de 264 millones de personas y que por ende es uno de los mayores contribuidores a la carga de enfermedades a nivel mundial. Es una enfermedad común caracterizada por una tristeza que es recurrente y persistente, así como también por una falta de gusto o placer por actividades que anteriormente generaban satisfacción. Al alterar tanto el apetito como el sueño y también observarse problemas de concentración conjuntamente con cansancio, la depresión puede llegar a ser un problema de salud muy serio pues daña la vida familiar, social, laboral y académica del afectado. Alrededor de 800,000 personas se suicidan al año a causa de la depresión siendo esta la segunda causa de muerte de jóvenes entre 15 y 29 años. Sin embargo, a pesar que ya existen tratamientos psicológicos y farmacéuticos para tratar la depresión bien de nivel medio o severo, países de ingresos medios y bajos no los pueden acceder bien por no estar estos disponibles o bien por contar solo con tratamientos más atrasados. Según los estimados, el porcentaje de personas que sufren de trastornos mentales y que no reciben el tratamiento que necesitan están entre el 76% y el 85%.

El Informe de Políticas reunido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020) indica que la muy mala situación ocasionada por la pandemia de coronavirus ha tenido un impacto muy negativo no solo en el bienestar sino también en la salud mental de pueblos completos y que es de suma urgencia priorizar la atención de dichos elementos. Asimismo, los resultados de encuestas a nivel nacional durante el año 2020 y en medio de la pandemia, ponen a la angustia psicológica en una posición muy prevalente entre las diferentes poblaciones del mundo. Por ejemplo, primero en la lista y con un 60% de angustia se tiene a Irán; luego, con 45% se tiene a los Estados Unidos de América, y en tercer lugar se tiene a China con un 35%. Además, la probabilidad de un aumento tanto en el número de casos de ansiedad y angustia como en su intensidad se vio incrementada entre aquellos que ya las habían experimentado anteriormente. Incluso, se ha observado que algunos han

comenzado a desarrollar trastornos mentales. Es más, entre estos últimos, se ha dado también un aumento de la probabilidad de que estos trastornos empeoren en ellos, así como también un menoscabo de sus funciones.

El coronavirus también ha complicado las cosas para aquellas personas pertenecientes a la adultez mayor o aquellos que ya tenían problemas de salud tales como enfermedades del corazón e hipertensión antes de la pandemia, por ejemplo. Países como los Estados Unidos y Alemania han registrado que aproximadamente el 80% de fallecidos por el coronavirus fueron personas de 65 años al menos, cuestión que hace más que comprensible la preocupación de este segmento de estas poblaciones de no poder recibir una atención lo suficientemente buena. Adicional a esto, hay que tener en cuenta que entre personas que atraviesan la adultez mayor, un factor de gran importancia a tener presente es la soledad o carencia de compañía, sin mencionar que esta población en particular es frecuentemente objeto tanto de maltrato como de estigma social; de más está decir, que cada comunidad existente en el mundo tiene una conformada por ancianos o por personas que padecen de temas de salud preexistentes y que no solo sienten mucha soledad, sino que sienten un terror enorme. Esto, aunado al hecho que estas poblaciones se sienten aisladas socialmente, hacen poco ejercicio y realizan poco ejercicio intelectual incrementa el peligro no solo de un deterioro de las facultades mentales, sino también uno en las funciones cognitivas. Adicionalmente, el hecho que un gran número de naciones hayan mostrado cifras de ansiedad y depresión significativamente mayores comparadas a las que mostraron antes de la explosión de la pandemia no ha sorprendido. Tomemos como ejemplo, el estudio llevado a cabo en la región de Amara en Etiopía en el año 2020, donde se pudieron identificar un 33% de sintomatologías que coinciden con el diagnóstico de la depresión. Esta cifra porcentual tresdobra las estimaciones que tenía Etiopía antes del advenimiento de la pandemia de coronavirus.

Asimismo, Zárate, Vásquez, Carmona, Sanabria, Crespo, Mateo, y Ulrich (2020) llevaron a cabo un estudio a nivel nacional sobre el impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19, el cual se realizó en 560 personas mayores de edad en la que se encontró que un 55% de población peruana ha

desarrollado al menos un trastorno de ansiedad, depresión o somatización y un 48% de ellos ha experimentado crecimiento post-traumático. Además, el 34% manifestó peores episodios de insomnio debido a la pandemia, así como la calidad de sus relaciones con otros se vio afectada en un 26%. Hay predictores de trastorno mental reactivo a la pandemia de tipo conductual, contextual, sociodemográfico y diferencias individuales, siendo los más relevantes: neuroticismo, soledad, amenaza a la salud, amenaza a los ingresos y la confianza.

Según el Compendio Estadístico de Episodios Depresivos en el Adulto Mayor del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2018) se tiene que: los episodios depresivos leves alcanzaron un 2%, los episodios depresivos moderados 93%, los episodios depresivos graves llegaron a un 18%, los episodios depresivos no especificados 20% y los trastornos depresivos recurrentes llegaron a un 37%. El hospital Hermilio Valdizán (2019), en su boletín epidemiológico de junio del 2019, se afirma que un 5.5% de los pacientes adultos mayores fueron diagnosticados tanto con episodios depresivos moderados como graves, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, mientras que un 6.7% fue diagnosticado con un primer episodio psicótico. Así también, entre los pacientes que iban de 15 a más de 60 años, el 1.5% del total no había contado con formación educativa escolar, mientras que el 51.9% había alcanzado un nivel secundario. De forma general, el medio más usado para intentar suicidarse en ambos sexos (en un 80%) fue la intoxicación medicamentosa.

Asimismo, los resultados emitidos en un informe técnico llevados a cabo por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020) sobre poblaciones adultas, demostraron que en el Perú han acaecido cambios muy significativos durante las últimas décadas en relación a este tema. Por ejemplo, durante la mitad del siglo pasado (1950's), 42 personas de cada 100 tuvieron menos de 15 años de edad, mientras que en el año 2020 solo lo son 25. Esto quiere decir que el número de personas adultas en proceso de envejecimiento ha aumentado de 5.7% a 12.7% desde la década de 1950 al año 2020. Tomemos también en cuenta que este informe ha tomado los criterios de

definición de la adultez mayor establecidos por la Naciones Unidas, la cual considera que dicha población debe considerar a las personas de 60 años de edad a más. Además, este estudio dio a conocer que a pesar del hecho de haber estado padeciendo de problemas de salud, la gran mayoría de la población de adultos mayores (74%) decidió no hacerse ver por un doctor en un centro de salud por considerarlo innecesario, u optó bien por la automedicación o por utilizar remedios caseros; adicional a esto, poco más de la quinta parte (22.7%) declaró que el centro de salud se encontraba muy lejos, que le producía desconfianza o que la atención demora demasiado. Estos datos son muy importantes a considerar para que una población compuesta de adultos mayores pueda recibir aumentar sus niveles prevención, concurrencia y cuidado de su salud. También es importante mencionar que más de las tres cuartas partes de las mujeres adultas mayores (78.3%) tuvo problemas de salud de carácter crónico, mientras que en el caso de los hombres adultos mayores esta situación se reflejaba en un 71.8%. Es también de consideración que un 79.5% de aquellas mujeres que residen en Lima Metropolitana son las más afectadas en comparación de aquellas que viven en zonas rurales.

Según el análisis de situación de salud realizado por el Ministerio de Salud (MINSa, 2017) se informa que el 36.3% de la población de los distritos de Junín a nivel región tienen incidencia de pobreza extrema entre el 20.1% y el 49.15%; además, la mitad de sus distritos no cuentan con acceso a agua y desagüe, cuestión que permite la aparición enfermedades como el dengue y la equinocosis, las cuales aparecen por la falta de procesos de saneamiento de agua. Adicionalmente, las infecciones respiratorias agudas son las principales causas de consulta externa a causa de la contaminación que trae la actividad minera. El centro poblado de Huaynacancha fue olvidado por muchos años según las declaraciones de su anterior gobernante quien solicitó apoyo a la autoridad provincial en los temas de educación, salud, entre otros casos sociales que demandaba la población en aquel momento. Sin embargo, y aunque el gobierno ha implementado un plan para mejorar la salud y el estado del agua a través de su saneamiento, esto no es suficiente ya que los problemas de esta región son muchas más además de requerir observación e intervención inmediata como en el caso de la salud mental, particularmente el de la

depresión, la cual es una enfermedad silenciosa que tiene los mayores índices de crecimiento a nivel nacional. Debido a esto, se considera importante mejorar la calidad de vida para los 1400 habitantes del centro poblado de Huaynacancha, en especial la del adulto mayor debido a que conseguir ingresos económicos es más difícil para estas personas sin mencionar que de por sí estos ya son muy bajos, siendo este mismo uno de los factores que predisponen la depresión. En este contexto, se formula la pregunta del problema:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores residentes de Huaynacancha, 2021?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Se disgrega en los siguientes cuatro niveles:

A nivel teórico: profundizará el conocimiento de las bases teóricas de las variables de estudio, sumándose a los hallazgos encontrados por otros investigadores y que otros a posteriori recurrirán a este para encontrar vías de solución.

A nivel práctico: permitirá promover talleres o programas a beneficio del adulto mayor con problemas relacionados a la depresión y a la calidad de vida, en la que la familia, en conjunto, deberá promover un mejor clima sociofamiliar más afectuoso, una mejor comunicación y el cuidado que requieren estas personas. Todas estas acciones en conjunto prevendrán el riesgo hacia la depresión.

A nivel social: se dará a conocer a la comunidad en general, con el propósito de beneficiar a los adultos mayores, lo que permitirá emplear nuevas estrategias y métodos para mejorar su calidad de vida y por ende la salud mental.

A nivel metodológico: Para lograr los objetivos de estudio, se acudió a dos instrumentos psicométricos que cumplen con la validez y confiabilidad

para medir efectivamente las variables de estudio. Además, los cuestionarios fueron adaptados a la realidad peruana antes de ser aplicados en los adolescentes del Callao.

1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y la depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir los niveles de calidad de vida y por dimensiones en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.
- Describir los niveles de la depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.
- Establecer la relación entre la depresión y las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.
- Comparar la calidad de vida según las variables sociodemográficas de edad, sexo y COVID-19 en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.
- Comparar la depresión según las variables sociodemográficas de edad, sexo y COVID-19 en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.

1.4. Limitaciones de la investigación

No contar con herramientas tecnológicas como la internet para la aplicación de las encuestas, lo que creó reducción del tiempo estimado para recolectar las muestras de los encuestados. Además, las participantes de la muestra no contaban con mucha disponibilidad de tiempo debido a sus labores cotidianas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

Actualmente existen varias investigaciones que se han realizado en el panorama nacional e internacional que muestran una relación entre las variables de estudio. A continuación, se presentan los antecedentes más relevantes e importantes en los últimos 5 años.

2.1.1. Antecedentes nacionales

También, Medina (2020) realizó una investigación cuantitativa, transversal la cual buscó establecer una relación entre la calidad de vida y los niveles de depresión de 134 adultos mayores, pacientes del Hospital Las Mercedes en Chiclayo. La Escala de Calidad de Vida del Adulto Mayor y la Escala de Depresión de Yesavage fueron las herramientas metodológicas para la recopilación de los datos. Los resultados encontraron que dichas variables no solo se relacionaron de forma inversamente proporcional, sino que dicha relación fue altamente significativa. Es decir, si los valores del nivel de depresión aumentaban, los respectivos para la calidad de vida disminuían acorde y viceversa.

Accinelli, Arias, Abarca, López y Saavedra (2019) condujeron una investigación que buscó determinar el efecto que tanto la depresión como la diabetes tuvo sobre la calidad de vida de 471 pacientes adultos, los cuales visitaron de forma ambulatoria centros de salud del estado en Lima y Callao. El Índice de Calidad de Vida de Mezzich y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) fueron las herramientas para la recopilación, cuya data reportó que aquellos pacientes diabéticos que visitaron centros de salud públicos ambulatoriamente mostraron una mayor frecuencia de depresión que la población en general, lo cual disminuyó significativamente su calidad de vida. Además, se asoció una mayor frecuencia de depresión con el hecho de ser mujer.

Mogrovejo (2018), por su parte, llevó a cabo una investigación a fin de poder determinar la relación que existe entre las variables calidad de vida y

depresión en los adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte. Dicha investigación fue un estudio descriptivo-correlacional, en la cual se encuestó a una población de 222 adultos mayores que asisten a los distintos CEDIF de Lima Norte. Además, los instrumentos que se utilizaron fueron el WHOQOL BREF (1998) para evaluar la calidad de vida y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (1982) para evaluar la depresión. El proceso de análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 25. Posteriormente, luego del recojo y procesamiento de los datos los resultados encontrados fueron que entre la variable calidad de vida y la variable depresión existe una relación inversamente significativa ($p < .032$) y una correlación negativa débil (-.144). De esta manera, se pudo concluir según la investigación que los hombres presentan una peor calidad de vida en relación a las mujeres y que solo las dimensiones de salud física, salud psicológica y relaciones sociales se relacionan con la depresión. Asimismo, de forma general, la calidad de vida se encontró en una categoría baja en el 51.4% de los encuestados, mientras que la depresión alcanzó una categoría alta en el 57.2% de adultos mayores.

Así también, Noceda (2018) realizó un estudio correlacional, no experimental, transversal en el centro de salud México en el distrito de San Martín de Porres en Lima, el cual buscó relacionar la calidad de vida y el funcionamiento familiar del adulto mayor en una muestra comprendida por 60 adultos mayores. El Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y el Test de Apgar Familiar fueron las herramientas utilizadas la recopilación de información. Los resultados indicaron que el 80% de los participantes tuvieron una calidad de vida moderada; además, de acuerdo a las dimensiones física, psicológica, social y ambiental estas también se encontraron en el nivel moderado. Sin embargo, un 47.3% presentó disfunción familiar a un nivel severo.

Por su parte, Alvarado (2018) realizó un estudio no experimental y de diseño descriptivo correlacional que determinó una relación entre la calidad de vida y la depresión en una muestra conformada por 130 adultos mayores de un centro de salud de Chiclayo. El Test de Calidad de Vida y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fueron los instrumentos para la recopilación de data, la

cual arrojó en sus resultados que tanto la calidad de vida como la depresión se correlacionaron significativamente, concluyéndose además que el optimismo y la felicidad, aspectos del estado de ánimo, se vieron afectados también.

Roque (2017) llevó a cabo un estudio en el que se buscó determinar una relación entre la calidad de vida y la depresión en 61 pacientes que sufrían enfermedades crónicas en un hospital de nivel 1 Lima Este. La Escala Hamilton para Depresión y el Cuestionario de Estado de Salud SF36 fueron las herramientas utilizadas para la recolección de información. Los resultados mostraron que existió una relación inversa, moderada y muy significativa entre las ocho dimensiones de la calidad de vida y la depresión, con lo cual se pudo concluir que a una menor calidad de vida le correspondió una mayor depresión.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Merino-Martínez, Morillo-Gallego, Sánchez-Cabezas, Gómez-López, Crespo-Montero (2019) llevaron a cabo una investigación descriptiva-transversal que buscó correlacionar la calidad de vida con la depresión y la ansiedad asociada a la salud en 122 pacientes entre los 66 y 80 años de edad que se dializaban en el Hospital Reina Sofía de Córdoba en España. Los Cuestionarios KDQOL-SF, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg fueron las herramientas que se utilizaron para estudiar y recolectar los datos sobre la calidad de vida, la ansiedad y la depresión respectivamente. Según los resultados de este estudio, se encontró que dichos pacientes llevan una calidad de vida que es peor en relación a la del resto de la población y dichos valores bajos están relacionados con la posibilidad de tener ansiedad y/o depresión. El ser mujer, el hecho de tener dos enfermedades al mismo tiempo y tener que dializarse, también se asociaron a una peor calidad de vida.

Peña, Bernal, Reyna, Pérez, Onofre, Cruz, y Silvestre (2019) condujeron un estudio cuantitativo, transversal-analítico el cual describió la calidad de vida de 75 adultos mayores del Estado de Guerrero en México desde la perspectiva de su ámbito social. Tanto el Cuestionario de Salud SF-36 versión 2 española como el Cuestionario sociodemográfico se utilizaron como herramientas para la

recolección de los datos. Según sus resultados obtenidos, se tuvo el 80% de los participantes manifestaron tener una calidad de vida mala observándose que tenían problemas de orden social, emocional y físico las cuales se encontraron en porcentajes altos, lo que les hizo tener una perspectiva negativa y mala de su propia vida y salud.

Shumye, Belayneh & Nebiyu (2019) condujeron un trabajo de investigación transversal el cual evaluó la depresión y sus correlatos con la calidad de vida de 394 pacientes en el Hospital Mental Especializado Amanuel Addis Abeda en Etiopía. El programa de análisis estadístico SPSS 20 se utilizó para el análisis de los datos. De acuerdo a los resultados obtenidos, se tuvo que la calidad de vida se correlacionó de una manera estadísticamente significativa con la edad de los pacientes, la edad que marcó el inicio de su depresión, la marca percibida en el paciente, el tipo de vida, el apoyo social y la duración de su enfermedad.

Mantovani, Pérez, Taís, Bortolato-Major, Martins y Puchalski (2017) realizaron una investigación transversal cuantitativa para determinar una relación entre la depresión y la calidad de vida en 387 adultos con hipertensión en Curitiba, Brasil. El Inventario de Beck y el Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey fueron las herramientas metodológicas para la reunión de la información. Y de acuerdo a los resultados, se encontró que la calidad de vida y la depresión son correlatos con una conexión muy elevada; asimismo, se encontró diferencias significativas con las dimensiones de aspectos emocionales y salud mental.

Cavada, Cruz, y Emanuel (2016) llevaron a cabo un estudio descriptivo-transversal, observacional-prospectivo que determinó la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en una muestra de 35 pacientes quienes tenían que pasar por procesos de diálisis. Por otra parte, las Escalas de Beck para Depresión-Ansiedad y el Cuestionario SF-36 fueron las herramientas que se utilizaron para la recopilación de información. Se concluyó de esta investigación que la calidad de vida de los pacientes que se dializan fue afectada significativamente pues un gran número reportó limitaciones en actividades que requerían de ellos tanto

movilidad como esfuerzo, lo cual a su vez los hizo sentirse inoperantes, inútiles y finalmente depresivos y ansiosos.

2.2. Bases teóricas y científicas de la calidad de vida

Entender el significado de la expresión calidad de vida implica tener claro que esta es una expresión netamente lingüística cuya definición varía según la relación. Teniendo esto en cuenta se presentan las que son más cercanas a esta investigación.

2.2.1. Aspectos conceptuales

Primeramente, la Organización Mundial de la Salud (OMS,1996) explica que, en forma general, el concepto de calidad de vida comprende la salud física y psicológica, las creencias personales y las relaciones sociales. En un modo más específico, nos dice que la calidad de vida es la percepción propia de un individuo con respecto su ubicación como tal dentro de un entorno con una cultura y sistema de valores determinados, así como también uno con preocupaciones, reglas, expectativas, y metas que lo definen como individuo. Asimismo, Badía (1995) explica que, no importando las condiciones vitales fundamentales de cualquier persona, una definición para la calidad de vida tendría que poder aplicarse a todos los individuos por igual. Es decir, la calidad de vida que guarda relación con las condiciones físicas debe recoger tres aspectos: (1) salud; (2) calidad de vida; (3) estado de salud; además, tal concepto también debería abarcar aspectos interiores y exteriores a aquel individuo y que tiene la capacidad de alterar su estado de salud. También hay que tomar en cuenta a Siegrist, Broer & Junge (1996) quienes dijeron que la calidad de vida es una construcción teórica multidimensional a modo de reinterpretación mental que los individuos hacen de su entorno; por lo tanto, solo se podrá deducir a través de indicadores indirectos.

Adicionalmente, cabe la pena mencionar que modelos comportamentales de la calidad de vida han sido realizados por Kaplan (1994), Csikszentmihalyi (1998) y Reig (2000), quienes defienden que la calidad de vida

no solo es función del sentirse satisfecho o de tener bienestar psicológico, sino principalmente de lo que una persona decida hacer para tener una buena calidad de vida. En este sentido, para Reig (2000), por ejemplo, tanto lo que se hace como la forma en que hemos procesado lo que hemos experimentado pasa a ser componente del análisis de la calidad de vida. Es decir, la calidad de vida para una persona significa lo que tiene, lo que quiere y lo que puede hacer. Los recursos materiales, las creencias, las habilidades sociales, aunque importantes, no serán decisivos para una vida de calidad.

Adicional a lo anterior, cabe la pena mencionar que modelos comportamentales de la calidad de vida han sido realizados por Kaplan (1994) y Reig (2000), quienes defienden que la calidad de vida no solo es función del sentirse satisfecho o de tener bienestar psicológico, sino principalmente de lo que una persona decida hacer para tener una buena calidad de vida. En este sentido, para Reig (2000), por ejemplo, tanto lo que se hace como la forma en que hemos procesado lo que hemos experimentado pasa a ser componente del análisis de la calidad de vida. Es decir, la calidad de vida para una persona significa lo que tiene, lo que quiere y lo que puede hacer. Los recursos materiales, las creencias, las habilidades sociales, aunque importantes, no serán decisivos para una vida de calidad.

También, Buendía y Riquelme (2004) indican que una vejez que se ha adaptado satisfactoriamente se relaciona con el cumplimiento de las siguientes pautas comportamentales de adaptación entre adultos mayores: (1) Búsqueda de descanso al haber cumplido el individuo su ciclo de trabajo; (2) Deseo de mantener su actividad; (3) Aceptación de la aparición de limitaciones para seguir laborando debido a una patente falta de habilidades y capacidades para realizar las labores; (4) Sentimientos de desilusión por la vida llevada; (5) Encontrar algo que le dé a este individuo un nuevo curso o sentido a su etapa de vejez, no importando que nuevas alteraciones o variaciones esto pueda significar.

Asimismo, Atchley (1971) señala que, concluida la etapa de la madurez en un individuo, le sigue una prolongación conocida como senectud, la cual dependerá de las destrezas y habilidades obtenidas en las etapas anteriores. Es

decir, un adulto mayor puede llegar a encontrarse con situaciones de socialización nuevas; sin embargo, su respuesta y adaptación estarán condicionadas a los conocimientos y habilidades y forma de ser ya ganados del individuo que entra a su vejez. La teoría de la actividad dio paso a la teoría de la continuidad, y esta última ve en los individuos la capacidad de un desarrollo continuo. El hecho de que una persona se jubile no es razón necesaria para inferir que el individuo dejará de aprender o crecer como ser humano; de hecho, este individuo todavía preserva sus capacidades para la creación y superación de cualquier desafío o vivencia negativa que le pudiere ocurrir en lo concerniente a lo social, a lo psicológico y a la salud en el transcurso de su envejecimiento. Es más, el hecho de poder seguir experimentando nuevas experiencias y realizando nuevas actividades garantizará el éxito de su vejez pues la continuidad de estas proveerá no solo satisfacción, sino también además consolidación personal. En otras palabras, es muy importante apoyar el envejecimiento de los individuos tanto con seguridad como con autoestima.

Por su parte, Erickson (1968) con su teoría psicosocial enfatiza especialmente las etapas de la edad adulta, relacionando la edad madura con la integración de yo versus la desesperación. Es una teoría basada en un individuo que ha aceptado las limitaciones, fracasos y éxitos que ha tenido. El individuo integrado cuenta con conocimientos y experiencia y esto lo hace buscar la trascendencia; sin embargo, el individuo con un yo desintegrado ve pasar el tiempo frente a sus ojos y siente impotencia para poder cambiar su vida, situación que lo lleva a sentirse desesperado. De acuerdo a esta visión, Erickson nos dice que el éxito del estadio adulto consiste en aceptar que la muerte es la consecución natural de la vida; así, dicha aceptación trae sabiduría al individuo. Aquel que no llega a la aceptación profunda del ciclo de la vida y la muerte sufrirá por el temor a la muerte, se desesperará, se rebelará, se sentirá mal e irá a través de una gran negación. En resumen, la aceptación de la inevitabilidad de la muerte con una actitud que sea positiva es quizás la tarea definitiva suprema que todo individuo debe llevar a cabo.

Para lograr el cumplimiento de dicha tarea evolutiva, los recursos interiores deben ser fortalecidos y los exteriores deben proveídos. De este modo,

se puede construir en los adultos mayores una actitud que se afirmativa y necesaria para adaptarse a los distintos cambios que estarán experimentando, lo cual a su vez dará a estos individuos tanto una mayor consolidación como satisfacciones personales con respecto a aquello que han logrado y hecho en sus vidas.

Por lo tanto, la indagación de individuos que están atravesando tu etapa de vejez en cuanto a cómo sus personalidades se caracterizaban en el pasado es clave para la comprensión de como estos afrontarán su etapa de adulto mayor y garantizará el éxito de su adaptación hacia su propio envejecimiento. La completa adaptación se logrará en tanto en cuanto dicho individuo realice su transición a la adultez mayor entendiéndola como una continuidad de actividades y relaciones devenidas de su etapa previa a la vejez.

2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (1996) utiliza un número de dimensiones, las cuales están disgregadas en un número de ítems determinados:

Ámbito físico: está compuesto por: (1) Dolor y malestar, el cual registra todo tipo de acontecimientos de naturaleza física que han producido desagrado y molestia en la vida del individuo; (2) Energía y fatiga, la cual registra los ánimos, fortaleza y la energía con la que un individuo acomete sus actividades tanto diarias como de esparcimiento; (3) Sueño y descanso, el cual registra qué tanto sueño, descanso e inconvenientes que merman a la calidad de vida un individuo tiene; (4) Movilidad, la cual registra la autosuficiencia que un individuo muestra en relación a su capacidad de poder movilizarse dentro de su propio hogar, de poder trasladarse a su centro de labores y poder hacer uso de los servicios públicos de transporte; (5) Actividades de la vida diaria, la cual registra que tan competente es un individuo para realizar actividades bien enfocadas en sí mismo como aquellas que tiene que realizar en su propio hogar; (6) Dependencia de una medicación o de tratamiento, la cual registra qué tan frecuentemente un individuo hace uso de medicación o medicinas alternativas

para sentirse que le ayuden a mantener su bienestar tanto físico como mental;

(7) Capacidad de trabajo, la cual registra todos los ámbitos en las que un individuo suele poner su energía para realizar actividades relacionadas a estos como, por ejemplo, su trabajo, los niños, el trabajo voluntario, los cuidados de la casa, etc.

Ámbito psicológico: está compuesto por: (1) Sensaciones positivas, la cual registra cuánto experimenta un individuo sensaciones que le dan balance y disfrute tales como el sentirse feliz, satisfecho, alegre, en paz y esperanzado; (2) Espiritualidad/religión/creencias personales, la cual registra las distintas creencias religiosas de los individuos tales como la cristiandad, el budismo, el judaísmo, etc., las cuales los hacen sentir fuertes, seguros, con una dirección, relajados y con bienestar. Aquí también se registran aquellos individuos que no se adhieren necesariamente a una vía religiosa determinada; (3) Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, la cual registra las capacidades cognitivas de un individuo tales como su capacidad memorística, de aprendizaje, de toma de decisiones, de concentración y de pensamiento, pero vistas a través de su propio espejo; (4) Autoestima, la cual registra los sentimientos positivos o negativos que ellos tienen de sí mismos, de sus propias capacidades, de su grado de satisfacción personal y control; (5) Concepto que la persona tiene de su cuerpo y su aspecto, la cual registra la percepción que un individuo tiene de su propia corporalidad, su apariencia y cómo esta le afecta positiva o negativamente; (6) Sentimientos negativos, el cual registra cómo sentimientos negativos tales como el sentirse desesperanzado, con culpa, intranquilo, abatido, triste, nervioso e insatisfecho con la vida afectan la suya propia.

Ámbito relaciones sociales: está compuesto por: (1) Relaciones Personales, el cual registra la capacidad de un individuo para crear oportunidades bien para amar y ser amado así como también la de preservar relaciones afectivas y físicas cercanas; (2) Apoyo Social, la cual registra qué tanto siente un individuo el apoyo, la aprobación, la disponibilidad y el compromiso tanto de parte de los miembros de su familia como de sus amistades; (3) Actividad Sexual, la cual registra tanto la cantidad de libido que

un individuo tiene como la cantidad de actividad sexual que dicho individuo puede expresar y gozar de manera apropiada.

Ámbito medio: está compuesto por: (1) Seguridad Física, la cual registra la percepción de tranquilidad que un individuo tiene respecto de posibles amenazas tanto a su libertad como a su seguridad como persona; (2) Medio Doméstico, el cual evalúa no solo el lugar donde un individuo encuentra descanso y protege sus posesiones, sino también como este ejerce una influencia positiva o negativa en él; (3) Recursos Financieros, el cual registra cómo los recursos económicos y financieros de un individuo le permiten llegar a tener un estilo de vida que es ambos sano y reconfortante; (4) Salud y atención social: disponibilidad y calidad, el cual registra qué opinión tiene un individuo de los servicios de salud que recibe de los centro de salud que existen en su zona de residencia, especialmente cuando la asistencia y apoyo es más urgente; (5) Oportunidades para obtener una nueva información y adquirir nuevas aptitudes, el cual registra los deseos y oportunidades que un individuo siente y tiene para capacitarse, ampliar su panorama y cambiar incluso sus actitudes de manera individual o grupal por medio de cursos, talleres y programas educativos; (6) Participación en actividades recreativas y de ocio y oportunidades al respecto, la cual registra la disposición que tiene un individuo tanto de participar en actividades de recreación y relajación como de crear las oportunidades para así formar parte de ellas; (7) Medio físico (contaminación/ruido/trafico/clima), el cual registra la percepción de un individuo de su medio circundante, el cual está conformado por ejemplo por el clima y la estética del medio ambiente, la contaminación ambiental y acústica, y de todo aquello que pueda generar una percepción positiva o negativa tal que pueda afectar su calidad de vida; (8) Transporte, el cual registra un individuo en cuanto a su disponibilidad de tiempo que tiene para encontrar y utilizar algún medio de transporte tal como una bicicleta, un taxi, un bus, etc., que le permita movilizarse de un punto a otro.

2.3. Bases teóricas y científicas de la depresión

2.3.1. Aspectos conceptuales

Debido a que otras escalas otorgan valor excesivo tanto a los síntomas somáticos como a los síntomas en el sistema nervioso, Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, y Leirer (1982) desarrollaron una escala denominada de depresión geriátrica la cual no solo evalúa a los adultos mayores en su estado afectivo correcto, sino que también la depresión en los adultos mayores es conceptualizada desde aspectos somáticos y cognitivos, y estos a su vez en otros de acuerdo a los criterios contemplado en el DSM IV-TR.

La depresión, según planteado por el DSM-5, 2014 se diagnostica dependiendo de su grado de intensidad, la cantidad de síntomas que manifieste y el grado de discapacidad funcional. Los últimos pueden categorizarse como de nivel leve, moderado y grave, mientras que aquellos que sufran depresión a un nivel grave se les vuelve casi imposible poder desarrollar las actividades antes mencionadas.

a) Leve: Aquellos que padece los síntomas leves, presentan algunas dificultades o algún malestar puede realizar actividades domésticas, familiares, sociales y laborales a pesar de presentar o sentir algunas molestias o dificultades.

b) Moderado: El número de síntomas, su intensidad y/o el deterioro funcional están entre los especificadores “leve” y “grave”.

c) Grave: Aquellos que padece los síntomas graves, presentan muchas dificultades y un gran malestar que es inmanejable para realizar sus actividades domésticas, familiares, sociales y laborales.

Asimismo, Beck (1967) con su modelo de depresión, la explica a través de tres elementos negativos muy relacionados entre sí: (1) como las personas deprimidas se ven a sí mismas; (2) sus experiencias rutinarias; (3) y su

perspectiva del futuro. Además, por medio de esquemas de forma de pensar, se pueden establecer las variables más importantes concernientes a la depresión. Es decir, el modelo de Beck tiene a los esquemas cognitivos como sus componentes más fundamentales pues estas tratan de “representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior” (Beck y Clark, 1988). Los esquemas cognitivos actúan realmente como filtros de cognición pues una vez que la información de la experiencia previa ha sido escaneada, codificada y evaluada en su rango total tanto interno como externo, es cuando se puede decidir sobre el subsecuente curso de acción a realizar; o sea, se atienden aquellos estímulos congruentes con la realidad del sujeto, mientras aquellos que no lo sean se ignoran y olvida. Beck nos dice que los depresógenos o esquemas negativos que son negativos caracterizan a las personas con depresión; es más, son los elementos que construyen la realidad de las personas deprimidas y que una vez estén activados, los sujetos con depresión manifestarán errores de cognición que son negativos, tales como fallas en la atención, la forma como interpretan la información, la memoria, etc.). Adicionalmente, Dance & Kuiper (1987) manifiestan que los esquemas cognitivos de uno mismo podrían llegar a ser o bien manifiestos o existir de manera subyacente; es más, estos también podrán tener contenidos que podrían ser de carácter positivo o negativo, los cuales ayudarán a precisar la autovalía del sujeto, la cual si extrema coadyuva a que el sujeto se vuelva vulnerable y es entonces cuando se dice que este tiene actitudes o esquemas en disfunción.

Es significativo resaltar la sintomatología depresiva somática que ocurre en adultos mayores en contraste con grupos de edad distinta. Por ejemplo, Gatz et al. (1996) observan que cuando a las escalas de niveles de depresión se descartan, se tiene que los porcentajes altos de casos de depresión entre adultos mayores desaparecen. Es más, autores como Vázquez y Sanz (1991) subrayan que dicha separación no es correcta ya que el sentido del cuadro depresivo clínico se echa a perder. Entonces se tiene que, si bien es cierto un aumento en los reportes de síntomas somáticos puede suponer que dicho individuo puede estar pasando por verdaderos problemas físicos o incluso entrando a la vejez, hay que considerar también que dichas quejas puedan estar

expresando la sintomatología de la depresión en personas pertenecientes a la adultez mayor. Es decir, la sintomatología somática de la depresión tiene que tomarse en cuenta por tener una importancia de primer orden per se y no de carácter secundario o incluso lateral.

Vázquez y Sanz (1991) agregan que la depresión como experimentada por los adultos mayores podría tener una sintomatología que lo diferencia de como esta es experimentada por los jóvenes. Por ejemplo, algunos síntomas que podrían resaltarse son: (1) incremento en la cantidad de dolores, enfermedades, limitaciones (quejas de orden somático); (2) incremento en la irritabilidad y en el comportamiento impositivo y manipulativo sobre los demás, lo cual, a su vez, genera reacciones negativas (irritabilidad); (3) el sentirse inútil, lo cual a veces es reforzado con sobreprotección por la misma familia (sentimientos); (4) resistencia mayor al tratamiento con fármacos. Cuando del trastorno de depresión mayor se trata, se observan cuadros de delirios y alucinaciones (resistencia farmacológica); (5) hiperactividad corporal motora con gran ansiedad o suspensión transitoria per aguda de naturaleza psicomotriz (agitación); (6) trastornos del sueño son especialmente frecuentes. Transformación de la ansiedad en problemas con síntomas orgánicos (sueño). Adicionalmente, Izal y Montorio (1999) nos dicen que tanto el origen como el tratamiento de la depresión y sus síntomas están en una relación muy estrecha con la forma en que el sujeto percibe su realidad, su pasado y futuro.

Tanto Teri & Lewinsohn (1986) como posteriormente Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (1997) utilizaron los conocimientos de diferentes fuentes como la epidemiología, los análisis de resultados de terapias, la cognición y psicología sociales, entre otros para crear modelos que defienden la idea que los sujetos experimentan depresión porque estos no participan o realizan actividades las cuales o bien reciban un reforzamiento por parte de otros, o bien sean reforzantes en sí mismas; en otras palabras, la depresión es consecuencia de una tasa muy baja de reforzamiento contingente. Es decir, síntomas de la depresión tales como poca actividad, culpabilidad, cansancio y tristeza son el resultado de una disminución en la cantidad de respuestas positivos, las cuales a su vez son originadas por una escasez de reforzamiento. Así, los síntomas

antes mencionados persistirán debido a la atención social que ellos producen en los demás; sin embargo, terminarán por recibir aversión social del medio, lo cual cierra el círculo de la depresión.

Por otra parte, el modelo de Gotlib y Colby (1987), el cual es bastante relevante para las poblaciones de adultos mayores, realiza un énfasis en particular sobre la socialización del individuo, la cual de hecho viene a ser aquel proceso que no solo sostiene la depresión sino aquello que lo provoca. Es decir, este modelo se enfoca en estudiar los problemas ocurridos durante el proceso de socialización de los individuos para de esta manera formar y obtener tanto conceptos como comprensiones sobre la depresión que deviene de la interacción con los demás, en particular con los miembros de las familias y con los esposos. El modelo trabaja en base a dos supuestos: (1) Un individuo como los miembros de su familia poseen diferentes grados de destrezas sociales, las cuales les ayudan a manejar las exigencias y estresores experimentados día a día. Por lo tanto, el individuo tiene que constantemente imponerse cambios adaptativos toda vez que tiene que lidiar con escenarios con estresores internos y externos o con uno externo lidiando con uno interno. (2) La depresión puede llegar a causarse debido a ciertas vulnerabilidades que tienen los individuos tales como las de naturaleza biológica o cognitiva, o por aquellas de carácter interpersonal como, por ejemplo, la pareja de este, su familia y su sociedad particular. No obstante, es muy probable que la sintomatología de la depresión persista por problemas que pueda tener un individuo al interactuar con su sistema social.

Es decir, el modelo de Gotlib y Colby considera que tanto el tipo de cognición que una persona con depresión tiene con la forma que esta opera en socialización con los demás se vinculan recíprocamente: un individuo se concentra más en los elementos negativos de su medio ambiente y esto, a su vez, refuerza los síntomas de la depresión, lo cual vuelve a este individuo aún más negativo y aversivo a los demás. Todo esto, aumenta la oposición y los sentimientos encontrados entre los demás, cuestión que será percibida por aquella persona que sufre de depresión como muy negativo, exacerbando su sintomatología y haciendo que el círculo se cierre. Desde que este modelo pone

un especial énfasis al entorno como aquel componente que influye tanto en el establecimiento como el sostenimiento de la sintomatología de la depresión, esta se vuelve particularmente relevante para aquellas personas atravesando la etapa de la vejez. El modelo de Gotlib y Golby (1987), el cual al ser utilizado las prácticas clínicas en casas de adultos mayores esclarecen adecuadamente la relevancia que guardan los medios cerrados en el sostenimiento de conductas con depresión.

Asimismo, Seligman y su teoría de la falta de defensa aprendida establece que los síntomas de la depresión aparecen en personas que han aprendido a verse a sí mismas como indefensas debido a que no son capaces de controlar las consecuencias de sus conductas. Los síntomas que este modelo utiliza y que los sujetos experimentan son: (1) sentirse indefenso y quejarse constantemente por lo que les pasa; (2) tener opiniones negativas acerca de ellos mismos, lo que los rodea y también su propio futuro; (3) producción de respuestas voluntarias alta (Fernández, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992). Recordemos que existe una reciprocidad entre el sujeto que sufre de depresión con su estilo cognitivo y el funcionamiento de esta persona a nivel interpersonal: el conjunto de síntomas de depresivos que esta persona experimenta se ve fortalecida debido a que los aspectos negativos de su ambiente cobran mayor atención por el mismo, lo cual genera el rechazo de los demás y esto a su vez es percibido como muy negativo por el sujeto deprimido. Esto empeora su sintomatología y al mismo tiempo completa el círculo de la depresión. Al darle una mayor trascendencia al papel del entorno tanto para generar y sostener la sintomatología depresiva, este modelo cobra una especial importancia en relación a la vejez que sufre de depresión.

La depresión según vista por Álvarez y Begazo (2015) puede originarse por causas: (1) biológicas: la existencia de un familiar que haya sufrido de depresión aumenta que los familiares sufran de ella también; (2) psicológicas: entre los cuales se puede considerar sucesos que están fuera del control de un individuo tales como la muerte de un familiar importante, enfermedades de carácter terminal, pérdida de habilidades motrices o cambios drásticos ocurridos dentro de la familia los cuales pueden afectar tanto el bienestar psicológico de

un individuo como su desarrollo de carácter emocional; (3) sociales: cuando existe pérdida de relaciones sociales que un individuo considera importantes puede llevarlo a experimentar sentimientos de soledad, los cuales lo pueden llevar finalmente a la depresión. Por ejemplo, cuando un individuo pierde a un pariente, o pasa por un cambio de entorno, o cuando atraviesa una separación. Además, la interferencia de alguien que un individuo pueda identificar como ajena, puede producir depresión en esta; (4) bioquímicas: la escasez en el cerebro de neurotransmisores como, por ejemplo, la norepinefrina, dopamina y serotonina en el cerebro pueden generar depresión. La catecolamina norepinefrina es un elemento esencial que prepara para lidiar con situaciones estresantes, mientras que la serotonina tiene por función la regulación de la excitación, la cognición, los pensamientos, el ritmo cardíaco y la ansiedad, que son funciones de la psicobiología.

Para resumir, el aumento de la edad biológica trae consigo un incremento tanto en la vulnerabilidad de carácter biológico como en los estresores vitales, pero también un decremento en la vulnerabilidad de carácter psicológico. De acuerdo a esto, Blazer et al. (1991) nos dice que el control de los factores asociados a la edad tales como incapacidades físicas, enfermedades crónicas, muerte de personas allegadas, incremento de enfermedades crónicas, resultará en una relación residual de carácter negativo.

La identificación práctica y temprana de la depresión y sus síntomas en adultos mayores es fundamental ya que este trastorno tiene implicaciones negativas que ponen en riesgo la salud y vida de este grupo. Por ejemplo, las enfermedades del corazón en adultos mayores deprimidos poseen un mayor nivel de riesgo comparados con aquellas personas que no lo están (Allonier, Chevalier, Zins, Catelinois, Consolli y Lahon, 2004)

2.4. Definición conceptual de la terminología empleada

Familia: la familia como una configuración cambiante que parte de la sociedad en donde se desarrolla, la cual es a su vez es un marco de referencia esencial para su comprensión. La demografía, la economía y la sociedad son

factores que participan igualitariamente en la composición y el tamaño de la familia en general (Berzosa, 2011).

Depresión: con ella todo aquello por lo que antes se sentía satisfacción, por ejemplo, el realizar nuestras rutinas diarias, el estudiar, el trabajar, etc. pierde su gusto y alegría. Las personas que sufren de un cierto nivel de depresión buscan el aislamiento y la indiferencia a casi todo se vuelve muy común; además, las ideas de cometer suicidio rondan mucho la mente de estas personas (Naranjo, 2017).

Vejez: es una etapa de la vida (biológica), pero también un modo de realidad (filosófica), “es uno de los momentos más dramáticos del devenir del ser”. Señala también que “La vejez no debe ser interpretada como algo decrepito y negativo, sino como un modo existencial abarcante, ineluctable, inaplazable, como lo es cualquier otra etapa de la vida humana” (García, 2003).

Adulto Mayor: “Período que media entre los 60 y 80 años, refiriéndose además que a partir de los 80 años se habla hoy en día de una cuarta edad”, período que también es definido como “longevidad” (Sánchez, 2003).

Calidad de vida: Debido a que en su definición deberían incluirse elementos del entorno del individuo, de su cultura, de los servicios de salud que recibe, de cuan satisfecho se siente, qué actividades realiza en su tiempo libre, entre otras, este tiene que ser un concepto que abarque diversas dimensiones, multidimensional (Lisigurski y Varela, 2003).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo

Debido a que esta investigación no solo buscó la medición y recopilación de los datos obtenidos sino también apoyarla con fundamentos teóricos y conceptos que sirvan de soporte a la investigación, la presente adoptó el tipo de una investigación descriptiva. Además, también es una de tipo correlacional porque en principio se basó en la búsqueda de un correlato entre las variables de estudio establecidas (Hernández y Mendoza, 2018).

3.1.2. Diseño

El estudio tuvo un diseño no experimental. Es decir, es uno donde ni las circunstancias ni las variables que se quieren analizar son manejadas de manera intencional o premeditada porque lo que se busca es que las situaciones y los individuos sean objeto de estudio en su contexto natural (Chávez, 2007).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Se la define como aquella agrupación de elementos totales dentro de una investigación las cuales podrán ser sujetos a observación y estudio pues dichos componentes se pueden distinguir unos de otros; en otras palabras, es el espacio sobre el cual se procurará realizar la generalización de los resultados (Risquez y Col, 2002). La población de esta investigación estuvo constituida por 337 adultos mayores.

3.2.2. Muestra

"Es el conjunto de operaciones que se realizan para estudiar la distribución de determinados caracteres en totalidad de una población universo, o colectivo partiendo de la observación de una fracción de la población

considerada”, es lo que nos dice Tamayo (2006). Para el cálculo de la muestra se ejecutó la fórmula mostrada. Como resultado obtenemos que $n = 180$

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Figura 1. Cálculo de la muestra

Donde:

n = Muestra	p = 0.5
N = 400	q = 0.5
Z = 1.96	d = 0.05

Tabla 1

Características demográficas de los participantes según sexo

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	84	45.7
Masculino	100	54.3
Total	184	100.0

En la tabla 1 se observa una mayor predominancia del sexo masculino que equivale al 54.3% de la muestra de estudio, mientras que el 45% está representado por el sexo femenino.

3.3. Muestreo

Galmés (2012) nos indica que muestrear implica extraer un conjunto de elementos del conjunto total de individuos de una población que pueda ser representativo de este y que además se pueda estudiar y analizar. Asimismo, cuando la selección de los elementos de dicha muestra representativa depende de ciertos criterios determinados por el investigador y no de una probabilidad inherente, entonces estaremos frente a un muestreo no probabilístico.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Personas de ambos sexos pertenecientes al centro poblado de

Huaynacancha cuyos participantes decidieron firmar el consentimiento informado.

- Deben tener de 60 años a más.

3.3.2. Criterios de exclusión

Adultos que no pertenecieran al centro poblado bajo estudio y que no dieron su autorización, ni que hayan sido menores de 60 años.

3.4. Hipótesis

3.4.1. Hipótesis general

H_i Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la depresión en adultos mayores de un centro poblado de Huaynacancha, Junín.

3.4.2. Hipótesis específicas

- H₁ Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y las dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores de un centro poblado de Huaynacancha, Junín.
- H₂ Existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable calidad de vida, según las variables sexo, estado civil y diagnóstico de COVID-19 en adultos mayores de un centro poblado de Huaynacancha, Junín.
- H₃ Existen diferencias estadísticamente significativas entre la variable depresión, según las variables sexo, estado civil y COVID-19 en adultos mayores de un centro poblado de Huaynacancha, Junín.

3.5. Variable – operacionalización

Variable independiente (calidad de vida)

Definición conceptual

Es un conjunto subjetivo de experiencias, percepciones, potencialidades, formas de ser y comportamientos los cuales aparte de tener siempre un núcleo individual, también se verán afectados por diversas circunstancias tales como las del entorno, las de la familia, las de la psicología, las físicas, las económicas entre otras (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Definición operacional

Las variables operacionales se medirán través de puntajes directos según el cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-BREF. Teniendo un nivel de calificación de bajo (24-56); medio (57-89) y alto (90-120). Entre sus dimensiones tenemos: salud física (ítems 1, 2, 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18); salud psicológica (ítems 5,6,7,11,19 y 26); relaciones sociales (ítems 20, 21 y 22) y ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25). La prueba es de escala ordinal.

Variable dependiente (depresión)

Definición conceptual

Según los autores del instrumento, el concepto de la depresión se forma tomando en cuenta el todo el conjunto de síntomas en las funciones cognitivas, afectivas y corporales que lo adultos mayores muestran entre los cuales se pueden mencionar la debilidad, los problemas para socializar, la tristeza, sentimientos de incapacidad para hacer cosas y la desesperación entre otros como mencionados en el DSM-IV-TR (Yesavage et al., 1982).

Definición operacional

En esta segunda variable dependiente se usa la prueba de depresión Geriátrica de Yesavage, cuya prueba es unidimensional Su nivel de calificación es de nivel leve (0-10); moderada (11-20) y grave (21-30). Los cuales los ítems se encuentran divididos en dos grupos: 20 ítems positivos (2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 36 y 28) y 10 ítems negativos (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30). La prueba es de escala ordinal.

- **Variables intervinientes**

- Edad
- Sexo
- COVID-19

Tabla 2

Operacionalización de la variable calidad de vida

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de Medición
Calidad de Vida	Según la WHO (1998) “Es una descripción de una conducta, un estado, una capacidad o un potencial o una percepción o experiencia subjetivas.”	Salud Física	Dolor. - Dependencia de medicinas. - Energía	1, 2, 3, 4, 10, 15, 16. 17 y 18	Ordinal
		Psicológica	-Sentimientos positivos -Pensamiento -Aprendizaje -Apoyo social	5, 6, 7, 11, 19 y 26.	
		Relación Social	-Relaciones interpersonales	20, 21, 22.	
		Medio Ambiente	Libertad Seguridad	8, 9, 12, 13, 14, 20, 24, 25.	

Tabla 3

Operacionalización de la variable depresión

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Ítem	Escala de Medición
Depresión	Según los autores del instrumento, “la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros, según los criterios del DSM-IV-TR ” (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, et al., 1982).	La variable es unidimensional.	<p>Positivos</p> <p>2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 36 y 28</p> <p>Negativos</p> <p>1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30</p>	Ordinal

3.6. Métodos y técnicas de investigación

Zapata (2005) explica que la encuesta es una técnica cuyo objetivo es recopilar de manera ordenada la información acerca de cuestiones relacionadas a una población la cual se ha obtenido de forma directa o indirecta a través de la interacción con individuos o grupos los cuales perteneces a dicha población. Y a fin de poder realizar la investigación se solicitó el consentimiento de los pobladores para que así se pueda aplicar los constructos psicométricos. Adicionalmente, se les brindó información necesaria sobre el tema de investigación y su propósito.

3.6.1. Cuestionario de calidad de Vida

Ficha Técnica

Nombre del instrumento	:	Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF)
Autores	:	OMS
Año	:	1998
Procedencia	:	Suiza
Aplicación	:	Adultos
Finalidad	:	Evaluar la percepción del individuo en relación a su salud y calidad de vida.
	:	1 = Nada;
	:	2 = Un poco;
Puntuaciones	:	3 = Moderado;
	:	4 = Bastante;
	:	5 = Siempre

Propiedades psicométricas originales

El instrumento inicialmente estuvo compuesto por 100 preguntas del cual fue abreviado a 26 ítems, contiene dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 4 dimensiones. Para comprobar sus propiedades psicométricas fue aplicada a un grupo de 1186 mujeres y 334

varones mayores de 72 años de edad. Para la validez del constructo, se dio mediante un análisis factorial confirmatorio en donde se compararon los 4 modelos, que explican el 50% de la varianza, así como el índice de ajuste comparativo (CFI) el cual fue de 0,84, levemente inferior para el valor de ajuste más adecuado (0.90), la raíz del error cuadrático medio (RMSE) obtenido fue 0,056, lo que indica que se ajusta y se considera como razonable. La consistencia interna mediante del coeficiente α , arrojaron coeficientes de 0.80, para la salud física y medio ambiente, siguiendo por salud psicológica con un 0.76, pasando a relaciones sociales con un 0.66 y finalmente la dimensión ambiente con 0.80. (OMS, 1998).

Propiedades psicométricas Perú

Para la confiabilidad del constructo se consideró la adaptación de Llallahui (2020) la cual obtuvo una buena adecuación de los datos mediante el Omega de McDonald, donde las dimensiones alcanzaron valores iguales a: Salud física $\omega=0.890$; salud psicológica $\omega=0.893$; relaciones sociales $\omega=0.905.66$ y medio ambiente $\omega=0.846$. Mientras que para la escala total se tubo (0.846) lo que lo ratifica su fiabilidad para su aplicación. En cuanto a la validez de contenido por medio de la V. de Aiken comprendido por 5 profesionales, se obtuvo $p>.80$, siendo un valor adecuado.

3.6.2. Test de depresión geriátrica

Ficha Técnica

Nombre del instrumento	:	Escala de Depresión Geriátrica-GDS
Autores	:	Yesavage, Brink, Rose Lum, Heersema, Adey & Leirer.
Año	:	1983
Procedencia	:	Estados Unidos
Aplicación	:	Adultos mayores

Finalidad	: Medir el nivel de depresión.
Puntuaciones	: 1 punto si la respuesta coincide con la clave, caso contrario se califica con cero (0).

Propiedades psicométricas originales

De la versión original de 30 preguntas, la cual tuvo como finalidad de distinguir ancianos depresivos y no depresivos, a través de respuestas dicotómicas. Se han realizado adaptaciones más cortas de 15 ítems por los mismos autores como la versión de Sheikh & Yesavage (1986), de las cuales algunas fueron traducidas de manera simple al español y sin modificar las alternativas de corrección. La sensibilidad de esta herramienta fue del 92%, y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. Entre los estudios originales se consideró el Izal y Montorio (1999) el A través de la consistencia interna se obtuvo un coeficiente de Cronbach de 0.94, en cuanto a la fiabilidad test-retest obtuvieron valores de 0.89 y 0.87 (eliminando los ítems somáticos). En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84, p < 0.001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

Propiedades psicométricas Perú

En relación a la adaptación de la prueba (GDS) a la realidad peruana se consideraron los resultados de Fernández (2016), quien encontró una confiabilidad por consistencia interna mediante el K-R20 de Kuder y Richardson, obteniendo un índice de alta confiabilidad de .8581 para la escala general de Depresión Geriátrica. En la validez de constructo, mediante la discriminación ítem test los valores fueron entre .206 a .622. Asimismo, se realizó el análisis factorial exploratorio, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total. Se usó el método de consistencia interna (0.94), método dos mitades (0.94) y fiabilidad test-retest (0.85) teniendo así una correlación alta ($r = 0.84, p < 0.001$).

3.7. Análisis estadístico e interpretación de datos

Se utilizó el software estadístico IBM SPSS versión 25, con el cual se procesaron los datos correspondientes a las variables calidad de vida y depresión. Para el tratamiento de la estadística descriptiva, se utilizó las distribuciones de frecuencias tanto absolutas simples y relativas como porcentuales para la caracterización de la muestra. También se empleó el estadístico de Kolmogórov-Smirnov para la prueba de normalidad. Asimismo, fue necesaria la prueba no paramétrica de correlación de Spearman (Restrepo y González, 2007). Adicionalmente, para las comparaciones entre las variables de estudio calidad de vida y depresión según las variables sociodemográficas de sexo, edad o COVID-19 se realizó la prueba de U de Mann-Whitney.

Para el presente estudio se solicitó el permiso de los autores de cada test, para su posterior desarrollo. Del mismo modo se contó con el consentimiento de los pobladores que decidieron ser partícipes de las encuestas sin obligarlos, resguardando sus nombres y resultados expresando que la información obtenida solo será utilizada para los fines del estudio, el cual solo la investigadora y el asesor tendrán acceso a dicha información, de este modo se cumple con el principio de Autonomía. Como una de las principales medidas de prevención es reducir los riesgos de depresión, se desea mejorar la autoestima de los participantes en general, fomentando mejores prácticas de convivencia, talleres de arte, música y repostería para mejorar sus habilidades en motricidad y memoria; de este modo se rescata el principio de beneficencia y no de maleficencia, pues los resultados del estudio no serían utilizados para fines personales. Por último, se aplicó los principios de justicia e imparcialidad en tanto que los participantes fueron tratados con igualdad, independientemente de cualquier circunstancia, respetando sus derechos y sin ser objetos de discriminación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

4.1. Prueba de normalidad

Tabla 4

Prueba de Kolmogorov-Smirnov de calidad de vida y depresión

Variables	gl	KS	p
Calidad de Vida	184	.073	.019
Salud Física	184	.116	.000
Psicológica	184	.159	.010
Relación Social	184	.170	.000
Medio Ambiente	184	.130	.000
Depresión	184	.153	.000

En la tabla 4 los resultados obtenidos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, nos indican que no siguen una distribución normal ($p < 0.05$), por lo cual será necesario el uso de estadísticos no paramétricos.

4.2. Resultados descriptivos

A continuación, se presentan los resultados descriptivos obtenido en la investigación.

Tabla 5

Características demográficas de los participantes según edad

Edad	Frecuencia	%
60 a 67	96	52.2
68 a 74	42	22.8
≥ 75	46	25.0
Total	184	100.0

En la tabla 5 se evidencia una mayor presencia de aquellos con 60 y 67 años de edad (52.2%) Mientras que el 25% de la muestra estuvo representada por personas con edades ≥ 75 .

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje de la variable calidad de vida

Dimensiones/Variable	Bajo		Regular		Alto		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Salud Física	0	0	10	5.4	174	94.6	184	100.0
Psicológica	2	1.1	182	98.9	0	0	184	100.0
Relación Social	0	0	114	62.0	70	38.0	184	100.0
Medio Ambiente	9	4.9	174	94.6	1	0.5	184	100.0
Calidad de vida general	3	1.6	180	97.8	1	0.5	184	100.0

En la tabla 6 las dimensiones de la calidad vida siguen una frecuencia regular en la muestra de estudio, asimismo, en esta misma frecuencia la calidad psicológica fue la más percibida en el 98.9% de los participantes, seguida por el medio ambiente presente en el 94.6% de los mismos. Asimismo, la calidad de vida general se ubica en un nivel regular en el 97.8% de los encuestados.

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de la variable depresión

Variable	Leve		Moderado		Grave		Total	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Depresión general	22	12.0	138	75.0	24	13.0	184	100.0

En la tabla 7 se observa que la depresión general se encuentra presente en la categoría moderada a un 75% entre los adultos mayores, mientras que la depresión grave solo alcanzo un porcentaje del 13% de la muestra.

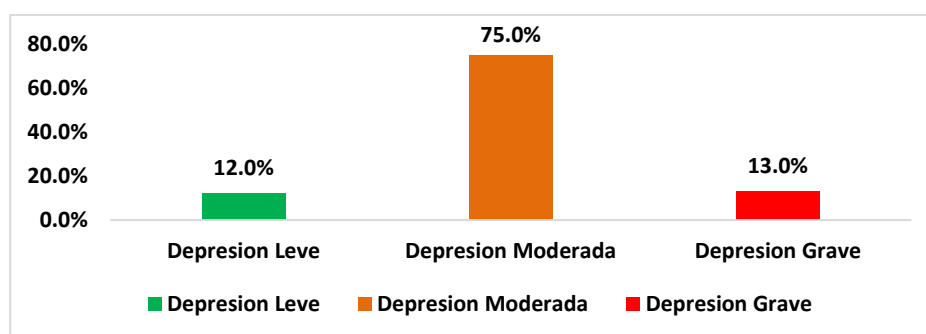


Figura 2. Distribución de porcentajes de la variable depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín.

4.3. Contrastación de hipótesis

Tabla 8

Correlación de Spearman entre la calidad de vida y la depresión

Variable		Depresión
Calidad de vida	<i>rho</i>	-.434**
	<i>p</i>	.000

Nota. ** Correlación es significativa al .001

En la tabla 8 se observa que la calidad de vida se correlaciona de manera significativa e inversa con la depresión a un nivel moderado. Esto quiere decir que, a un menor nivel de calidad de vida, le corresponde un mayor nivel de depresión y viceversa.

Tabla 9

Correlación entre las dimensiones de la calidad de vida y la depresión

Dimensiones	Depresión	
	<i>rho</i>	<i>p</i>
Salud Física	-.266**	.000
Psicológica	-.220**	.003
Relación Social	-.217**	.003
Medio Ambiente	-.336**	.000

Nota. ** Correlación es significativa al .001

En la tabla 9 se puede observar que las dimensiones de la calidad de vida se correlacionan de manera significativa e inversa con la depresión. Las diferentes correlaciones alcanzaron un grado muy débil a excepción de la correlación con el medio ambiente, la cual alcanzó un grado débil con la depresión ($r_s = -.336^{**}$). Es decir, que, a una mayor calidad de medio ambiente, le corresponderá un menor nivel de depresión y viceversa.

Tabla 10

Comparación de la variable calidad de vida y sus dimensiones según edad.

	Edad	N	Rango promedio	H de Kruskal-Wallis	gl	Sig.
Calidad de Vida	60 a 67	96	101.87	13.017	2	.001
	68 a 74	42	97.71			
	>=75	46	68.18			
Salud Física	60 a 67	96	105.20	6.867	2	.032
	68 a 74	42	94.65			
	>=75	46	76.41			
Psicológica	60 a 67	96	94.41	3.050	2	.218
	68 a 74	42	100.15			
	>=75	46	81.53			
Relación Social	60 a 67	96	100.44	7.377	2	.025
	68 a 74	42	93.26			
	>=75	46	75.24			
Medio Ambiente	60 a 67	96	99.74	6.165	2	.046
	68 a 74	42	93.68			
	>=75	46	76.32			

En la tabla 10 se observa que los resultados obtenidos de la prueba de Kruskal- Wallis señalan que la edad mantiene diferencias significativas con la calidad de vida de modo que aquellos que son menores de 67 años presentan una mayor calidad de vida que aquellos de mayor edad. ($p \leq 0.05$). Asimismo, la edad también encontró diferencias con la dimensión física, relación social y medio ambiente.

Tabla 11

Comparación de la variable calidad de vida y sus dimensiones según sexo

Dimensiones	Categoría	N	Rango Promedio	U de Mann Whitney	Sig.
Calidad de Vida	Hombre	84	95.46	3951.500	0.489
	Mujer	100	90.02		
Salud Física	Hombre	84	95.75	3927.000	0.444
	Mujer	100	89.77		
Psicológica	Hombre	84	90.16	4003.500	0.578
	Mujer	100	94.47		
Relación Social	Hombre	84	94.50	4032.000	0.631
	Mujer	100	90.82		
Medio Ambiente	Hombre	84	100.18	3554.500	0.070
	Mujer	100	86.05		

En la tabla 11 los resultados nos indican que, tanto la calidad de vida como sus dimensiones no demostraron diferencias significativas en relación al sexo ($p > 0.05$).

Tabla 12

Comparación de la variable calidad de vida y sus dimensiones según diagnostico COVID-19

Dimensiones	Categoría	N	Rango Promedio	U de Mann Whitney	Sig.
Calidad de Vida	Contagiado	49	93.35	3266.000	0.896
	No se contagio	135	92.19		
Salud Física	Contagiado	49	85.60	2969.500	0.285
	No se contagio	135	95.00		
Psicológica	Contagiado	49	83.00	2842.000	0.138
	No se contagio	135	95.95		
Relación Social	Contagiado	49	91.43	3255.000	0.866
	No se contagio	135	92.89		
Medio Ambiente	Contagiado	49	100.30	2925.500	0.227
	No se contagio	135	89.67		

En la tabla 12 se tiene que la calidad de vida no presenta diferencias significativas con el COVID-19. Las dimensiones tampoco fueron la excepción ya que no se encontraron diferencias con la misma variable. ($p > 0.05$).

Tabla 13

Comparación de la variable depresión según edad

	Categoría	N	Rango	H de Kruskal Wallis	gl	Sig.
Edad	60 a 67 años	96	84.65	7.684	2	.021
	68 a 74 años	42	90.37			
	>=75 años	46	110.84			

En la tabla 13 se evidencia que la depresión difiere de manera significativa con la edad, esto nos indica, que las personas de 75 años a más tienden a deprimirse más que los de menor edad ($p > 0.05$).

Tabla 14

Comparación de la variable depresión según sexo

	Edad	N	Rango	U de Mann Whitney	Sig.
Sexo	Hombre	84	83.29	3426.000	.031
	Mujer	100	100.24		

En la tabla 14 se observa que el sexo mantiene diferencias significativas con la depresión, donde son las mujeres quienes tienden a desarrollar una depresión más significativa que los hombres ($p < 0.05$).

Tabla 15

Comparación de la variable depresión según diagnóstico COVID-19

	Categoría	N	Rango	U de Mann Whitney	Sig.
COVID-19	Contagiado	48	83.21	2852.500	.152
	No se contagió	136	95.87		

En la tabla 15 se puede deducir que el COVID-19 no encontró diferencias en relación a la variable depresión ($p > 0.05$).

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue comprobar si existe una relación significativa entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores de un centro poblado en Junín. Para ello, se aplicó la Escala de Calidad de Vida de Wholqol-Bref y el Test de Depresión (GDS) en una muestra de 184 individuos. Basados en los resultados, se tiene que los adultos mayores tienden a elevar su calidad de vida al presentar menores niveles de depresión y viceversa. Se encontró que el nivel de correlación entre las variables del estudio fue moderado ($Rho = -.434$), conclusión que fue similar a la del estudio de Mogorreo (2018), quien halló también una correlación negativa y significativamente moderada ($Rho = -.150$) de 222 adultos que asistían al CEDIF. Por lo contrario, los hallazgos hasta ahora encontrados a nivel internacional también demuestran que la calidad de vida está asociada de forma significativa tanto con la depresión como con la ansiedad. Por ejemplo, la hipótesis general del estudio realizado por Merino y sus colaboradores en el 2019 pudo corroborarse al encontrarse correlatos de forma inversa y significativa entre las variables de estudio ($p < .001$).

El motivo por el cual una asociación entre la calidad de vida y la depresión se originó en este grupo de estudio puede intentar explicarse, en primera instancia, es teniendo en cuenta que estos pobladores se encuentran en un área de extrema pobreza, donde la atención en salud es muy deficiente a pesar de que se trata de una población vulnerable a varios factores de su entorno. Así, esta cuestión los hace más proclives a una disminución de su estado de ánimo por la clara situación de abandono en la que viven y en la que desgraciadamente tiene que vivir. Además, no se puede dejar de lado la crisis epidemiológica por la que actualmente está pasando el país con el coronavirus, donde la atención no ha llegado a los lugares más lejanos del país debido a una tremenda incapacidad del gobierno para gestionar.

En referencia al segundo objetivo establecido, las dimensiones calidad psicológica, medio ambiente, relaciones sociales de la variable calidad de vida se encuentran en las categorías de nivel intermedio; asimismo, la variable

calidad de vida general alcanzó los niveles medios en un porcentaje de 97.8% de la muestra. Además, la calidad física alcanzó la categoría alta en el 94%.6 de los adultos mayores. Noceda en el 2018 halló resultados similares en 60 adultos de un hospital del distrito de San Martín de Porres donde la calidad psicológica, social y ambiental fueron predominantes en el nivel medio con un 85%, 49% y 60% de la muestra respectivamente. La calidad de vida general también se presentó en una frecuencia de nivel medio en el 80% de los encuestados. Estos resultados también guardan relación con la investigación de Medina en el 2018, pues se encontraron las mismas frecuencias tanto para la calidad de vida como para sus dimensiones.

Farquhar (1995) y Bowling et al. (2003) dieron definiciones tanto positivas como negativas a la calidad de vida. Si el individuo se lleva bien con los integrantes de su familia y con los demás, es un individuo saludable y no le faltan posesiones materiales, entonces se le califica como uno cuya calidad de vida es positiva. En cambio, si este individuo depende de otros, no puede utilizar todas sus capacidades, no se sienten felices o tienen una red de contactos reducida, entonces, se le considera como aquel que tiene una calidad de vida negativa. Por otra parte, Lawton (1999), quien relaciona la calidad de vida con la salud, nos dice que, si el individuo puede juzgar por sí mismo un aumento o disminución de su bienestar psicológico, su socialización, sus capacidades físicas, su dolor y sus actividades rutinarias, se puede llegar a una conclusión global de si este tiene una buena o mala calidad de vida.

Con respecto al tercer objetivo específico, los niveles porcentuales de la variable depresión se encontraron en un nivel moderado en las tres cuartas partes de los adultos mayores (75%), mientras que sólo el 13% manifestaron tener sintomatología depresiva en una categoría alta. Similarmente, Alvarado (2018) también encontró que la depresión se mantuvo en una frecuencia moderada en el 75% de sus evaluados. Adicionalmente, a nivel internacional, Cabada encontró que el 40% de los pacientes de origen mexicano con diálisis peritoneal presentaron una depresión de grado leve. Hay que tener presente que al igual que en otros grupos de edad, los cuadros depresivos pueden surgir por la interacción de factores biológicos, psicológicos (incluyendo la personalidad) y

sociales (Toro et al., 2014).

En relación al cuarto objetivo, se encontró una correlación significativa e inversa entre las dimensiones de la calidad de vida con la variable depresión, siendo las dimensiones de medio ambiente y de salud física las que alcanzaron un mayor correlato y significancia en relación con sus dimensiones restantes. Estos resultados se asemejan con los estudios hechos por Alvarado (2018) en lo que respecta a las correlaciones significativas ($p < 0.05$). Esto implica que los adultos mayores no solo están siendo afectados anímicamente por el medio que los rodea, sino también por una falta de energía eléctrica necesaria para realizar sus actividades diarias. Pizarro (2001) nos indica que hay que tomar en cuenta que la vulnerabilidad en los adultos mayores que se ve comprometida cuando estos no cuentan con servicios básicos tales como luz eléctrica y agua o cuando no cuentan con centros de salud disponibles a su alcance entre otros servicios públicos. Esto podría sugerir un debilitamiento frente al trabajo y las relaciones sociales. Aparte de esto, Blazer et al. (1991) nos dice que a pesar de que no son tan fuertes como en etapas anteriores, el aumento de edad trae consigo para los adultos mayores una vulnerabilidad biológica y psicológica (incrementada y decrementada respectivamente) y, además, una mayor cantidad de sus factores de estrés vitales.

Con relación al análisis comparativo, se encontró que la variable calidad de vida halló diferencias significativas con la edad más no con el sexo y el COVID-19 ($p < 0.05$). Además, las dimensiones calidad física, psicológica y medio ambiente están presentes en mayor porcentaje en las personas que van de 60 a 67 años en relación a aquellos mayores de 68 años. Tomemos en cuenta que según Atchley (1971,1972), los adultos mayores aún pueden hallarse en contextos de socialización nuevas y diferentes a las que ya ha experimentado. No obstante, tanto su capacidad para responder como su capacidad de adaptabilidad a todo ello estará limitado a la conducta, conocimiento, forma de ser y estilos de vida que este individuo tenga en el bagaje acumulado de su propia vida. En relación a la dimensión física, se puede concluir que aquellos que empiezan la etapa de la tercera edad se encuentran en mejor estado de salud. No obstante, a medida que la edad va aumentando, tanto los cambios

físicos en la corporalidad, como el empeoramiento de las funciones de cognición y una debilidad de los sistemas de órganos se hace patente (Kaplan, 2000).

En relación a la variable depresión, se encontró que esta difiere en el grado de incidencia con relación al sexo y la edad, más no con el COVID-19. Esto quiere decir, que aquellos adultos mayores de 75 años son los que manifiestan mayores grados de depresión con relación a los de menor edad. En lo que se refiere al sexo fueron las mujeres quienes están mayor predispuestas a desarrollar cuadros depresivos que los hombres ($p < 0.05$). Roque en su investigación con 61 pacientes pertenecientes a un hospital de Lima Este en el año 2017 encontró que 66.7% de las mujeres presentaron una depresión grave, mientras que los hombres manifestaron una depresión ligera en el 55% de los mismos.

Por otro lado, en el año 2018, Mogrovejo encontró que tanto hombres como mujeres presentaban niveles altos de depresión. No obstante, la epidemiología manifiesta que en la mitad de su vida son las mujeres quienes sufren de depresión más frecuentemente; de hecho, la probabilidad que ellas puedan sufrir de este trastorno es dos veces más alta comparada a la de los hombres (Harkness, Alavi, Monroe, Slavich, Gotlib & Bagby, 2012). No hay que dejar de tomar en cuenta que el vínculo existente entre la depresión y los factores de naturaleza psicosocial que ocurren en el transcurso de la vida y que definitivamente afectan el funcionamiento de las personas está muy bien estudiada. Al parecer, dichos factores psicosociales afectan a las mujeres de una manera distinta la cual provoca en ellas estar más vulnerables. Esto podría ser el resultado del hecho de que dichas mujeres podrían haber sido el foco de un mayor número de acontecimientos vitales o que podrían haber sido más susceptibles a los impactos de dichos acontecimientos, los cuales dejaron en la salud mental de estas mujeres una marca o huella mayor (Gourion, 2009).

Considerando todo lo dicho anteriormente, se concluye que la depresión es más evidente en estos tiempos y que la población que ha sido más afectada ha sido la de los adultos mayores, ya que al ser esta una población vulnerable a desarrollar mayor enfermedades producto de la edad y a recibir

menos cuidados y atención por parte de la familia y del estado, son los que se ven menos provistos para poder enfrentar la depresión. Además, consideremos el miedo que genera la idea de perder la vida, particularmente en una crisis epidemiológica como la que está viviendo no solo en el Perú sino a nivel mundial, en la cual nadie está absolutamente a salvo de salir contagiado. También, el lugar de estudio no solo contribuyó grandemente a que los pobladores adultos en tercera edad califiquen su calidad de vida como de nivel moderado, sino que esto influyó directamente también en los indicadores de pobreza existentes, los cuales señalan entre otros la falta de servicios públicos, de actividades recreativas, de servicios de comunicación, de escasez de empleo, los cuales no benefician en absoluto el envejecimiento saludable a los pobladores de Huaynacancha y que refuerzan la presencia de cuadros depresivos en sus adultos mayores. Esto sin mencionar la gran importancia que tiene el factor social en la vida de este grupo etario, factor que según el modelo de Gotlib y Colby (1989) tiene una importancia especial como fuente principal que mantiene y fomenta la depresión. De ahí su relevancia para la población de personas mayores.

5.2. Conclusiones

1. Se encontró una correlación significativa y negativa ($Rho = -0.434$; $p < 0.05$) entre la calidad de vida y la depresión, esta correlación se dio en un grado moderado.
2. Con respecto a la frecuencia de la depresión en forma general, el nivel predominante fue el medio presente en el 75% de la muestra, equivalente a las tres cuartas partes de la muestra.
3. La calidad de vida en forma general fue percibida en un nivel medio en un 97.8% de los adultos mayores. Asimismo, la salud física se encontró en una categoría alta en un 99.6%, y el 1.4% presenta un nivel medio, la dimensión psicológica el 98.9 % de la muestra predominó en un nivel regular y solo 1.1% en un nivel bajo. La dimensión relación social se encuentra presente en el 62% de los encuestados en un nivel regular, mientras que el 38% se

ubica en un nivel alto. La dimensión medio ambiente alcanzo una mayor frecuencia en un nivel regular representado en un 94.6%, y 4.9% en un nivel bajo.

4. Con respecto a las dimensiones de la calidad de vida y la variable depresión, se demostró que la depresión si se relaciona con la salud física($\rho=-.266$), psicológica($\rho=-.220$), relaciones sociales ($\rho=-.217$) y medio ambiente($\rho=-.336$) de los adultos mayores del poblado de Huaynacancha. Estas correlaciones fueron significativas entre muy débiles a débiles.
5. En relación a la calidad de vida se encontraron diferencias significativas ($p<0.05$) con la edad de los participantes, los mismos resultados fueron para las dimensiones salud física, relación social y medio ambiente, donde aquellos de 60 a 67 años presentan una mayor calidad de vida que aquellos de mayor edad.
6. En relación a la variable sociodemográfica sexo, no se encontró diferencias significativas ($p >0.05$) con la calidad de vida ni con sus dimensiones.
7. Se demostró que el COVID-19 no encontró diferencias significativas ($p >0.05$) con la variable depresión.
8. En relación a la depresión, esta demostró diferencias significativas ($p <0.05$) en relación a la edad, donde los mayores de 75 años manifiestan mayores niveles de depresión que aquellos de menor edad.
9. Se encontró que la depresión encontró diferencias significativas en relación al sexo ($p <0.05$), donde las mujeres reciben en mayor medida la depresión que los hombres.
10. En relación al COVID-19, no se encontraron diferencias ($p <0.05$) con la variable depresión.

5.3. Recomendaciones

1. Solicitar la implementación del área de bienestar psicológico dirigido a los adultos mayores por parte de la municipalidad del centro poblado de este estudio para mejorar su salud y desarrollar sus habilidades, para hacer frente a las situaciones cotidianas, promoviendo.
2. Implementar programas psicoeducativos por personal calificado (psicólogos y sociólogos) por parte de la municipalidad para prevenir la depresión en los pobladores de Huaynacancha. Asimismo, los centros más cercanos de salud, deben fomentar el buen cuidado de las personas mayores, promoviendo el envejecimiento activo y saludable.
3. Invitar a los adultos mayores a seguir desarrollando nuevas actividades tales como el arte, la pintura o la música clásica que se implementan en los centros comunitarios, los cuales no solo ayudan a mantener activos los procesos cognitivos de las personas mayores, sino también promueven la integración, la participación social, la relajación y la desconexión de la realidad actual.
4. Fomentar en los programas a realizarse, como, por ejemplo, el de “Familias Fuertes” o el de “Plan PLAM” (Plan Nacional para Los Adultos Mayores), la participación de los familiares para mejorar aún más la vida de las personas mayores, acompañándolos y demostrándoles afecto y comprensión cuando estos requieran ayuda de nosotros. La comunidad debe realizar actividades semanales que involucren la participación familiar, reforzando los lazos entre ellos y la dinámica familiar.
5. Implementar de programas de alimentación para mejorar la salud física de los adultos mayores a fin de evitarles problemas como el colesterol alto o sobrepeso. Asimismo, la introducción de programas de ejercicio físico como parte de la atención integral que los centros de salud que proveen a los adultos mayores son sumamente importantes para que ellos recuperen su salud mental pues este puede ayudar bastante en la derrota contra la depresión.

6. Continuar recopilando nueva información sobre la población de adultos mayores en diferentes lugares y tiempos a través de la conducción de nuevos estudios. Esto es muy recomendable ya que el contraste entre los diferentes resultados ayudará mucho a entender qué funciona y qué no en relación al mejoramiento de la calidad de vida y a la disminución de la depresión en los adultos mayores.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª. ed.). Estados Unidos: Arlington.

Alvarado, K. (2018). *Calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud- Chiclayo* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12802/5690>

Accinelli, R., Arias, K., Abarca, J., López, L., y Saavedra, J. (2019). Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus en establecimientos de salud pública de Lima Metropolitana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745020300287>

Allonier, C., Chevalier, A., Zins, M., Catelinois, O., Consolli, S. M. & Lahon, G. (2004). Anxiety or depressive disorders and risk of ischemic heart disease among French power company employees. *International Journal Epidemiology*, 33, 779-786. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh077>

Andrés, V. y Bas, F. (1999). *Tratamiento de la depresión: Intervención psicológica en la vejez* (1ª ed.). Madrid, España: Síntesis.

Atchley, C. (1971). Retirement and leisure participation: continuity or crisis. *Gerontologist Spring*, 11(1) 13-7.

Álvarez, L. y Begazo, M. (2015). *Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del albergue Buen Jesús, Arequipa* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3141>

Beck, A., y Clark, D. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(2), 23-46. doi.org/10.1080/10615808808248218

Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects* (5ª ed.). Recuperado de <https://www.worldcat.org/title/depression-clinical-experimental->

and-theoretical-aspects/oclc/2648585

- Blazer, D., Burchett, B., Service, C. y George, L. (1991). The association of age and depression among the elderly: An epidemiological exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 46, 210-215. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/servlet/linkout?suffix=bibr5-2K2L-CMBE-0E4A-RCXG&dbid=8&doi=10.2190%2F2K2L-CMBE-0E4A-RCXG&key=1834726>
- Badía, X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. *Atención Primaria*, 41(7), 411–416. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001516>
- Berzosa, M. (2011). *La familia: un concepto siempre moderno* (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007239.pdf>
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., & Fleissig, A. (2003) Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*, 56(4), 269-306. doi: 10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404. PMID: 14738211.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (2004). Envejecimiento y depresión. En J. Buendía (comp.): Envejecimiento y psicología de la salud. *Psicothema*, 18(2), 288-292. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3212>
- Cavada, R., Cruz, I. y Emanuel, A. (2016). Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. *Rev Esp Méd Quir*, 21(3), 93-99. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2016/rmq163c.pdf>
- Corral, V., Frías, M., y González, D. (2003). Percepción de riesgos, conducta proambiental y variables demográficas en una comunidad de Sonora, México. *Revista Región y Sociedad*, 15(16), 49-72. doi.org/10.22198/rys.2003.26.a650
- Chávez, N. (2007). *Introducción a la Investigación Educativa* (3ª ed.). Recuperado de <https://www.revistaespacios.com/a19v40n01/19400101.html>

Chakraborty, J., Graham, T., y Burrell, E. (2005). Population Evacuation: Assess-ing Spatial Variability in Geophysical Risk and Social Vulnerability to Natural Hazards. *Natural Hazards Review*, 6(1), 23-33. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1061/\(ASCE\)1527-6988\(2005\)6:1\(23\)](http://dx.doi.org/10.1061/(ASCE)1527-6988(2005)6:1(23))

Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención* (4ª ed.). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/547/54700403.pdf>

Dance, K. & Kuiper, N. (1987). Self-schemata, social roles, and a self-worth contingency model of depression. *Motivation and Emotion*, 11(1), 251-268. <https://doi.org/10.1007/BF01001413>

Dabove, M., Prunotto, A., y Barnett, V. (2006). *¿Derecho de la ancianidad?: perspectiva interdisciplinaria* (1ª ed.). Recuperado de <https://books.google.com/cu/books?id=fJ830DL7GIYC&printsec=frontcover&hl=es>

Erikson, E. (1968). *Identidad, Juventud y Crisis* (3ª ed.). Recuperado de <https://www.iberlibro.com/buscar-libro/titulo/identidad-juventud>

Fernández, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez* (1ª ed.). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=562546>

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*, 41(10),1439-46. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00117-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00117-p)

Fernández, C. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/262>

Figuroa, L., Torres, R., Morales, A., Vega, P. y Lira, A. (2018). Nivel de dependencia,

autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enferm. Univ*, 13(3), 159-165.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

Galmés, M. (2012). *Métodos de muestreo y Estadísticos para la Biología Pesquera*. (3^a ed.). Recuperado de <http://www.fao.org/3/x5684s/x5684s00.htm>

García, J. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. (1^a ed.). Recuperado de <https://enred-arte.com/sociologia/1443-la-vejez-el-grito-de-los-olvidados-9789707222342.html>

Gourion, D. (2009). Events of life and links with severe depression at different ages. *Encephale*, 35(7), 250-56. doi.org/10.1016/s0013-7006(09)73480-3

Gotlib, I. y Colby, C. (1987). Treatment of depression an interpersonal systems approach. (9^a ed.). Recuperado de https://www.academia.edu/26863854/Desarrollo_Psicologico_Grace_Craig_pdf

Gatz, M., Kasl-Godley, J. & Karel, M. (1996). *Aging and mental disorders: Handbook of the psychology of aging*. London: Academic Press.

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1^a ed.). Recuperado de <https://www.ecobook.com/libros/metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativa-cualitativa-y-mixta/9781456260965/>

Harkness, K., Alavi, N., Monroe, S., Slavich, G., Gotlib, I. & Bagby, R. (2012). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Abnorm Psychol*, 119(4), 791-803. doi.org/10.1037/a0020629

Hospital Hermilio Valdizán (junio 2019). *Boletín epidemiológico*. Recuperado de: <http://www.hhv.gob.pe/wpcontent/uploads/Epidemiologia/Boletin/2020/ABRIL.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2018). *Estudio epidemiológico de la salud mental en los hospitales regionales. Anales de Salud Mental XXXV*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2018-ASM-EESM-SR.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (junio 2020). *Situación de la población adulta mayor*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>

Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbito de aplicación* (2ª ed.). Recuperado de <https://biblioguias.uam.es/psicologia/gerontologia/libros>

Kaplan, R. (1994). The Ziggy theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychol*, 13(6), 451-460. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.13.6.451>

Kalish, R. (1996). *La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano* (1ª ed.). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=232032>

Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45(1), 181-183. doi.org/10.1159/000022083

Lewinsohn, P., Hoberman, H. & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal Psychology*, 97(3), 251-264. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.97.3.251>

Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. E. Caballo (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (1ª ed.). Recuperado de <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/03/Tratamiento-cognitivo-conductual-Vol-1-Vicente-E.-Caballo.pdf>

Lisigurski, M. y Varela, L. (2003). *Calidad de vida. En: Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología* (2ª ed.). Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1362672&pid=S1726-4634201600020000100001&lng=es

Llallahui, R. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario calidad de vida (WHOQOL – BREF) en adultos mayores que se encuentran en situación de confinamiento, Lima – 2020* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/48656>

Mantovani, M., Pérez, J., Mattei, A., Botolato, C., Martins, E., y Puchalski, L. (2017). Depressão e qualidade de vida em adultos com hipertensão. *Cogitare Enfermagem*, 22(3), 2176-2180. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51630>

Merino, R., Morillo, N., Sánchez, Cabezas, A., Gómez, V., y Crespo, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enferm Nefrol*, 22(3), 274-283. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n3/2255-3517-enefro-22-03-274.pdf>

Medina, R. (2020). *Depresión y calidad de vida del adulto mayor en el Hospital Regional las Mercedes, Chiclayo* (Tesis de Pregrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12802/7121>

Ministerio de Salud (MINSa, 2017). *Análisis de la situación de salud de la región Junín*. Recuperado de <http://www.diresajunin.gob.pe/descargar.php/archivo/cvd1838010ff8d61d61e9543dc0105a86edd23706.pdf/>

Mogrovejo, C. (2018). *Calidad de vida y depresión en adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/29902>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Mayo 2017). *Plan nacional de*

personas adultas mayores. Cuadernos sobre poblaciones vulnerables N° 5.
Recuperado de http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf

Naranjo, M. (2017). Autoestima: Un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-4. Recuperado de <http://revista.inie.ucr.ac.cr>

Noceda, S. (2018). *Calidad de vida y funcionamiento familiar del adulto mayor. centro de salud México, San Martín de Porres -2018* (Tesis de pregrado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12692/27919>

Neugarten, B., Havigurst, R., & Tobin, S. (1961) The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(1), 134-143. doi.org/10.1093/geronj/16.2.134

Organización de las Naciones Unidas (13 de mayo 2020). *Informe de políticas de las naciones unidas: la covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental.* Recuperado de https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief__covid_and_mental_health_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996). *¿Qué es calidad de vida? La gente y la salud.* Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 74-105. Recuperado de https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Día mundial de la Salud Mental. Hablemos de Salud Mental: Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina* (6ª ed.). Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
- Peña, E., Bernal, L., Reyna, L., Pérez, R., Onofre, D., Cruz, A., y Silvestre, D. (2019). Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud*, 21(2), 113-118. doi.org/10.22267/rus.192102.144
- Plataforma del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020). *Situación de la población adulto mayor*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor.pdf
- Plataforma Digital Infocop. (16 de julio de 2020). *La ONU pone de relieve la importancia de la Salud Mental en todas las políticas de los Gobiernos*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8786
- Peterson, S. (2004). Health-Related quality of life: Middle Range Theories. Application to Nursing Research. *Lippincott William & Wilkins*. 2(1), 274-287. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/304872783_Middle_range_theories_Application_to_nursing_research_Third_edition
- Reig, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicologico. *Rev Esp Geriatr Geraonto*, 35(2), 5-16. Recuperado de: <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/la-calidad-de-vida-en-gerontologia-como-constructo-psicologico.pdf>
- Roque, M. (2018). *Relación entre depresión y calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1008>
- Risquez D. y Col, T. (2002). *La investigación aplicada* (1ª ed.). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2016.v4n2.122>

Restrepo, L. y González, J. (2007). De Pearson a Spearman. *Revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2950/295023034010>

Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania*, 44(1), 241-257. Recuperado de <https://revistas.ucv.es/index.php/Edetania/article/view/210>

Sánchez, D. (2013). *Espacio urbano, reconstrucción y reconfiguración territorial*. (1ª ed.). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/257297139_Prisioneros_del_espacio_urbano_Retos_de_planificar_ciudades_amigables_para_las_personas_adultas_mayores_Prisoners_of_the_urban_space_Challenges_of_planning_in_the_friendly_cities_for_the_older_people

Shumye, S., Belayneh, Z. & Mengistu, N. (2019). Related quality of life and its correlates among people with depression attending outpatient department in Ethiopia: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 17(1), 2-9. doi.org/10.1186/s12955-019-1233-7

Siegrist, J., Broer, M., & Junge, A. (1996). Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc Sci Med*, 29(1), 463–472. doi.org/10.20511/pyr2016.v4n2.122

Sheikh, J. & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5(1), 165-173. Recuperado de <https://www.scienceopen.com/document?vid=4557073f-36a0-4e6b-b633-2732a2049c8f>

Seppilli, T. (1995). *Contribución a la formulación de las relaciones entre prácticas higiénico-sanitarias y etnología*. En: Actas de la XLV Reunión de la Sociedad Italiana para el Progreso de las Ciencias. Roma: Tipografia Editriceltalia

- Tomas, C. & Morris, S. (2003). Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*, 183(6), 514-519. doi:10.1192/00-000
- Teri, I. & Lewinsohn, P. (1986). *Gerontological assessment and treatment: selected topics*. New York: Springer.
- Toro, R., Vargas, J., Murcia, S., Galtán, N., Umbarlla, D. y Sarmlento, K. (2014). Depresión mayor en la adultez tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento. *Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(2), 147-153. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815168.pdf>
- Tamayo, M. (2006). *El Proceso de la Investigación Científica* (3ª ed.). Limusa, México DF: Noriega Editores.
- Vásquez, C., y Sanz, J. (1991). Transtornos depresivos: Datos clínicos y modelos teóricos. *Manual de Psicopatología*, 2(1), 785-875. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/loretopolvorinos/1991-trastornos-depresivosdatos-y-modelos-1>
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang V., Adey, M. & Leirer, V. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1), 37-49. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/236/1168>
- Zapata, O. (2005). *La aventura del pensamiento crítico: Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas* (1ª ed.). Recuperado de <http://biblioteca.ueb.edu.ec/cgi-bin/koha/yopac-detail.pl?biblionumber=2375>
- Zárate, E., Vásquez, L., Carmona, M., Sanabria, J., Crespo, N., Mateo, C., y Ulrich, J. (2020). *Efecto en la salud mental de la población peruana vinculado al confinamiento en la primera ola de pandemia COVID-19*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/project/PSY-COVID>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE HUAYNACANCHA, JUNIN.

Problema General:	Objetivo General:	Hipótesis General:	Variables e Indicadores			
¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín?	<p>Determinar la relación que existe entre la calidad de vida y depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir los niveles de calidad de vida y por dimensiones en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha. 2. Describir los niveles de calidad de vida y por dimensiones en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha. 3. Establecer la relación entre las dimensiones de calidad de vida y la depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha. 4. Comparar la calidad de vida según las variables; edad, sexo y COVID-19 en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha. 5. Comparar la depresión según las variables; edad, sexo y COVID-19 en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha. 	<p>Existe correlación inversa significativa entre la calidad de vida y depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>H1: Existe correlación entre la depresión y las dimensiones de Calidad de vida en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha.</p> <p>H2: Existe diferencias significativas entre la variable Calidad de Vida, según las variables de edad, sexo y COVID-19.</p> <p>H3: Existe diferencias significativas entre la variable Depresión, según las variables de edad, sexo y COVID-19.</p>	<p>Dimensiones</p> <p>V1: Calidad de Vida.</p> <p>Salud Física.</p> <p>Salud Psicológica.</p> <p>Medio Ambiente</p> <p>Entorno Social</p> <p>V2: Depresión</p> <p>Nivel bajo (0-10)</p> <p>Medio (11-20)</p> <p>Alto (21-30).</p>	<p>Diseño</p> <p>No experimental</p> <p>Transversal</p> <p>Tipo</p> <p>Descriptivo</p> <p>Correlaciona</p> <p>Enfoque</p> <p>Cuantitativo</p>	<p>Población</p> <p>La población estuvo compuesta por 300 adultos mayores de 60 a 70 años del poblado de Huaynacancha.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estimada en 179 adultos mayores</p> <p>Muestreo:</p> <p>No Probabilístico</p>	<p>Instrumentos</p> <p>Los instrumentos en la presente investigación fueron:</p> <p>Escala de calidad de vida de Wholqol-Bref OMS (1998).</p> <p>Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (1982)</p>

Anexo 2: Instrumentos Utilizados

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE WHOLQOL-BREF

Organización Mundial de la Salud – 1998

A continuación, se presentan 26 ítems referidos a la calidad de vida, por favor conteste a todos ellos con sinceridad, no existen respuestas adecuadas, buenas, inadecuadas o malas. Marque con una x en el espacio que corresponde.

Sexo: Hombre () Mujer () Edad: _____

Estado civil: Soltero /a () Separado/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a ()

Se contagio del COVID-19: Si () No ()

Grado de instrucción: Ninguno () Primario () Secundario ()

Medios Universitarios ()

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:

ITEMS	DIMENSIONES	RESPUESTAS				
		Muy mal	Poco	Normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?					
		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?					
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?					

7	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

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

		Nada	Un poco	Modera do	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					
		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadame nte
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

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

		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					

20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?					
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

Anexo 3: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS)

Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982)

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Grado de instrucción:

INSTRUCCIONES:

Lee atentamente y marque con un aspa (X) en una de las alternativas la opción que mejor explique su forma de comportarse. Se le pide sinceridad a la hora de responder las preguntas.

N°	PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	SI	NO
01	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
02	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
03	¿Siente que su vida está vacía?		
04	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
05	¿Tiene esperanza en el futuro?		
06	¿Tiene pensamientos que le molestan?		
07	¿Suele estar de buen humor?		
08	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?		
09	¿En general se siente usted feliz?		
10	¿Se siente a menudo abandonado?		
11	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?		
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Se suele preocupar por el futuro?		
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo triste?		
17	¿Se siente inútil?		
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19	¿Cree que la vida es muy interesante?		
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno de energía?		
22	¿Se siente sin esperanza?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?		
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?		

26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?		
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como antes?		

Anexo 4: Autorización del Uso del Instrumento

request for permission (Solicitud de Permiso) Recibidos x



ERIKA MARTHA CHUCO MACALAPU

dom, 7 mar 5:55



Dear Dr. Jerome Yesavege My name is Erika Martha Chuco Macalapu, with ID: 71249178, student of the Psychology career at the Autonomou...



Jerome A Yesavage <yesavage@stanford.edu>

dom, 7 mar 13:05



para mí ▾

inglés ▾ > español ▾ [Ver mensaje original](#)

[Traducir siempre: inglés](#)

La escala es pública. Buena suerte.



Responder

Reenviar

GRANTED: 376659 Permission request for WHO copyrighted material (OTORGADO: 376659 Solicitud de permiso para material protegido por derechos de autor de la OMS) Recibidos x

permissions <permissions@who.int>

lun, 8 mar 2:16



para mí ▾

inglés ▾ > español ▾ [Ver mensaje original](#)

[Traducir siempre](#)

Estimada Sra. CHUCO MACALAPU ,

Gracias por enviar el formulario en línea y por su interés en los materiales de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

<https://www.who.int/toolkits/whoqol>

En nombre de la OMS, nos complace autorizar su solicitud para reproducir, reimprimir y / o traducir las herramientas e instrumentos de WHOQOL como se detalla en el formulario a continuación, sujeto a los términos y condiciones de la licencia no exclusiva a continuación.

Para obtener una lista de los WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF actuales versiones lingüísticas, archivo de sintaxis WHOQOL-BREF y las pautas de traducción, visite [WHOQOL-100 / WHOQOL-BREF](#)

Para obtener más información y otros materiales de WHOQOL, visite el [Sitio web de WHOQOL](#)

Le agradecemos su interés en los materiales publicados por la OMS.

Con nuestros mejores deseos,

Dolores Campanario

Anexo 5: Consentimiento informado

Participante:

.....
.....

Con el debido respeto me presento a usted, mi nombre **es Erika Martha Chuco Macalapu**, estudiante de psicología de la Universidad Autónoma – Lima. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre **“Calidad de Vida y Depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín”**, y para ello quisiera contar con su valiosa colaboración. El proceso consiste en la aplicación de dos pruebas psicológicas: **Escala de Calidad de Vida (WHOLQOL-BREF) y la Escala de Depresión Geriátrico de Yesavage (GDS)**.

De aceptar participar en la investigación, afirmó haber sido informado de todos los procedimientos de la investigación. En caso tenga alguna duda con respecto a algunas preguntas se me explicará cada una de ellas.

Gracias por su colaboración

Atte. Erika Martha Chuco Macalapu
ESTUDIANTE DE LA EAP DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERU

Día: / /

FIRMA