



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
PACIENTES DEL C.S. TARATA, TACNA – 2021

PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

PETRONILA SANGA MAMANI
ORCID: 0000-0002-6554-0177

ASESOR

MAG. MAX HAMILTON CHAUCA CALVO
ORCID: 0000-0003-0909-5424

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN
BIENESTAR PSICOLÓGICO

LIMA, PERÚ, NOVIEMBRE DE 2022



CC BY-NC

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Esta licencia permite a otros entremezclar, ajustar y construir a partir de su obra con fines no comerciales, y aunque en sus nuevas creaciones deban reconocerle su autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

Referencia bibliográfica

Sanga Mamani, P. (2022). *Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del C.S. Tarata, Tacna - 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.

HOJA DE METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Petronila Sanga Mamani
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	00661940
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6554-0177
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	Max Hamilton Chauca Calvo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08035455
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-0909-5424
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Laura Fausta Villanueva Blas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09749871
Secretario del jurado	
Nombres y apellidos	Silvana Graciela Varela Guevara
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	47283514
Vocal del jurado	
Nombres y apellidos	Katia Marilyn Chacaltana Hernández
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	71076865
Datos de la investigación	
Título de la investigación	Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del C.S. Tarata, Tacna - 2021
Línea de investigación Institucional	Persona, Sociedad, Empresa y Estado
Línea de investigación del Programa	Bienestar psicológico
URL de disciplinas OCDE	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Lima, el Jurado de Sustentación de Tesis conformado por los psicólogos colegiados: Dra. Laura Fausta Villanueva Blas quien lo preside, la Mag. Silvana Graciela Varela Guevara como secretaria y la Mag. Katia Marilyn Chacaltana Hernández como vocal, reunidos en acto público para dictaminar la tesis titulada:

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES PACIENTES DEL C.S. TARATA, TACNA - 2021**

Presentada por la Bachiller:

SANGA MAMANI, PETRONILA

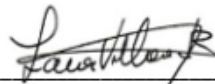
Para obtener el **Título Profesional de Licenciada en Psicología**; luego de escuchar la sustentación de la misma y resueltas las preguntas del jurado, acuerdan:

APROBADO POR MAYORÍA

En fe de lo cual firman los miembros del jurado, a los veintitrés días de noviembre de 2022.



Mag. Silvana Graciela Varela Guevara
C. Ps. P. 24029
Secretaria



Dra. Laura Fausta Villanueva Blas
C.Ps. 7452
Presidenta



Mag. Katia Marilyn Chacaltana Hernández
C. Ps. P. 23122
Vocal

ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo Max Hamilton Chauca Calvo docente de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Autónoma del Perú, en mi condición de asesor de la tesis titulada:

**"DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
PACIENTES DEL C.S. TARATA, TACNA – 2021"**

De la bachiller Petronila Sanga Mamani, constato que la tesis tiene un índice de similitud de 19% verificable en el reporte de similitud del software Turnitin que se adjunta.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Autónoma del Perú.

Lima, 18 de abril de 2023



Max Hamilton Chauca Calvo

DNI: 08035455

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente a Dios por haberme dado salud y el afán de superación, además de acompañarme constantemente en cada uno de los pasos que doy y por iluminar mi mente.

A mi familia que siempre me ha demostrado su cariño, amor, y sobre todo el constante apoyo que me dan para que pueda cumplir con todas las metas que me propongo y por siempre brindarme fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

A mi Asesor el Dr. Max Hamilton Chauca Calvo por su apoyo constante y al guiarme con las técnicas necesarias para el progreso de este trabajo.

A mis docentes que lo largo de mi carrera universitaria han inculcado en mí, una educación adecuada y además me inculcaron valores y conocimiento

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
RESUMO	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática	13
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Justificación e importancia de la investigación	15
1.4. Objetivos de la investigación: general y específicos.....	16
1.5. Limitaciones de la investigación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado	24
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada	41
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	44
3.2. Población y muestra.....	44
3.3. Hipótesis	46
3.4. Variables - Operacionalización.....	47
3.5. Métodos y técnicas de investigación	49
3.6. Análisis estadísticos e interpretación de los datos	53
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable	55
4.2. Contrastación de hipótesis	60
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusión	67
5.2. Conclusiones	71
5.3. Recomendaciones	72
REFERENCIAS	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1 Padrón de seguimiento etapa de vida adulto mayor +60 años. C.S. Tarata 2020 vacunación
- Tabla 2 Operacionalización de la variable depresión
- Tabla 3 Operacionalización de la variable calidad de vida
- Tabla 4 Niveles de depresión
- Tabla 5 Grado de calidad de vida
- Tabla 6 Tabla cruzada entre depresión y calidad de vida
- Tabla 7 Tabla cruzada entre depresión y satisfacción con el sentido vital
- Tabla 8 Tabla cruzada entre depresión y satisfacción con la integridad personal
- Tabla 9 Tabla cruzada entre depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones
- Tabla 10 Tabla cruzada entre depresión y satisfacción social
- Tabla 11 Correlación y significancia de depresión y calidad de vida
- Tabla 12 Correlación y significancia de depresión y satisfacción con el sentido vital
- Tabla 13 Correlación y significancia de depresión y satisfacción con la integridad
- Tabla 14 Correlación y significancia de depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones
- Tabla 15 Correlación y significancia de depresión y satisfacción social
- Tabla 16 Valores máximo, mínimo, media y desviación estándar de la variable depresión
- Tabla 17 Valores máximo, mínimo, media y desviación estándar de la variable calidad de vida
- Tabla 18 Análisis de validez de constructo de depresión en una muestra piloto de 55 personas adultas mayores
- Tabla 19 Análisis de validez de constructo de la variable calidad de vida en una muestra piloto de 55 personas adultas mayores

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Modelo cognitivo, depresión según Beck
- Figura 2 Diagrama del modelo conceptual de la OMS
- Figura 3 Clasificación del concepto de prosperidad
- Figura 4 Modelo de Calidad de vida centrado en la evaluación

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES PACIENTES DEL C.S. TARATA, TACNA – 2021

PETRONILA SANGA MAMANI

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar la relación entre depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores quienes acuden al C.S. Tarata, Tacna – 2021. Se planteó la metodología de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y correlacional - causal, donde se contó con una población de 413 de los cuales se utilizó una muestra de 157 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de depresión de Yesavage y el Índice de calidad de vida de Mezzich y colaboradores, donde se determinó que las variables depresión y calidad de vida presentan una relación significativamente inversa y con un alto grado de relación ($\rho = -.664$; $p < 0.05$). Por otro lado, a nivel de dimensiones se obtuvieron las siguientes relaciones: Depresión y satisfacción con el sentido vital ($\rho = -.571$; $p < 0.00$); depresión y satisfacción con la integridad ($\rho = -.483$; $p < 0.000$); depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones ($\rho = -.575$; $p < 0.00$) y depresión y satisfacción social ($\rho = -.354$; $p < 0.00$). Además, se obtuvo que el 68,79% no presenta depresión y tienen un alto grado de calidad de vida, seguido de un 26,11% que presenta depresión leve junto con un grado de calidad de vida medio - alto con tendencia a medio, el 4,46% que presentó un nivel de depresión moderada obtuvo también un grado de calidad de vida medio - alto con tendencia a medio, y finalmente el 0,64% los que presentó un nivel de depresión grave obtuvo un grado de calidad de vida medio.

Palabra clave: depresión, calidad de vida, adulto mayor

**DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY PATIENTS OF THE
C.S. TARATA, TACNA – 2021**

PETRONILA SANGA MAMANI

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between depression and quality of life of older adults who attend the C.S. Tarata, Tacna - 2021. The methodology used was a quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional and correlational-causal, with a population of 413, of which a sample of 157 older adults was used. The instruments used were the Yesavage Depression Scale and the Mezzich et al. Quality of Life Index, where it was determined that the variables depression and quality of life show a significantly inverse relationship with a high degree of relationship ($\rho = -.664$; $p < 0.05$). On the other hand, at the level of dimensions, the following relationships were obtained: Depression and satisfaction with vital meaning ($\rho = -.571$; $p < 0.00$); depression and satisfaction with integrity ($\rho = -.483$; $p < 0.000$): depression and satisfaction with productive and relationship functioning ($\rho = -.575$; $p < 0.00$) and depression and social satisfaction ($\rho = -.354$; $p < 0.00$). Furthermore, it was found that 68.79% were not depressed and had a high quality of life, followed by 26.11% who were mildly depressed with a medium-high quality of life with a tendency towards medium, 4.46% who were moderately depressed also had a medium-high quality of life with a tendency towards medium, and finally 0.64% who were severely depressed had a medium quality of life.

Keyword: depression, quality of life, older adult

**DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES IDOSOS DO C.S.
TARATA, TACNA – 2021**

PETRONILA SANGA MAMANI

UNIVERSIDADE AUTÔNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objectivo desta investigação era determinar a relação entre a depressão e a qualidade de vida dos adultos mais velhos que frequentam o C.S. Tarata, Tacna - 2021. A metodologia utilizada foi uma abordagem quantitativa, desenho não experimental, transversal e correlacional, com uma população de 413 habitantes, dos quais foi utilizada uma amostra de 157 adultos mais velhos. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Depressão Yesavage e o Mezzich et al. Índice de Qualidade de Vida, onde foi determinado que as variáveis depressão e qualidade de vida mostram uma relação significativamente inversa com um elevado grau de relação ($\rho = -.664$; $p < 0.05$). Por outro lado, ao nível das dimensões, foram obtidas as seguintes relações: Depressão e satisfação com significado vital ($\rho = -.571$; $p < 0.00$); depressão e satisfação com integridade ($\rho = -.483$; $p < 0.000$); depressão e satisfação com o funcionamento produtivo e da relação ($\rho = -.575$; $p < 0.00$) e depressão e satisfação social ($\rho = -.354$; $p < 0.00$). Além disso, verificou-se que 68,79% não estavam deprimidos e tinham uma qualidade de vida elevada, seguidos por 26,11% que estavam ligeiramente deprimidos com uma qualidade de vida média-alta com tendência para a média, 4,46% que estavam moderadamente deprimidos também tinham uma qualidade de vida média-alta com tendência para a média, e finalmente 0,64% que estavam severamente deprimidos tinham uma qualidade de vida média.

Palavras-chave: depressão, qualidade de vida, idoso

INTRODUCCIÓN

La situación actual de nuestra población al igual que todo el mundo, está afectando en su calidad de vida, ya que estamos atravesando por esta pandemia mundial del Sars Cov2, y se hace especial énfasis en la población adulta mayor ya que es la que se ha visto altamente afectada, por ello el estudio propuesto se ejecuta debido a la observación de gran cantidad de veteranos en la provincia de Tarata departamento de Tacna, los cuales en su mayoría se encuentran desamparados puesto que sus familiares se dedican a la labor agrícola, y en este panorama que nos encontramos por el Covid-19 se encuentran más vulnerables. Pudiendo cursar un cuadro de depresión a causa de una calidad de vida inadecuada (Ribotta, 2022).

Cada vez nuestra sociedad va tomando conciencia sobre los constantes problemas que se presenta una vez llegada la etapa de envejecimiento de cada individuo y la urgente necesidad que requiere tomar medidas para controlar las consecuencias que podrían derivar de ello.

La población adulta mayor está aumentando progresivamente como dato estadístico es que en el año de 1975 existía una media de 350M de ancianos a alrededor del mundo, por otro lado, en el 2000 ascendía a 600M con proyecciones de ascenso para el 2025 que sería de 1100M, que correspondería a un porcentaje del 15% de la población total (Fernández et al., 2010).

En Tarata, situada en la región de Tacna, existe un bajo número de habitantes, en su mayoría son adultos mayores quienes han logrado encontrar en el distrito una estabilidad, además que la mayoría de los adultos han emigrado a lugares cercanos, que para ellos represente un mayor número de oportunidades, eso sumado a la cantidad de personas que han fallecido, se puede considerar que la cantidad de personas va disminuyendo conforme pasan los años.

El nivel de vida difiere con la calidad, ya que la misma, hace referencia a la percepción de necesidades básicas y su satisfacción, utilizando parámetros subjetivos la su evaluación, por lo tanto, puede ser influenciado y se debe considerar aspectos contextuales inherentes a la salud. Puesto que este problema podría relacionarse con la presencia de alguna afección mental y/o física, siendo más difícil para cada individuo mantener una calidad de vida buena.

Ante lo explicado, es esencial la realización de esta investigación, por consiguiente, se utilizó como antecedente investigaciones a nivel internacional y nacional. Seguidamente, se señalará los cinco capítulos desarrollados.

En el capítulo I se expuso la problemática indicando la magnitud actual, lo cual afecta a nivel mundial, de esta forma se justificó y señaló lo fundamental del presente estudio, posterior a ello se determinó los objetivos con el fin de conocer la asociación entre ambas variables.

En el capítulo II se colocaron las bases teóricas, considerando los antecedentes previos.

En el capítulo III se da a conocer la metodología, como también el planteamiento de hipótesis, las variables y operacionalización de estas, del mismo modo, técnicas y métodos del estudio, como el procesamiento de datos y análisis de los mismos.

En el capítulo IV se analizaron e interpretaron los resultados, utilizando tablas estadísticas.

Por último, en el capítulo V se discutió, concluyó y recomendó considerando lo encontrado. Asimismo, se expusieron las referencias y anexos del presente estudio.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), son considerados adultos mayores las personas que sobre pasen los 60 años de vida, podemos decir que están en la etapa de la vejez. Además, que, por primera vez, según datos de la OMS, se posee una expectativa de vida superior a los sesenta años de edad en la mayoría de población. Hasta el 2050 se estimaba que la población llegue a los 2000M en la misma brecha de vida, representando un aumento considerable con respecto al año 2015, donde era de 900 millones.

Asimismo, esta misma institución refiere a la depresión como una enfermedad mental, siendo además de las más frecuentes y que primordialmente se caracteriza por la existencia de tristeza, además, una característica de la depresión es el desinterés en las actividades diarias, falta de autoestima, presencia del sentimiento de culpa, además de presentar trastornos de sueño o en el apetito y una constante sensación de cansancio, por lo cual no permite que un individuo pueda tener la calidad de vida en óptimas condiciones.

Dentro del contexto mundial, la depresión ha llegado a afectar a un 5,7% en las personas de la tercera edad (Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, 2021) y lamentablemente en las instituciones de salud primarias, la depresión no es diagnosticada y tampoco tratada como debería ser, ya que muy frecuente que los síntomas en las personas mayores sean confundidos con otros problemas que podrían presentar los individuos. Los ancianos que tienen depresión poseen un desempeño defectuoso a comparación de los que poseen enfermedades crónicas (Bruning y Mora, 2019); la percepción incrementa de poseer una mala salud.

Por otro lado la calidad de vida, según la ONG Help – Age Internacional (2014) en los resultados del Índice Global de Vigilancia del Envejecimiento, nuestro país se

encuentra ubicada en el puesto 42 del estudio, donde se evalúa de forma anual los índices en la calidad de vida y de acuerdo a los parámetros de seguridad en ingresos, salud, competencias y entornos favorables de los adultos mayores en un total de 96 países; ocupando los 5 primeros lugares los países de Noruega, Suecia, Suiza, Canadá y Alemania respectivamente; mientras que en los últimos lugares los ocupa los países de Cisjordania y Gaza, Mozambique y al final Afganistán.

En el Caribe y Latinoamérica, la población mundial tiene una extensión en la tasa de crecimiento, pero en menor proporción que años anteriores, con una tendencia a decrecer a partir del año 2060. En ese sentido, la población adulta mayor latinoamericana la conforman aproximadamente 76M de personas, la cual se estima llegará a ser mayor que la población menor a quince años al 2037, dado que se estaría entrando a una etapa de envejecimiento acelerado para esas fechas (Naciones Unidas, 2018).

Dentro del contexto nacional, según la información de la ENAHO (Encuesta Nacional de hogares) realizada el 2020, el primer trimestre, mostró que en el 43,9% de familias, algún integrante es de 60 años en adelante. Los hogares en los cuales algún miembro de la familia es mayor de 80 años es el 9,8%. Pudieron conocer que el 40,8% de ancianos están afiliados al SIS, el 39,1% afiliada al EsSalud y por último un 6,2% a otros seguros médicos. Además, señalaron que 77,9% de edad avanzada posee condiciones de enfermedad, como, alto colesterol, TBC, asma, diabetes, hipertensión, artritis, entre otros. Finalmente, en cuanto al nivel de educación alcanzada, el 36,8% logró estudiar hasta el nivel primario, un 26,8% el nivel secundario, un 23% el superior y el 13,4% de los encuestados no posee algún nivel de educación.

Además, de acuerdo con Radio Nacional (2020), informó los reportes del INEI que en el Perú existen alrededor de 4 millones de habitantes quienes superan la tercera edad y a su vez en territorio nacional representan el 12,7% de la cantidad poblacional en el 2020, de los cuales el 47,6% son hombres y el 52,4% mujeres. Con respecto a toda la población femenina, las mujeres adulto mayor representan el 13,2% y los varones adulto mayor el 12,2% de toda la población masculina. A su vez el 15,6% de toda la población adulto mayor son individuos quienes superaron los 80 años.

Esta situación se repite dentro del contexto local, que si bien aún existen carencias en el Sistema de Salud, hoy en día mayormente reflejado por la pandemia del Covid 19, día a día se nota que existe una evidente carencias para la atención de adultos mayores, sin embargo, gracias a pequeños esfuerzo como el programa Pensión 65 que brinda el estado para la población mayor de 65 años, quienes carecen de las condiciones básicas para su existencia, se les hace la entrega de una paga de 250 soles cada 2 meses, cantidad que si bien no es mucho, les proporciona cierto grado de independencia a esta población beneficiarios en el programa social.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021?

1.3. Justificación e importancia de la investigación

La justificación teórica del estudio se demuestra en los aportes referentes a las variables de estudio de las fuentes oficiales como la OMS, además de opinión profesional, los mismos que brindan nuevos alcances para entender la depresión y el proceso de envejecimiento.

En cuanto a la justificación social, este tipo de situaciones generan cambios precisamente en el entorno social que de no tratarse afectaría directamente a la

mentalidad, la mayoría de este grupo de personas se hace más común y frecuente mientras van pasando los años, problemas como la jubilación, abandono de los hijos, la muerte de amigos y/o familiares afecta de forma psicológica, dando como consecuencia enfermedades mentales que dependiendo de la situación de cada individuo se puede curar.

Mientras que, el aspecto metodológico sirve como referente para otras investigaciones que también deseen emplear el mismo procedimiento para obtención de datos en una población y contexto similar, dado que estos instrumentos cumplen con las evidencias de validez y confiabilidad, permitiendo tener también resultados más confiables.

La presente investigación toma importancia el poder determinar, si existe un vínculo entre depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata, y una vez obtenidos los resultados se proporcionará los mismos a la entidad correspondiente del centro de salud para que se tome las medidas convenientes en el área de salud mental. Además de ello, la presente servirá como fuente referencial para futuros trabajos relacionados.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. *Objetivo general*

Identificar la relación entre depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

1.4.2. *Objetivos específicos*

1. Identificar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

2. Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

3. Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

4. Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción social, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

1.5. Limitaciones de la investigación

Tras realizar la investigación, se generó una mayor inestabilidad emocional durante pandemia en los adultos mayores por la vulnerabilidad en que encuentran, trayendo consigo el incremento de depresión, afectando la calidad de vida.

Otra limitación fue en cuanto a flexibilidad para trabajar con personas de la tercera edad, siendo complicado para estas personas comprender las preguntas realizadas. Así también el acceso en cuanto a ciertos pacientes que no podían y/o deseaban participar del estudio.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Melo et al (2020) ejecutó un trabajo de la calidad de vida, fragilidad y depresión planteada para cuidadores de anciano en Brasil el cual planteó establecer la correspondencia entre calidad de vida , fragilidad y depresión en los cuidadores de ancianos, se utilizó la forma descriptiva como tipo de investigación y diseño correlacional, siendo 40 cuidadores mayores de ancianos la población manejada, las herramientas utilizadas fueron, para la fragilidad el cuestionario de Fried, para medir la depresión utilizaron la escala de Depresión geriátrica y finalmente para poder medir el nivel de la calidad de vida utilizaron el cuestionario Short-Form. Obteniendo como resultado que una gran mayoría de los cuidadores fueron encontrados en el nivel de pre - frágiles con un 52.5%, y sin resultados de síntomas depresivos en un 57.5%, además de ello, se encontró .76 como puntuación de calidad. Lo cual da como consecuencia que existe una significancia estadística entre las tres variables, de la cual se concluyó que, los cuidadores de ancianos quienes obtuvieron cierto nivel de depresión, poseían una percepción baja del nivel de calidad de vida, a aquellos quienes no exhibían algún nivel de depresión. La investigación se consideró importante ya que presente un análisis entre las dos variables con las que se desea trabajar, además de ello la población son cuidadores mayores, similares a la presente.

Salvador et al. (2020) en su aporte de investigación sobre síntomas depresivos en un adulto mayor, puede ser un componente preciso en una inadecuada calidad de vida, en Ecuador, donde determinaron como su principal objetivo la sociedad de depresión y calidad de vida, donde modificaron y manejaron de Yesavage la escala de depresión geriátrica, y la calidad de vida con el instrumento EQ-5D, la metodología fue de tipo observacional y diseño descriptivo, donde se contó con una muestra

poblacional de 71 ancianos que viven en una zona rural. Los resultados mostraron depresión en un 54.9% e ineficiente calidad de vida en un 53.5%. Se concluyó que el adulto mayor al incrementar su depresión poseerá una mala calidad de vida, la investigación se consideró importante ya que trabaja con las dos variables, además la población con la que se trabaja son adultos mayores de una zona rural, al igual que la presente.

Muños y Vargas (2019), en su trabajo sobre la calidad de vida y funcionalidad de adultos mayores realizada en Colombia, el propósito era comprobar la asociación entre calidad de vida y funcionalidad en dicha población, para la cual las autoras utilizaron la metodología de tipo descriptivo, realizando la revisión bibliográfica de artículos científicos. La conclusión demostró existencia de correspondencia de las variables mencionadas, indicando que mientras más sea el nivel de dependencia funcional, menos será el grado de calidad de vida. Este trabajo es considerado importante porque existe una extensa fuente bibliográfica de la cual se da lectura para poder analizar las definiciones según autor.

Auquilla y Pacurucu (2018), en Ecuador plantean como objetivo relacionar la autopercepción del adulto mayor y la calidad de vida con las variables sociodemográficas, la muestra fue de 46 veteranos, y para la cual utilizaron el instrumento WHOQOL-BREF, además de una ficha sociodemográfica, el estudio fue de tipo sustantivo correlacional. Los resultados señalan que la calidad de vida percibida por estas personas es media– alta, también se evidencio que las variables sociodemográficas con la calidad de vida, no se correlacionaron. Concluyendo, que no existe vínculo referente a lo sociodemográfico y la autopercepción.

Valdez y Álvarez (2017) en su trabajo sobre la calidad de vida y el apoyo familiar del adulto mayor, realizado en México, donde el objetivo principal fue determinar la sociedad de ambas variables, utilizando una metodología de tipo observacional, transversal y analítico. Y la herramienta para recolectar los datos fue la encuesta socio demográfico WHOQOL-OLS y MOS y la realización de una entrevista directa. La población se constituyó por 368 adultos mayores, oscilando entre los años de 60 a 92. Los resultados revelaron que el 50% de los encuestados poseen una adecuada calidad en su vida, concluyendo que las variables tienen relación significativa, resultando que mientras a más apoyo social mejor será el grado de calidad de vida. La investigación fue de relevancia porque trabajó con calidad de vida, además que los resultados obtenidos se asimilan a lo que se espera alcanzar.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Dongo y Cruz (2019), plantearon su publicación en base a la correspondencia de calidad de vida y depresión en una población de tercera edad quienes integraban Pensión 65, llevada a cabo en la región de Puno el año 2019, donde los investigadores trazaron como propósito principal, poder determinar la correlación de las dos variables. El estudio fue sustantivo con diseño descriptivo correlacional. Para la muestra se contó con 331 personas a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck – II y para poder medir el nivel de calidad de vida se utilizó el test estilos de vida “Fantástico”. Los resultados encuentran que más del 80% de los encuestados no presentaban un grado de depresión y que más del 70% presentaba un bajo grado de calidad de vida, demostrando una relación existente entre estas variables, con un nivel significativamente bajo. Concluyendo que lo adultos mayores que presentan mayores niveles de depresión y se encuentran en un nivel de zona de peligro, son las mujeres. La investigación se consideró importante ya que presenta un análisis entre

las dos variables con las que se desea trabajar, además de ello la población son adultos mayores de escasos recursos, población similar a la presente.

Alvarado (2018) en su trabajo acerca de la depresión y calidad de vida del adulto mayor de quienes acudían al C.S. en Chiclayo, estudio que se ha realizado el año 2018, donde planteo como su principal objetivo encontrar la relación de las variables, tomado como muestra un total de 130 individuos. Donde el autor aplicó un cuestionario de calidad de vida, así como de Yesavage la escala de depresión geriátrica. El autor aplicó un diseño descriptivo correlacional. Y se obtuvo que existe una correspondencia significativa de una variable a otra. Se estableció de forma concluyente que aspectos del ánimo se ven afectados, reflejándose en la dimensión de sentimientos de tristeza. El estudio se consideró importante ya que presenta un análisis entre las dos variables con las que se desea trabajar, además de ello la población son adultos mayores, población similar a la presente, también se está trabajando con el mismo test de Depresión geriátrica.

Apaza (2018), en su trabajo sobre la depresión y calidad de vida quienes acuden al centro integral de atención de los adultos mayores, realizado el año 2017 en la región de Puno, donde se planteó como objetivo principal el poder analizar la existente vinculación entre las variables mencionadas. Se aplicó el tipo de estudio correlacional con un diseño transversal. La investigación tuvo como muestra un total de 138 individuos. Las herramientas utilizadas fueron, la entrevista, el cuestionario utilizado para medir el nivel de calidad de vida fue de Whoqol Bref y para determinar el grado de depresión el autor utilizó de Yesavage la escala de Depresión Geriátrica. Alcanzando que la mayoría de los ancianos perciben en sí mismos, poseer una baja calidad de vida, quienes además un gran porcentaje presentaron un grado de depresión severa. Se concluyó que la depresión está significativamente relacionada

con el grado de calidad de vida. La investigación se consideró importante ya que presenta un análisis entre las dos variables con las que se desea trabajar, además de ello la población son adultos mayores de escasos recursos, población similar a la presente, también se está trabajando con el mismo test de Depresión geriátrica de Yesavage.

Loje (2018) en su trabajo de investigación sobre la calidad de vida y depresión de los ancianos quienes acudieron al centro de atención de la tercera edad en la red asistencial de Chimbote, Ancash realizada el año 2018. Donde el principal objetivo fue analizar la asociación de depresión y calidad de vida del adulto mayor. El tipo de investigación fue sustantiva y correlacional descriptiva, y 136 adultos mayores brindaron composición de la muestra, se manipuló como instrumentos, la escala de calidad de vida y la escala de depresión de Beck. Adquiriendo que gran parte de la muestra presentó un cuadro de depresión leve, moderada y grave; y que de los encuestados más del 50% percibe su nivel de calidad de vida en categoría media, además que las variables presentan un alto grado de significancia, además los factores de calidad de vida presentan un cierto grado de relación con respecto a la depresión. Concluyendo así, que existe vínculo entre calidad de vida y depresión. La investigación se consideró importante ya que presenta un análisis entre las dos variables con las que se desea trabajar, además de ello entre las dimensiones, que, si bien no son las mismas, es un modelo a seguir en la presente, adicionalmente la población son adultos mayores, población similar a la presente.

Mogrovejo (2018), en su trabajo sobre calidad de vida y depresión personas ancianas quienes fueron víctimas de violencia de los centros de desarrollo integral de la familia (CEDIF) realizado en Lima Norte el año 2018. Donde se trazó como principal finalidad el poder analizar la correlación entre las variables. El autor utilizó el método

descriptivo correlacional, y contó con la participación de un total de 222 individuos, a los cuales el autor utilizó el instrumento de WHOQOL, para valorar el nivel de calidad de vida y también utilizó, de Yesavage, la escala de depresión geriátrica para medir el grado de depresión. Se obtuvo que existe una asociación inversamente significativa entre las variables, además que presentan una correlación negativa. Concluyendo que los varones poseen un nivel más bajo de calidad de vida con respecto a las damas y solo algunas dimensiones se relacionan con la depresión. La investigación se consideró importante ya que presenta un análisis entre las dos variables con las que se desea trabajar, además de ello la población son adultos mayores de escasos recursos, población similar a la presente y un instrumento de los que se utiliza es el mismo que se aplicará.

2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado

2.2.1. Depresión

Bases teóricas de la variable depresión.

Según la OMS (2017) posiciona como patología a la depresión, de los más recurrentes en nuestro entorno, puede llegar a ser cónico o recurrente y se caracteriza por un constante sentimiento de melancolía, pérdida del interés, la recurrente sensación de culpa o la presencia de una baja autoestima, cansancio, etc. Sensaciones que afectan y dificultan el desempeño en diferentes ámbitos del desarrollo diario de las actividades. Si la depresión es diagnosticada como leve, puede ser tratada sin la necesidad de medicamentos, por el contrario, si posee un grado moderado o grave, es necesario la ayuda de los medicamentos y la psicoterapia.

Según el libro del CIE 10, define dos formas de depresión (Organización Panamericana de la Salud, 1995):

1. Episodios Depresivos: que se identifican como, leve, moderado o grave, donde el individuo sufre de una decaída del estado anímico, reduce la sensación de energía y disminuye la actividad. La persona afectada no puede permitirse la capacidad de gozar, interesarse y concentrarse, y sí el poseer un recurrente cansancio, inclusive luego de ejecutar actividades. Además, la sensación del ánimo decaído, puede variar entre días, es incongruente con las situaciones además puede acompañarse con síntomas somáticos, por ejemplo, el desinterés, la pérdida de las emociones placenteras, el madrugar fuera de lo usual, retraso psicomotriz, agitación, poco apetito y peso, leves (Salirrosas y Saavedra, 2014). Los niveles los divide como:

Episodio depresivo leve: En general se hacen concurrentes de 2 o 3 de los indicios descritos. El individuo principalmente está tenso sin embargo posiblemente va a estar en condiciones óptimas para proseguir con la mayor parte de sus ocupaciones.

Episodio depresivo moderado: Son evidenciados a partir de 4 a más indicios descritos en los episodios leves además que el individuo posiblemente tenga mayores problemas para el correcto desarrollo de sus ocupaciones diarias.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Es un suceso en el cual se presentan diversos síntomas peculiares los cuales son marcados y angustiantes, en especial el hecho que la persona pierda su autoestima y se hagan recurrentes las ideas de inutilidad y la sensación de culpa, que indican que el paciente está comenzando o que posee comúnmente pensamientos y las sensaciones de cometer suicidio, y habitualmente se muestra un gran conjunto de sintomatologías "somáticas".

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Esta ocurrencia es semejante al anterior, sin embargo, en este nivel se hacen presente la visión de confusiones, delirios o de un pasmo tan peligrosa que imposibilitaría al individuo de

sus ocupaciones sociales diarias; puede generarse peligros para la vida del paciente, tales como el suicidio, la inanición o de la deshidratación. Pues las alucinaciones y los delirios tienen la posibilidad de ser o no relacionadas con el ánimo.

2. Trastorno Depresivos Recurrente: Se distinguen principalmente por la repetitiva existencia de episodios depresivos, los descritos anteriormente, sin presencia continua de cambios en el ánimo ni en la energía y si llegase a tener breves episodios de elevación del ánimo, inmediatamente después de un episodio depresivo, generalmente es consecuencia del tratamiento antidepresivo. Los niveles de los trastornos son parecidos entre sí. Y la primera vez que una persona puede tener un episodio de depresión puede llegar a ocurrir a cualquier edad, dependiendo de la persona puede ser leve como grave, y la durabilidad, varia de persona en persona, puede durar unas pocas semanas como a varios meses (Paz et al., 2015).

Episodio leve: Se distingue principalmente por la existencia de episodios depresivos leves, descritos anteriormente, y sin la existencia de manías.

Episodio moderado: Se distingue por la existencia de episodios repetitivos de depresión, con una gravedad de nivel moderado, y sin la presencia de manías.

Episodio grave sin síntomas psicóticos: Trastorno que, caracterizado por la presencia de episodios repetitivos de depresión, de incidencia grave, pero sin la presencia de síntomas psicóticos, y sin manías. Pueden ser de depresión endógena, profunda recurrente, vital recurrente y de psicosis maníaco – depresiva, todas las mencionadas sin la presencia de síntomas psicóticos.

Episodio grave con síntomas psicóticos: Trastorno que principalmente se distingue por la existencia de episodios repetitivos de incidencia grave y con síntomas psicóticos, pero sin la incidencia de manías. De los que se puede presentar episodios

graves de depresión profunda y/o psicótica y psicosis depresiva psicógena y/o reactiva

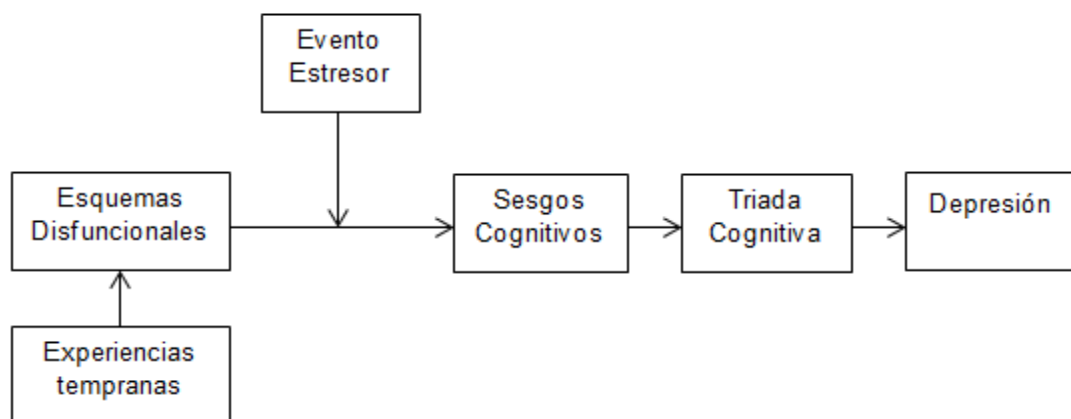
Actualmente en remisión: se da cuando el individuo ha padecido de 2 o más episodios depresivos, pero que no ha presentado dichos episodios en varios meses.

Teoría de Beck y su método de evaluación.

Beck desarrollo el inventario de la depresión, la cual fue desarrollada el año de 1961 y finalmente revisada y modificada el año de 1979; y ha sido el instrumento más utilizado como medida de la sintomatología depresiva en personas normales como en personas con trastornos psicológicos. Así mismo Beck plantea una cadena de elementos, de los cuales se resaltan: los esquemas cognitivos, la triada cognitiva y los sesgos cognitivos.

Figura 1

Modelo cognitivo, depresión según Beck



En la figura 1, se puede observar que el primer componente son las experiencias vividas tempranamente (Paz, 2012), las cuales hacen referencia a las experiencias que se generan en la infancia y las que se irán activando en lo largo de nuestra vida, ya que los niños generan una interacción con su entorno en especial con sus familiares ya que son su entorno inmediato.

El segundo elemento son los sesgos cognitivos y donde se hace presente la organización de la información, la cual resulta fundamental para la supervivencia, esto quiere decir que la información adquirida es abundante, y es necesario tener un filtro, el cual importante en el proceso de selección, diferenciación y codificación de toda la información (Richards et al., 2016). Es decir que aquellos individuos que están expuestos a un ambiente negativo, el individuo evaluará la realidad, de manera negativa y probablemente con problemas de conducta. no obstante, no interpretan erróneamente la realidad, sino que este individuo tiende a hallar en su entorno cierto grado de información que ayuda a la validación de sus sentimientos depresivos.

El tercer elemento son los eventos estresores, estos son eventos críticos que activan la disfuncionalidad ya presente y desencadenan el trastorno depresivo, se comprende este acontecimiento como el sentimiento de pérdida de los recursos individuales (Gudiño y González, 2021).

El cuarto elemento, los sesgos cognitivos o distorsiones cognitivas, son errores que se presentan en el pensamiento del individuo generalmente pensamientos negativos, estos son vistos de forma esquemática por el individuo y lo lleva a calificar sus experiencias como de privación e irreversible, lo que caracteriza de tener un pensamiento pesimista (Álvarez et al., 2019).

El quinto y último elemento antes de la depresión es la triada cognitiva, esta hace referencia a pensamientos distorsionados vistos desde los sentimientos depresivos como la pérdida, la privación, esto dado por que las personas deprimidas poseen pensamientos ambiguos y con una alta frecuencia de estos, que comparados con aquellos que rondan su mente de forma positiva sean pasados por desapercibido por la persona con esta afección (Moreno, 2020). Los pensamientos suelen ser relacionados hacia uno mismo, hacia el pasado y hacia su propio futuro.

DSM – 5 (APA)

Algunos de los síntomas que se presentan son relacionados al estado de ánimo, como la cólera, y frecuentemente se presenta de forma verbal; y puede o no estar relacionado con el comportamiento, como puede ser agresiones físicas; Los episodios de cólera, expresada de forma verbal o física, se pueden producir en promedio mínimo de tres veces a la semana, además que la persona se encuentra persistentemente en un estado de irritabilidad en casi todo el día (Martínez et al., 2019), los que más perciben son el entorno al paciente, ya pueden ser los padres o compañeros; ha tenido una frecuencia de episodios durante un año a más y la frecuencia en que el paciente no ha tenido estos episodios no sobrepasa los 3 a más meses consecutivos; además se presentan en al menos tres contextos y pueden ser familiares, escolares o compañeros de trabajo; el primer diagnóstico se debe realizar después de los 18 años y en casos especiales no antes de los 6 años (Sanz, 2003).

Trastorno depresivo Mayor: Están presentes al menos 5 de los síntomas mencionados anteriormente, por unas 2 semanas y presentan un cambio en las funcionalidades diarias del paciente, un síntoma puede estar relacionado al estado anímico o a la pérdida del interés (Evanan, 2017).

Algunos de los síntomas son el sentirse deprimido durante gran parte del día, y que esta sea auto identificable o por medio de terceros; disminución del placer o interés por realizar actividades en el transcurso del día; pérdida de peso sin la realización de una dieta, o el aumento de peso, es decir que el cuerpo presente una variación que sea de un 5% del peso durante el plazo de un mes; presencia de hipersomnia o insomnio; retraso psicomotriz o agitación; pérdida de energía o presencia de fatiga; sentimiento constante del sentimiento de culpabilidad o excesiva sensación de inutilidad; reducción a la toma de decisiones o en la concentración;

pensamiento constante de ideas suicidas o muerte, sin la necesidad de planearlo, intento de suicidio o planear el suicidio. Las antes mencionadas afectan significativamente en la vida social, laboral, familiar u otros entornos que son importantes (Madero et al., 2021).

Trastorno depresivo persistente Distímico: Es una afección que posee síntomas parecidos a la anteriormente mencionada, entre los cuales puede presentarse, la falta de apetito o exceso de alimentación, hipersomnia o insomnio, la sensación de falta de energía o la presencia de fatiga, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, se podría considerar que la principal variación es el tiempo, mientras que en la primera es por aproximadamente por unas 2 semanas, en la depresión distímica es al menos dos años pero sin ser lo bastante grave como la anterior, y que no represente un cambio significativo en las funcionalidades diarias del paciente (Morales et al., 2020).

Trastorno depresivo No especificado: Están presentes muchos síntomas que son característicos de un TD (trastorno depresivo), y además afecta a como se desarrolla el sujeto en el entorno laboral, social, familiar, etc. Esta categoría se aplica para asuntos en los que el experto de la salud mental opta por no hacer una especificación del motivo del incumplimiento de algunos de los criterios que se presentan en un cuadro depresivo específico o no hay la suficiente información para poder diagnosticar específicamente (American Psychiatric Association, s.f.).

Niveles de gravedad de la depresión

Según la OMS (2017), existen distintos niveles de depresión, según la situación y la intensidad de los síntomas que percibe de cada paciente, de los cuales debido al interés de la investigación solo se precisara la depresión en los niveles leve, moderada y grave no psicótico; dejando el nivel grave con características psicóticas.

- Depresión en nivel leve: Por lo general se hace presente la disminución de la realización de actividades tanto social, laboral o relacionada con el entorno inmediato. En este nivel el individuo principalmente está tenso sin embargo posiblemente va a estar en condiciones óptimas para proseguir con la mayor parte de sus ocupaciones.

- Depresión en nivel moderado: Por lo general se hace presente la disminución de la realización de actividades tanto social, laboral o relacionada con el entorno inmediato, además el individuo posiblemente tenga mayores problemas para continuar desarrollando sus ocupaciones ordinarias.

- Depresión grave sin la presencia de síntomas psicóticos: Por lo general su principal particularidad es la presencia de una gran cantidad de síntomas peculiares los cuales son marcados y angustiantes, en especial el hecho que la persona pierda su autoestima e incremente su autopercepción de inutilidad y de culpa, que indican que el paciente está comenzando o que posee comúnmente ideas y/o sensaciones suicidas, y habitualmente se muestra una cantidad de malestares físicos, estas sensaciones interferirán enormemente en el curso de las actividades diarias.

Factores de riesgo de la depresión.

La depresión puede mostrarse en todos los humanos, sin importar clase social y en cualquier circunstancia, dependiendo de cada persona, los factores que pueden influir en la depresión pueden ser (González, 2018):

- Bioquímica: Dependiendo de ciertas circunstancias químicas que se generan en el cerebro, puede ayudar a la manifestación de los síntomas de depresivos. Ya que se presentan cambios en el sistema nervioso central, y mientras más avanzada sea, existe una disminución de neuronas en regiones del cerebro.

- **Genética:** La depresión puede ser hereditaria, como, por ejemplo, si hubiesen nacido dos gemelos y uno de ellos es diagnosticado con depresión, el otro gemelo tiene un 70% de probabilidades de presentar síntomas de la enfermedad en cualquier momento a lo largo de su vida.

- **Personalidad:** Los individuos que tienen una baja autoestima, que se sienten abrumadas fácilmente por una sobrecarga en sus labores o el estrés, quienes son normalmente aquellos pesimistas quienes podrían tener mayores posibilidades de sufrir de depresión, además es necesario el poder diferenciarla en un inicio temprano, por su misma relación con familiares Psiquiátricos.

- **Factores ambientales:** Si una persona está constantemente expuesta a un ambiente violento, de negligencia, abuso, pobreza o una combinación de algunas de ellas, puede generar que una persona sea más vulnerable a tener depresión.

Formas de Tratamiento.

Según la Asociación Americana de Psicología (2013) nos muestra datos como la depresión es una de las afecciones mentales que es tratable, y que entre los individuos que la poseen hasta un 90% de las personas responden bien al tratamiento y en su mayoría obtienen alivio de la sintomatología. Pero antes del tratamiento el profesional debe realizar un examen exhaustivo, que incluya una entrevista y un examen físico, y en algunas circunstancias se podría realizar un análisis de sangre para hacer descarte de problemas relacionados con la tiroides o deficiencia de vitaminas.

- **Medicamentos:** Entre estos el profesional puede recetar a los pacientes el consumo de antidepresivos que puedan controlar la química cerebral, estos, no deben ser sedantes, estimulantes ni tranquilizantes. Estos medicamentos pueden dar sus frutos dentro de la primera o segunda semana de uso, pero solo se verán completos

durante 2 o 3 meses. Si el tratamiento no funcionase el profesional puede agregar o sustituir la medicación. Y generalmente se recomienda proseguir con el tratamiento por unos 6 meses o más después de que los síntomas hayan mejorado.

- Psicoterapia: Generalmente esta terapia se utiliza para el tratamiento en un nivel leve de la depresión, en los otros niveles generalmente se acompaña con medicamento antidepresivo, además estudios muestran que la Terapia Cognitivo – Conductual (TCC) es muy eficaz como tratamiento para la depresión, ayudando a reconocer y cambiar los pensamientos negativos, además puede o no involucrar a más personas a parte del paciente, y dependiendo de cada individuo puede durar semanas o meses, generalmente se ven resultados en 15 sesiones.

- La terapia Electroconvulsiva (TEC): Únicamente se aplica a pacientes con un nivel de depresión mayor grave quienes no han respondido a los otros tratamientos, la cual implica una pequeña estimulación eléctrica en el cerebro, del paciente anestesiado, generalmente son de 2 o 3 veces por semana durante unas 6 a 12 sesiones, considerado como un tratamiento de último recurso.

La depresión en las personas adultas mayores.

El indicio de que un anciano posee depresión puede causar en los familiares una escasa atención, pues lo vinculan a la edad y no a un trastorno y muchas veces se esconde bajo el velo de síntomas, tales como quedarse sin apetito, cambios en la memoria, insomnio, ansiedad, irascibilidad, factores que disimulan un cuadro de demencia senil (Onofre, 2021).

La depresión los adultos mayores tiene unas propiedades neurobiológicas particulares pues al envejecimiento cerebral regular se mezcla con las modificaciones estructurales en zonas del cerebro propiedades de esta patología, que tienen la posibilidad de influir en la continuidad del estado depresivo y en el viable efecto en el

procedimiento farmacológico. Los pacientes ancianos que tienen depresión poseen un grado de complejidad mayor en obtener resultados adecuados y son propensos a padecer recaídas más consecutivas que los pacientes más jóvenes. No obstante, conseguir la recuperación de la funcionalidad cognitiva, permite la optimización del desempeño psicosocial y previene las recaídas que complican el desarrollo a mediano y largo plazo de la depresión (Torres, 2015).

2.2.2. Calidad de vida

Según el artículo de la OMS sobre la salud y la gente (1996) donde definen calidad de vida, como el modo que cada persona distingue el espacio que toma en su alrededor y la escala de valores de donde viva, de mismo modo en función de los propios criterios, expectativas, objetivos y preocupaciones. Todo lo mencionado está altamente relacionado con la salud mental y física de cada individuo, además, del nivel de independencia que posee, sus relaciones con la sociedad, los factores del entorno y sus creencias individuales. Además, hace diferencia entre las evaluaciones personales de cada individuo, quienes hacen referente a su percepción objetiva (conductas y capacidades) y al auto reporte subjetivo (insatisfacción y satisfacción); estas a su vez se evalúan en 6 dimensiones: Dominio físico, grado de independencia, vínculos sociales, dominio psicológico, religión, creencias personales y medio ambiente y espiritualidad.

Figura 2

Diagrama del modelo conceptual de la OMS



Ferrans (1990) quien demuestra que la calidad de vida es la comodidad individual que sirve de fundamento de satisfacción o insatisfacción de las dimensiones que se consideran significativas para cada individuo, además hace una diferencia entre algunas dimensiones principales a considerar para el cuidado de la salud las cuales son: 1 vida normal, 2 felicidad / satisfacción, 3 logro de metas personales, 4 utilidad social, y 5 capacidad natural.

Bigelow et al (1991) define que la calidad de vida radica en satisfacer expectativas sociales y acceder a oportunidades mediante el uso de nuestras habilidades. A su vez nuestras las habilidades se ven afectadas de manera subjetiva.

Para Tuesca (2005) considera que la calidad de vida es de carácter multidimensional, diseñadas para ser aplicadas a diferentes poblaciones, con el fin de comparar y dar una evaluación de las diferentes variables y está vinculado con el bienestar social de los individuos, de necesidades humanas y de los derechos positivos.

Según Felce y Perry y de Borthwick – Duffy; descrita por Urzúa y Caqueo (2012) sintetizan que la calidad de vida se da en 4 dimensiones, 1) condiciones de la vida, 2) la satisfacción experimentada por una persona, 3) condiciones de vida junto

con la satisfacción experimentada; y finalmente 4) la unión de condición de vida y la satisfacción individual, ambas medidas por el grado de valores personales.

- Calidad de Vida = Condición de vida: En este enfoque, se iguala la calidad de vida a las circunstancias de vida de un sujeto, donde puede ser medida objetivamente, en ámbitos como el aspecto físico, las relaciones sociales, condiciones de vida o acciones profesionales. Toda la informa brindada, permitirá poder hacer una comparación entre las personas. Sin embargo, existen varios problemas con las definiciones de este tipo, porque no existen parámetros mundiales que indiquen cuando una calidad de vida es buena y optima, también es notoria la división ya que las herramientas con las que se evalúan, varían según el sujeto y la sociedad en la que se encuentre. Además, no hay una relación consistente entre el nivel de ingreso de un País con las condiciones de vida ya que son los propios ciudadanos quienes evalúan desde su propia perspectiva (Urzúa y Caqueo, 2012; Aponte, 2015).

- Calidad de Vida = Satisfacción con la vida: Bajo este parámetro, puede igualarse la satisfacción individual con la calidad de vida que poseen los sujetos en los múltiples dominios de su vida, por otra parte, hace un descarte de los fenómenos externos de vida de un individuo como por ejemplo su entorno social, económico, político, cultural e inclusive su propia salud, sin embargo, este tipo de evaluaciones deben tener en cuenta la salud psicológica de cada individuo para la evaluación de su apreciación (Urzúa y Caqueo, 2012; Salas y Garzón, 2013).

- Calidad de vida = Condiciones de vida + Satisfacción con la vida: Bajo el parámetro, hace referencia a las condiciones que podrían estar fijadas objetivamente a través de algunos indicadores sociales, biológicos, psicológicos y conductuales, estos, a su vez son aumentados a los sentimientos de cada indicador que deben estar reflejadas en el bienestar general. Además, hace mención a la relación que se puede

encontrar entre lo objetivo y lo subjetivo, para ello hace una clasificación del concepto de prosperidad, que se enlaza altamente con la calidad de vida (Urzúa y Caqueo, 2012; Aponte, 2015).

Figura 3

Clasificación del concepto de prosperidad

	Evaluación subjetiva de bienestar positiva	Evaluación subjetiva de bienestar negativa
Evaluación objetiva de bienestar positiva	BIENESTAR	DISONANCIA
Evaluación objetiva de bienestar negativa	ADAPTACIÓN	ADAPTACIÓN

- Calidad de Vida = (Condiciones de vida + Satisfacción con la vida) *

Valores: Fue hacia mediados de los años noventa Fence & Perry proponen un cuarto modelo teórico, donde se precisa a la calidad de vida como una autopercepción de bienestar universal donde se compone de condiciones objetivas y examinación subjetiva relacionadas con el salud mental, físico, emocional y social, adherido a ello se relaciona el progreso individual y la realización de actividades; todos medidas por una escala de valores individuales y personales, y así pues se evalúan situaciones actuales, ya que se pueden presentar en un futuro variaciones en la escala de valores o de las condiciones de vida o percepciones de las mismas, que pueden provocar un nivel bajo (Urzúa y Caqueo, 2012).

- Calidad de Vida = (Condiciones de vida + Satisfacción con la Vida) *

Evaluación: Bajo este indicador el grado de calidad de vida que es la autopercepción de cada individuo y está altamente relacionado con los procesos cognitivos relacionados a la autoevaluación de cada individuo, con el estado objetivo, como por ejemplo el nivel de satisfacción que cada uno produce; pero otra es la realidad, las personas hacen un juicio de la situación, de forma objetiva, basándose en estándares de comparación y de acuerdo al anhelo, necesidades personales, expectativas,

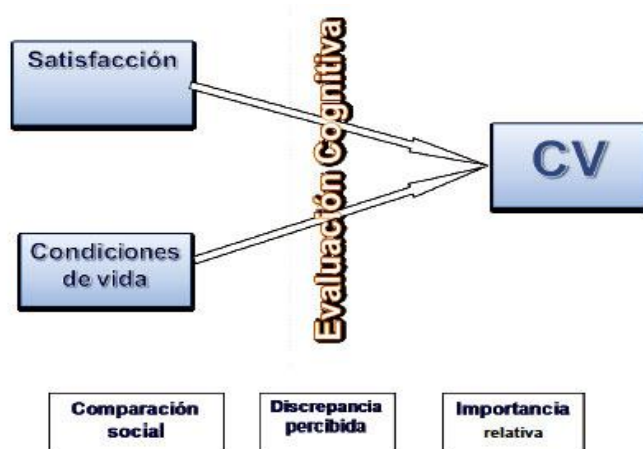
sentimientos o referentes a un grupo para comparación; y esta etapa de comparación podría darse de dos formas, por una parte se compara con el estado actual, o bien comparándolo con otro estado, que podría ser en medida de tiempo (pasado – presente – futuro) o de sujeto (con uno mismo o con las demás personas); estas dos comparaciones medidas en cuanto a la brecha que las diferencia, se convierte un factor determinante, el momento en que se realiza la valoración de la Calidad de Vida, puesto que la diferencia entre sí, sería una determinante entre el nivel de satisfacción, es decir, mientras exista una menor brecha, mayor será la satisfacción y viceversa. Puesto que la categoría de la calidad de vida dependería de 2 procesos, primero lo fundamental que cada individuo da a cada mando a tasar y segundo el tamaño de la brecha, resultado de la comparación (Urzúa y Caqueo, 2012; Salas y Garzón, 2013).

Aspectos de la calidad de la vida.

Según el informe final sobre el índice de calidad de vida, validada para una muestra peruana, conceptualiza que la CV podría ser analizada desde varios puntos de vista, siendo una variable multi contextual, así pues, diferencia desde la perspectiva social, y en el ángulo desde la medicina. Y como anteriormente se mencionó, no hay puntos exclusivos para poder determinar el grado de CV, no obstante, hay patrones que aparecen en la mayoría de definiciones como las palabras, subjetivo/objetivo, satisfacción, bienestar, multidimensional, que parecen dar una mirada general, que pudiese llegar a convertirse en definición para el termino de calidad de vida como la percepción de la vida de cada sujeto (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

Figura 4

Modelo de Calidad de vida centrado en la evaluación



- **Sentido con la vida:** Se cita la como primera dimensión, se trata de una autoevaluación de la vida o en características de ella, partiendo de una comparación hecha con la situación actual de nuestra vida, respecto a la vida de otras personas o el cumplimiento de anhelos y objetivos cumplidos. La satisfacción tiene que ser sostenida con una estabilidad económica y el entorno social, la salud tanto físico como mental; y en casos donde la percepción de cada individuo llegase a fallar en alguno de estos aspectos, la percepción será alterada y puede ser momentánea como permanente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

- **Satisfacción con la integridad personal:** Se cita como segunda dimensión, en la que el bienestar físico y la salud, serían indispensables; puesto que la condición de la salud es de una gran importancia ya que es determinante para una mejor percepción de muchos otras dimensiones u ítems de la calidad de vida. Esto hace referencia a las circunstancias de que la percepción de las personas puede cambiar drásticamente por la existencia de problemas relacionados a la salud. El bienestar mental es altamente importante debido a que es un factor influyente para la correcta percepción de la calidad de vida (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

- Satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones: Se cita como tercera dimensión, en el que resalta la participación de las personas con relación a la actividad productiva como un determinante para ser un indicador de la CV; muchos profesionales afirman y señalan que existen un gran número de ocasiones para incrementar la cooperación, integración con la sociedad y el voluntariado. Debido a la creación de lazos con otras personas y generan un incremento en la auto percepción de la calidad de vida (Muñoz y Vargas, 2019; Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

- Satisfacción social: Se cita como cuarta dimensión, puesto que está estrechamente relacionada con la seguridad económica de cada individuo, y se conceptualiza como la facultad de proporcionar de manera independiente cierta cantidad de recursos económicos que pueden no ser mucho, pero si idóneas para garantizar una calidad de vida buena o al menos como solución de los problemas de dependencia económica (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013).

La calidad de vida en los adultos mayores.

Convierte en realidad siempre los últimos años de vida son los más complicados de afrontar sobre todo para los ancianos, puesto que se presentan muchos acontecimientos entre los cuales se presentan circunstancias como la pérdida de personas cercanas, adaptación a entornos psicosociales y físicos extraños, los que podrían delimitar la calidad de la vida. Sin embargo, a pesar de estos contratiempos los ancianos tienen que plantearse nuevos objetivos y retos, los cuales deberán adaptarse a sus nuevas competencias tanto con la sociedad, psicológicas, pero sobre todo físicas, ya que es una realidad que es uno de los impedimentos más grandes cuando se es mayor, de modo tal que puedan los ancianos disminuir la posible frustración que conllevaría el fracaso de las mismas,

cuando no podría llegarse a cabo las metas propuestas. Al respecto, la funcionalidad de los ancianos se comprende por factores sociales, cognitivos, fisiológicos y conductuales; de actividad y mental, que son los que nos permiten tener una independencia y el contacto con la sociedad. Además de ello los ancianos tienden a poseer una deficiente calidad, puesto que, si algunos de los factores mencionados fallasen, su percepción podría verse afectada, esto más si se relaciona a problemas de enfermedades tanto físicas como mentales (Grupo de la OMS sobre la calidad de vida, 1996).

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

2.3.1. Depresión

La OMS (2017), determina la depresión como un desorden psíquico, de los más recurrentes en nuestro entorno, puede llegar a ser cónico o recurrente y se caracteriza por un constante sentimiento de melancolía, pérdida del interés, la recurrente sensación de culpa o la presencia de una baja autoestima, cansancio, etc. Sensaciones que afectan y dificultan el desempeño en diferentes ámbitos, para el desarrollo de las actividades diarias.

2.3.2. Calidad de Vida

Según el artículo de la HelpAge International (2014) donde definen la calidad de vida según el modo que cada individuo distingue el espacio que toma en su alrededor y la escala de valores de donde viva, de mismo modo en función de los propios criterios, expectativas, objetivos y preocupaciones. Todo lo mencionado está altamente relacionado con la salud mental y física de cada individuo, además del nivel de independencia que posee, sus relaciones con la sociedad, los factores del entorno y sus creencias individuales.

2.3.3. Adulto mayor

Según la OMS (2018) son consideradas adultos mayores las personas que sobre pasen los 60 años de vida, podemos decir que están en la etapa de la vejez y dependiendo de cada individuo puede presentar malestares físicos y psicológicos.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Este trabajo es de enfoque cuantitativo y según Hernández el at. (2014) es la investigación en la que se utiliza como herramienta adquirir datos logrando demostrar las hipótesis propuestas, en asiento hacia una medida estadística cuantitativa con el propósito de plantear normas de conducta y poder comprobar las teorías.

3.1.2. Diseño de investigación

El actual trabajo es de diseño no experimental con corte transversal, correlacional – causal, la cual según Hernández el at. (2014) define el diseño no experimental como el diseño en que no se manipulan las variables, para poder ver el resultado de las variables independientemente sobre otras variables, por lo cual solamente se observan las manifestaciones en su entorno natural, logrando ser analizados; de corte transeccional o transversal, ya que describen a las variables y examina la incidencia en un instante único en el tiempo y su propósito puede ser medir, evaluar, analizar o identificar, a su vez puede englobar a varios grupos de individuos. Y con un diseño Correlacional – Causal, puesto que limita a establecer la relación entre cada variable en un instante en el tiempo y recolecta datos sobre las variables.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

Para Hernández el at. (2014) se define como el universo de características necesarias de la investigación Para el presente trabajo, el universo estuvo formada por los pacientes geriátricos quienes acuden al Centro de Salud Tarata. La población se conforma por 413 pacientes geriátricos mayores de 60 años.

Tabla 1

Padrón de seguimiento etapa de vida adulto mayor +60 años. C.S. Tarata 2020 vacunación

Femenino	Masculino	Total
230	183	413

Nota. Administración del Centro de Salud Tarata

3.2.2. Muestra

Para Hernández et al. (2014), la definen como el subconjunto de componentes que son parte de la población o universo con ciertas características definidas. Para el presente trabajo se consideró el volumen de la muestra con 95% de confianza y 5% de margen de error; el volumen de la muestra requerida para que esta sea representativo serán 155 adultos mayores.

Para el presente trabajo, el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple, aplicando la fórmula siguiente para poblaciones finitas.

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

Donde:

n = Tamaño de la Muestra

N = Tamaño de la población (413)

Z α = Nivel de confianza (95%)

p = Probabilidad de éxito proporción esperada (80%)

q = Probabilidad de fracaso (20%)

e² = Nivel de error (5%)

Reemplazando valores:

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

$$n = \frac{413 * 3.84 * 0.8 * 0.2}{0.05^2(413 - 1) + 1.96^2 * 0.8 * 0.2}$$

$$n = \frac{253.75}{0.0025(412) + 3.84 * 0.16}$$

$$n = \frac{253.75}{1.03 + 0.61}$$

$$n = \frac{253.75}{1.64}$$

$$n = 154.73$$

$$- \quad n = 155$$

3.3. Hipótesis

3.3.1. *Hipótesis general*

Existe una relación significativa entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata, 2021.

3.3.2. *Hipótesis específicas*

1. Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

2. Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

3. Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

4. Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción social, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

3.4. Variables - Operacionalización

3.4.1 Variable de estudio: Depresión

Definición conceptual.

La OMS (2017) determina la depresión como un desorden psíquico, de los más recurrentes en nuestro entorno, puede llegar a ser cónico o recurrente y se caracteriza por un constante sentimiento de melancolía, pérdida del interés, la recurrente sensación de culpa o la presencia de una baja autoestima, cansancio, etc. Sensaciones que afectan y dificultan el desempeño en diferentes ámbitos, para el progreso de las actividades cotidianas.

Definición operacional.

La Medición se realizará mediante los puntajes conseguidos de los pacientes geriátricos quienes acuden al C.S. Tarata en el año 2021 mediante el instrumento de depresión geriátrica de Yesavage, donde los rangos de valoración según los puntajes alcanzados serian; puntajes obtenidos del cero al cuatro, Normal; del cinco al ocho, depresión leve; del nueve al once, depresión moderada; del doce al quince, depresión grave.

Tabla 2*Operacionalización de la variable depresión*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Rango
Depresión	Aspecto conductual	Conducta evitativa	2, 9, 12, 13	Normal [0 - 4] Leve [5 - 8] Moderada [9 - 11] Grave [12 - 15]
	Aspecto cognitivo	Verbalización de ideas negativas	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15	

3.4.2. Variable de estudio: Calidad de vida**Definición conceptual.**

Según el artículo de la OMS sobre la gente y la salud (1996) donde definen la calidad de vida donde cada ser humano distingue el espacio que toma en su alrededor y la escala de valores de donde viva, de mismo modo en función de los propios criterios, expectativas, objetivos y preocupaciones. Todo lo mencionado está altamente relacionado con la salud mental y física de cada individuo, así como el nivel de independencia que posee, sus relaciones con la sociedad, los factores del entorno y sus creencias individuales.

Definición operacional.

La Medición se realizará mediante los puntajes conseguidos de los pacientes geriátricos quienes acuden al C.S. Tarata en el año 2021 mediante el índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores, donde los rangos de valoración según los puntajes obtenidos serian; del uno al tres, Bajo; del cuatro al siete, Medio; del ocho al diez, Alto.

Tabla 3*Operacionalización de la variable calidad de vida*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Rango
Calidad de vida	Satisfacción con la integridad	Bienestar físico	1	Bajo [1 - 3] Medio [4 - 7] Alto [8 - 10]
		Bienestar psicológico o emocional	2	
		Autocuidado y funcionamiento independiente	3	
	Satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones	Funcionamiento ocupacional	4	
		Funcionamiento interpersonal	5	
	Satisfacción social	Apoyo social – emocional	6	
		Apoyo comunitario y de servicios	7	
		Plenitud personal	8	
	Satisfacción con el sentido vital	Satisfacción espiritual	9	
		Calidad de vida global	10	

3.5. Métodos y técnicas de investigación

Se utilizó la encuesta como técnica y se utilizaron para medir la depresión, de Yesavage, el instrumento de depresión geriátrica y para poder medir el nivel de calidad de vida se utilizó de Mezzich y colaboradores, el índice de calidad de vida.

Instrumentos de recolección de datos:

3.5.1. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Ficha técnica.

Nombre	: Geriatric Depression Scale (GDS)
Traducción	: Escala de Depresión Geriátrica (DGS – 15)
Autor	: Sheik J.I. y Yesavage J.A.
Año	: 1986

Significación	:	Medir el grado de depresión existente en poblaciones adulta mayor
Población	:	Ancianos
Tipo de administración	:	Individual
Número de ítems	:	15
Tiempo de administración	:	10 – 15 minutos

La escala de depresión geriátrica es un instrumento empleado en la detección del nivel de depresión de los adultos mayores, ha sido traducida en varios idiomas. Originalmente fue desarrollada por T.L. Brink, J.A. Yesavage en el año 1982 y constituye 30 reactivos dicotómicas. El año 1986 se redujo en 15 ítems, la reducción de preguntas no afecta en nada la efectividad con respecto a la escala original, pero sí mejora la facilidad de administración, además se dimensiona en aspecto conductual y aspecto cognitivo, de las cuales, una puntuación mayor e igual a cinco, sugieren que el individuo tiene depresión.

Validez y confiabilidad del instrumento.

Como precedente se presenta a Candia (2016), en su artículo de investigación para conocer el nivel de confiabilidad de la GDS – 15, realizado ancianos de Guerrero. Contó con la participación de 300 personas adultas mayores cuya media fue de 67 años. Calculando mediante el Coeficiente KR20 (Durán y Lara, 2021), obtuvieron un nivel de confiabilidad general de 0.82, la cual se considera como una escala confiable, ya que el intervalo de valores esta entre 0.00 y +1.00; además de ello se calculó el dominio de los ítems con sentido positivo de 0.75 siendo aceptable y los ítems con sentido negativo es de 0.69 la cual se posiciona en el límite de lo aceptable.

Para la presente investigación, para la validez del instrumento que mide el nivel de depresión, se comprendió la validez de contenido (expertos evaluadores). Y

además se aplicó la validez de constructo, para la cual, para medir su validez y la consistencia interna, se utilizó la herramienta en un piloto de 55 ancianos pertenecientes al universo de estudio; y mediante la prueba estadística de Pearson, se hallaron que los ítems poseen una correlación, con respecto al total de la variable, exceptuando los ítems 11 y 9 los cuales presentan un nivel bajo de significancia. Por otra parte, aplicando el coeficiente KR20, se consiguió un nivel de 0,75 lo que se considera en un rango de confiabilidad aceptable según el boletín científico de la universidad del estado de Hidalgo, sobre la correcta aplicación del coeficiente de confiabilidad KR20.

Corrección e interpretación.

El instrumento consta de un total de 15 preguntas, donde cada una de ellas tiene una puntuación de 1 o 0, donde el puntaje máximo es de 15, además de ello 10 de las preguntas (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15) expresan depresión, si la respuesta es afirmativa, por otro lado, existen otras 5 preguntas (1, 5, 7, 11 y 13), que si son respondidas de forma negativa indican depresión. Separando la valoración indican que, desde cero a cuatro, Normal; desde cinco a ocho, depresión leve; de nueve a once, depresión moderada y finalmente desde doce a quince, depresión grave.

3.5.2. Índice de Calidad de Vida:

Ficha técnica.

Nombre	: Índice de Calidad de Vida
Autores	: J. Mezzich y colaboradores
Año	: 2000
Significación	: Medir la calidad de vida Adolescentes – adultos mayores.
Administración	: Individual

Numero de Ítems : 10
Tiempo de administración : 5 – 10 minutos

Validez y confiabilidad del instrumento.

Se presenta como precedente al MINSA (2013) que realizó un estudio sobre el índice de calidad de vida, validada en Lima, contando una cantidad de muestra de 2077 entre edades de 18 y 91 años. El Alfa de Cronbach alcanzó una elevada consistencia interna de 0,870 considerándolo una herramienta válida y confiable; además se identificaron 4 factores; el primero compuesto por satisfacción espiritual, plenitud personal y las áreas de calidad de vida global; el segundo compuesto por autocuidado, bienestar psicológico y bienestar físico; el tercero conformado por funcionamiento interpersonal, apoyo social – emocional y el funcionamiento interpersonal; y el cuarto conformado por apoyo de servicios y comunitario.

Para el presente trabajo de investigación, para la validación del ICV, se comprendió el juicio de expertos. A su vez, utilizó la validez de constructo para medir su validez y la consistencia interna, se utilizó la herramienta en un piloto de 55 ancianos pertenecientes al universo de estudio; hallando mediante la prueba estadística de Pearson que cada ítem tiene una correlación con respecto al total de la variable. Por otra parte, la confiabilidad Alfa de Cronbach se halló muy alta de 0,862.

Corrección e interpretación.

El instrumento consta de un total de 10 preguntas, que presenta una escala semántica, donde los puntajes varían de 1 a 10 dependiendo de la auto percepción del encuestado, donde uno (1) es malo y diez (10) es excelente, después obteniendo un promedio total. La valoración de las categorías es considerada como el promedio de las respuestas, donde de 1 – 3 es considerado Bajo; de 4 – 7 se considera Medio y de 8 – 10 es considerado Alto.

3.6. Análisis estadísticos e interpretación de los datos

De acuerdo a los resultados conseguidos durante la utilización de las herramientas, se han analizado de acuerdo al siguiente proceso: En primer lugar, se revisaron y sumaron cada una de las encuestas realizadas, para poder pasar los datos a una base digital. En segundo lugar, con los datos obtenidos de la base digital, se prosiguió a realizar el análisis en los softwares de Excel y SPSS versión 26 con la estadística descriptiva tales como la media y la distribución de frecuencias y porcentajes. Y finalmente, una vez conseguidos los resultados, se presentaron los resultados en tablas y anexos con la debida información procesada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

4.1.1. Variable depresión

A continuación, se presenta los resultados descriptivos

Tabla 4

Niveles de depresión

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	108	68,79 %
Leve	41	26,11 %
Moderada	7	4,46 %
Grave	1	0,64 %
Total	157	100,00%

En la tabla 4, se exhibe la frecuencia de los adultos mayores participantes, revelando que el 68,79% se sitúa en el nivel “normal”, en otras palabras, en este porcentaje de personas no se reflejan depresión; por otro lado, el 26,11% presentan un nivel de depresión leve, seguido del 4,46% y el 0,64% quienes presentan depresión moderada y grave respectivamente.

4.1.2 Variable calidad de vida

Tabla 5

Grado de calidad de vida

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Baja	0	0
Media	26	16,56 %
Alta	131	83,44 %
Total	157	100,0 %

En la tabla 5, se muestra la frecuencia de los adultos mayores encuestados, revelando que el 83,44% de las personas encuestadas ostentan un grado alto de “calidad de vida”; seguido de un 16,56% quienes presentan un nivel medio, además no se presentaron datos en el grado bajo.

Tabla 6*Tabla cruzada entre depresión y calidad de vida*

Depresión	Calidad de Vida						Total	
	Bajo		Medio		Alto		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0,00 %	0	0,00 %	108	68,79%	108	68,79%
Leve	0	0,00 %	21	13,38%	20	12,74%	41	26,11%
Moderada	0	0,00 %	4	2,55%	3	1,91%	7	4,46%
Grave	0	0,00 %	1	0,64%	0	0,00%	1	0,64%
Total	0	0,00 %	26	16,56%	131	83,44%	157	100,0%

En la tabla 6, se visualiza que el 68,79% no exhiben depresión, además estas mismas personas indican que poseen un grado de calidad de vida alto, es decir que ante la ausencia de depresión, el grado de la calidad de vida se percibe mayor. En cuanto al nivel de depresión leve se observa que el porcentaje del grado de calidad de vida medio es superior al nivel alto en un 0,64%. En el nivel de depresión moderado se observa en calidad de vida una categoría alta, repitiendo el patrón anterior, en cuanto al nivel grave de depresión se muestra que no hay presencia de un alto grado de calidad de vida.

Tabla 7*Tabla cruzada entre depresión y satisfacción con el sentido vital*

Depresión	Satisfacción con el sentido vital						Total	
	Bajo		Medio		Alto		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0,00 %	0	0,00 %	108	68,79%	108	68,79%
Leve	0	0,00 %	14	8,92%	27	17,20%	41	26,11%
Moderada	0	0,00 %	4	2,55%	3	1,91%	7	4,46%
Grave	0	0,00 %	1	0,64%	0	0,00%	1	0,64%
Total	0	0,00 %	19	12,10%	138	87,90%	157	100,0%

En la tabla 7, se presenta que el 68,79% de los encuestados no presentan depresión, además estas mismas personas indican que en relación con la dimensión satisfacción con el sentido vital, poseen un grado alto, es decir que, ante la ausencia de depresión, la autopercepción de su vida se considera alta. En cuanto a la relación entre las personas que ostentan depresión leve, se observa que, existe una diferencia de 8,28% entre el grado medio y alto, siendo superior el grado alto con un 17,20%. En cuanto a las personas que poseen un nivel de depresión moderada, se refleja una diferencia entre el grado alto y medio en un 0,64% siendo superior el grado medio con un 2,55%. En cuanto al nivel grave de depresión se muestra que no hay presencia de un alto grado de satisfacción con el sentido vital teniendo el grado medio un 0.64%.

Tabla 8*Tabla cruzada entre depresión y satisfacción con la integridad personal*

Depresión	Satisfacción con la integridad personal						Total	
	Bajo		Medio		Alto		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0,00 %	4	2,55 %	104	66,24%	108	68,79%
Leve	0	0,00 %	16	10,19%	25	15,92%	41	26,11%
Moderada	0	0,00 %	3	1,91%	4	2,55%	7	4,46%
Grave	0	0,00 %	1	0,64%	0	0,00%	1	0,64%
Total	0	0,00 %	24	15,29%	133	84,71%	157	100,0%

En la tabla 8, se demuestra que el 68,79% de los encuestados quienes no cargan depresión, indican que en relación con la dimensión satisfacción con la integridad personal, existe una diferencia entre el grado alto y medio del 63,69% siendo mayor el grado alto con un 66,24%, es decir, ante la ausencia de depresión, la autopercepción de un buen estado de salud tanto física como psicológica en su vida se considera alta. En cuanto a la relación entre las personas que poseen depresión leve, se observa que, existe una diferencia entre el grado medio y alto de un 5,73%, siendo superior el grado alto con un 15,92%. En cuanto a los individuos que conservan un nivel de depresión moderada, se refleja que, existe una diferencia entre el grado alto y medio en un 0,64% siendo superior el grado alto con un 2,55%. En cuanto al nivel grave de depresión se muestra que un 0.64% se encuentra en grado medio en cuanto a satisfacción con la integridad personal.

Tabla 9

Tabla cruzada entre depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones

Depresión	Satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0,00 %	1	0,64 %	107	68,15%	108	68,79%
Leve	0	0,00 %	18	11,46%	23	14,65%	41	26,11%
Moderada	0	0,00 %	4	2,55%	3	1,91%	7	4,46%
Grave	0	0,00 %	0	0,00%	1	0,64%	1	0,64%
Total	0	0,00 %	23	14,65%	134	85,35%	157	100,0%

En la tabla 09, se comprende que el 68,79% de los encuestados quienes no presentan depresión, indican que en relación con la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, existe una diferencia entre el grado alto y medio, siendo mayor el grado alto con un 68,15%, es decir, ante la ausencia de depresión, la autopercepción de oportunidades de: participar, ser integrados, relacionarse con el entorno y de trabajo que pueden realizar en su vida se considera alta. En cuanto a la relación entre depresión leve, se observa que, existe una diferencia entre el grado medio y alto de un 3,19 %, siendo superior el grado alto con un 14,65%. En cuanto al nivel de depresión moderada, se refleja que, existe una diferencia entre el grado alto y medio de un 0,64% siendo superior el grado alto con un 2,55%. En cuanto al nivel grave de depresión se muestra que un 0.64% se encuentra en grado alto en cuanto a satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones.

Tabla 10*Tabla cruzada entre depresión y satisfacción social*

Depresión	Satisfacción social.						Total	
	Bajo		Medio		Alto		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
Normal	0	0,00 %	16	10,19 %	92	58,60%	108	68,79%
Leve	0	0,00 %	18	11,46%	23	14,65%	41	26,11%
Moderada	0	0,00 %	4	2,55%	3	1,91%	7	4,46%
Grave	0	0,00 %	1	0.64%	0	0,00%	1	0,64%
Total	0	0,00 %	39	24,84%	118	75,16%	157	100,0%

En la tabla 10, el 68,79% de la muestra, quienes no presentan depresión, indican que, en relación con la dimensión social, existe una diferencia entre el grado alto y medio, siendo mayor el grado alto con un 58,60%, es decir, ante la ausencia de depresión, la autopercepción de la seguridad económica de disponer los recursos necesarios y de forma independiente se considera alta. En cuanto a la relación entre depresión leve, se observa que, existe una diferencia entre el grado medio y alto de un 3,19%, siendo superior el grado alto con un 14,65%. En cuanto al nivel de depresión moderada, se refleja que, existe una diferencia entre el grado alto y medio de un 0,64% siendo superior el grado medio con un 2,55%. En cuanto al nivel grave de depresión se muestra que un 0.64% se encuentra en grado medio en cuanto a satisfacción social.

4.2. Contrastación de hipótesis

4.2.1. Prueba de hipótesis general

H1: Existe una relación significativa entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021

H0: No existe una relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021

Tabla 11*Correlación y significancia de depresión y calidad de vida*

			Depresión	Calidad de vida
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-,664**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	157	157

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01

En la tabla 11 se observa que hay una relación significativamente inversa ($p < 0,01$) entre las variables planteadas, depresión y calidad de vida, además poseen un valor de significancia de 0,000 y es que, mediante las pruebas estadísticas realizadas, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 . Así también, presenta un efecto de tamaño moderado, con un valor de -,664.

A su vez, podemos afirmar que: Existe una relación significativamente inversa entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata, del distrito de Tarata 2021.

4.2.2. Prueba de hipótesis específica

Prueba de la hipótesis específica número 1.

H1: Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

H0: No existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

Tabla 12*Correlación y significancia de depresión y satisfacción con el sentido vital*

			Depresión	Satisfacción con el sentido vital
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	-,571**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	157	157

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01

En la tabla 12 existe una relación significativamente inversa ($p < 0,01$) entre las variables planteadas, depresión y satisfacción con el sentido vital; además poseen un valor de significancia de 0,000 y es que, mediante las pruebas estadísticas realizadas, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 . Así también, presenta un efecto de tamaño moderado, con un valor de -,571.

Sin embargo, podemos afirmar que: Existe una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción con el sentido vital del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata, del distrito de Tarata 2021.

Prueba de la hipótesis específica número 2.

H1: Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

H0: No existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

Tabla 13*Correlación y significancia de depresión y satisfacción con la integridad*

			Depresión	Satisfacción con la integridad
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	-,483**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	157	157

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01

En la tabla 13 se infiere que hay una relación significativamente inversa ($p < 0,01$) entre las variables planteadas, depresión y satisfacción con el sentido vital; además poseen un valor de significancia de 0,000 y es que, mediante las pruebas estadísticas realizadas, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 . Así también, presenta un efecto de tamaño bajo, con un valor de -,483.

Asimismo, podemos afirmar que: Existe una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción con la integridad del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata, del distrito de Tarata 2021.

Prueba de la hipótesis específica número 3.

H1: Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

H0: No existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

Tabla 4

Correlación y significancia de depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones

			Depresión	Satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	-,575**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	157	157

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01

En la tabla 14 se observa que hay una relación significativamente inversa ($p < 0,01$) entre las variables planteadas, depresión y satisfacción con el sentido con el funcionamiento productivo y de relaciones; además poseen un valor de significancia de 0,000 y es que, mediante las pruebas estadísticas realizadas, se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 . Así también, presenta un efecto de tamaño moderado, con un valor de -,575.

En ese sentido, podemos afirmar que: Existe una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata, del distrito de Tarata 2021.

Prueba de la hipótesis específica número 4

H1: Existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción social, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

H0: No existe una relación significativa entre depresión y la dimensión satisfacción social, de las personas adultas mayores quienes asisten al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

Tabla 15*Correlación y significancia de depresión y satisfacción social*

			Depresión	Satisfacción social
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	1,000	-,354**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	157	157

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01

En la tabla 15 se indica que hay una relación significativamente inversa ($p < 0,01$) entre las variables planteadas, depresión y satisfacción social; además poseen un valor de significancia de 0,000 y es que, mediante las pruebas estadísticas realizadas, se rechaza la H0 y se acepta la H1. Así también, presenta un efecto de tamaño bajo, con un valor de -,354.

Por lo tanto, podemos afirmar que: Existe una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción social del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata, del distrito de Tarata 2021.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El estudio pretende identificar la relación entre las variables depresión y calidad de vida de los adultos mayores que asisten al C.S. Tarata, del distrito de Tarata 2021, provincia de Tarata, departamento de Tacna, para la cual, la presente investigación ha contado con la participación de 157 sujetos como muestra para la aplicación de los instrumento encargados de medir las variables.

En cuanto al objetivo general, se observa una correlación entre calidad de vida y depresión, donde las variables tienen una relación significativamente inversa ($Rho = -0,664$), lo que significa que, a menor nivel de depresión, mayor será el grado de calidad de vida, respaldado por el análisis de los resultados tabla 8, donde los adultos mayores quienes no mostraron depresión (68,79%) llegaron un alto nivel de calidad de vida, por otro lado, quienes presentaron un nivel de depresión grave (0,64%) llegaron a un grado medio de calidad de vida. Mogrovejo (2018) encontró resultados donde existió una relación inversamente significativa entre las variables, concluyendo que los varones poseen baja calidad de vida con respecto a las damas y solo algunas dimensiones se relacionan con la depresión. La OMS (2017) se refiere a la depresión como sensaciones que afectan y dificultan el desempeño en diferentes ámbitos del perfeccionamiento diario de las actividades, mientras que calidad de vida para Ferrans (1990) es la comodidad individual que se basa en la satisfacción o insatisfacción de las áreas que se consideran importantes para cada individuo. Se entiende que hay una clara diferencia de los estados individuales a los cuales se llega con cada variable por ello su diferencia no solamente estadística sino también teórica.

En relación al primer objetivo específico, se observa una correlación entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, donde las variables tienen una relación significativamente inversa ($Rho = -0,571$), lo que significa que, a menor nivel

de depresión, mayor será el grado de la dimensión satisfacción con el sentido vital, respaldado por los resultados tabla 9, donde en la muestra quienes no presentaron depresión (68,79%) llegaron un alto nivel en cuanto a satisfacción con el sentido vital, por otro lado, quienes presentaron un nivel de depresión grave (0,64%) llegaron a un grado medio con respecto a satisfacción con el sentido vital. Alvarado (2018), en su trabajo acerca de la depresión y calidad de vida del adulto mayor obtuvo que existe una correlación significativa entre las variables, se concluyó que aspectos del ánimo se ven afectados, reflejándose en la dimensión de sentimientos de tristeza. Esto principalmente atribuido a que la población a la que se dirigió la investigación, en un gran porcentaje, no presento grandes niveles de depresión gracias a los profesionales a su cargo y el acompañamiento que les brindan en la institución, sintiéndose satisfechos con la vida. Bigelow et all (1991) define que la calidad de vida consiste en satisfacer las necesidades, satisfacer expectativas sociales y acceder a oportunidades mediante el uso de nuestras habilidades. A su vez nuestras las habilidades se ven afectadas de manera subjetiva es así que la relación se demuestra como afectación en los adultos.

En el segundo objetivo específico, se observa una correlación entre depresión y satisfacción con la integridad, donde las variables tienen una relación significativamente inversa ($Rho=-483$), lo que significa que, a menor nivel de depresión, mayor será el grado de satisfacción con la integridad, respaldado por el análisis de los resultados tabla 10, donde los adultos mayores quienes no presentaron depresión (68,79%) llegaron un alto nivel en cuanto a satisfacción con la integridad, por otro lado, quienes presentaron un nivel de depresión grave (0,64%) llegaron a un grado medio con respecto a satisfacción con la integridad. Melo et al. (2020) como resultado encontraron que existe una significancia estadística entre la variable calidad

de vida con las variables depresión y fragilidad, de la cual se concluyó que, los cuidadores de ancianos quienes obtuvieron cierto nivel de depresión, poseían una baja percepción del nivel de calidad de vida con respecto a aquellos quienes no presentaban algún nivel de depresión. Los episodios depresivos se identifican como, leve, moderado o grave, donde el individuo sufre de una decaída del estado anímico, reduce la sensación de energía y disminuye la actividad. La persona afectada no puede permitirse la capacidad de gozar, interesarse y concentrarse, lo cual da entendimiento al efecto de los resultados. De igual manera, en gran parte atribuye a que no muestran graves signos de depresión, por lo que se sienten de buen ánimo y no temen a que algo les pase o afecte su integridad dado que se sienten seguros en este centro de salud. Al respecto, el Instituto Nacional de Salud Mental (2013) manifiesta que el bienestar físico y la salud, serían indispensables; puesto que la condición de la salud es de una gran importancia ya que es determinante para una mejor percepción de muchos semblantes en la calidad de vida, además este bienestar mental es altamente importante debido a que es un factor influyente para la correcta percepción de la calidad de vida.

En cuanto al tercer objetivo específico, se observa una correlación entre depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, donde las variables tienen una relación significativamente inversa ($Rho = -0,575$), lo que significa que, a menor nivel de depresión, mayor será el grado de satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, respaldado por el análisis de los resultados tabla 11, donde este grupo muestral quienes no presentaron depresión (68,79%) llegaron un alto nivel en cuanto a satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, sin embargo, quienes presentaron un nivel de depresión grave (0,64%) llegaron a un grado alto con respecto a satisfacción con el

funcionamiento productivo y de relaciones. Salvador y Vela (2020) como conclusión encontraron que a mayor depresión el adulto mayor tendrá una mala calidad de vida, la investigación se consideró importante ya que trabaja con las dos variables, se considera importante rescatar que la relación con uno mismo que causa la depresión es inversa es decir perdemos parte de lo que éramos. Los resultados obtenidos se deben a que una gran cantidad de personas adultas de este centro de salud sienten productivos, con nuevos proyectos, llenos de energía, no existiendo espacio para sentirse deprimidos, muchas veces entretenidos en las actividades desarrolladas en la institución o por otras instituciones voluntarias. En tanto, de acuerdo a los aportes teóricos de Muñoz y Vargas (2019), quienes resaltan la participación de las personas con relación a la actividad productiva como un determinante para ser un indicador de la calidad de vida, afirmando también que existen un gran número de ocasiones para incrementar la cooperación, integración con la sociedad y el voluntariado.

Con respecto al cuarto objetivo específico, se muestra que por medio de la prueba estadística Rho de Spearman en la tabla 17, se observa una correlación entre depresión y satisfacción social, donde las variables tienen una relación significativamente inversa ($Rho=-0,354$), lo que significa que, a menor nivel de depresión, mayor será el grado de satisfacción social, hecho que también es respaldada por el análisis de los resultados tabla 12, donde los adultos mayores quienes no presentaron depresión (68,79%) llegaron un alto nivel en cuanto a satisfacción social, por otro lado, quienes presentaron un nivel de depresión grave (0,64%) llegaron a un grado medio con respecto a social. Alvarado (2018), se concluyó que aspectos del ánimo se ven afectados, reflejándose en la dimensión de sentimientos de tristeza, lo cual da cuenta que si afecta los vínculos que demandan la sociedad propia o individual que llevamos como seres humanos. Así también, los

resultados semana que sienten menos preocupaciones, mayor seguridad, muchas ganas de vivir y que sus vidas no están vacías dado que comparten experiencias con otras personas en este lugar, haciendo que no se depriman por este tipo de aspectos, explicando así la relación inversa encontrada. Es así que, en cuanto al Instituto Nacional de Salud Mental (2013), ello estaría estrechamente relacionada con la seguridad económica de cada individuo, y se conceptualiza como la facultad de proporcionar de manera independiente cierta cantidad de recursos económicos que pueden garantizar una calidad de vida buena, por lo que al ser parte de este centro de salud se cubren los gastos y demandas para el cuidado de los pacientes adultos mayores.

5.2. Conclusiones

1. Se comprueba la hipótesis general en cuanto a la existencia de una relación significativamente inversa entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021, por lo que a menor depresión mayor son sus niveles de calidad de vida.

2. Se identifica la existencia de una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

3. Se determina la existencia de una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

4. Se comprueba la existencia de una relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

5. Se determina la relación significativamente inversa entre depresión y satisfacción social, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.

5.3. Recomendaciones

1. Se sugiere que el área de psicología del centro de salud Tarata, realice campañas de detección de depresión en cada paciente, con el objetivo de poder atender a tiempo las incidencias encontradas, tomando en cuenta desde el nivel leve de depresión y no solo los niveles moderado o alto, puesto que generalmente no es tomado con la seriedad que merece y pasado el tiempo el diagnóstico del paciente puede empeorar.

2. Ampliar la atención de la salud mental de los pacientes geriátricos para generar una relación, médico–paciente con el fin de considerar y conocer cada posible factor de riesgo que pueda perturbar al paciente, además de poder ser amplificado a los diferentes establecimientos de salud y que esto sirva para poder asegurar y mejorar el nivel de atención a los adultos mayores.

3. Fortalecer el lazo entre cada adulto mayor y sus familiares para que reciban, el apoyo necesario y esto a su vez ayude a conservar una adecuada percepción de la calidad de vida, generando así que cada uno de los familiares se involucre con el cuidado de los ancianos.

4. Tomar en cuenta las dimensiones de la calidad de vida, para que puedan poder un énfasis en el cuidado de aquellos donde realmente se requieran, con ayuda de los expertos de la salud mental y sobre todo de los familiares quienes son el soporte de los adultos mayores.

5. Seguir realizando estudios relacionados con el tema, ya que es indiscutible la existencia de algún nivel de depresión en el adulto mayor y es sumamente importante la detección de estos, para poder intervenir a tiempo.

REFERENCIAS

- Agüera, L., Losa, R., Goez, L., y Gilaberte, I. (2011). Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría*, 3(1), 1-8. https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_001_R_2611002_Aguera.pdf
- Alvarado, K. (2018). *Calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud- chiclayo* [Tesis de pregrado, Univeridad Señor de Sipán]. Repositorio de la Universidad Señor de Sipán. <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5690/Alvarado%20Garc%C3%ADa%20Kelly%20Karumy%20Di.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Álvarez, L., Ayala, N., y Bascuñán, R. (2019). Cognitive distortions and risk for suicidal behaviors, considering Chilean and Colombian adolescents as sample: A descriptive-correlational study is conducted. *Psicogente*, 22(41), 1-22. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
- American Psychiatric Association. (s.f.). *What Is Depression?*. American Psychiatric Association. Depression. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- Apaza, M. (2018). *Calidad de vida y depresión en asistentes al centrointegral de atención al adulto mayor, Puno, 2017* [Tesis de pregrado, Univeridad Nacional del Altiplano]. Repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11022/Apaza_Velez_Mariela_Roc%c3%ado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 13(2), 152-182. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM - 5*. American Psychiatric Association. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Auquilla, Á., y Pacurucu, Á. (2018). Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo en Cuenca [Tesis de pre grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio de la Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31374/1/Calidad%20de%20vida%20en%20adultos%20mayores%20que%20asisten%20a%20un%20centro%20de%20apoyo%20en%20Cuenca.pdf>
- Bigelow, D., McFarland, B. y Olson, M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Ment Health*, 27(1), 43-55. <https://doi.org/10.1007/BF00752714>
- Bruning, K. y Mora, I. (2019, 05 de marzo). *Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar*. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>
- Candia, A. (2016). Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero. *Revista Clamati Sabiduria*, 7(2), 5-8. <http://tlamati.uagro.mx/t7e2/602.pdf>
- Dongo, L. y Cruz, S. (2019). *Depresión y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao - Ilave - 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/12968/Dongo_Leydi_Cruz_Sol.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Durán, F. y Lara, G. (2021). Aplicación del coeficiente de confiabilidad de Kuder Richardson en una escala para la revisión y prevención de los efectos de las rutinas. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 8(15), 51-55. <https://doi.org/10.29057/esat.v8i15.6693>
- Evanan, Y. (2017). *Depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Hospital militar geriátrico, Chorrillos 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana de los Andes]. Repositorio Peruana de los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1111>
- Fernández, J., Parapar, C. & Ruiz, M. (2010). *El envejecimiento de la población*. Fundación General CSIC. https://fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
- Ferrans, C. (1990). Quality of Life: Conceptual Issues. *Quality of Life: Conceptual Issues*, 6(4), 246-264. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-0749208190900262/first-page-pdf>
- González, S., Pineda, A. y Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 2-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Gudiño, C., y González, M. (2021). *Beneficio de técnicas cognitivo – conductuales para mejorar la volición en personas adultas con depresión y trastorno bipolar hipomaniaco* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Ecuador]. Repositorio digital de la Universidad Católica de Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25524>
- HelpAge International. (2014). *¿Que calidad de vida?. La gente y la Salud*. <https://www.helpage.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento--informe-en-profundidad.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2021, 01 de mayo). *Global Health Data Exchange*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
- Intituto Nacional de Salud Mental. (2013). *Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana*. MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2658.pdf>
- Loje, R. (2018). *Depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote - 2018* [Tesis de maestría, Universidad Católica Los Ángeles]. Repositorio de la Universidad Católica Los Ángeles. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/5975>
- Madero, M., Suárez, J., Mayancela, M., Villegas, E. (2021). Trastorno depresivo mayor. *RECIAMUC*, 5(1), 32-41. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.32-41](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.32-41)
- Martínez, I., Morales, C., Vera, A. (2019). *Características del sueño en personas con episodio depresivo en Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/6421>
- Melo, L., Machado, I., Orlandi, F. y Gomes, G. (29 de 6 de 2020). Frailty, depression, and quality of life: a study with elderly caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem REBE*, (3)1,1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0947e20180947>

- Mogrovejo, C. (2018). *Calidad de vida y depresión en adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29902/Mogrovejo_LCG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Morales, Q., Álvarez, E., y Soler, J. (2020). *Utilidad clínica de la versión española de la Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) para determinar los síntomas de respuesta precoz en pacientes diagnosticados de cualquiera de los trastornos del ánimo según DSM-IV* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/239233>
- Moreno, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciaAmérica: Revista de divulgación científica de la Universidad Tecnológica Indoamérica*, 9(2), 251-255. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7746438>
- Muñoz, Y. y Vargas, M. (2019). *Funcionalidad y calidad de vida del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio de la Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/11194/1/2019_Funcionalidad_y_calidad_de_vida_del_adulto_mayor_institucionalizado_y_no_institucionalizado.pdf
- Naciones Unidas. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de derechos humanos*. Cepal.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

Onofre, R. (2021). *Características epidemiológicas relacionadas a la depresión en personas adultas, Perú, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4528>

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Oficina Sanitaria Panamericana.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (05 de Febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (07 de Abril de 2017). *Temas de Salud*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20un%20trastorno,cansancio%20y%20falta%20de%20concentraci%C3%B3n>.

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Libro de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados a la salud*. Organización Panamericana de la Salud,. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>

- Paz, V. (2012). Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao, 2012. *Anales de salud mental*, 31(1), 28-44.
<https://openjournal.inism.gob.pe/index.php/EESM/article/view/54>
- Paz, V. (2015). Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la sierra rural, 2008. *Anales de salud mental*, 31(2), 52-65.
<https://openjournal.inism.gob.pe/index.php/EESM/article/view/54>
- Radio Nacional. (26 de agosto de 2020). *INEI: En el Perú hay más de cuatro millones de adultos mayores.* Locales.
<https://www.radionacional.com.pe/noticias/locales/inei-en-el-peru-hay-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores>
- Ribotta, L. (2022). El tratamiento de activación conductual en personas adultas con depresión mayor [Tesis de pregrado, Universidad de Belgrano]. Repositorio de la Universidad de Belgrano.
<http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/10163>
- Richards, D., Richardson, T., Timulak, L., Vigano, N., Mooney, J., Doherty, G., Hayes, C. y Sharry, J. (2016). Predictors of depression severity in a treatment-seeking sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 221-229.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33747008001.pdf>
- Salas, C., y Garzón, M. (2013). *La noción de calidad de vida y su medición.* *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4549356>
- Salirrosas, C. y Saavedra, J. (2014). Percepción de algunos estilos de crianza y el episodio depresivo en el adulto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(3), 160-169.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a04v77n3.pdf>

- Salvador, A., Salvador, V. y Vela-Chasiluisa, M. (2020). Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 6(12), 98-109. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1552/2918>
- Sanz, J. (2003). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general*. *Clínica y Salud*, 14(6), 249-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>
- Torres, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de tesis digitales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4159>
- Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81702108>
- Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Valdez-Huirache, M. y Álvarez-Bocanegra, C. (2017). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-121. <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n2/2007-7459-hs-17-02-00113.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	Hipótesis	VARIABLES / DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al centro de Salud Tarata – del distrito de Tarata 2021?	Determinar la relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al centro de Salud Tarata – del distrito de Tarata 2021	Hipótesis General Existe una relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021	V1: Depresión • Aspecto Conductual • Aspecto Cognitivo	Tipo de investigación: Cuantitativa
Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al centro de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021? ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al centro	Objetivos específicos Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al centro de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021. Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al centro	Hipótesis específicas •Existe una relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el sentido vital, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021. •Existe una relación entre depresión y la dimensión satisfacción con la integridad, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021. •Existe una relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el	V2: Calidad de Vida • Satisfacción con el sentido vital. • Satisfacción con la integridad de la persona • Satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones • Satisfacción social	Nivel de investigación: Correlacional Diseño de investigación No experimental Transversal Población 413 personas Muestra 155 personas Muestreo Probabilístico aleatorio simple.

<p>de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021? ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al centro de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021? ¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión satisfacción social, del adulto mayor que asiste al centro de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021?</p>	<p>de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021. Determinar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al centro de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021. Identificar la relación entre depresión y la dimensión satisfacción social, del adulto mayor que asiste al centro de salud Tarata – del distrito de Tarata 2021.</p>	<p>funcionamiento productivo y de relaciones, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021. •Existe una relación entre depresión y la dimensión satisfacción social, del adulto mayor que asiste al C.S. Tarata – del distrito de Tarata 2021.</p>		<p>Instrumentos de recolección de datos: Escala de depresión geriátrica Índice de calidad de vida</p> <p>Técnicas de recolección de datos: Encuesta</p> <p>Método de análisis de datos Excel Spss</p>
---	--	--	--	--

Anexo 2. Matriz de Operacionalización de las variables.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Categoría		Escala de medición
				Tipo de respuesta	Nivel	
Depresión	Aspecto conductual	Comportamiento evocativo y con escasa fuerza de voluntad	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	Respuestas Dicotómicas SI / NO	0 – 4 Normal	Ordinal
			¿Prefiere quedarse en casa a salir?			
			¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?			
			¿Se siente lleno de energía			
	Aspecto cognitivo	Manifestación de pensamientos negativos que podrían asociarse a un sentimiento	¿Está básicamente satisfecho (a) con su vida?		5 – 8 Depresión Leve	
			¿Siente que su vida está vacía?			
			¿Se encuentra a menudo aburrido?			
			¿Tiene a menudo buen ánimo?			
			¿Teme que algo malo le pase?			
			¿Se siente feliz muchas veces?			
			¿Se siente a menudo abandonado?			
			¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?			
			¿Piensa que es maravilloso vivir?			
			¿Siente que su situación es desesperada?			
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	9 – 11 Depresión Moderada					
		12 – 15 Depresión Severa				

Calidad de vida	Satisfacción con el sentido vital	Alegría por una vida plena, feliz y en equilibrio espiritual.	Plenitud personal; es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.	Respuestas politómicas del 1 al 10	Bajo 1 – 3	Ordinal		
			Satisfacción espiritual; es decir, haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas.					
			Calidad de vida global; es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general					
	Satisfacción con la integridad personal	Mantenimiento de una buena salud física, salud psicológica e independencia funcional	Bienestar físico; es decir, sentirse con energía, sin dolores ni problemas físicos.				Medio 4 – 7	
			Bienestar psicológico o emocional; es decir, sentirse bien y satisfecho consigo mismo					
			Autocuidado y funcionamiento independiente; es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.					
	Satisfacción con el funcionamiento productivo y de relaciones	Capacidad para realizar actividades productivas, mantener buenas relaciones	Funcionamiento ocupacional; es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas.					Alto 8 – 10
			Funcionamiento interpersonal; es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.					

		sociales y tener apoyo de personas cercanas.	Apoyo socio-emocional; es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.			
	Satisfacción social	Ganancia económica, disponer de recursos materiales y servicio.	Apoyo comunitario; es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios.			

Anexo 3. Instrumentos

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (GDS -15)

Edad:

Sexo:

Instrucciones: Responda usted a cada una de las siguientes preguntas según a como se ha sentido la última semana

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1. ¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo le pase?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10 ¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11 ¿Piensa que es maravilloso a vivir?	SI	NO
12 ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13 ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14 ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

PUNTUACIÓN

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

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

1. **Bienestar físico:** es decir, sentirse con energía. Sin dolores ni problemas físicos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 16

Valores máximos, mínimo, media y desviación estándar de la variable calidad de vida

N	Válido	157
	Perdidos	0
Media		8,84
Mínimo		6
Máximo		10
Desviación estándar		0,97

El estudio se ha realizado en un total de 157 sujetos sobre la variable calidad de vida, presentando los siguientes resultados: - Una Media de 8,84 que se posiciona como “alto”. - Un valor mínimo de 6, que se sitúa como “medio”. - Un valor máximo de 10, que se categoriza como “alto”, con una desviación baja de 0,97.

Tabla 17

Valores máximos, mínimo, media y desviación estándar de la variable depresión

N	Válido	157
	Perdidos	0
Media		3,46
Mínimo		00
Máximo		12
Desviación estándar		2,49

El estudio se ha realizado en un total de 157 sujetos sobre la variable depresión y presenta los siguientes resultados: - Una Media de 3,46 que se categoriza como "normal". - Un valor mínimo de 00, que se categoriza como "normal". - Un máximo de 12, categorizado como un nivel "grave", con una desviación alta de 2,49.

Anexo 4. Matriz de los Datos

VALIDEZ DEL CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (DGS - 15)

Tabla 5

Análisis de validez de constructo de depresión en una muestra piloto de 55 personas adultas mayores

Ítems	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
01	,482**	,003
02	,533**	,000
03	,510**	,000
04	,648**	,000
05	,535**	,000
06	,367**	,000
07	,463**	,000
08	,443**	,000
09	,168	,403
10	,443**	,002
11	,326*	,025
12	,530**	,000
13	,393**	,002
14	,723**	,000
15	,529**	,000

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01; *. La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 18, se muestran que todos los ítems poseen una correlación significativa de nivel 0.01 con respecto al total de la variable a excepción del ítem 11 que presenta un nivel de significancia de nivel 0,05 y el ítem 09 que presenta un nivel de significancia demasiado bajo.

CONFIABILIDAD DEL CONSTRUCTO ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (DGS - 15)

Prueba de confiabilidad de tipo consistencia interna Kuder – Richardson – 20 (KR20)
de la variable Depresión aplicada a una muestra piloto de 55 adultos mayores.

KURDER RICHARDSON - KR20															
TOTAL DE SUJETOS = 55												MAGNITUD			
VAR - TOTAL	$\sum pq$	2.13													
	σ^2	7.14													
PREGUNTAS	K	15													
p	0.09	0.27	0.36	0.16	0.15	0.36	0.05	0.25	0.11	0.07	0.04	0.65	0.13	0.16	0.69
q	0.91	0.73	0.64	0.84	0.85	0.64	0.95	0.75	0.89	0.93	0.96	0.35	0.87	0.84	0.31
p*q	0.08	0.20	0.23	0.14	0.12	0.23	0.05	0.19	0.10	0.07	0.04	0.23	0.11	0.14	0.21
TOTAL	5	15	20	9	8	20	3	14	6	4	2	36	7	9	38
PREGUNTAS															
SUJETOS	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
4	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
5	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
11	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
14	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
18	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
20	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
23	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
24	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1
27	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
28	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
31	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
34	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1
38	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1
39	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1
40	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
43	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
44	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1
47	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
48	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
51	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1
52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
54	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
55	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1

Se observa que el nivel de confiabilidad del instrumento es de 0,75 (considerada aceptable), según el siguiente cuadro de rango de las magnitudes

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

Tabla 6

Análisis de validez de constructo de la variable calidad de vida en una muestra piloto de 55 personas adultas mayores

Ítems	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
01	,697**	,000
02	,847**	,000
03	,567**	,000
04	,692**	,000
05	,504**	,000
06	,721**	,000
07	,652**	,000
08	,767**	,000
09	,662**	,000
10	,629**	,000

Nota. (**) La correlación es significativa en el nivel 0,01; *. La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la tabla 19, se observa que con respecto al coeficiente de correlación de Pearson se encuentra en un nivel de correlación significativa entre ítem con respecto al total de la variable, lo cual afirma que los ítems presentan validez del constructo.

CONFIABILIDAD DE CONSTRUCTO EL ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA

Aplicando la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach de la variable calidad de vida en un piloto de 55 ancianos.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	55	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	55	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,860	10

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
PREG 01	84,45	24,993	,591	,845
PREG 02	83,75	24,082	,792	,826
PREG 03	83,60	27,763	,476	,854
PREG 04	84,02	25,018	,583	,846
PREG 05	83,45	28,808	,424	,858
PREG 06	83,96	24,369	,613	,843
PREG 07	84,42	24,692	,513	,856
PREG 08	84,07	25,180	,695	,836
PREG 09	83,44	28,325	,610	,850
PREG 10	83,47	27,291	,546	,849

