



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

TESIS

**CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE DEPRESIÓN DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD LA VICTORIA
SECTOR II-2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTOR

ARAUJO NOBLECILLA, María Cristina

ASESOR

MAG. LUCIA VIOLETA DÍAZ CACHAY

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

CIENCIAS DE LA VIDA Y CUIDADO DE LA SALUD HUMANA

PIMENTEL – PERÚ 2021

Índice	
Resumen.....	v
Abstract	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. DESARROLLO	9
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo de la investigación.....	16
3.2. Diseño de la investigación.....	16
3.3. Variables y su Operacionalización.	17
3.3.1. Variable de estudio 1. –	17
3.3.2. Variable de estudio 2	17
3.4. Hipótesis:	17
3.5. Operacionalización de las variables.....	18
3.6. Población, muestra y muestreo.	18
3.6.1. Población Muestral.....	18
3.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.7. Validación y confiabilidad de los instrumentos.....	19
3.8. Procedimientos estadísticos	19
3.9. Análisis de la información	19
3.10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
3.11. Criterios de Inclusión. -	21
3.12. Criterios de Exclusión.....	21
3.13. Consideraciones éticas.....	21
3.14. Criterios de Rigor científico	22
IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	22
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40

Índice de cuadros

Cuadro N° 1 Operacionalización de Variables	18
Cuadro N° 2 Distribución por Género y Edad de los pacientes atendidos en el Centro de Salud La Victoria Sector II.	23
Cuadro N° 3 Distribución de la Calidad de Vida en razón a: dolor físico y malestar; energía y fatiga; movilidad; descanso y sueño; y actividad cotidiana, de los usuarios.....	25
Cuadro N° 4 Distribución a la Calidad de Vida - psicológica por los sentimientos positivos; creencias personales; concentración; imagen personal y apariencia, y autoestima.	27
Cuadro N° 6 Distribución por Relaciones Sociales: Relaciones Personales; Actividad Sexual; y Soporte social	29
Cuadro N° 7 Distribución por Medio Ambiente: Entorno Físico; Recursos Económicos; Hogar; Cuidados de Salud; Calidad; y Transportes.	30
Cuadro N° 8 Dimensión respecto a la Depresión	31
Cuadro N° 9 Niveles general de Calidad de vida	32
Cuadro N° 10 Niveles de depresión y niveles de calidad de vida	33

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1 Distribución por Género de los usuarios atendidos en el Centro de Salud La Victoria Sector II	Error! Bookmark not defined.
Gráfico N° 2 Distribución por Edad de los usuarios que son atendidos en el Centro de Salud La Victoria Sector II	24
Gráfico N° 3 Niveles de la Depresión	Error! Bookmark not defined.
Gráfico N° 4 Niveles de calidad de vida.	41
Gráfico N° 5 Distribución física por energía y fatiga	41
Gráfico N° 6 Distribución física por movilidad.....	42
Gráfico N° 7 Distribución física por descanso y sueño	42
Gráfico N° 8 Distribución física por actividad cotidiana	43
Gráfico N° 9 Distribución psicológica por sentimientos	43
Gráfico N° 10 Distribución psicológica por creencias personales.....	44
Gráfico N° 11 Distribución psicológica por concentración	44
Gráfico N° 12 Distribución psicológica por imagen personal y apariencia.....	45
Gráfico N° 13 Distribución psicológica por apariencia; y autoestima.....	45
Gráfico N° 14 Distribución por Relaciones Sociales: Relaciones Personales	46
Gráfico N° 15 Distribución por Relaciones Sociales: Actividad Sexual	46
Gráfico N° 16 Distribución por Relaciones Sociales: Soporte social	47
Gráfico N° 17 Distribución por Medio Ambiente: Entorno Físico	47
Gráfico N° 18 Distribución por Medio Ambiente: Recursos Económicos.....	48
Gráfico N° 19 Distribución por Medio Ambiente: Hogar.	48
Gráfico N° 20 Distribución por Medio Ambiente: Cuidados de Salud	49
Gráfico N° 21 Distribución por Medio Ambiente: Calidad	49
Gráfico N° 22 Distribución por Medio Ambiente: Transportes.	50

Resumen

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación que existe entre calidad de vida y la depresión del adulto mayor del Centro de Salud La Victoria Sector II-2020; La población objetivo quedo conformada por los usuarios del Programa Adulto Mayor del Centro de Salud, atendidos los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2020, el diseño de investigación es el descriptivo correlacional; Los instrumentos fueron aplicados a una muestra de 69 de ambos sexos, la edad promedio fue de 69,6 años, con un error estándar 7,41, y un coeficiente de variación de 10,6%. Los resultados de la investigación respecto a la calidad de vida: fueron, el 44.93% indican no sentir dolor ni malestar físico; el 65.22% de usuarios manifiestan que algunas veces se sienten sin energía y con fatiga, que nos puede inducir que puede ser psicológico; el 69.57%, declaran que nunca se movilizan o desplazan; el 60.87%, siempre descansan y procuran generar sueño antes de pernoctar, lo que se contrapone al indicador anterior; y el 44.93%, que no realizan actividades cotidianas, o no encuentran motivo para hacerlo, en razón a la Calidad de Vida (Físico); el 81.16%, manifiestan que siempre muestran sentimientos positivos; el 100.00%, muestran creencias personales; 95.55%, manifiestan que siempre están concentrados; 42.03%, tienen cuidado de su imagen personal y apariencia; el 84.06%, manifiestan tener siempre la autoestima elevada; el 95.65%, se preocupan por sus relaciones personales; el 50.72%, manifiestan que muchas veces aún continúan teniendo en actividad sexual; y el 95.65% si tienen el cuidado de no perder el respaldo social (amigos); el 91.30%, no se sienten seguros en razón a su entorno físico; el 62.32%, si se sienten seguros económicamente; el 79.71%, no se sienten seguros en razón al clima del hogar; el 50.72%, no se sienten seguros en el cuidado de su salud, por la desconfianza, típico en esa edad; y el 71.01%, manifestaron que era buena en razón a la calidad de vida; el 66.67% de usuarios manifestaron sentirse deprimidos, siendo este una enfermedad psiquiátrica según el test aplicado; Los resultados que se obtienen, en esta investigación, evidencian que existe relación significativa inversa entre las variables depresión y la calidad de vida (-0.424) a puntuaciones bajas en calidad de vida puntuaciones altas de depresión.

Abstract

My purpose is to find the relationship that exists between quality of life and the level of depression of the elderly at the La Victoria Sector II Health Center; The sample population is the group that matches certain specifications, so it is essential to clearly establish the peculiarities of each study subject. The population under study are all users of the Elderly Adult Program of the Health Center, attended during the months of October, November and December of the year 2021.

The research design to be used is descriptive correlational; As results of the investigation, it is obtained that among the gender of users who come to the Health Center are mostly women (57.97%); and due to their age, it is indicated that 34.78% are between 60 and 64 years of age, being young adults, their majority presence is closely related to the socioeconomic level and the poverty level of the country; 44.93% indicate they do not feel pain or physical discomfort; 65.22% of users state that sometimes they feel without energy and fatigue, which can induce us that it can be psychological; 69.57% declare that they never move or move; 60.87% always rest and try to generate sleep before staying overnight, which is contrary to the previous indicator; and 44.93%, who do not perform daily activities, or do not find a reason to do so, due to Quality of Life (Physical); 81.16% state that they always show positive feelings; 100.00% show personal beliefs; 95.55% state that they are always focused; 42.03% take care of their personal image and appearance; 84.06% state that they always have high self-esteem; 95.65% worry about their personal relationships; 50.72%, state that many times they still continue to have sexual activity; and 95.65% if they are careful not to lose social support (friends); 91.30% do not feel safe due to their physical environment; 62.32%, if they feel financially secure; 79.71% do not feel safe due to the climate of the home; 50.72% do not feel safe in their health care, due to distrust, typical at that age; and 71.01% stated that it was good due to quality of life; 66.67% of users reported feeling depressed, this being a psychiatric illness according to the applied test; The relationship between the two study variables is relative, and there are other intervening variables that have increased their psychological situation.

I. INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor está en aumento, en tal sentido es necesario que se planteen, desarrollen e implementen políticas de atención adecuada y pertinente en el ámbito de la salud, en lo social, inclusive hasta en lo económico, políticas y acciones que garanticen una atención médica y psicológica; educar a una familia y a una sociedad que los acoja y los valoren, que no permita la exclusión, la marginación, sino al contrario, que los dignifique y los acoja (1). Junto a la familia, el Estado debe asumir la responsabilidad en la creación de políticas pertinentes y viables sobre el cuidado del adulto mayor, como recompensa a los años dedicados a la crianza de los nuevos ciudadanos y al trabajo brindado desde las diferentes esferas del sector productivo o de servicio público o privado (2).

Si el estado no asume su rol asistencial con el adulto mayor, puede desencadenar en ellos una depresión como signo de olvido, exclusión y marginación de la familia y de la sociedad; un adulto mayor con depresión, se caracteriza por un padecimiento físico, manifestado por los trastornos tiroideos, mal de Parkinson, enfermedades del corazón, desarrollo del Cáncer, accidentes cerebrovasculares, demencia como el mal de Alzheimer, el consumo excesivo de alcohol, la automedicación como los somníferos (3). El PLANPAM (2013-2017) expone varias situaciones problemáticas, las cuales incluyen la falta y complicado acceso a los servicios de jubilación y pensión, así como los bajos niveles de participación social, la violencia y la discriminación por motivos de edad, etc. (4).

En el presente se ha evidenciado una disminución de la fertilidad y el aumento de la esperanza de vida, estas variables han contribuido al nacimiento del fenómeno de la población longeva o envejecimiento poblacional mundial, dimensión no antes vista, todo gracias al desarrollo de las ciencias de la salud; la longevidad o envejecimiento, no es equivalente a una enfermedad, pero suele acompañarse con un aumento de las afecciones crónicas, que desembocan en la presencia de discapacidades de los adultos mayores; así mismo, limita sus habilidades y capacidades para ejecutar las prestaciones de la vida diaria y su

presencia y participación en la vida familiar y social, es aquí donde radicó la pertinencia e importancia de nuestro estudio investigativo.

En estudio ejecutado por el INEI (El Instituto Nacional de Estadística e Informática 2017), concluye que la situación de salud de la población adulta mayor, a través de la variable sociodemográficas, busca mejorar la calidad de vida e integración al desarrollo social, económico y cultural, y así, contribuir al respeto de su dignidad; el análisis de este grupo social, proporciona información sobre las condiciones de riesgo cardiovasculares: hipertensión arterial y diabetes, que afectan a dicho sector de la población (5).

Luego de exponer nuestra realidad problemática, doy a conocer mediante su respectiva formulación, nuestro problema de investigación: ¿Qué relación que existe entre calidad de vida y la depresión del adulto mayor del Centro de Salud La Victoria Sector II-2021? El presente estudio se justifica porque contribuirá al conocimiento sobre la relación calidad de vida y la depresión en los adultos mayores, relación que nos invita a generar mejores elementos que permitan dar una mejor atención a sus necesidades; a sus los cambios físicos, psicológicos y sociales, asociados al desarrollo del proceso de envejecimiento, constituyen una población particularmente vulnerable, que requiere de estrategias de atención de calidad.

II. DESARROLLO

Diego Calderón (2018) Quito-Ecuador, en su estudio sobre la depresión y la demencia son las enfermedades neuro-psiquiátricas de mayor prevalencia en el adulto mayor; afirma que la depresión en esta población vulnerable, influyen factores biológicos y sociales que son modificables; el estudio data desde el año 2000 con la revisión de la bibliografía, su propósito fue incrementar el conocimiento de la epidemiología de la depresión del adulto mayor; en ella encontró que la prevalencia varía según la localidad, país, y por ende varía la herramienta de diagnóstico a aplicar. Se determinó que los factores de riesgo se desprenden de la familia, la sociedad y el estado, y son ellos los que deben emprender acciones específicas para paliar la problemática, especialmente aquellos que pueden ser modificados rápidamente y contribuyen a la mejora de la calidad de vida de los ancianos (6).

Verónica Lliguisupa; Robert Álvarez; Deysi Bermejo & otros (2020) Ecuador, La depresión es una enfermedad habitual en los adultos mayores que tiene mala influencia por sus consecuencias sobre la salud de quién la sobrelleva. Ambos investigadores se propusieron fijar los niveles de depresión en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Homero Castanier Crespo; su publicación es descriptiva y transversal en el período julio-agosto 2017, la muestra fueron 82 adultos mayores; se registró edad, sexo, residencia, escolaridad, estado civil, comorbilidades; se aplicó la Escala de Depresión de Yesavage (GDS-15), concluyendo que las discernimientos negativos hacia las vivencias con la sensación de soledad, desesperanza, pérdida de interés en actividades cotidianas y el temor, influyen en los síntomas de depresión y en el deterioro de la calidad de vida de los sujetos de estudio (7).

Yshida Evanan (2017) Huancayo. “Depresión y Calidad de Vida en Pacientes Adultos Mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y calidad de vida en pacientes adultos mayores, usando el método de investigación hipotético deductivo. Con una muestra de 130 pacientes geriátricos que acudieron a consulta externa. Entre los resultados obtenidos con la prueba estadística Rho de Spearman, se

Menciona que existe correlación entre depresión y calidad de vida, hallándose una correlación negativa fuerte (-0,801) y muy significativa ($p < 0,01$), mientras que por dimensiones se halló que todas se correlacionaban significativamente con la depresión ($p < 0,01$), presentándose una correlación negativa fuerte (-0,760) entre la variable depresión. En conclusión, se comprueba la relación entre depresión y calidad de vida (8).

Mariela Apaza (2017) Puno. Se propuso establecer la relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor; la muestra se conformó por 138 pacientes adultos mayores; utilizó como instrumento de recolección de datos el cuestionario de Whoqol Bref para calidad de vida, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La data muestra que el 66.7% perciben una mala calidad de vida; el 65.2% presentan depresión severa. Por lo tanto, la calidad de vida está relacionada con la depresión en el adulto mayor; todos con un nivel de significancia $P < 0,05$ (9).

Loje Ricardo (2018) Ancash. Su estudio trata sobre la depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencia Ancash – Chimbote, se planteó como objetivo determinar la relación entre depresión y calidad de vida; el tipo de estudio fue básica, cuantitativa de nivel descriptivo-correlacional; la muestra fue de 136 usuarios; el inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida en personas mayores de Verdugo, Gómez y Arias; sus resultados evidencian que el 25% depresión grave y el 51.4% presentan nivel medio de calidad de vida. La relación entre depresión y calidad de vida se encontró altamente significativa (.000) $p < 0.05$ (10).

Dongo Leydl & Cruz Sol (2019) Puno “en su investigación depresión y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la municipalidad provincial el Collao – Ilave” (Puno). La muestra fue de 331 usuarios; para la recolección de datos, se aplicó el cuestionario Inventario de Depresión de Beck- II (BD I-II) para depresión y el test estilos de vida “Fantástico” para calidad de vida. Se obtuvieron los siguientes resultados; el 86.4% de adultos

mayores no presentan depresión; con respecto a los grupos de calidad de vida el 79.2% de adultos mayores se encuentra bajo (11).

Medina Rebeca (2020) Chiclayo, en su estudio depresión y calidad de vida del adulto mayor en el hospital regional las mercedes-Chiclayo, se propuso determinar la relación entre el grado de depresión y calidad de vida, su estudio fue de tipo cuantitativo de corte transversal-correlacional; la población estuvo constituida por 134 pacientes adultos mayores, se utilizó la prueba estadística de alfa de Crombach para su confiabilidad; se aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos (Escala de Yesavage); aplicados ambos instrumentos, se observó que existe relación negativa y altamente significativa entre las variables del grado de depresión y calidad de vida en los adultos mayores a un nivel de 0.01 (2 colas), por lo que se puede entender que a medida que el grado de depresión sube, la calidad de vida disminuye y cuando se reduce el grado de depresión se aumenta la calidad de vida, dicho de otro modo, son inversamente proporcionales (12).

Kelly Alvarado (2018) Pimentel, ejecuta un estudio de tipo no experimental y diseño descriptivo correlacional, planteó hallar la relación existente entre calidad de vida y depresión en adultos mayores de un centro de salud de Chiclayo, para lo cual se trabajó con 130 adultos mayores, a quienes se aplicó el test de Calidad de vida de y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, dentro de los resultados se encontró correlación significativa entre las variables generales con un valor $p < 0.05$, lo que determina que existe relación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores, visto desde otra óptica anotaron que el estado de ánimo como el optimismo y la felicidad se verán afectados, si existe sentimientos de tristeza (13).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción que tiene cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores con el cual vive y en relación a las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que tiene, es decir que su calidad de vida está centrada en los aspectos subjetivos que el individuo tiene sobre su

vida. Olson & Barner (1982), definen calidad de vida como el producto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas, personales; es un vínculo que da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. La calidad de vida está compuesta por el bienestar físico, mental, social, tal y como lo percibe el individuo y cada grupo (14).

Calidad de vida del adulto mayor, según Vera (2007) es la relación entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), y el estado óptimo de bienestar, que tiene en consideración el proceso evolutivo de la senectud; las adaptaciones del longevo su medio biológico y psicosocial mutante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, el olvido de las cosas, hechos o acontecimientos y al temor, al abandono, a la muerte, a la dependencia o invalidez (15).

Para el Ministerio de salud, las personas comprendidas como adultas mayores son aquellas que están comprendidas entre los 60 años y es la última etapa de vida, considerados en el modelo de abordaje de promoción de la salud para realizar diversas actividades en beneficio de este grupo etario. Los adultos mayores están en una etapa de envejecimiento que es una evolución gradual que conduce a la pérdida de función del organismo, se manifiesta por una disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasis interna ante el daño de agentes externos; en esta etapa se hace notorio diversos cambios internos como externos, físicos y psicológicos.

Dentro de los múltiples cambios, se encuentran la disminución de habilidades sensoriales, como la agudeza visual que va disminuyendo y predispuestos a tener problemas de visión, los problemas de audición llegan a ser más comunes que los problemas de visión, asimismo los adultos mayores manifiestan que sus comidas no tienen el mismo sabor que antes debido a una pérdida de sensibilidad en el gusto y olfato. El significado de calidad de vida para el adulto mayor es tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana; el ser cuidado y protegido

por su familia, con estimación, afecto y respeto por su persona y por sus bienes materiales, ayudándole a lograr sus metas, permitiéndole ejercer su derecho de libre expresión, comunicación de decisión en todo lo que se relacione a él; y la familia debe participar facilitándole dentro de lo posible, alimentación, vestido, vivienda e higiene.

Shalock y Verdugo (2007), sugiere un modelo de calidad de vida donde se proponen ocho dimensiones centrales que establecen una vida de calidad: tranquilidad emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. A continuación desarrollaremos cada una de ellas:

- **Tranquilidad Emocional.** - Son los indicadores objetivos de esta dimensión son la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el auto-concepto y la satisfacción con uno mismo.
- **Relaciones Interpersonales.** – Sus determinantes son la intimidad, el afecto, la familia, las interacciones, las amistades, los apoyos.
- **Bienestar Material.** – Que gira en base a los alimentos, el sentimiento de seguridad, el empleo, lo económico, los derechos, las pertenencias, el estatus económico y social.
- **Desarrollo Personal.** – Sus indicadores centrales son la formación, las habilidades, las competencias personales, la realización como persona, la capacidad resolutive.
- **Bienestar Físico.** – Sus dimensiones son la salud, la nutrición, la movilidad, la inactividad, las actividades recreativas, las actividades de la vida diaria.
- **La Autodeterminación.** – Sus indicadores centrales son la autonomía, las elecciones, las decisiones, el control personal, la autorregulación, los valores, las metas personales.
- **Inclusión Social.** - Significa integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, condición social o actividad, esta dimensión considera: participación, integración, apoyos y general.

- Derechos. - Esta dimensión contempla el conocimiento que se tiene respecto a los derechos y deberes que se tiene como persona, por ello involucra: ejercer derechos, responsabilidades, dignidad, derechos legales, información, respeto, defensa de derechos e intimidad

La depresión se define como un trastorno mental frecuente, y que se caracteriza muchas veces por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o muchas veces falta de autoestima, trastornos de pérdida de sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; para Rubén Alvarado, Macarena Moral, han establecido que los adultos mayores en sus cuadros depresivos pueden progresar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer (16).

Pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven más regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como, por ejemplo: Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables, desgano o falta de agotamiento constantes, las modificaciones fisiológicas sostenidas, como insomnio-hipersomnia o falta-aumento del apetito, disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral, irritabilidad o labilidad emocional, quejas somáticas constantes, aumento en el consumo de sustancias, expresión de ideas de desesperanza o culpa.

El trastorno depresivo grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras; la depresión grave impide a la persona y le imposibilita de desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero especialmente, recurre durante toda su vida; El trastorno distímico, se

caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Depresión psicótica, esta ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios; El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente suele desaparecer durante la primavera y el verano; El trastorno bipolar, también llamado enfermedad maniaco - depresiva, esta no es tan común como la depresión grave o la distimia. Este es un trastorno bipolar que se caracteriza por tener cambios en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy alto (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (17).

La teoría conductual propone que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno; estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las teorías cognitivas de esta depresión hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de otros acontecimientos que puede dar lugar a un trastorno depresivo. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación sugirió que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión (18).

Según el Inventario de depresión de Beck (Yngrid Jara 2018), se obtuvo como resultados que el 20 % de los adultos mayores no presenta depresión; el 38.75 % de los evaluados presentó depresión leve; a su vez el 32.5 % obtuvo depresión moderada y 8.75 % registró depresión grave. En cuanto al sexo, se encontró que

las mujeres presentaron un mayor grado de depresión, el 42.86 % de ellas presentó depresión leve y depresión grave el 14.29 %. Los varones solo las superaron en el nivel moderado con 34.62 %. Con respecto al estado civil, se halló que el mayor porcentaje correspondió a los adultos mayores solteros con 62.5 % en el nivel de depresión leve; por otra parte el 45.83 % de las personas viudas se ubicaron en el nivel moderado; y finalmente con depresión grave, se encontró un 25 % en los convivientes (19).

III. METODOLOGÍA

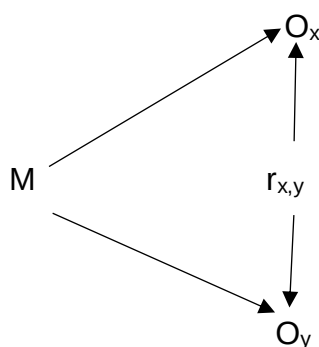
3.1. Tipo de la investigación.

Cuantitativa descriptivo correlacional

3.2. Diseño de la investigación

El diseño de investigación utilizado es el descriptivo correlacional. Se trató de medir a las dos variables: Calidad de Vida y Depresión en los usuarios que son atendidos en el Programa adulto mayor del Centro de Salud La Victoria Sector II.

Este estudio lo podemos diagramar de la manera siguiente:



Donde:

M: muestra

O_x : Las observaciones de la variable calidad de vida

O_y : Las observaciones de la variable depresión

$r_{x,y}$: Correlación entre ambas

3.3. Variables y su Operacionalización.

3.3.1. Variable de estudio 1. –

Calidad de Vida del Adulto Mayor

Definición Operacional. – Percepción en que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el entorno de la cultura y de la costumbre de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes

3.3.2. Variable de estudio 2

Depresión

Definición Operacional. – Estado mental caracterizado por sentimientos de tristeza, soledad, angustia, baja autoestima y reproches a uno mismo; acompañado por retardo motor o en ocasiones agitación, alejamiento del contacto interpersonal y síntomas vegetativos tales como el insomnio y la anorexia.

3.4. Hipótesis:

- H_i = Existe una correlación positiva entre Calidad de Vida y la Depresión en los adultos mayores del Centro de Salud La Victoria Sector II en el año 2020
- H_o = No existe una correlación entre la Calidad de Vida y la Depresión en los adultos mayores del Centro de Salud La Victoria Sector II en el año 2020

3.5. Operacionalización de las variables

Cuadro N° 1 Operacionalización de Variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
CALIDAD DE VIDA ADULTO MAYOR	Físicos	Dolor y malestar	Nominal
		Energía y fatiga	
		Movilidad	
		Descanso y sueño	
		Actividad cotidiana	
	Psicológicos	Sentimientos positivos	
		Creencias personales	
		Concentración	
		Imagen corporal y apariencia	
		Autoestima	
	Relaciones sociales	Relaciones personales	
		Actividad sexual	
		Soporte social	
	Medio Ambiente	Entorno físico	
		Recursos económicos	
		Hogar	
		Cuidados de salud	
		Calidad	
		Transporte	
DEPRESIÓN	Psiquiátrico	Leve	
		Moderada	
		Grave	

3.6. Población, muestra y muestreo.

3.6.1. Población Muestral.

La población muestral es el grupo de todos los casos los que coinciden con determinadas especificaciones de inclusión, por lo que es fundamental establecer con claridad las características de los sujetos de estudio. Para la realización de la investigación, los sujetos de investigación son los pacientes usuarios del Programa Adulto Mayor del Centro de Salud La Victoria Sector II, atendidos los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2020.

El Marco Muestral. Listado proporcionado por la dirección del Programa del adulto mayor del Centro de Salud La Victoria Sector II

La muestra. La muestra estuvo conformada por 69 usuarios del Programa del adulto mayor del Centro de Salud La Victoria Sector II. Anexo 1.

3.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas de gabinete

Utilizaré las fichas bibliográficas

Técnicas de campo

La técnica de recolección de datos que se utilizará en la presente investigación es la encuesta.

3.7. Validación y nivel de confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos que he utilizado para realizar mi trabajo investigativo, tuvieron la confiabilidad pertinente porque se aplicó una prueba piloto a unos sujetos con las mismas características.

3.8. Procedimientos estadísticos

Para la presentación e interpretación de los resultados, se diseñarán tablas y gráficos estadísticos, haciendo uso de los índices estadísticos como la frecuencia absoluta y frecuencia porcentual, y para la contratación de la hipótesis utilizaremos el Coeficiente de correlación lineal de Pearson mediante el uso del programa informático Excel,

3.9. Análisis de la información

En el desarrollo del presente capítulo se presenta el análisis e interpretación de los resultados, los mismos que serán tabulados, sistematizados en cuadros estadísticos y con su grafico correspondiente.

3.10. Técnica e instrumentos de recolección para la data.

El instrumento para la recolección de datos es el cuestionario. Con respecto al cuestionario, Sabino (1992), indica “Se hace útil en aquellos casos que es factible reunir de una sola vez a cierto número de personas, cuando por el

tiempo de información puede haber omisiones, falsedades deliberadas ante un entrevistador”

Para medir la Calidad de vida, se utilizarán los reactivos de la versión reducida de 12 ítems (Wiggins, et al., 2008), CASP-12 y validada de la versión original del cuestionario CASP-19 que comprende 19 ítems (Hyde, Wiggins, Higgs, & Blane, 2003) adaptada al español por Cantelar y Sánchez (2012). Los doce ítems que conforman el instrumento se califican con una escala de tipo Likert del 1 a 4 puntos, donde:

Puntaje	corresponde a
1	Siempre
2	muchas veces
3	algunas veces
4	Nunca.

La puntuación más alta corresponde al aspecto positivo. La puntuación máxima es 48 puntos para la versión reducida. El rango de puntuación es de 12 a 48 puntos y los niveles de calidad de vida son determinados de acuerdo al siguiente puntaje:

Calidad de vida	Puntaje
Baja	Hasta 35
Mediana	De 35 a 37
Alta	De 37 a 39
Muy alta	De 39 a 41

Para medir la depresión en las personas adultas se usará la Escala de Depresión versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage & Sheikh, 1986), adaptada al español por Martínez de la Iglesia, et al. (2002) que mide la presencia de síntomas depresivos. En otras palabras, se trata de encontrar y determinar la sintomatología

depresiva, sobre todo en su aspecto afectivo y somático, que padece la población adulta y que se proyecta a través de los siguientes aspectos: humor, sentimientos de culpa y baja autoestima, indefensión y desesperanza. Las respuestas son de tipo dicotómicas (Sí/No), con una puntuación máxima de 15 puntos determinados en un rango de 0 a 1, considerando que 0 significa ausencia depresiva y 1 frecuencia positiva de depresión.

Las respuestas afirmativas corresponden a las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15. Las respuestas negativas son las preguntas 1, 5, 7, 11 y 14. Conforme a su puntuación, se establece tres cortes:

Nivel de Depresión	Puntaje
Sin depresión	0 - 5
Depresión leve	6 - 9
Depresión establecida	y +

3.11. Criterios de Inclusión. -

Se permitirá la participación sólo de los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios del servicio del Adulto mayor.

3.12. Criterios de Exclusión

No se permitirá la participación sólo de los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios del servicio del Adulto mayor

3.13. Consideraciones éticas

El consentimiento informado para ejecutar una investigación descriptiva en el marco de las ciencias de la salud, tiene dos parámetros bien establecidos, el primero de ellos, es solicitar al sujeto de estudio el permiso y autorización para la extracción de información por medio de una observación directa y la segunda, por la observación del nivel de satisfacción de los usuarios. Todo esto, debe concretarse en el compromiso

por asumir el respeto a los sujetos de estudio, a la confidencialidad de la información con el único propósito de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación.

3.14. Criterios de Rigor científico

El nivel y tipo de investigación me exige ejecutar mi proyecto con objetividad, integridad y profesionalismo; porque la primera de ellas me orienta a fijar mi quehacer investigativo, mi propósito no es comprobar, demostrar o experimentar, propios de una proyecto experimental o aplicativo, sino que por emplear variables de estudio, propias de los estudios etnográficos y descriptivos, tendré como objetivo investigativo generar nuevos conocimientos (20). Su integridad se respalda en su coherencia argumentativa de su marco epistemológico y en su esquema para su diseño, construcción y redacción, obedeciendo este a criterios estrictamente académicos; este acápite, tiene vinculación con el criterio profesionalismo, que me señala los criterios éticos para construir y respetar la autoría de marco teórico, mostrando al lector mi integridad y honestidad.

IV. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para dar a conocer los resultados y emitir el respectivo análisis, es necesario conocer como se ha venido trabajando, la encuesta se aplicó entre el 1 al 30 de noviembre del año 2021, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II-2021.

Cuadro N° 2 Distribución por Sexo y Edad de los pacientes Adulto mayor atendidos en el Centro de Salud La Victoria Sector II.

VARIABLE	INDICADOR	f	f%
Sexo	Hombre	29	42.03
	Mujer	40	57.97
Total		69	100.00
VARIABLE	INDICADOR	f	f%
EDAD	De 60 a 64 años	24	34.78
	De 65 a 69 años	12	17.39
	De 70 a 74 años	18	26.09
	De 75 a 79 años	6	8.70
	De 80 a 84 años	6	8.70
	De 85 a 89 años	3	4.35
Total		69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

La muestra en estudio quedo conformada (como se puede apreciar en el Cuadro N° 2) por el 57.97% de mujeres (40); y el 42.03%, hombres, pacientes del Programa adulto mayor que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II. Respecto a la edad, (como se muestra en el Cuadro N° 2) participaron el 34.78% (24) de usuarios en edad comprendida entre los 60 a 64 años; el 26.09% (18) de los usuarios se ubican entre 70 a 74 años de edad; el 17.39% (12), de los usuarios se ubica entre los 65 a 69 años de edad; el 17.40%, distribuido equitativamente (8.70%) de usuarios, se ubican entre los 75 a 79 años y 80 a 84 años de edad; y finalmente, el 4.35% (3) usuarios se ubican entre los 85 a 89 años de edad.

De los datos expuestos, se aprecia que entre el género de usuarios que acuden al Centro de Salud La Victoria Sector II, son mayoritariamente mujeres (57.97%); y en razón a la edad de los mismos, se indica que el 34.78%, se ubican entre los 60 a 64 años de edad, siendo adultos jóvenes. La edad promedio de participantes en el presente estudio es de 69,6 años con un error estándar de 7,41 y un coeficiente de variación de 10,6, por lo que podemos resumir que se trata de un grupo homogéneo.

Gráfico 1 Distribución por Género de los usuarios atendidos en el Centro de Salud La Victoria Sector II

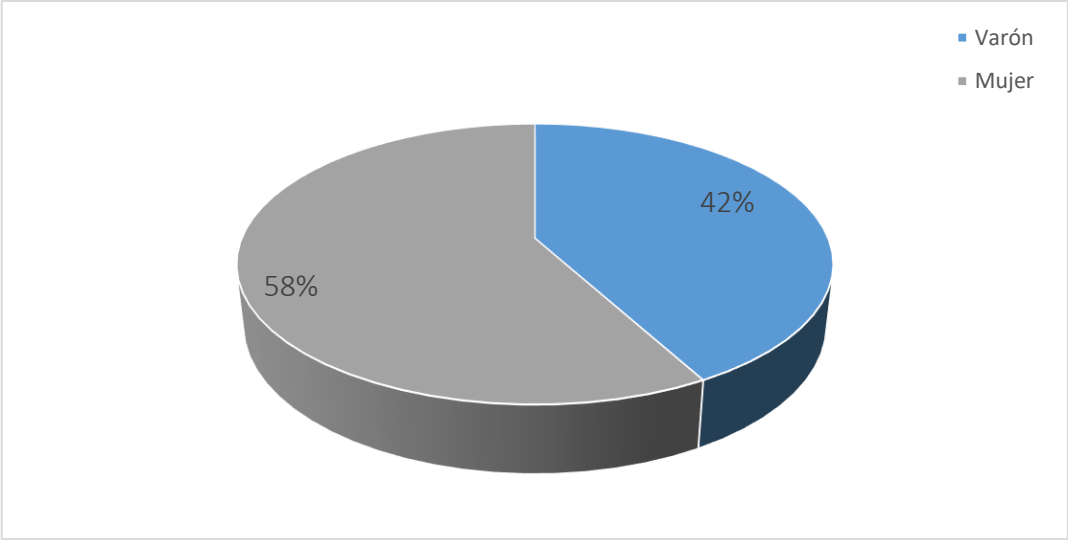
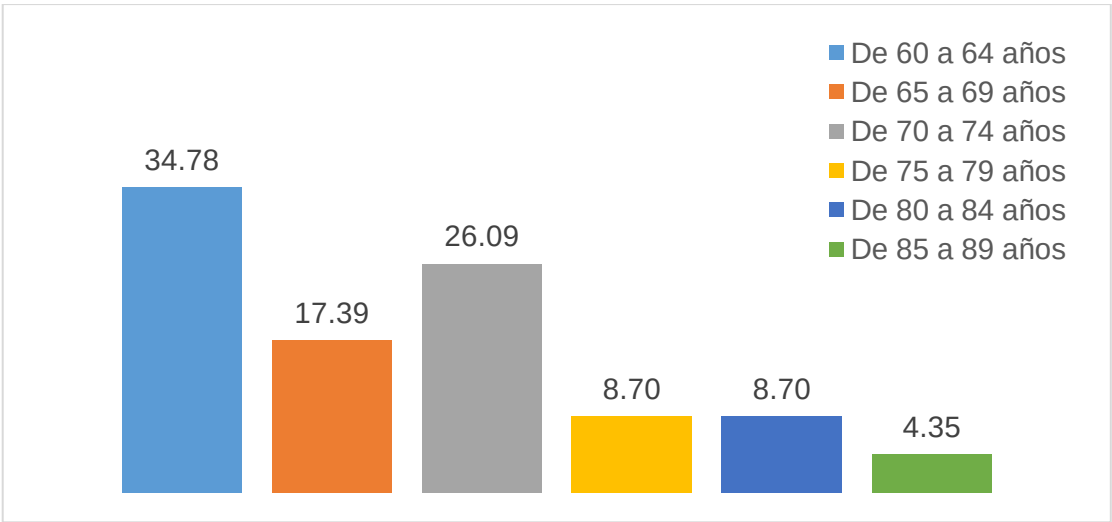


Gráfico N° 1

Gráfico 2 Distribución por Edad de los usuarios que son atendidos en el Centro de Salud La Victoria Sector II



Cuadro N° 3 Distribución de la Calidad de Vida en razón a: dolor físico y malestar; energía y fatiga; movilidad; descanso y sueño; y actividad cotidiana, de los usuarios.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB-ÍNDICE	f	f%
FÍSICO	Dolor y Malestar	Nunca	31	44.93
		Algunas veces	19	27.54
		Muchas veces	10	14.49
		Siempre	9	13.04
		Total	69	100.00
	Energía y Fatiga	Nunca	3	4.35
		Algunas veces	45	65.22
		Muchas veces	19	27.54
		Siempre	2	2.90
		Total	69	100.00
	Movilidad	Nunca	48	69.57
		Algunas veces	12	17.39
		Muchas veces	7	10.14
		Siempre	2	2.90
		Total	69	100.00
	Descanso y Sueño	Nunca	1	1.45
		Algunas veces	14	20.29
		Muchas veces	12	17.39
		Siempre	42	60.87
		Total	69	100.00
	Actividad cotidiana	Nunca	31	44.93
		Algunas veces	21	30.43
		Muchas veces	16	23.19
		Siempre	1	1.45
		Total	69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

La Calidad de Vida – física por el Dolor y malestar, los resultados muestran que el 44.93% (31), de usuarios, indican no sentir dolor ni malestar; el 27.54% (31), dicen sentirlo algunas veces; 14.49% (10) de usuarios, declaran sentirlo muchas veces; el 13.04% (9), de usuarios manifiestan sentirlo siempre.

La Calidad de Vida – en la visión de Energía y Fatiga, los usuarios reportan que el 65.22% (45) de usuarios manifiestan que algunas veces se sienten sin energía y con fatiga; el 27.54% (19 usuarios), manifiestan que se siente muchas veces sin energía y con fatiga; el 4.35% (3 usuarios) declaran nunca sentirse ni sin energía y sin fatiga; y el 2.90% (2 usuarios), dicen sentirse siempre sin energía y con fatiga.

Ahora en cuando indagamos sobre la Calidad de Vida, respecto a su movilidad o desplazamiento, recogimos los siguientes resultados: el 69.57% (48 usuarios), declaran que nunca se movilizan o desplazan; el 17.39% (12 usuarios), dicen que se movilizan o desplazan algunas veces; el 10.14% (7 usuarios), dice que se movilizan muchas veces; y sólo el 2.90%, (2 usuarios), dicen que siempre están movilizándose.

La Calidad de Vida, respecto al descanso y sueño, visto los resultados, diríamos que el 60.87% (42 usuarios), siempre descansan y procuran generar sueño antes de pernoctar; el 20.29% (14 usuarios), manifiestan algunas conciliar el descanso y el sueño; el 17.39% (12 usuarios), dicen descansar y conciliar el sueño muchas veces; y el 1.45% (1 usuario), dice no tener descanso ni sueño.

Finalmente, con respecto a su actividad cotidiana, en razón al estilo de vida, los usuarios, hemos detectado que el 44.93% (31 usuarios), que no realizan actividades cotidianas; el 30.43% (21 usuarios), manifiesta que algunas veces realizan actividades cotidianas; el 23.19% (16 usuarios), dicen que muchas veces realizan actividades cotidianas; y el 1.45% (1 usuario). Dicen que siempre realizan actividades cotidianas.

De la data arriba detallada, generalizamos que el 44.93% (31), de usuarios, indican no sentir dolor ni malestar físico; el 65.22% (45) de usuarios manifiestan que algunas veces se sienten sin energía y con fatiga, que nos puede inducir que puede ser psicológico; el 69.57% (48 usuarios), declaran que nunca se movilizan o desplazan; el 60.87% (42 usuarios), siempre descansan y procuran generar sueño antes de pernoctar, lo que se contrapone al indicador anterior; y el 44.93% (31 usuarios), que no realizan actividades cotidianas, o no encuentran motivo para hacerlo, en razón a la Calidad de Vida (Físico).

Cuadro N° 4 Distribución a la Calidad de Vida - psicológica por los sentimientos positivos; creencias personales; concentración; imagen personal y apariencia, y autoestima.

INDICADOR	SUB-ÍNDICE	f	f%
Sentimientos positivos	Algunas veces	2	2.90
	Muchas veces	8	11.59
	Nunca	3	4.35
	Siempre	56	81.16
Total		69	100.00
Creencias personales	Algunas veces	0	0.00
	Muchas veces	0	0.00
	Nunca	0	0.00
	Siempre	69	100.00
Total		69	100.00
Concentración	Algunas veces	0	0.00
	Muchas veces	1	1.45
	Nunca	0	0.00
	Siempre	68	98.55
Total		69	100.00
Imagen personal y apariencia	Algunas veces	29	42.03
	Muchas veces	28	40.58
	Nunca	3	4.35
	Siempre	9	13.04
Total		69	100.00
Autoestima	Algunas veces	4	5.80
	Muchas veces	7	10.14
	Nunca	0	0.00
	Siempre	58	84.06
Total		69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

En razón a Distribución por la Calidad de Vida – psicológica por los sentimientos positivos, los resultados muestran que el 81.16% (56 usuarios), manifiestan que siempre muestran sentimientos positivos; el 11.59% (8 usuarios), declaran que muchas veces muestran sentimientos positivos; el 4.35% (3 usuarios), dicen nunca mostrar sentimientos positivos; y el 2.90% (2 usuarios) muestran algunas veces sentimientos positivos.

Con respecto a las creencias personales, los usuarios declaran que siempre 100.00% (69 usuarios), muestran creencias personales.

En el sub-índice, denominada concentración, los usuarios declaran que el 95.55% (68 usuarios), manifiestan que siempre están concentrados; y sólo el 1.45% (1 usuario), declara que muchas veces está concentrado.

Respecto al sub-índice imagen personal y apariencia, los usuarios muestran que el 42.03% (29 usuarios), tienen cuidado de su imagen personal y apariencia; el 40.58% (28 usuarios), muchas veces se preocupan por su imagen personal y apariencia; el 13.04% (9 usuarios), declaran que siempre cuidan su imagen personal y apariencia; el 4.35 % (3 usuarios) nos indican que nunca se preocupan por su imagen personal y apariencia.

En razón a la autoestima de los usuarios, los resultados nos indican que el 84.06% (58 usuarios), manifiestan tener siempre la autoestima elevada; el 10.14% (7 usuarios), señalan que muchas veces muestran su autoestima elevada; y el 5.80% (4 usuarios), dicen que algunas veces muestran su autoestima elevada.

Los resultados de este cuadro, nos muestra que el 81.16% (56 usuarios), manifiestan que siempre muestran sentimientos positivos; el 100.00% (69 usuarios), muestran creencias personales; 95.55% (68 usuarios), manifiestan que siempre están concentrados; 42.03% (29 usuarios), tienen cuidado de su imagen personal y apariencia; el 84.06% (58 usuarios), manifiestan tener siempre la autoestima elevada.

Cuadro N° 5 Distribución por Relaciones Sociales: Relaciones Personales;
Actividad Sexual; y Soporte social

INDICADOR	SUB-ÍNDICE	f	f%
Relaciones personales	Algunas veces	1	1.45
	Muchas veces	2	2.90
	Nunca	0	0.00
	Siempre	66	95.65
Total		69	100.00
Actividad sexual	Algunas veces	10	14.49
	Muchas veces	35	50.72
	Nunca	0	0.00
	Siempre	24	34.78
Total		69	100.00
Soporte social	Si	66	95.65
	No	3	4.35
Total		69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

En razón a sus relaciones personales, diríamos que el 95.65% (66 usuarios), se preocupan por sus relaciones personales; el 2.90% (2 usuarios), dicen que muchas veces se preocupan por sus relaciones personales; y el 1.45% (1 usuario), algunas veces se preocupa por sus relaciones personales.

Los registros expuestos en razón a la actividad sexual de los usuarios, se obtuvo que el 50.72% (35 usuarios), manifiestan que aún continúan (muchas veces) en actividad sexual; el 34.78% (24 usuarios), dicen que siempre están en actividad sexual; y el 14.49% (10 usuarios), manifiestan que algunas veces tienen actividad sexual.

Sobre su soporte social, es decir si tienen cuidado de no perder su situación de respaldo social, los usuarios responden que el 95.65% si tienen el cuidado de no perder el respaldo social (amigos); mientras que el 4.35% (3 usuarios), no le interesa tener el cuidado de no perder su respaldo social manifestado en la aceptación de sus amigos.

De la data expuesta, se deduce que el 95.65% (66 usuarios), se preocupan por sus relaciones personales; el 50. 72% (35 usuarios), manifiestan que muchas veces aún continúan teniendo en actividad sexual; y el 95.65% si tienen el cuidado de no perder el respaldo social (amigos).

Cuadro N° 6 Distribución por Medio Ambiente: Entorno Físico; Recursos Económicos; Hogar; Cuidados de Salud; Calidad; y Transportes.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB-ÍNDICE	f	f%
MEDIO AMBIENTE	Entorno físico	Si	6	8.70
		No	63	91.30
	Total		69	100.00
	Recursos económicos	Si	43	62.32
		No	26	37.68
	Total		69	100.00
	Clima del Hogar	Si	14	20.29
		No	55	79.71
	Total		69	100.00
	Cuidados de salud	Si	34	49.28
		No	35	50.72
	Total		69	100.00
	Calidad de Vida	Si	49	71.01
		No	20	28.99
	Total		69	100.00
	Servicio de Transporte	Si	59	85.51
		No	10	14.49
	Total		69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

Teniendo en cuenta la Distribución en razón al Medio Ambiente por el entorno físico se obtuvo que el 91.30% (63 usuarios), no se sientes seguros; mientras que sólo el 8.70% (6 usuarios) se sienten seguros.

Cuando se les pregunto sobre la seguridad económica, los usuarios manifestaron que el 62.32% (43 usuarios), si se sienten seguros; y sólo el 37.68% (26 usuarios), no se sienten seguros de sus recursos económicos.

En razón a la seguridad al clima hogareño, el 79.71% (35 usuarios), no se sienten seguros; y el 20,29% (14 usuarios), se sienten seguros.

Cuando se les interrogó si se sientes seguros en razón al cuidado de su salud, se detectó que el 50.72% (35 usuarios), no se sienten seguros; y el 49.28% (34 usuarios), si se sienten seguros.

Teniendo en cuenta a la Calidad de Vida, los usuarios manifestaron que el 71.01% (49 usuarios), manifestaron que era buena; y el 28.99% (20 usuarios), manifestaron que su calidad de vida no era buena.

En razón a las facilidades del transporte, los usuarios declararon que el 85.51% (59 usuarios), sienten satisfacción por el servicio de transporte; mientras que el 14.49% (10 usuarios), no se sienten satisfechos.

De los datos expuestos con anterioridad, se deduce que el 91.30% (63 usuarios), no se sientes seguros en razón a su entorno físico; el 62.32% (43 usuarios), si se sienten seguros económicamente; el 79.71% (35 usuarios), no se sienten seguros en razón al clima del hogar, el 50.72% (35 usuarios), no se sienten seguros en el cuidado de su salud, por la desconfianza, típico en esa edad; y el 71.01% (49 usuarios), manifestaron que era buena en razón ala calidad de vida.

Cuadro N° 7 Dimensión respecto a la Depresión

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB-ÍNDICE	f	f%
PSIQUIÁTRICO	Depresión	Sin depresión	61	88.5
		Depresión leve	07	10
		Depresión establecida	1	1.5
		Total	69	100.00

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

En razón al nivel de depresión como se muestra en el cuadro N° 8, El mayor porcentaje de usuarios no presenta depresión.

Gráfico N° 3 Niveles de Depresión

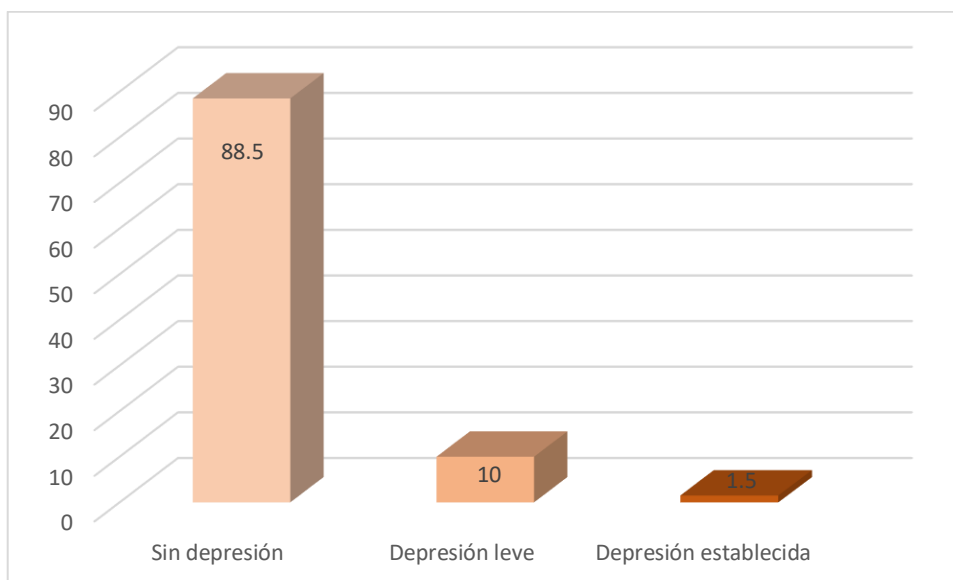


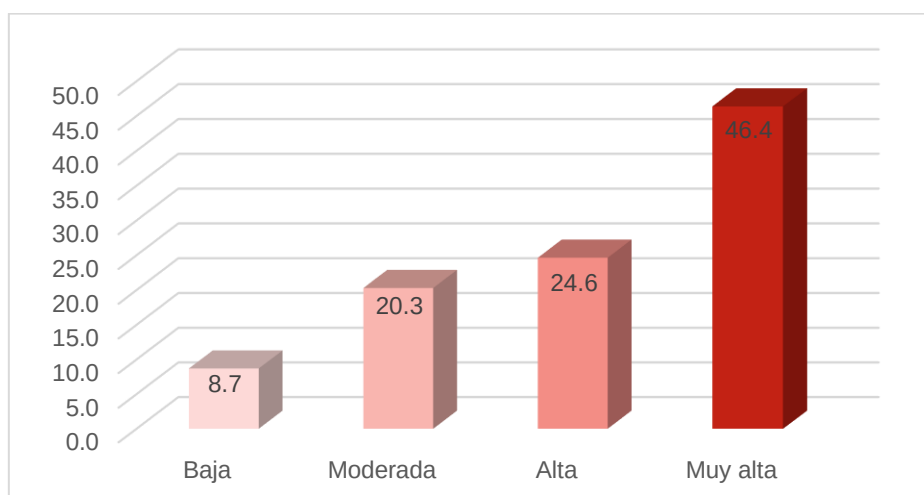
Gráfico 4

Cuadro N° 9 Niveles general de Calidad de vida

Nivel de Calidad Vida	Adultos	Porcentaje
Baja	6	8.7
Moderada	14	20.3
Alta	17	24.6
Muy alta	32	46.4
Total	69	100.0

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

Gráfico N° 4 Niveles de Calidad de vida



Cuadro N° 10 Niveles de Calidad de vida y Depresión

Calidad Vida	Depresión			Total
	Sin depresión	Depresión leve	Depresión establecida	
Baja	2	3	1	6
Moderada	13	1	0	14
Alta	15	2	0	17
Muy alta	31	1	0	32
Total	61	7	1	69

Fuente: Encuesta aplicada entre el 1 al 30 de noviembre del año 2020, a los pacientes adultos mayores que son atendidos como usuarios en el Centro de Salud La Victoria Sector II

El Coeficiente de Spearman

Se calcula la asociación de las variables a partir de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios, mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman. Se encontró relación negativa estadísticamente significativa entre las variables calidad de vida y la depresión

$$r_s = -0.412 \quad p < 0.01$$

por lo que se puede decir que, a mayores niveles de depresión, menor será el nivel de calidad de vida.

La presente investigación, con los datos y resultados sobre la depresión y la calidad de vida en usuarios del Programa adulto mayor en La Victoria Sector II, llega a la conclusión que existe relación significativa e inversa entre la depresión y calidad de vida, siendo que, mientras mayor depresión se muestra, menor será el nivel de calidad de vida y sus dimensiones.

V. CONCLUSIONES

Analizados todos y cada uno de los objetivos específicos planteados en la presente investigación, se exponen las siguientes conclusiones

1. Las conclusiones de la variable calidad de vida

- El 44.93%, de usuarios, indican no sentir dolor ni malestar físico; el 65.22% de usuarios manifiestan que algunas veces se sienten sin energía y con fatiga, que nos puede inducir que puede ser psicológico; el 69.57%, declaran que nunca se movilizan o desplazan; el 60.87%, siempre descansan y procuran generar sueño antes de pernoctar, lo que se contrapone al indicador anterior; y el 44.93%, que no realizan actividades cotidianas, o no encuentran motivo para hacerlo, en razón a la Calidad de Vida (Físico).
- Los resultados de este cuadro, nos muestra que el 81.16%, manifiestan que siempre muestran sentimientos positivos; el 100.00%, muestran creencias personales; 95.55%, manifiestan que siempre están concentrados; 42.03%, tienen cuidado de su imagen personal y apariencia; el 84.06%, manifiestan tener siempre la autoestima elevada.
- De la data expuesta, se deduce que el 95.65%, se preocupan por sus relaciones personales; el 50.72%, manifiestan que muchas veces aún continúan teniendo en actividad sexual; y el 95.65% si tienen el cuidado de no perder el respaldo social (amigos).
- De los datos expuestos con anterioridad, se deduce que el 91.30%, no se sienten seguros en razón a su entorno físico; el 62.32%, si se sienten seguros económicamente; el 79.71%, no se sienten seguros en razón al clima del hogar, el 50.72%, no se sienten seguros en el cuidado de su salud, por la desconfianza, típico en esa edad; y el 71.01%, manifestaron que era buena en razón a la calidad de vida.

2. Las conclusiones de la variable depresión

De lo expuesto se deduce que el 88.5% de usuarios manifestaron sentirse no deprimidos.

3. Las conclusiones de la relación de las variables.

La presente investigación, con los datos y resultados sobre la depresión y la calidad de vida en usuarios del Programa adulto mayor en La Victoria Sector II, llegamos a la conclusión que existe relación significativa e inversa entre la depresión y calidad de vida, ($r_s = -0,412$) calculado a partir de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios respectivos. A mayor nivel de depresión, menor nivel de calidad de vida y viceversa.

VI. RECOMENDACIONES

Luego de declarar que la relación entre la Calidad de Vida y el Estado de Depresión del adulto mayor es negativo moderado.

- es relativa debido a la intervención de otras variables intervinientes, las mismas que incrementa estados psicológicos y psiquiátricos. Esta variables se las puede enumerar como la escasa preparación la jubilación del trabajo del adulto mayor, situación conyugal, nivel de socialización con respecto a sus contemporáneos por la larga ausencia debido al trabajo, bajo nivel salarial, especialmente de quienes el estado reconoce derechos a quienes se encuentran activo y les priva a quienes entraron a la etapa de la jubilación, que los aleja a realizar viajes o paseos de recreación y distracción.
- así mismo, en esta edad se manifiesta debido a la baja defensa, trabajo rutinario, etc., las enfermedades degenerativas como la locura senil, Alzheimer, Parkinson. En tal sentido, debemos solicitar al estado y a la empresa privada (empresas prestadoras de seguros), brindar una jubilación y trato digna a los adultos mayores en su etapa de jubilación como recompensa a sus años de aportación al desarrollo de la nación.

RECOMENDACIONES PRACTICAS:

- Fortalecer el vínculo de los adultos mayores con su familia para que reciban no solo el apoyo económico, sino también el emocional y ello ayude a mantener una adecuada calidad de vida.
- Generar que la familia se involucre en el cuidado de los adultos mayores para que ellos puedan sentir que tiene el apoyo de la familia.
- Realizar talleres en el cual el adulto mayor pueda desarrollar sus habilidades y mantener su mente ocupada, sobre todo actividades físicas que son beneficiosas para prevenir enfermedades crónicas.

Recomendaciones desde el punto de vista metodológico:

- Por la importancia seguir investigando estas variables y agregar otras variables como memoria, el uso de tecnología de comunicación.

Recomendaciones desde el punto de vista académico:

- recomendar a la escuela de enfermería incorporar métodos cuantitativos y cualitativos para el análisis de los datos de las investigaciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blouin C, Tirado ER, Mamani FO. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política Perú PUCd, editor. Lima; 2018.
2. Consejo Nacional de Educación. El Proyecto Educativo Nacional al 2036 Educación CNd, editor. Lima; 2021.
3. Mesa RV, Pérez YP, Turro LNM, Turro EC. Conducta terapéutica en ancianos con enfermedad de Parkinson. Scielo. 2018 agosto; 22(7).
4. PLANPAM. PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES Vulnerables MdIMyP, editor. Lima; 2013.
5. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA I. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2016 Informática INdEe, editor. Lima; 2017.
6. Calderón DM. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2018;(29).
7. Álvarez RO, Bermejo DC, Estrada JC, Ulloa AC, Lliguisupa VP. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación. 2020 Julio-diciembre; VIII(1).
8. Yshida EDJ. DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO, CHORRILLOS 2017. Tesis. Huancayo: UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
9. APAZA MRV. CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO, 2017. Tesis. Puno: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO, FACULTAD DE ENFERMERÍA; 2017.
10. LOJE RAC. DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH, CHIMBOTE - 2018. Tesis. Chimbote: UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES CHIMBOTE, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; 2018.
11. DONGO LGM, CRUZ SMS. 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. Puno: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO, FACULTAD DE ENFERMERÍA; 2019.

12. Medina REM. DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL LAS MERCEDES, CHICLAYO 2018. Tesis. Pimentel: UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; 2018.
13. Alvarado KKD. CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD- CHICLAYO. Tesis. Pimentel: UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN, ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA; 2018.
14. Urzúa AM. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. TERAPIA PSICOLÓGICA. 2012; 30(1).
15. Vera. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Scielo. 2007 setiembre; 68(3).
16. Gallardo BT, Mires DLC. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN CON NIVELES DE AUTOESTIMA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA CONYUGAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE EMERGENCIA MUJER SAN PABLO, CAJAMARCA 2017. Tesis. Cajamarca: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO, ESCUELA DE POSGRADO; 2018.
17. American Psychiatric Publishing. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Publishing AP, editor. Arlington; 2014.
18. Vázquez FLG. La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. Psicothema. 2002; 14(3).
19. Jara YGC. DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA ASOCIACIÓN DE VIVIENDA EN CHICLAYO, AGOSTO – DICIEMBRE 2016. Tesis. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, ESCUELA DE PSICOLOGÍA; 2018.
20. Paitán HÑ, Dueñas MRV, Vilela JJP, otros y. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis Bogota: Ediciones de la U; 2018.

ANEXOS 01

Cálculos del tamaño de muestra para estimar proporciones en muestreo aleatorio simple.

Primera aproximación

$$N = 206$$

$$P = 0.5$$

$$q = 0.5$$

$$1-\alpha = 1.96$$

$$d = 0.096$$

Formula

$$n_0 = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.096^2}$$

$$n_0 = 104$$

Tamaño de muestra mínimo óptimo

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

$$= \frac{104}{1 + \frac{(104 - 1)}{204}}$$

$$n = 69$$

El estudio se realiza con una muestra de 69 usuarios de Programa Adulto mayor del Centro de Salud de La Victoria Sector II.

ANEXOS 02

Gráfico N° 2 Distribución física por dolor y malestar.

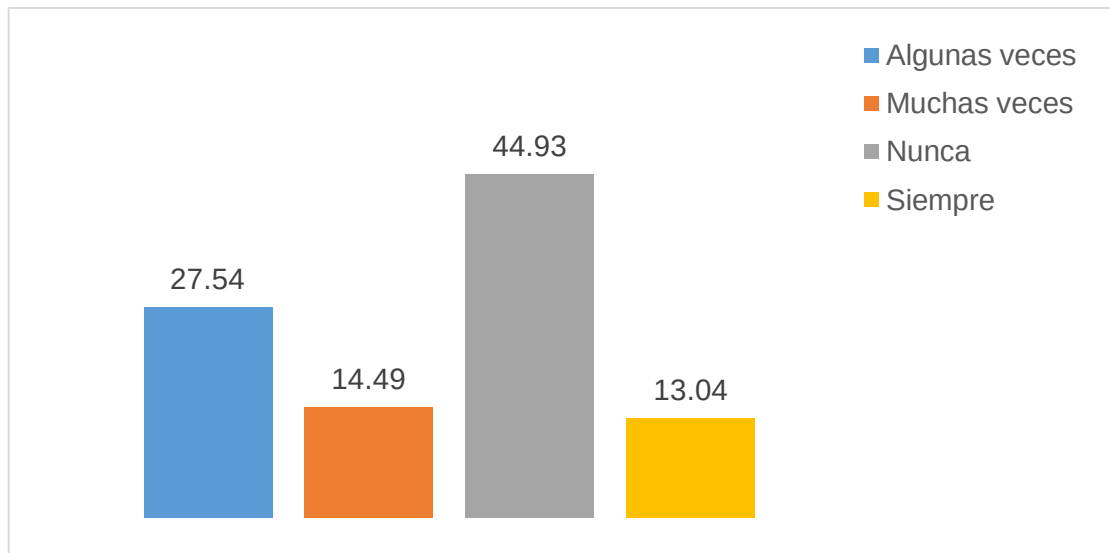


Gráfico N° 3 Distribución física por energía y fatiga

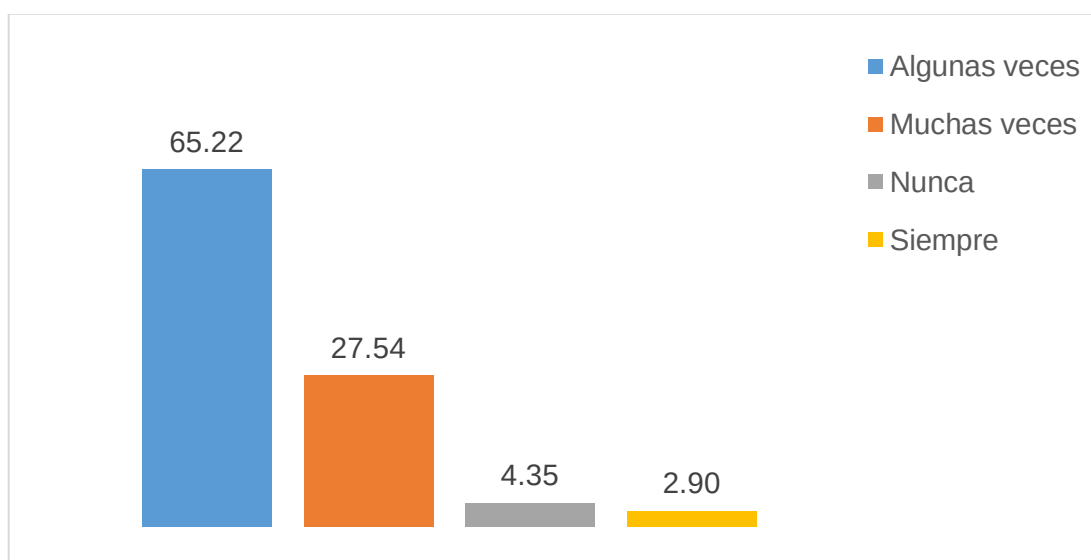


Gráfico N° 4 Distribución física por movilidad

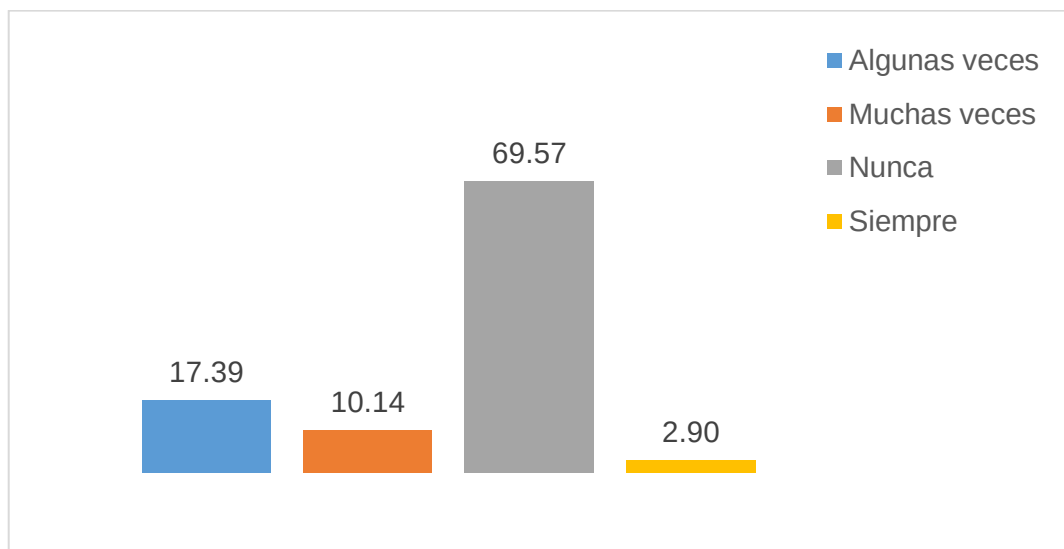


Gráfico N° 5 Distribución física por descanso y sueño

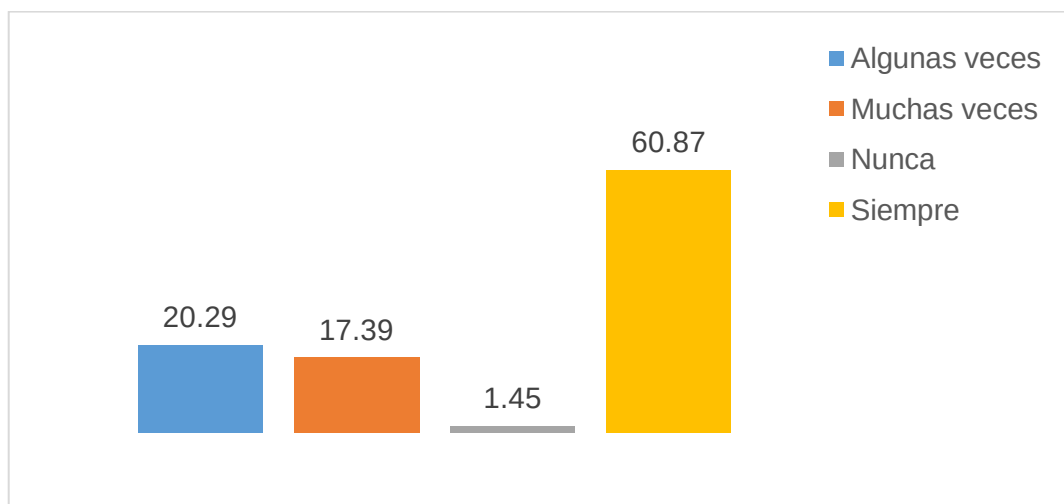


Gráfico N° 6 Distribución física por actividad cotidiana

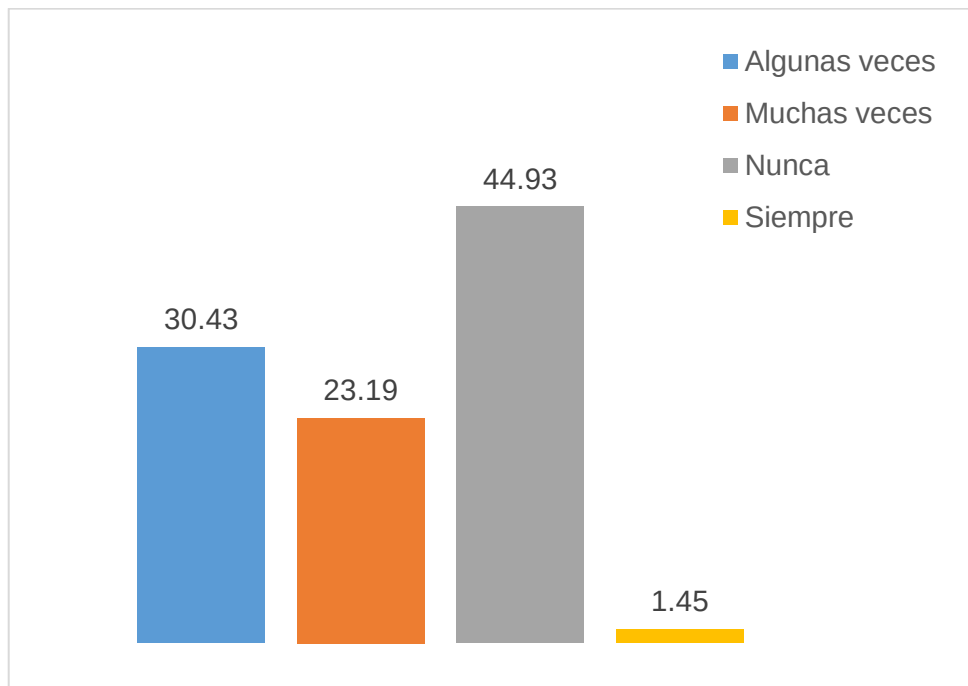


Gráfico N° 7 Distribución psicológica por sentimientos

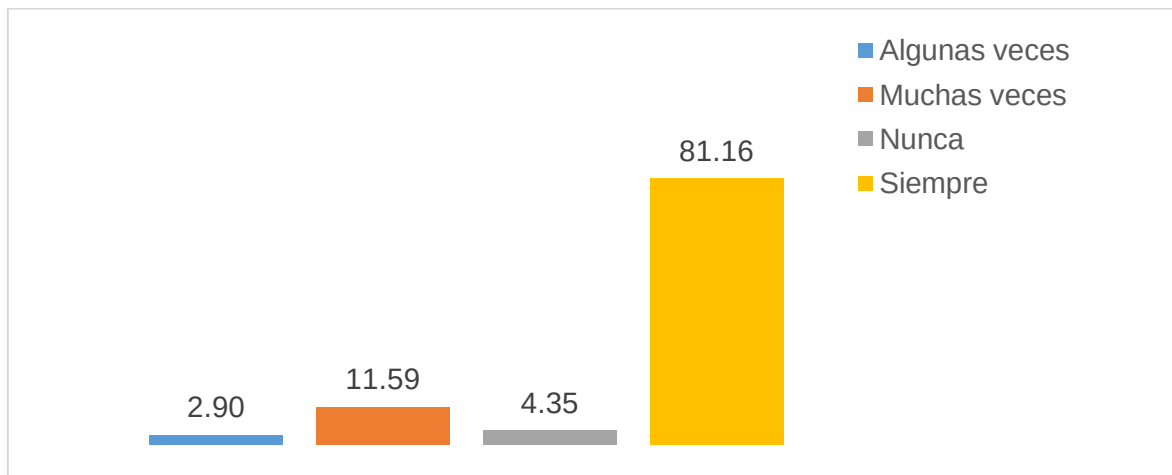


Gráfico N° 8 Distribución psicológica por creencias personales

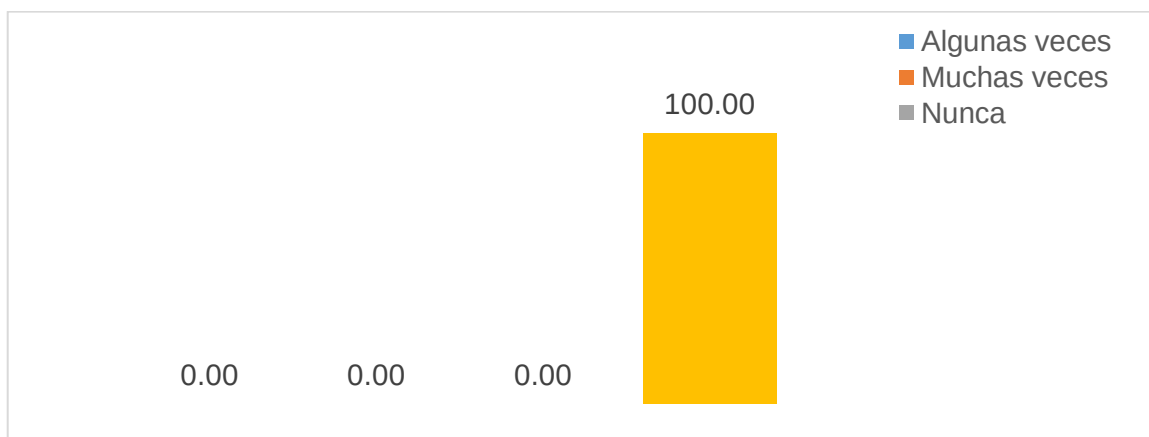


Gráfico N° 9 Distribución psicológica por concentración

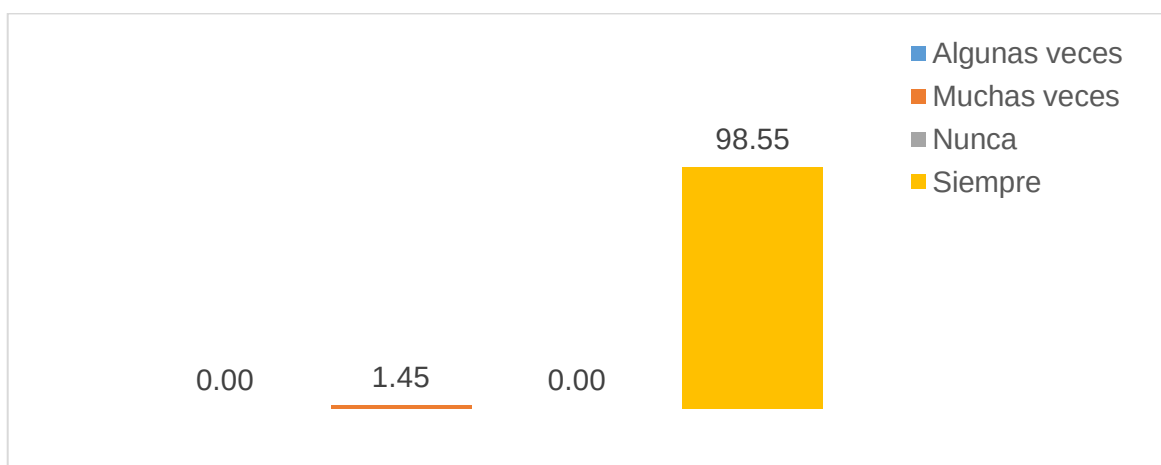


Gráfico N° 10 Distribución psicológica por imagen personal y apariencia

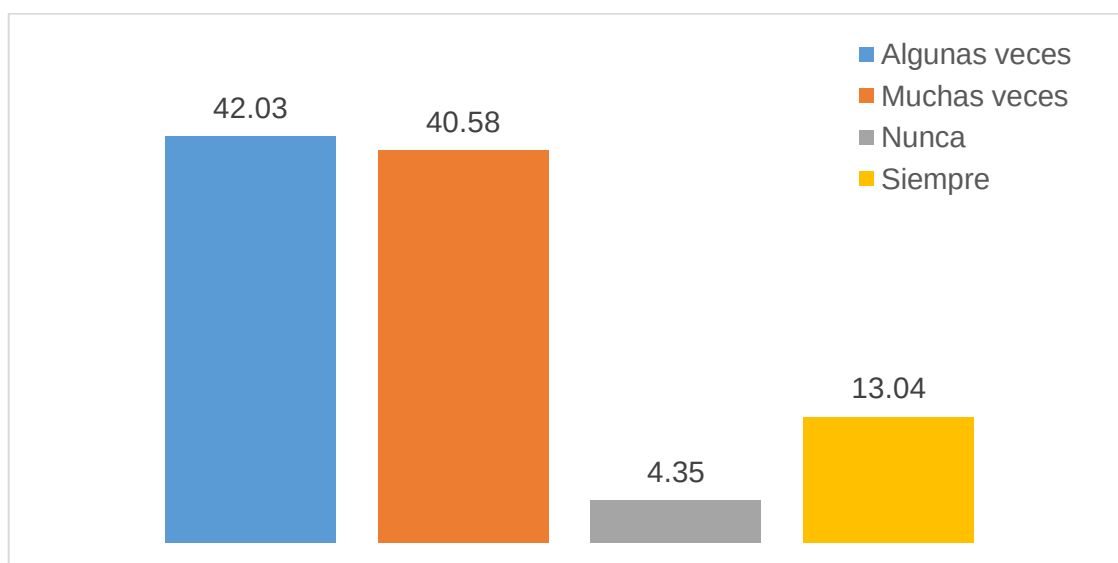


Gráfico N° 11 Distribución psicológica por apariencia; y autoestima.

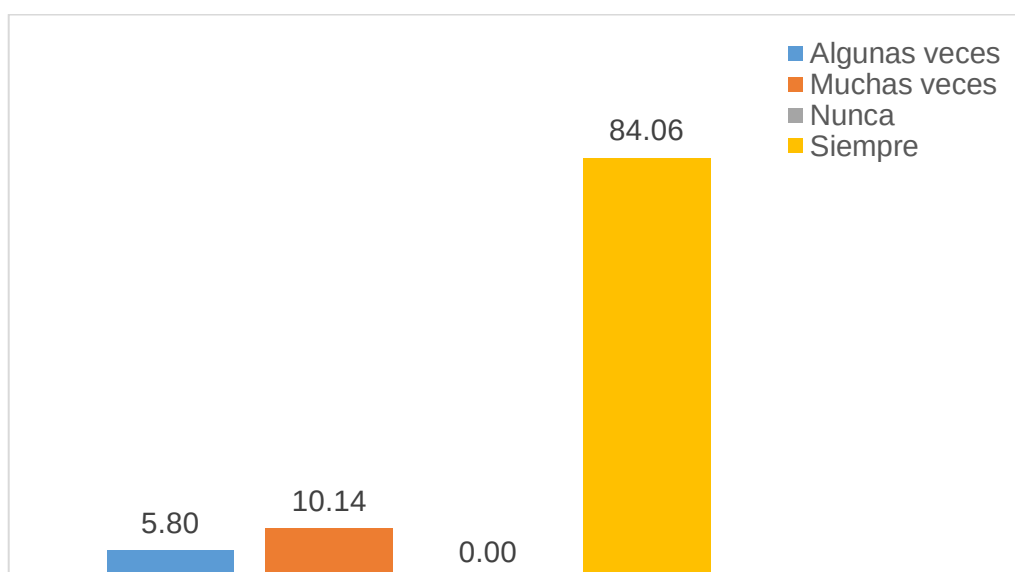


Gráfico N° 12 Distribución por Relaciones Sociales: Relaciones Personales

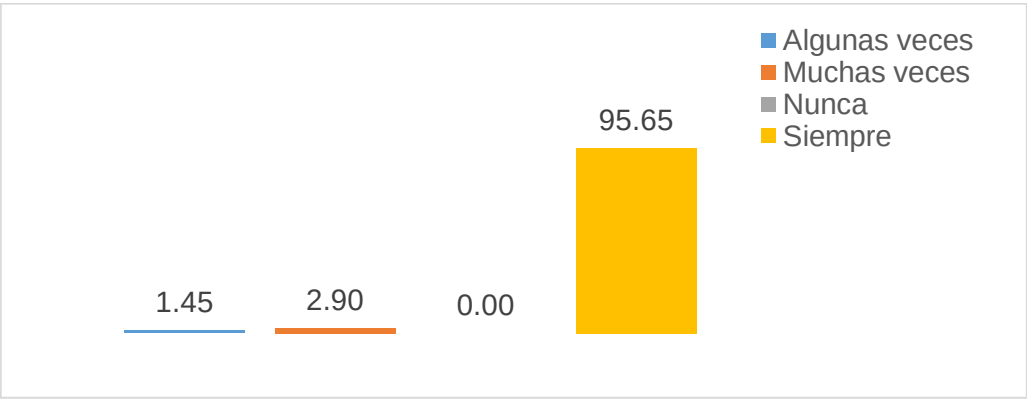


Gráfico N° 13 Distribución por Relaciones Sociales: Actividad Sexual

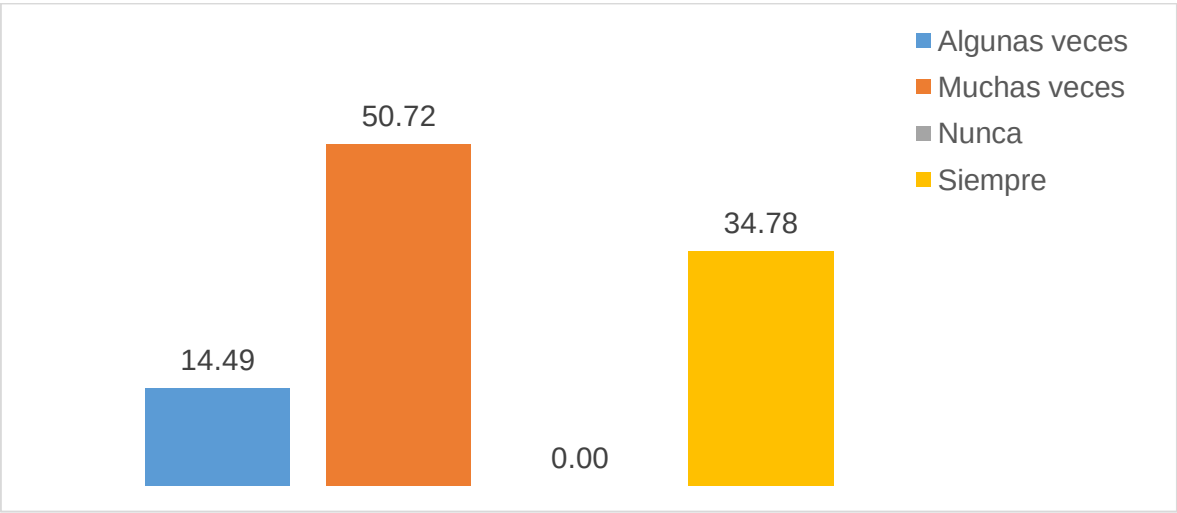


Gráfico N° 14 Distribución por Relaciones Sociales: Soporte social

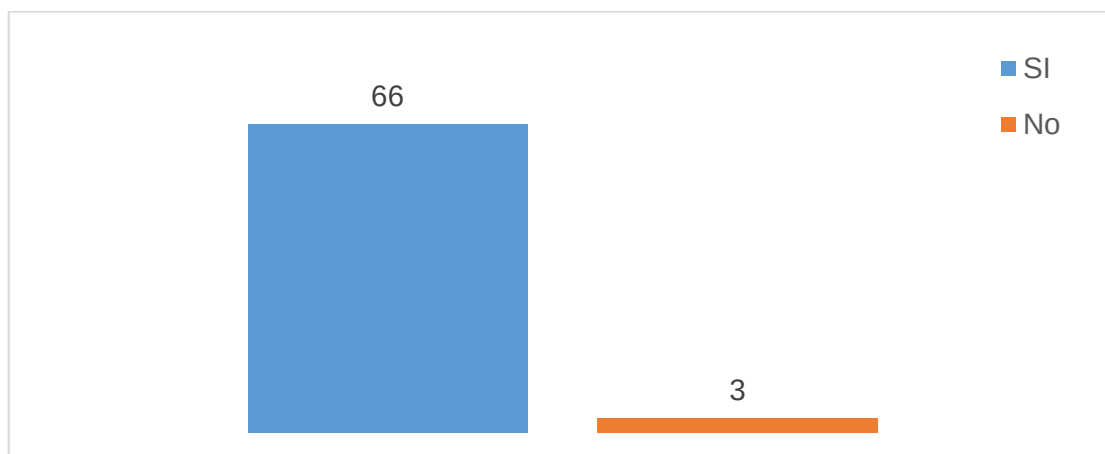


Gráfico N° 15 Distribución por Medio Ambiente: Entorno Físico

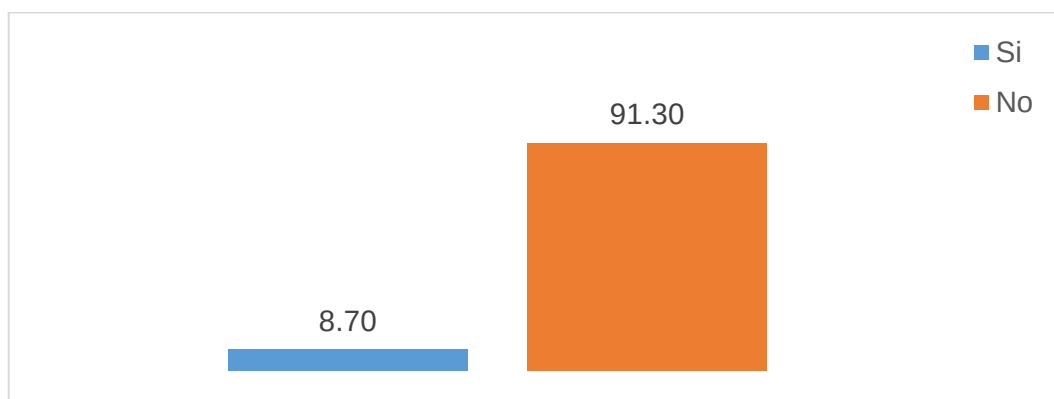


Gráfico N° 16 Distribución por Medio Ambiente: Recursos Económicos

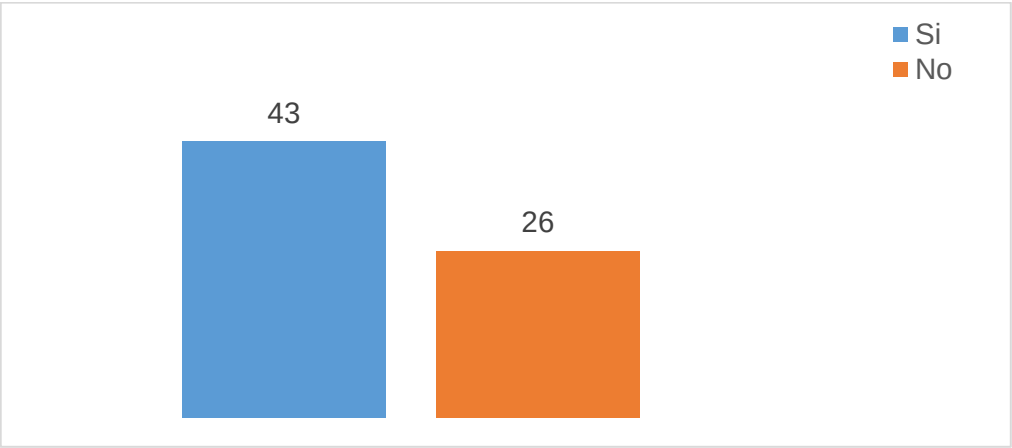


Gráfico N° 17 Distribución por Medio Ambiente: Hogar.

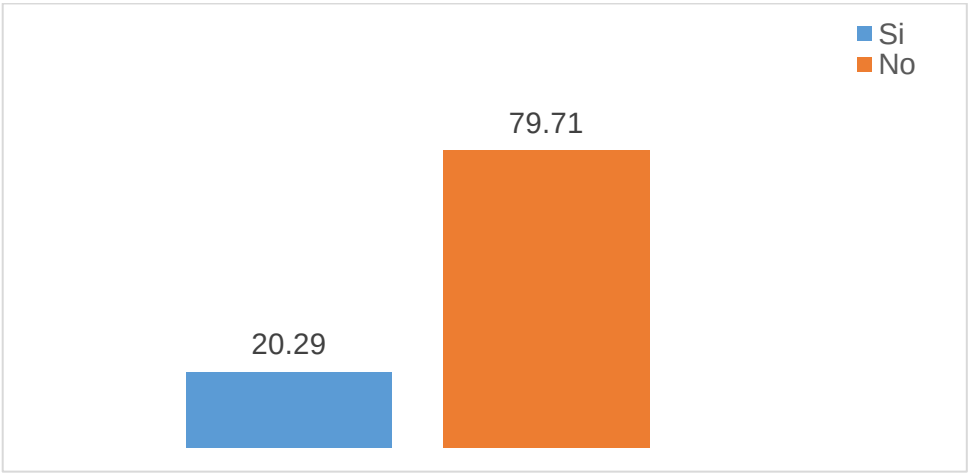


Gráfico N° 18 Distribución por Medio Ambiente: Cuidados de Salud

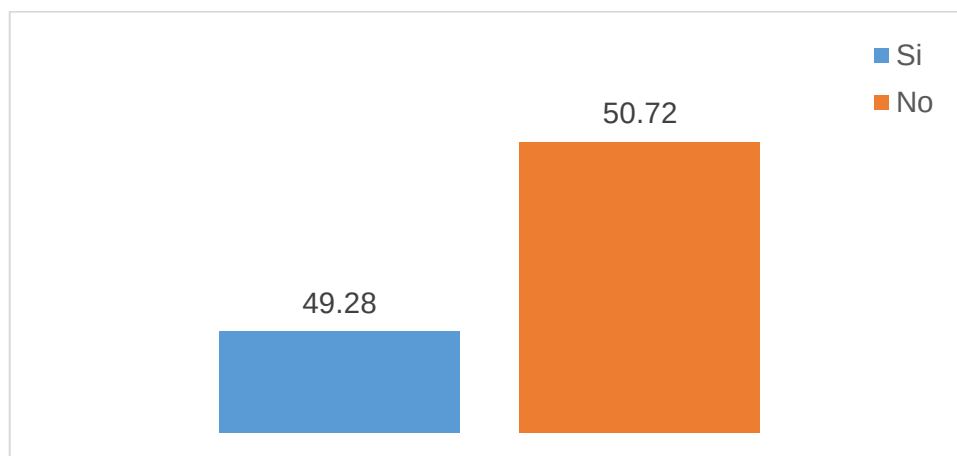


Gráfico N° 19 Distribución por Medio Ambiente: Calidad

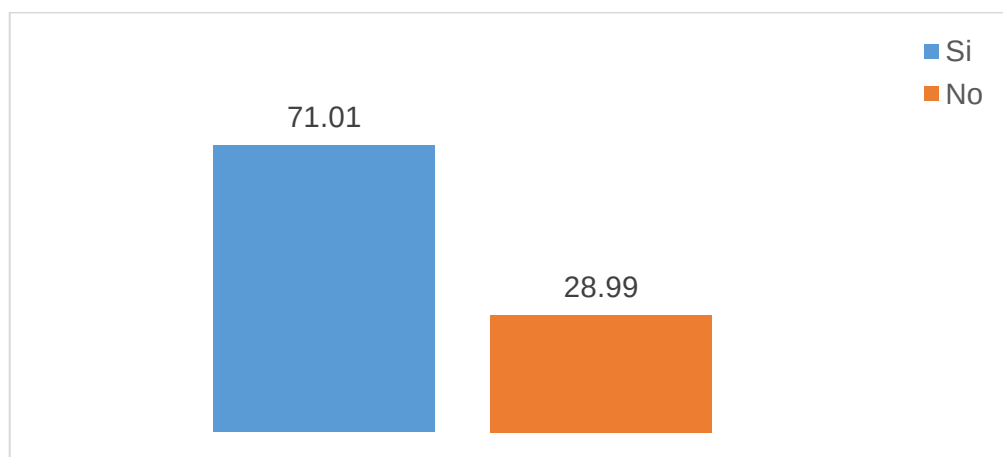


Gráfico N° 20 Distribución por Medio Ambiente: Transportes.

