



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



PROYECTO DE TESIS

TÍTULO:

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN ESTADO
RASGO EN USUARIOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DEL ADULTO
MAYOR.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORAS:

Br. SAMIRA ALEJANDRA PAZ SÁNCHEZ

Br. YANINA NOELIA PORTILLA PUICÓN

ASESOR:

LIC. MARTIN VALDIVIEZO ITURREGUI

CHICLAYO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

En primer lugar agradecemos a Dios, por darnos la oportunidad de vivir, de fortalecernos, de brindarnos salud y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte durante todo el período de estudio.

A nuestros padres por el gran apoyo incondicional y su motivación para con nosotras. A nuestros esposos y familiares, por brindarnos su apoyo absoluto.

A nuestros hijos, por ser fortaleza y alegría en nuestras vidas. Los amamos.

Paz Sánchez, Samira Alejandra

Portilla Puicón, Yanina Noelia

AGRADECIMIENTO

Es nuestro deseo agradecer a todas las personas de la institución del Centro del Adulto Mayor-CAM que participaron de la investigación y gentilmente nos brindaron su apoyo, también al Psicólogo por su orientación y hacer de esta tesis una realidad.

A nuestro asesor, el Ps. Martín Valdiviezo, por su apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

También deseamos agradecer a nuestro jurado evaluador, quienes revisaron exhaustivamente nuestra investigación para afinar tanto teóricamente y metodológicamente para su culminación, presentación y defensa.

Paz Sánchez, Samira Alejandra

Portilla Puicón, Yanina Noelia

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	7

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Marco teórico.....	11
1.1.1. Situación problemática	11
1.1.2. Antecedentes	13
1.1.3. Base teórica	18
1.2. Problema.....	36
1.3. Hipótesis	37
1.4. Objetivos:.....	37
1.5. Justificación e Importancia:.....	38
1.6. Definición y operacionalización de variables:.....	40

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2. Materiales y Métodos.....	43
2.1. Tipo de Investigación	43
2.2. Diseño de Investigación.....	43

2.3.	Población y muestra.....	44
2.4.	Instrumentos y técnicas de recolección de datos	44
2.5.	Análisis estadístico	46
CAPITULO III		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS		
3.	RESULTADOS.....	48
CAPITULO IV		
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS		
4.	DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO V		
CONCLUSIONES		
5.	CONCLUSIONES	72
CAPÍTULO VI		
RECOMENDACIONES		
6.	RECOMENDACIONES.....	75
CAPITULO VII		
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS	77
	ANEXOS.....	80

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con el objetivo de determinar la relación existente entre calidad de vida y depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un Centro del Adulto Mayor en Chiclayo. Pertenece al diseño no experimental de tipo descriptivo-correlacional. . El presente estudio es una investigación con población muestral. Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron evaluación la escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982), además también se utilizó el Inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008), dividido en dos dimensiones: depresión estado, y depresión rasgo. Se concluye que la variable calidad de vida y la dimensión depresión estado existe una correlación muy baja ($R=0,19$) no significativa ($P=0,23$), con la dimensión depresión rasgo se puede apreciar que existe una correlación muy baja ($R=0,06$) no significativa ($R=0,70$).

Palabras Clave: Calidad de vida, Depresión estado rasgo.

ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of determining the relationship between quality of life and depression trait status in users who attend a center of the elderly. It belongs to the non-experimental design of descriptive-correlational type. . The present study is an investigation with a sample population. The instruments used for the data collection were the evaluation of the quality of life scale of David Olson & Howard Barnes (1982), and also the Depression Condition State Inventory of Ch. D. Spielberger (2008), divided in two. Dimensions: depression state, and depression trait. We conclude that the variable quality of life and the dimension depression state there is a very low correlation ($R = 0.19$) not significant ($P = 0.23$), with the trait depression dimension can be seen that there is a very low correlation ($R = 0.06$) not significant ($R = 0.70$).

Keywords: Quality of life, Depressed state trait.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento representa uno de los eventos más trascendentales en el mundo, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también, económico y social. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (ONU, 2007). Cada persona mayor es un individuo al cual cada experiencia vital y cada modificación en su entorno ejerce un efecto sobre ella (Monroy, 2005). En este sentido, la psicología da respuesta a diversos niveles, desde la preparación y adaptación a la jubilación, al afrontamiento de las situaciones de duelo ante las pérdidas, pasando por las iniciativas tendientes al desarrollo cultural, intelectual y personal de las personas mayores. Dicho papel merece importancia de los aspectos preventivos de la psicología para abordar la promoción de hábitos y estilos de vida saludable.

Por otro lado los adultos mayores, son parte de la población más vulnerable a la depresión, esto se ve relacionado con los cambios que comienzan a experimentar en esta nueva etapa del desarrollo humano, como por ejemplo: la muerte de los esposos o familiares, la muerte de sus amistades, la disminución de sus capacidades físicas entre otros; estos acontecimientos provocan un cambio en el estado de ánimo, por lo que se evidencia en el transcurso del tiempo signos relacionados con el llanto, irritabilidad, preocupaciones exageradas, miedos irracionales, abandono de actividades cotidianas y pensamientos de muerte.(Elfenbein, s.f).

Por otro lado, en el Perú, según los reportes de la OMS (citado por Sausa para Perú 21, 2014) en su informe por el día Mundial Internacional de la Prevención del Suicidio, reveló que cada año se quitan la vida 800 mil personas en el mundo. Por tal motivo es la depresión una preocupación de los especialistas en la salud mental y psicológica de

la población. Teniendo en cuenta a Spielberger podríamos inferir que nuestros adultos mayores peruanos, pueden presentar cuadros de Depresión Estado o Rasgo.

Sin embargo en nuestra sociedad no se preocupan, ni perciben la problemática que está ocurriendo con la población del adulto mayor, ni el papel primordial y fundamental que ocupan dentro del medio en el que se encuentran. Por lo que en la actualidad se encuentran desatendidos en múltiples aspectos, así como el sector salud, entretenimiento y esparcimiento, retiro y jubilación.

Por lo cual cambiar esta situación es necesario para prevenir y detectar de manera anticipada los distintos problemas psicológicos y físicos que presentan las personas de la tercera edad. Teniendo en cuenta que el adulto mayor puede presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación y la agilidad mental. Las enfermedades mentales o emocionales se pueden manifestar de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas, y tienden a la confusión de dolencias o enfermedades físicas.

En este estudio para lograr cumplir con los objetivos planteados, se dividió el trabajo de la siguiente manera: El primer capítulo titulado introducción, donde encontramos la revisión de la realidad problemática, los antecedentes de investigación; internacionales, nacionales y locales, donde se realiza la fundamentación científica del marco teórico, concluyendo esta parte con la formulación del problema, hipótesis, objetivos, justificación e importancia, definición y operacionalización de las variables. El capítulo segundo, titulado Material y Métodos donde comprende: Tipo de investigación, diseño de investigación, población y muestra, instrumentos y técnicas de recolección de datos y análisis estadístico. El capítulo tercero, titulado resultados. El capítulo cuarto, comprende las respectivas discusiones. El capítulo quinto, abarca

las conclusiones. El capítulo sexto, comprende las recomendaciones. En el capítulo séptimo, señalamos las citas bibliográficas y finalmente los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Marco teórico

1.1.1. Situación problemática

La calidad de vida está fundamentada en el cumplimiento y satisfacción de las necesidades básicas del individuo. De esta manera, se busca el bienestar y la felicidad de estas personas esperando que sean funcionales para determinadas situaciones de la vida. En el adulto mayor, esto implicaría que cuenten con las condiciones de vida mínimas como salud, obtener alimentos, estabilidad en relaciones sociales, vestimenta, tiempo para ocio, recreación y que se respeten sus derechos humanos. Previo a entrar en esta etapa del desarrollo humano, muchas personas desde los 45 años comienzan a manifestar problemas de salud físicos, psicológicos y sociales, los cuales se van a agravando al ser adultos mayores.

A este grupo poblacional, a partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas ONU citada por Navarro (2004), lo denomina como Personas Adultas Mayores (PAM). En esta etapa, un alto porcentaje de las personas se hallan en situación de pobreza y pobreza extrema, además no reciben atención acorde a su edad, lo que no les permite llevar una vida con calidad.

Sin embargo, existen diversas instituciones que por medio de las donaciones que reciben, les brindan atención y apoyo para la satisfacción de las condiciones de vida, tal es el caso de los Asilos y los centros del adulto mayor en donde la presente investigación se llevó a cabo.

En el Perú Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La población peruana en el 2007 reportó una población de 28'220,764 habitantes, estimándose en 2'495,866 las personas adultas mayores que representan el 9.1% de la población nacional. Los departamentos que concentran la mayor población de adultos mayores son: Lima y Callao (851,269), La Libertad (153,700), Piura (147,158), Puno (127,752), Cajamarca (124,439),

Arequipa, (118,381) Ancash (113,211) y Junín (105,967). La ciudad de Chiclayo tiene aproximadamente 100,000 personas adultas mayores.

Estos porcentajes evidencian claramente el incremento de la población adulta mayor en nuestro país, que tiende a ser mayor en los próximos decenios, lo que exigiría que el estado muestre una mayor preocupación por desarrollar políticas integrales que permitan un nivel de vida mínimo satisfactorio de este grupo etéreo. Los adultos mayores como grupo etéreo, no han sido de prioridad para los últimos gobiernos, los lineamientos de salud han estado enfocados prioritariamente a la salud materna infantil.

En ese sentido, para problematizar claramente nuestro objeto de investigación nos hemos centrado en primer lugar en el adulto mayor peruano, que influenciado por los diferentes contextos, se percibe así mismo, como un ser de valía, siempre y cuando se sienta útil hacia los demás; en su generalidad no busca su satisfacción personal, como sucede en países europeos y americanos, donde el adulto mayor en esta etapa de su vida desarrolla plenamente otras facultades artísticas, culturales, sociales o de ocio que no pudo hacerlo en su etapa de juventud. Al contrario, la mayoría de adultos mayores de nuestro país, viven los últimos años de su vida “apoyando” a la vida familiar. A su vez, las familias que tienen un adulto mayor en casa, lo “ocupan” haciéndoles encargos “menores” sobre todo de índole “de labores domésticas”, ayudando a cuidar a los nietos, barrer, hacer pequeños mandados, cuidar las mascotas u otras actividades limitadas que le brinden una sensación de sentirse útiles, y por ende, un nivel satisfactorio de vida. Esta realidad contrasta con la forma como viven en otros países, donde el adulto mayor, cuenta con espacios de sano esparcimiento, de desarrollo de habilidades, enfatizando en esta etapa de vida el desarrollo de su máxima potencialidad, dejando quizá entrever una mejor calidad de vida. La forma como vive el adulto mayor en el Perú es consecuencia de una falta de definición respecto al rol que deben desarrollar estas personas en el medio familiar y social. Para explicar mejor este hecho, podemos afirmar que

nadie duda, que el niño tiene como única obligación jugar y estudiar; el adolescente principalmente busca estudiar y prepararse para su futuro. Los jóvenes, orientan sus objetivos a formar una familia e iniciar un trabajo que les garantice su futuro. Son estas condiciones socioambientales las que nos llevan a plantearnos que puede existir índices de depresión estado rasgo que se pueden relacionar con la calidad de vida que lleva el Adulto mayor Peruano y es ahí donde entra a tallar nuestra investigación.

1.1.2. Antecedentes

- INTERNACIONAL

Salazar (2014) en su tesis “Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de Belén.” Cuyo objetivo fue conocer la calidad de vida del adulto mayor que se encuentra recluido dentro del asilo de Los Hermanos de Belén. La muestra la conformaron 8 adultos mayores. Ellos son de género masculino, comprendidos entre las edades que abarcan dicha etapa de la vida, de 60 años en adelante. La investigación fue de diseño descriptivo, con un componente cuantitativo y utilizando el método de estudios de caso para profundizar el análisis de cada una de las participantes. Para esto se utilizó el Cuestionario de Calidad de vida para Adultos mayores, CUBRECAVI, por sus siglas en español, que evalúa 21 subescalas con 9 dimensiones. Se profundizó mediante una entrevista semiestructurada de preguntas, validada por expertos. Las preguntas correspondían a los diversos indicadores contenidos en la prueba. Concluye que “los adultos mayores demostraron ser personas participativas, quienes se encuentran satisfechos con las instalaciones y ambiente del asilo. Además, están agradecidos por encontrarse dentro, ya que muchos fueron abandonados, otros, sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos. Es importante mencionar que a algunos adultos mayores les pagan jubilación, la cual es utilizada para su estancia en el asilo, algunos

por haberse dedicado a su negocio propio, no tiene ese apoyo económico. Se puede evidenciar que los adultos mayores debido a enfermedades de la edad, como Parkinson y Osteoporosis, se les dificulta desempeñar ciertas funciones de la vida cotidiana, como: caminar, ir al baño, leer y actividades de su aseo personal. La mayoría de adultos mayores se encuentran resignados en cuanto a no poder realizar y estar en las mismas condiciones que cuando eran jóvenes”.

Sánchez (2014) en su tesis “Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca” cuyo objetivo fue describir la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años, del sexo masculino de una delegación del municipio de Toluca. Para la cual aplicó el instrumento InCaViSa, que está integrado por doce áreas: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. Su estudio fue de tipo descriptivo, de corte transeccional o transversal, ya que se recolectaron los datos en un sólo momento. Concluye que “Se concluye que los hombres adultos mayores perciben su calidad de vida como buena, sin embargo, al realizar una comparación por edades el grupo de personas que tienen 66 años o más perciben tener una muy buena calidad de vida”.

Nacionales

Eras (2015) en su tesis “Relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor del centro de salud los algarrobos. Piura, 2014”. Cuyo objetivo fue establecer la relación entre las variables clima social familiar y calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos, en la cual su población estuvo constituida por 150 adultos mayores en total de la cual seleccionó a una muestra de 100 adultos mayores. Para la cual utilizó y administró dos

instrumentos:1) La escala de clima social familiar (FES) de RH. Moos y E.J. Trickeet y 2) El cuestionario SF36 -Calidad de Vida, además para el análisis de los datos se empleó las técnicas de análisis estadístico descriptivo, concluye que “existe correlación entre el clima social familiar y la calidad de vida delos participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)”.

García (2016) e su tesis “Calidad de vida del adulto mayor de la casa “polifuncional palmas reales” Los Olivos Lima 2016”. Cuyo objetivo fue Determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016. E la cual como método de recolección de datos utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida, con indicadores de buena, regular y mala calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Encontró que del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Y con respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que, en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala.

Concluye que “Existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo”.

Eras V, (2015); realizó una investigación acerca de “Vivencias de los adultos mayores que acuden al programa del adulto mayor del centro de salud los Algarrobos”, cuyo objetivo fue describir las vivencias del antes y el durante de pertenecer al programa del adulto mayor (José Aguilar Santisteban – Class Los Algarrobos). Esta investigación es de tipo cualitativa se utilizó el método de historia de vida, porque esta metodología permitió una aproximación mayor con los adultos mayores, presentando las experiencias y las definiciones vividas e interpretadas por ellos, orientada por una guía de preguntas aplicadas a 13 adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de salud Los Algarrobos; en sus resultados se encontró que antes de pertenecer al programa llevaban estilos de vida poco adecuados, se sentían solos, la mayor parte del día la dedicaban al cuidado de sus nietos y labores del hogar, sin embargo sus vivencias después de pertenecer al programa sabían cómo cuidar su salud, alimentación, incluso al pertenecer al programa lograron cierta independencia y manifestaron sentirse mejor anímicamente pues consideraban que los integrantes del grupo eran como su familia.

Tinoco .D. y Maribely. L. (2011); realizó una investigación acerca de “Calidad de vida en adulto mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Piura y Sullana, del Hospital Regional de Piura, hospital y un asilo de Sullana. Esta investigación es de tipo descriptivo comparativo con una población de 100 adultos mayores, se obtuvieron los datos a través de una escala FUMAT, cuyos resultados se observó que no existe diferencia significativa en la variable calidad de vida en adultos mayores tanto de Piura como Sullana, así mismo tampoco se encontró diferencias en sus componentes relaciones interpersonales ,bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación , inclusión social y derecho($p>0.05$)

Pintado S. (2013); realizo una investigación acerca de “clima social familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor en el hogar de ancianos “luz, vida y amor” en la ciudad de

Chulucanas y en el asilo “hermanitas de los ancianos desamparados en la ciudad de Piura”. Esta investigación es de tipo descriptivo correlacional, con una población de 113 adultos mayores. Para ello se utilizó y administró dos instrumentos, la escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickett y el cuestionario SF36 - Calidad de Vida, los resultados de dicha investigación fueron los siguientes: no existe una relación significativa entre el Clima Social Familiar y el nivel de Calidad de Vida de los adultos mayores con una significancia de ($p>0,05$).

Montanet A, Bravo C, Hernández E (2011) , realizan una investigación acerca de “La calidad de vida en los adultos mayores” , con una población de 42 ancianos incorporados a la Casa de Abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporados, esta investigación es de tipo descriptivo transversal, se obtuvieron los datos a través de una entrevista estructurada y la variable Calidad de Vida se mide con la Escala M.G.H, en cuanto a los resultados sobresalen las categorías alta y media de Calidad de Vida entre los ancianos; la dimensión salud no daña la calidad de vida de los ancianos pero la dimensión satisfacción por la vida sí la afecta en un grupo de ellos.

Locales

Quiroz & Requejo (2013) en su tesis “Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo” cuyo objetivo fue establecer la relación entre depresión y la calidad de vida. En la cual usó el Inventario de Depresión de Beck BDI – II y la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, señalando como resultados que no existen correlación entre ambas variables; así mismo se demostró que el sexo femenino tiene mayor depresión, además que la Categoría Tendencia a Calidad de Vida Buena es la que predomina en los Adultos Mayores. También se confirmó que los factores que determinan la Calidad de Vida son Hogar &

Bienestar Económico y Amigos, Vecindario & Comunidad. En la cual después de conocer sus resultados propone el financiamiento de un programa de intervención a la población investigada, buscando mejorar la calidad de vida en el adulto mayor y prevenir niveles de depresión.

Calle (2012) “Calidad de vida del adulto mayor, hospital regional de la policía nacional del Perú. Chiclayo, 2010” cuyo objetivo fue “identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo”. Esta investigación de tipo cualitativa con abordaje de estudio de caso, en la obtuvo datos a través del cuestionario socio demográfico y la entrevista semiestructurada a profundidad, orientada por una guía de preguntas aplicadas a 21 personas, entre policías en situación de retiro y esposas que asisten al programa del Adulto Mayor en el Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú –sede Chiclayo. Los datos de las entrevistas recibieron un tratamiento de acuerdo al Método de Asociación de Contenidos, surgiendo dos categorías denominadas: 1) “La familia, como dimensión determinante de la calidad de vida del adulto mayor”, y 2) “El estilo de vida y funcionalidad del adulto mayor”. Concluye que “Pese a las limitaciones o restricciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga”.

1.1.3. Base teórica

Calidad de vida

La definición de calidad de vida no es algo que se encuentre consumado, de la misma manera es un término que abarca muchos aspectos tanto objetivos como subjetivos, es así que creemos que hay dimensiones que forman parte de esta, pero no se da un concepto global y característico a lo que es calidad de vida., es solo el sujeto social quien la define realmente y le da validez pero si hay autores que han dado sus diferentes aportes para explicar la calidad de vida.

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

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

Guillén (et. al.1997), brinda su aporte en que cada ciencia afirma distintos valores y defienden variados y contrapuestos intereses. Aunque en concreto la calidad de vida puede ser entendida como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando principalmente una mayor esperanza de vida, y sobretodo vivir en mejores condiciones físicas y mentales. Diener (1984, citado por Rodríguez, 1995) define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; pero también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales, y sociales, así como Rozas, (1998) el desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida es decir por ejemplo aspectos como desarrollo de la autoestima, de la identidad, de la autorrealización, como el desarrollo de sus potencialidades y el manejo de nuevas habilidades, Por otro lado Ramírez (2000) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de cada uno asimismo (Pérez de Cabral, 1992) expresa que la calidad de vida es una situación social y personal.

La calidad de vida es más que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva y con la dinámica cultural en general.

La calidad de vida también hace referencia a una armónica convivencia entre los hombres, donde juega un papel importante la justicia social, considerando las oportunidades que en una sociedad se brinda a sus miembros, de acuerdo con los supuestos antedichos el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales; en una relación da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos, de allí la complejidad en la definición de este concepto.

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

Morales, Blanco Huie& Fernández (1985) plantean que se puede señalar también, que el concepto incluye un conjunto de aspectos en los que se interviene la autorrealización del sujeto es así, que la calidad de vida en una sociedad sería el grado en que las condiciones de dicha sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos. Así que, en relación a los indicadores de la calidad de vida existen dos apreciaciones generales que tratan de medir este concepto uno constituye la medida objetiva, la misma que se obtiene a partir de la estadística de los indicadores sociales y económicos específicos, la otra medida constituye una medida subjetiva, que nos revela acerca de las percepciones de las personas sobre sus situaciones de vida.

Acerca de la medida subjetiva, también existen diversas maneras de identificar los indicadores de la calidad de vida. Algunos hacen referencia a la calidad de la Salud física, así como a la práctica de ciertas actividades y en otros casos se enfatizan la calidad de las relaciones sociales en el campo de la salud, se establece la relación entre el médico y el paciente, considerando la posibilidad de humanizar el medio hospitalario los responsables se preguntan

acerca del tipo de calidad de vida que sería el más adecuado para nuestras sociedades en este medio existe una noción técnica de calidad de vida que encuentra variadas aplicaciones y gradaciones. Dentro de lo que se podría llamar las "condiciones externas objetivas" puede considerarse el estado de salud sin embargo aquí nos encontramos con un indicador mixto puesto que si bien existen indicadores objetivos de una situación de salud.

Así mismo no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud, quizás esto es parte del significado de la definición de la OMS, quienes nos presentan un concepto de salud muy similar al de calidad de vida: estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Hay un número importante de estudios que han demostrado una relación relativamente grande entre los autoinformes de salud y el bienestar subjetivo.

Otros han considerado que la salud es para las personas el factor más importante de felicidad en ellos la satisfacción respecto a la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital: parece que la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva.

Además, algunos estudios apuntan a señalar a las actividades físicas como predictores de la calidad de vida es así como se señala que la calidad de vida viene dada por el estilo de vida que llevan las personas; y en este sentido, los estilos de vida sedentaria tan común en la sociedad actual resultan claramente perjudiciales frente a éstos, tenemos aquellos estilos de vida activos, que conllevan a la realización de actividad física, ejercicio físico y/o deporte.

Los primeros estudios que han relacionado la calidad de vida con el ejercicio físico son relativamente recientes ya que sus inicios se sitúan a principios de la década de los setenta, aunque con anterioridad ya habían aparecido de forma aislada algunos estudios.

Guíllen (et. al ,1997) establece que desde la medicina, la gran mayoría de los estudios han tenido un corte epidemiológico y han estado dedicados a estudiar los efectos del ejercicio sobre la salud física. Por su parte desde la psicología de la salud se han incidido en estudiar los efectos beneficiosos del ejercicio físico, en este caso sobre la salud mental, por último desde la psicología del ejercicio se han centrado básicamente en estudiar los factores que dan lugar a estilos de vida más activos, así como lo creación de programas que fomenten y mantengan esa participación.

Olson& Barnes (1982) plantean que una característica común de los estudios de la calidad de vida, constituye la elevación de la satisfacción como dominios de la experiencia vital de los individuos, cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

La manera como cada persona logra satisfacer estos dominios, constituye un juicio individual subjetivo de la forma como satisface sus necesidades y logra sus intereses en su ambiente es la percepción que esta persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr dicha satisfacción.

Esta investigación se realizará en base a los aportes de Olson y Barnes (1982), citado en Grimaldo (2003) quienes definen a la calidad de vida y lo relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por lo tanto, la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción.

No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso en desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida.

Así mismo, Grimaldo (2003) refiere que el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas personales, en

una relación que da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. De allí su complejidad en la definición de este concepto. El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza, entre otros.

Según Olson y Barnes (citado en Grimaldo, 2003, p. 9) plantean que una característica en común de los estudios de la calidad de vida, “constituye la elevación de la satisfacción como dominios de las experiencias vitales de los individuos”. Cada dominio se enfoca sobre una faceta en particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, salud, entre otras.

Para Oblitas (2006) la calidad de vida ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de las veces se ha tratado de ampliar las definiciones, primero el término se refería al cuidado de la salud, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene pública se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuo sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud; alimentación; educación; trabajo; vivienda; seguridad social; una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.

Grimaldo (2003) amplía esta definición refiriendo que la calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia.

Por otro lado, Katsching y Freeman (2000) se refieren a la calidad de vida como un término que debería estar relacionado con el “bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida”, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos (p. 271).

Del mismo modo la OMS (2011) define a la calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.

Grimaldo (2009) indica que el concepto de calidad de vida posee aspectos subjetivos y objetivos e incluye, como subjetivos, la intimidad la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Como aspectos objetivos, considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, con la comunidad y la salud objetivamente percibida. Así mismo, propone que la calidad de vida es el resultado de una compleja interacción entre los factores subjetivos y objetivos, los primeros se refieren a condicionantes externos (económicos, sociopolíticos, culturales y ambientales) y los segundos están determinados por la valoración que la persona realiza su propia vida (psicológicos).

Además, Andrews y witney (citado en Oblitas, 2006, p. 249), mencionan que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, si no como dichos escenarios son juzgados por el individuo. Según este enfoque la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.

Igualmente, Ramírez (citado por Grimaldo, 2003) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, completo e individual, es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en su bienestar.

Bognar (2005) puntualiza la necesidad de estudiar la calidad de vida desde la perspectiva subjetiva, que surge cuando las necesidades primarias han quedado satisfechas y se puede identificar el estilo de vida, caracterizado por las condiciones en que se encuentra el individuo, como las características y lugar en el que se ubica la vivienda, el grado educativo alcanzado, la seguridad social, la forma en que se invierte el tiempo libre, las relaciones que se establecen con la familia de origen y con la familia constituida por iniciativa propia, y las relaciones con la pareja, amigos, vecinos y compañeros de trabajo. Así también la calidad de vida subjetiva se refleja en el reconocimiento, posicionamiento y aceptación que el individuo experimenta dentro de su ámbito laboral o profesional (Palomar, 2000).

Para Alvirdez (2008), citado en Beltrán y León (2009, p. 54) La calidad de vida tiene las siguientes características.

1. **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida y la felicidad.
2. **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
3. **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano no es todo.
4. **Concepto dinámico:** A lo largo del tiempo, cada persona va cambiando sus intereses y prioridades vitales y, por tanto, los parámetros que constituyen lo que considera calidad de vida.

- 5. Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están relacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Además según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) existen siete Indicadores de calidad de vida que a continuación se presentan:

- **Factor 1:** Bienestar económico; se refiere a la satisfacción que las personas tienen de sus necesidades básicas, condiciones de vivienda, etc.
- **Factor 2:** Amigos, vecindario, comunidad; hace mención a la satisfacción que tiene la persona para interrelacionarse con amigos, su vecindario y además de la seguridad de su comunidad con la facilidad para realizar compras.
- **Factor 3:** Vida familiar, familia extensa; manifiesta la satisfacción de la relación que tiene una persona con cada uno de los miembros de la familia, parientes (abuelos, tíos, primos).
- **Factor 4:** Educación, ocio; determina el grado de satisfacción según el grado de estudios alcanzados, además el tiempo libre que tiene y la forma como lo emplea.
- **Factor 5:** Medios de comunicación; la satisfacción que tiene respecto a la calidad de programas de televisión, cines, periódicos y revistas, que hacen uso en su vida.
- **Factor 6:** Religión; satisfacción de la persona en relación con la vida religiosa en su entorno y de su comunidad.
- **Factor 7:** Salud; indica la satisfacción de salud en el individuo, asimismo la salud presente en los miembros de la familia.

Factores que afectan la Calidad de Vida

Se presenta a Bronfenbrenner (1979), con su modelo ecológico, en donde plantea diferentes niveles que configuran nuestra vida dentro del constructo de calidad de vida, entendiendo 3 de los más importantes, en ese sentido se tiene en cuenta no tan solo al individuo mismo, sino

también a su entorno más próximo y al contorno en el que se desenvuelve la idea es que la persona convive en diversos sistemas que influyen en el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes.

Estos valores son los siguientes: Microsistema o contexto social inmediato: familia, hogar, grupo de iguales es un subsistema que afecta directamente a la vida de la persona meso sistema vecinos, comunidad, organizaciones. Subsiste más que afectan e influyen sobre el funcionamiento del microsistema.

Macro sistema, o el de los patrones culturales más amplios. Son las tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y todos aquellos factores relacionados con la sociedad que afectan a nuestras creencias y a nuestros valores.

Este modelo ecológico trata de poner el énfasis en la necesidad de incluir dimensiones e indicadores clave de la calidad de vida que reflejen los múltiples sistemas que envuelven la vida de una persona por su parte, Max-Neef (1998) plantea un análisis de la calidad de vida a través de la teoría del desarrollo a escala humana lo primero que caracteriza a su trabajo es la comparación que hace entre necesidades humanas y sus satisfactores.

Neef destaca la importancia de aclarar estos dos conceptos, sustenta que las necesidades son algo finito que puede ser identificado en todas las culturas y en todos los tiempos. Sin embargo, los satisfactores son los que adquieren su significado a través de la historia y de las sociedades además sostiene que la calidad de vida depende de las posibilidades que tienen las personas para satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

El autor hace una diferenciación entre necesidades y sus satisfactores, concluyendo que las necesidades no varían de una cultura a otra, ni de una época a otra, no así los satisfactores para estas necesidades, ya que no importa que una persona viva en una sociedad consumista o ascética, lo que cambia es la cantidad y calidad de los satisfactores o la posibilidad de acceder a ellos de tal manera, plantea que las necesidades son finitas, pocas y clasificables, además de

que son las mismas para todas las sociedades, culturas y épocas las necesidades básicas son aquellas cuya realización es deseable para cualquiera y cuya inhibición es indeseable; además de que son simultaneas, complementarias y se compensan entre ellas.

Estas son: de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad sostiene que las necesidades (comúnmente conocidas así) de vivienda y abrigo son satisfactores de una necesidad más fundamental de subsistencia; la educación, el estudio, la investigación, la estimulación precoz y la meditación son satisfactores de la necesidad de entendimiento; así como la necesidad de protección tiene satisfactores tales como los sistemas curativos, la prevención y los esquemas de salud.

Gendreau (1998) Es preciso reconocer que también se puede hablar de calidad de vida en términos negativos, al afirmar que “No hay calidad de vida cuando el nivel de ingresos de familia es mínimo y cuando hay exclusión entre los individuos”, además este último factor es condicionante de una salud deficiente bajo nivel educativo carencia o inadecuada vivienda, nula participación política, asilamiento, etcétera.

La calidad de vida en adultos mayores

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

La Organización Mundial de la Salud - OMS (2002), puso en marcha diversos mecanismos que culminarían con el programa Salud para todos los datos obtenidos en 55 numerosos estudios y recogidos en distintos documentos, permitieron establecer recomendaciones sobre aspectos dietéticos y nutricionales, así como estilos de vida saludables a seguir; al mismo tiempo y con estas recomendaciones como fundamento, se han ido estableciendo campañas de salud destinadas a la prevención de patologías como las enfermedades cardiovasculares o determinados tipos del cáncer, logrando reducir la morbi-mortalidad por las mismas en cifras realmente significativas

Como apunta Amparo Belloch (1994) no siempre cantidad va acompañada con calidad; hemos conseguido vivir más tiempo pero no está claro que vivamos mejor, al menos en lo que se refiere al estilo de vida que llevan muchas personas ancianas en nuestras aparentemente desarrolladas “sociedades del bienestar”.

Es por ello que en los últimos tiempos ha cobrado un interés especial el concepto de calidad de vida, así como la búsqueda de fórmulas para mejorarla en el caso que nos ocupa. Longevidad, discapacidad y calidad de vida son tres conceptos que pueden llegar a estar muy relacionados y por ello deberían ser contemplados conjuntamente por tres motivos: una vida larga debería contar con la mayor calidad posible sobre todo en sus etapas finales, en las que el individuo es más vulnerable; en una vida larga es muy factible por diversas causas, el desarrollo de discapacidades y con ellas un estado de dependencia; en tercer lugar una vida con discapacidad pero con las atenciones y medios necesarios puede ser una vida calidad.

La calidad de vida debe ser entendida como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado, a través de la combinación de las condiciones de vida y el grado de satisfacción con la vida; el primer condicionante lo formarán variables objetivas que pueden medirse y sobre las que podemos actuar, el segundo lo constituirán variables subjetivas influidas por los sentimientos y sobre las que es más difícil poder actuar (una misma discapacidad y sus implicaciones en dos personas distintas, pueden ser asumidas e influir de forma totalmente diferente en cada una de ellas).

El nivel de calidad de vida puede variar, es decir, mientras unos están felices y satisfechos con un nivel de ingresos otros pueden no estarlo todo depende según Van Praag (2002) de la evaluación del ingreso que cada familia haga, y que varía según el tamaño de la misma, el clima, la historia de ingreso y las expectativas. Garduño (2003) la calidad de vida es un concepto complejo compuesto por un lado por las cantidades de sustento y por el otro, es un sentimiento de felicidad o tristeza, expectativas desmedidas o aumentadas, alta o baja moral;

ambos se dan a partir de la interacción de todos los recursos disponibles con los intereses y valores particulares de un ambiente social.

También indica que la calidad de vida implica una evaluación cognitiva expresada como un juicio que incluye la satisfacción, la importancia, las expectativas disminuidas o aumentadas sobre una variedad de dimensiones y significados relevantes identificados por el propio sujeto. Por último y puesto que es inevitable tener que pagar el peaje impuesto por el paso del tiempo, debemos intentar que este sea lo más benévolo posible aplicando medidas de carácter preventivo, educacional, etc.

Depresión estado rasgo

Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

Antes de empezar con las definiciones queremos dar a manera de introducción una apreciación en general del tema depresión basados en los diversos estudios y conceptualizaciones.

Edinson, T.C, Juan, C.A (2012). De acuerdo a las distintas definiciones de diversos autores, estos convergen en que la depresión es un trastorno emocional que afecta al ser humano de tal manera que compromete la parte afectiva, cognitiva, motivacional.

Para tratar de entender el término depresión hemos formulado el siguiente concepto basado en las apreciaciones de diversos autores y del cual tenemos que: Viene a ser un estado bio-psicosocial, ya que involucra diversos ámbitos del ser humano, tanto en lo biológico como en

lo psicológico y en parte social. Todas estas dimensiones de gran importancia dentro de la integridad del ser humano, ya que no podemos separarlo o excluirlo sino más bien darle un enfoque relacional para ampliar el campo del conocimiento y entendimiento de este mal que aqueja a millones de seres humanos.

Beck (1979). Trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo cognitivo, motivacional y somático.

Según Beck (1979).La depresión es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático.

Burton (1987).y Veronesi (1985). “Señalan a la depresión como uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes que sobreviene al hombre y que tienden a incrementarse por el aumento de la morbilidad de padecimientos crónicos, que según se ha demostrado se asocian significativamente con los estados depresivos”.

Para estos autores la depresión siempre está presente en estados de morbilidad como el padecimiento crónico ya que se encontró un nexo con las manifestaciones de la depresión.

CIE 10 (1992). “El enfermo que la padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

La disminución de la atención y concentración.

La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Las ideas de culpa y de ser inútil. (Incluso en los episodios leves)

Una perspectiva sombría del futuro.

Los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.

Los trastornos del sueño.

Para la décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades presenta una relación de signos y síntomas que engloba lo que llamamos depresión entre ellos menciona que la persona que las padece presenta poco interés de disfrutar las cosas, su vitalidad disminuye su cansancio incrementa.

Instituto Nacional De La Salud Mental (2006). “Enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta como uno se valora así mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es una condición de la cual uno puede librarse voluntariamente.”

La depresión daña el organismo y nuestra manera de ser y actuar de forma habitual, afecta nuestro sueño y nuestra alimentación asimismo la forma de cómo nos percibimos en cualquier ámbito de nuestra vida. La depresión es una enfermedad no un simple episodio de tristeza y para ello se necesita ayuda profesional.

Asorey, O. (2006). “la depresión se caracteriza por un estado de tristeza, fatiga o cansancio, dificultades de concentración y memoria, y falta de interés por actividades que resultaban gratificantes. Asimismo, las personas que padecen esta enfermedad tienen problemas durante el sueño (insomnio o hipersomnia), aumento o disminución del apetito, pérdida de interés por el sexo, molestias corporales (náuseas, jaquecas o dolores) y lentitud o agitación motriz. Es, por tanto, una alteración que, por su presencia en la población y por sus consecuencias en quien las padece, merece atención sanitaria.”

Es la sensación de estar triste, emocionalmente decaído así mismo pierde el interés en las cosas que antes disfrutaba.

Esta enfermedad es progresiva, afecta pensamientos, sentimientos, salud física y comportamiento.

Asimismo para este autor la depresión no es una debilidad de la personalidad, ni es culpa del que la padece, afectando a cualquier persona no tomando en cuenta el estatus socioeconómico.

Calderón, G. (2001). “La depresión no es una enfermedad grave sino en contadas ocasiones suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Su difícil clasificación como proceso morboso, su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad que se manifiesta en sentimientos derrotistas, y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad, han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas”.

Para Calderón esta enfermedad no se puede considerar como grave pero no descarta la idea que en ocasiones puede causar grandes sufrimientos a la persona que la padece. Asimismo la considera como la enfermedad de las paradojas ya que el paciente se percibe lleno de defectos sin tener esto un fundamento comprobable.

El modelo cognitivo de la depresión

Beck, A. (1979). Este modelo ha surgido a raíz de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales.

Según este modelo el origen psicológico de la depresión se enfoca en tres conceptos que son los siguientes:

Tríada cognitiva

Los esquemas, Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información.)

Concepto De Tríada Cognitiva

Esta tríada consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse: A sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrásico.

El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo: Se observa degradado, torpe, enfermo, con poca valía.

Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos es un inútil.

Tiende a subestimarse a criticarse asimismo en base a sus defectos

Piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

Este componente gira en torno a la forma negativa con la cual se observa el paciente asimismo debido a ello el paciente depresivo se percibe inútil y se auto inculpa por todas las experiencias negativas que le suceden, pensando que es él, el que las genera; tornando su vida de una forma desagradable.

El segundo componente se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota y frustración.

La persona depresiva percibe su medio de una forma negativa y hostil llena de contradicciones y penas tornando su vida desagradable, no teniendo un buen motivo porque

vivir, carente de alegrías y amor a la vida. Para este tipo de pacientes el mundo la exige más de lo que ellos pueden ofrecer atribuyendo más sentimientos de minusvalía y fracaso.

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipado que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente.

Este componente gira entorno a la visión negativa del futuro. Para la persona depresiva su futuro es incierto, el pensamiento que predomina en estas personas es de derrota, piensan que nunca harán las cosas bien sino todo lo contrario.

Organización Estructural Del Pensamiento Depresivo

Según Beck, Aarón (1979). Un segundo componente se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consciente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares... el término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales

como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

Niveles De Categorización De La Depresión

Beck (1979). En su instrumento de medición de la depresión menciona niveles de categorización de la depresión, los cuales son:

No depresión: Ausencia de síntomas que nos indiquen la presencia de la depresión.

La depresión leve: Es el tipo de depresión común, crónica y de baja intensidad, que incluye síntomas que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona; son originados principalmente por personas con pensamientos negativos. Muchas personas con depresión leve también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. En general la depresión leve puede durar hasta 2 años (a veces más). Es más frecuente en las mujeres que en los hombres y también puede afectar a los niños. Los síntomas son similares pero con menor afectación en las personas. O sea que los síntomas son de baja intensidad.

Depresión moderada: Se presenta cuando una persona tiene varios síntomas de depresión que le impiden llevar a cabo la mayoría de sus actividades habituales.

Depresión grave: Se presenta cuando una persona tiene o casi todos los síntomas de depresión, que le impiden llevar a cabo sus actividades habituales por completo.

1.2. Problema

¿Qué relación existe entre la Calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor de Chiclayo?

1.3. Hipótesis

- Hipótesis general:

- Existe relación entre la calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.

- Hipótesis específicas:

- Existe relación entre el factor Hogar y bienestar económico de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Existe relación entre el factor amigos, vecindario y comunidad de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Existe relación entre el factor vida familiar y familia extensa de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Existe relación entre el factor educación y ocio de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Existe relación entre el factor medios de comunicación de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Existe relación entre el factor religión de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Existe relación entre el factor salud de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.

1.4. Objetivos:

- Objetivo general:

- Determinar la relación existente entre la calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.

- **Objetivos específicos:**

- Describir la variable calidad de vida en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.
- Describir la variable depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.
- Describir relación existente el factor Hogar y bienestar económico de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Establecer la relación existente entre el factor amigos, vecindario y comunidad de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Establecer la relación existente entre el factor vida familiar y familia extensa de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Establecer la relación existente entre el factor educación y ocio de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Establecer la relación existente entre el factor medios de comunicación de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Establecer la relación existente entre el factor religión de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.
- Establecer la relación existente entre el factor salud de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo.

1.5. Justificación e Importancia:

La presente investigación se realizó con la finalidad de poder contar con un conocimiento científico y confiable que establezca la posible relación entre calidad de vida y la depresión

estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo. Observándose así cuales son las características peculiares de ambas variables en los adultos mayores de dicha institución.

Así mismo se consideró que los datos obtenidos durante el desarrollo de la investigación pueden ser considerados como referencia a autoridades del centro del adulto mayor y profesionales que laboren en las mismas o que estén interesados en profundizar investigaciones futuras donde estén involucradas la problemática de la calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor.

Por otro lado, nos permite tener un mayor conocimiento del problema a aquellas instituciones que trabajen con este tipo de población, facilitando la elaboración de programas y estrategias que ayuden a afrontar este problema. Aunado a ello permitirá la formulación y ejecución de un trabajo integral y sistemático dirigido a los usuarios de aquellas instituciones interesadas, y de esta forma mejorar la atención de los mismos.

Además de ello los resultados obtenidos contribuyen a incrementar investigaciones futuras con respecto a la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Lo que permite ampliar el conocimiento científico acerca del vínculo y complejidad de ambas variables.

De este modo los futuros investigadores se ven beneficiados en temas similares, debido a que se podrá utilizar como antecedente, a su vez se ampliará el número de investigaciones, y así se podrá obtener un conocimiento más profundo de este problema.

A nivel institucional la investigación ha sido de utilidad para el consultorio psicológico, a fin de tener datos precisos que permitan abordar el problema con técnicas terapéuticas apropiadas para cada caso.

1.6. Definición y Operacionalización de variables:

Variables	Dimensiones	Niveles de Medición	Instrumento
Calidad de vida (Variable dependiente)	Hogar y bienestar económico	Ordinal	“Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes”
	Amigos, vecindario y comunidad	Ordinal	
	Vida familiar y familia extensa	Ordinal	
	Educación y ocio	Ordinal	
	Medios de comunicación	Ordinal	
	Religión	Ordinal	
	Salud	Ordinal	

Depresión estado rasgo (Variable independiente)	Depresión estado	Ordinal	Inventario de depresión estado-rasgo de Spielberger
	Depresión rasgo	Ordinal	

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

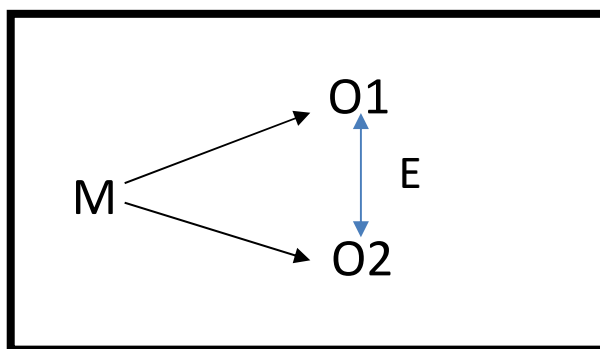
2. Materiales y Métodos

2.1. Tipo de Investigación

Es un estudio cuantitativo de tipo correlacional, con el propósito de medir el grado de relación que existe entre las variables calidad de vida y depresión estado rasgo, para observar si están o no correlacionadas, el diseño de la investigación es no experimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2016).

2.2. Diseño de Investigación

El diseño de Investigación, busca identificar probables relaciones entre dos variables, analizar la variación de la variable independiente a fin de que genere cambios en la variable dependiente. El propósito es describir las variables y analizar su relación en un momento dado. (Hernández, 2016).



Dónde:

M : adultos mayores.

O1 : Calidad de vida.

O2 : Depresión estado rasgo.

E : Correlación.

2.3. Población y muestra

- La Población.

La población estuvo conformada por adultos mayores que acuden a un centro del adulto mayor.

N=42

2.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos

- **Método:** Cuantitativo; Es un proceso secuencial que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, et al).
- **Técnica:** Para la presente investigación se utilizará la Técnica de Evaluación Psicométrica en donde utilizamos la Batería de Pruebas correspondiente.
- **Instrumentos Utilizados.**

Instrumento N°1 Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes

Los objetivos de esta Escala son medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos como, por ejemplo: Bienestar económico, amigos, vida familiar, educación medios de comunicación, religión y salud. Los ítems son de tipo Likert con las siguientes opciones: 1 = Insatisfecho, 2 = Un poco satisfecho, 3 = Más o menos satisfecho; 4 = Bastante satisfecho y 5 = Completamente satisfecho.

La administración del instrumento fue colectiva y el tiempo de aplicación fue de aproximadamente quince (15) minutos.

Validez

El proceso de validación de constructo de la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, se realizó a partir del análisis factorial, tal como lo sugiere Muñiz (1996). En el estudio de primer orden, se identificaron 7 factores extraídos, los cuales confirman la estructura teórica del instrumento. Los factores analizados en este estudio fueron los siguientes: factor 1 (Hogar y Bienestar Económico), factor 2 (Amigos Vecindario y Comunidad), factor 3 (Vida Familiar y Familia Extensa), factor 4 (Educación y Ocio), factor 5 (Medios de Comunicación), factor 6 (Religión) y factor 7 (Salud) Grimaldo, (2003).

Confiabilidad

La escala de calidad de vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo ,86 Alfa de Cronbach para la muestra total. La corrección del instrumento se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se sumaron las puntuaciones correspondientes a cada uno de los ítems contestados considerando que cada respuesta tiene un puntaje correspondiente a: 1, 2, 3, 4, 5, considerando la marca realizada por el examinado.
- Las puntuaciones directas obtenidas se ubican en la parte final de la prueba.

Instrumento N°2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN ESTADO RASGO

Ficha técnica

Nombre: Inventario de depresión Estado- Rasgo.

Nombre Original: State/trat Depression Questionnaire.

Autor: Ch. D. Spielberger.

Procedencia: Psychological assesment Resources.

Adaptación española: Gualberto Buela- Casal y Diana Agudelo Vélez (2008).

Ámbito de aplicación: Adolescentes, jóvenes y adultos.

Duración: Variable, entre 7 y 10 minutos.

Finalidad: Evaluación del componente afectivo de la depresión mediante dos escalas, Estado y Rasgo, y cuatro sub escalas (Eutimia –E, Distimia- E, Eutimia- R, Distimia- R)

Baremación: Baremos por sexo de adolescentes, universitarios, población general y población clínica en percentiles.

Material: Manual y material autocorregible (Varones y mujeres).

Confiabilidad:

El cálculo de la confiabilidad del IDER se realizó mediante una única aplicación de la prueba en términos de consistencia interna. Ya que el inventario puede aplicarse a diferentes grupos y con diferentes finalidades y estas características pueden ajustarse en mayor o menor medida a las propiedades psicométricas y a la finalidad de la prueba, se decidió calcular el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach e cada uno de los grupos. Los resultados, teniendo en cuenta el carácter de autoinforme de la prueba y el reducido número de elementos de las subescalas y las escalas, pueden calificarse como muy satisfactorios.

2.5. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de los datos de investigación que se aplicó: La media, desviación estándar y moda. Ello irá acompañado de tablas unidimensionales de frecuencia y porcentajes. Para una mejor ilustración de los resultados se diseñarán figuras en barra, tortas; según sea el caso. Todo análisis estadístico de los datos serán mediante el software SPSS versión 22 español y como medio auxiliar el programa de Excel, 2017

CAPITULO III

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS

RESULTADOS

3. RESULTADOS

Tabla 1: análisis correlacional de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
Escala de Calidad de Vida	Correlación	0.19	0.06
	de Pearson		
	Sig. (bilateral)	0.23	0.70
N		42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) y el Inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la tabla 1 que en la variable calidad de vida y la dimensión depresión estado se puede apreciar que existe una correlación muy baja ($R=0.19$) no significativa ($P=0.23$), con la dimensión depresión rasgo se puede apreciar que existe una correlación muy baja ($R=0.06$) no significativa ($P=0.70$).

Tabla 2: análisis descriptivo de la variable calidad de vida de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.

		F	%
Diagnostico	mala	22	52.4%
	óptima	5	11.9%
	tendencia baja	9	21.4%
	tendencia	6	14.3%
	buena		
Total		42	100.0%
Diagnostico factor 1.	mala	15	35.7%
	óptima	23	54.8%
	tendencia baja	3	7.1%
	tendencia	1	2.4%
	buena		
Total		42	100.0%
Diagnostico factor 2.	mala	12	28.6%
	óptima	26	61.9%
	tendencia baja	4	9.5%
	Total	42	100.0%
Diagnostico factor 3.	mala	14	33.3%
	óptima	24	57.1%
	tendencia baja	4	9.5%
	Total	42	100.0%
Diagnostico	Mala	18	42.9%

factor 4.	óptima	14	32.4%
	tendencia baja	6	14.3%
	tendencia	4	8.5%
	buena		
	Total	42	100.0%
Diagnostico	Mala	25	59.5%
factor 5.	óptima	13	31.0%
	tendencia	4	9.5%
	buena		
	Total	42	100.0%
Diagnostico	mala	22	52.4%
factor 6.	óptima	17	40.5%
	tendencia	3	7.1%
	buena		
	Total	42	100.0%
Diagnostico	mala	29	69.0%
factor 7.	óptimo	13	31.0%
	Total	42	100.0%

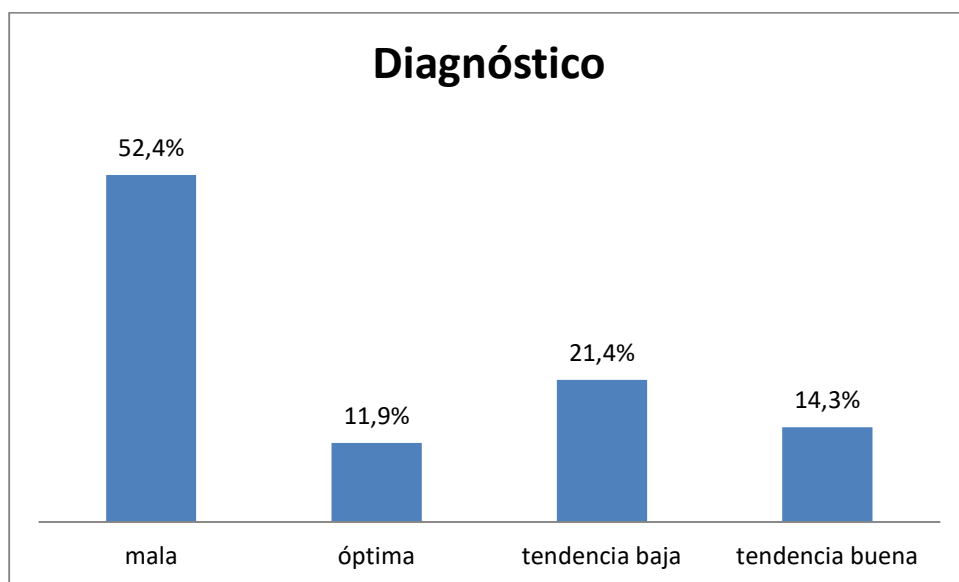
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que del 100% de los evaluados en la variable calidad de vida en el Diagnostico general el 52.4% se ubica en el nivel malo y un 21.4 tendencia baja, en el diagnostico factor uno se puede apreciar que el 54.8% se ubica en el nivel óptimo y 35.7% en el nivel malo, en el diagnostico factor dos un 61.9% se encuentra en el nivel óptimo y un 28.6% en un nivel malo, en el diagnostico factor tres un 57.1% se encuentra en el nivel

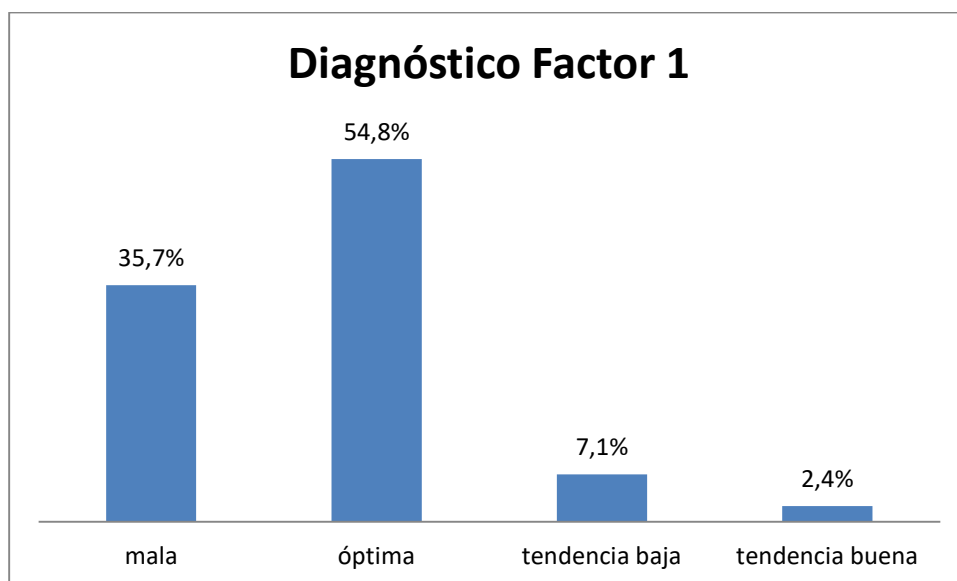
óptimo y un 33.3 en el nivel malo, en el diagnostico factor cuatro un 42,9% se encuentra en el nivel malo y un 32,4% nivel óptimo, en el diagnostico factor cinco un 59,5% nivel malo y un 31.0% en el nivel óptimo, en el diagnostico factor seis un 52,4% se encuentra en el nivel malo y un 40,5% en un nivel óptimo, y por último en el diagnostico factor siete un 69.0% se encuentra en el nivel malo y un 31,0% en el factor óptimo.

Grafico 1: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico general) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



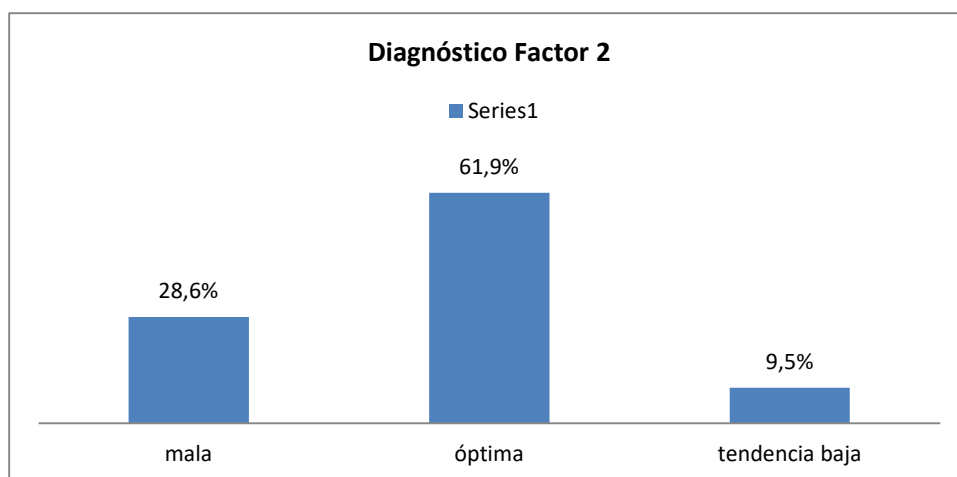
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Grafico 2: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor uno) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



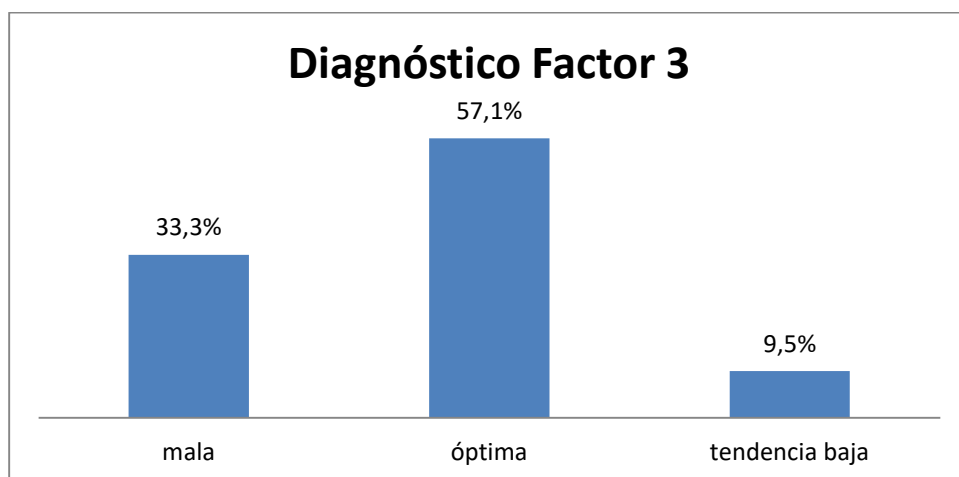
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Grafico 3: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor dos) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



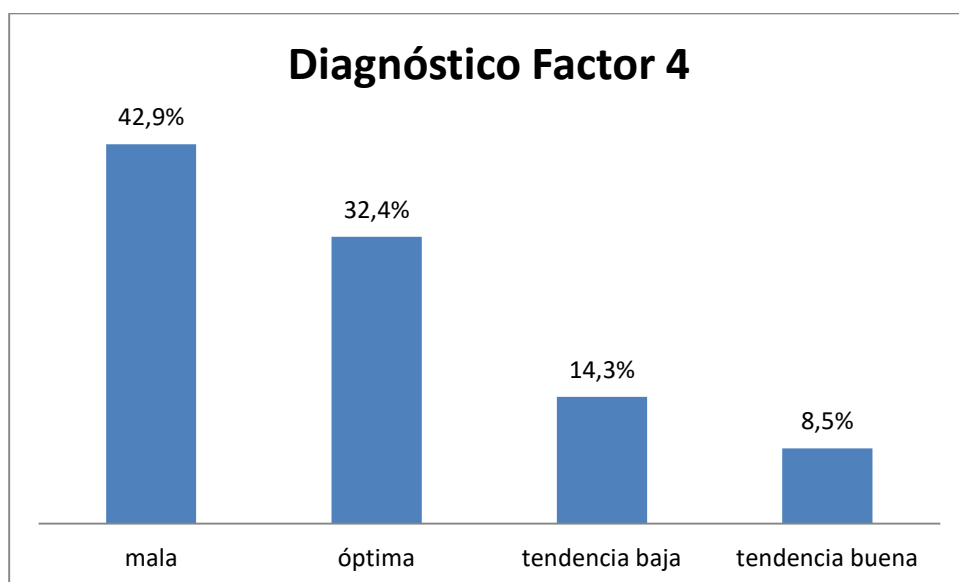
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Grafico 4: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor tres) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



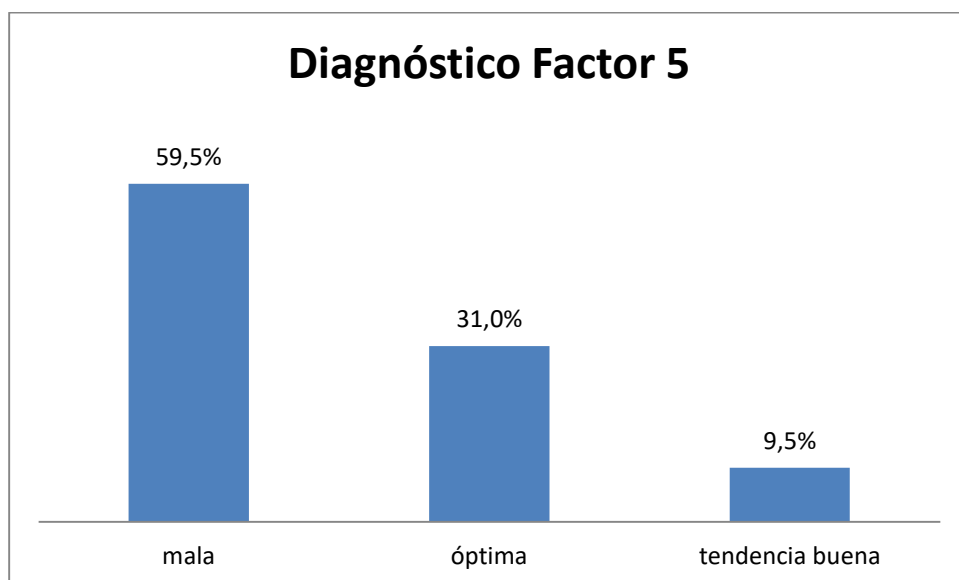
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Grafico 5: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor cuatro) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



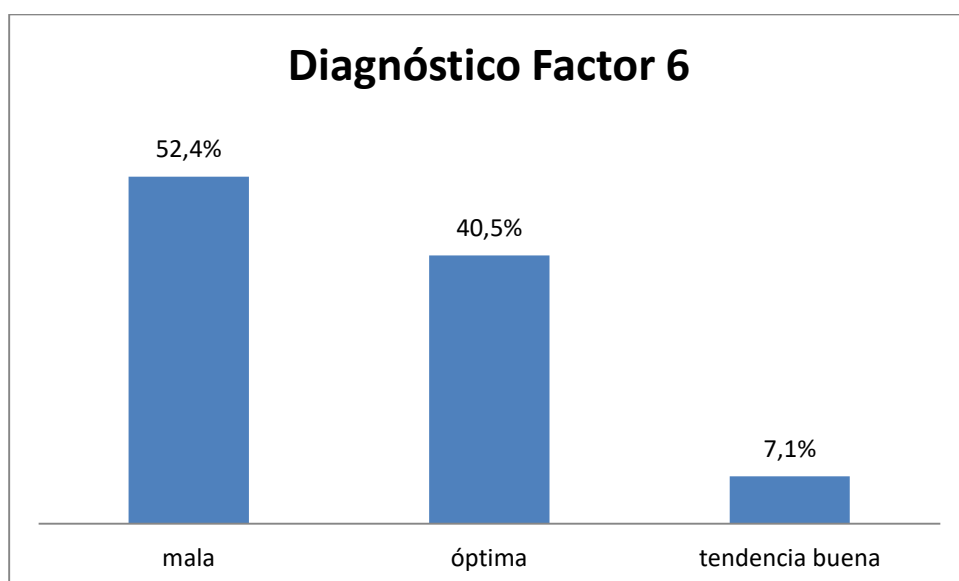
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Grafico 6: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor cinco) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



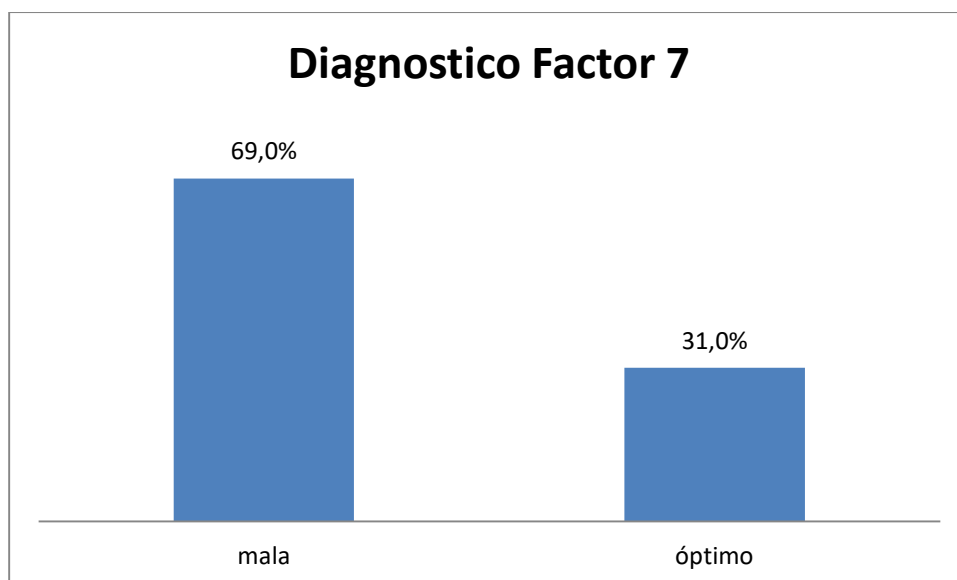
Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

7: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor seis) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

Grafico 8: análisis descriptivo de la variable calidad de vida (Diagnostico factor siete) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982)

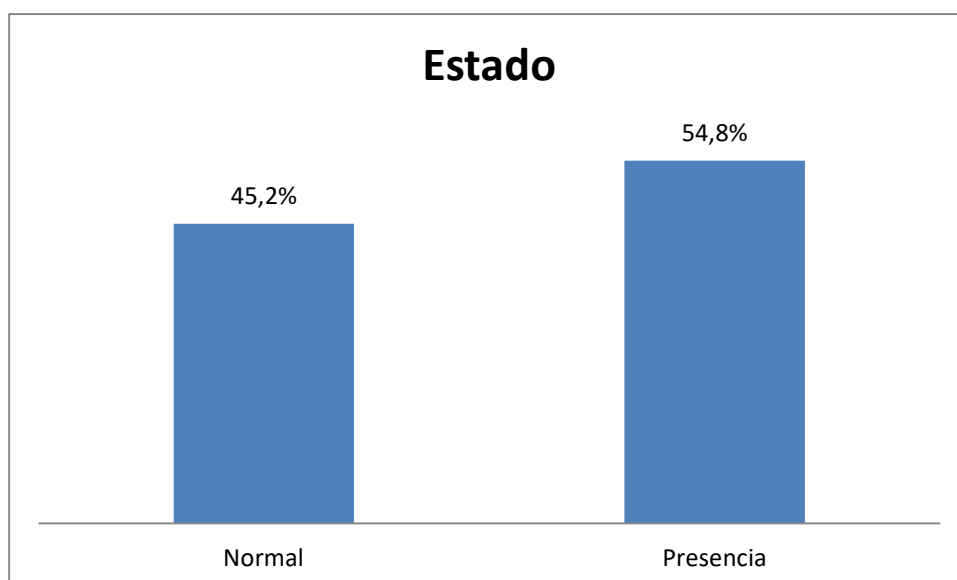
Tabla 3: análisis descriptivo de la variable depresión – estado - rasgo usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.

		F	%
Estado	Normal	19	45.2%
	Presencia	23	54.8%
	Total	42	100.0%
Rasgo	Normal	23	54.8%
	Presencia	19	45.2%
	Total	42	100.0%

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

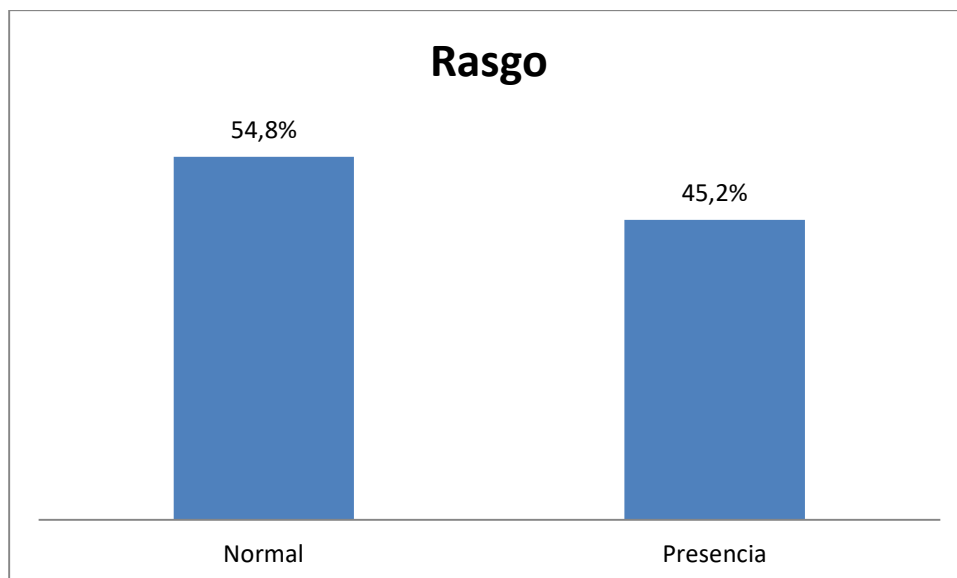
Interpretación en la presente tabla se puede apreciar que estado del 100% de los evaluados un 54,8% se encuentra en el nivel presencial y un 45,2% en el nivel normal, en rasgo un 54,8% se encuentra en el nivel normal y un 45,2% en el nivel presencial.

Grafico 9: análisis descriptivo depresión estado rasgo (Estado) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



Fuente: Inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Grafico 9: análisis descriptivo depresión estado rasgo (Rasgo) de los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Chiclayo.



Fuente: Inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Tabla 3: Correlación del factor Hogar y bienestar económico de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
N		42	42
Diagnostico	Correlación	-0.02	0.04
factor uno.	de Pearson		
	Sig.	0.91	0.79
	(bilateral)		
N		42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la tabla 3 se puede apreciar que diagnóstico factor uno (Hogar y bienestar económico) depresión estado que existe una correlación baja negativa ($R=-0,02$) no significativa ($P=0,91$) y en estado depresión rasgo una correlación baja ($P=0,04$) no significativa ($R=0,79$).

Tabla 4: correlación del factor amigo, vecindario y comunidad de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo. Del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
Diagnostico	Correlación	0.21	0.18
factor dos.	de Pearson		
	Sig.	0.18	0.26
	(bilateral)		
	N	42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la presente tabla se puede observar que en el factor amigos vecindario y comunidad con depresión estado existe una correlación baja ($R=0,21$) no significativa ($P=0,18$) y con depresión rasgo una correlación baja ($R=0,18$) no significativa ($P=0,26$).

Tabla 5: Correlación del factor vida familiar y familia extensa de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo. Del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
Diagnostico	Correlación	0.26	0.04
factor tres.	de Pearson		

Sig.	0.10	0.79
(bilateral)		
N	42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la presente tabla en el factor vida familia y familia extensa con la variable depresión estado existe un correlación baja ($R=0,26$) no significativa ($P=0,10$) y en depresión rasgo una correlacional baja ($R=0,04$) no significativa ($P=0,79$).

Tabla 6: Correlación del factor educación y ocio de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
Diagnostico	Correlación	0.07	-0.26
factor	de Pearson		
cuatro.	Sig.	0.68	0.10
	(bilateral)		
N		42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la presente tabla en el factor educación y ocio con la variable depresión estado existe una correlación baja ($R=0,07$) no significativa ($P=0,68$), y con depresión rasgo existe una correlación baja negativa ($R=-0,26$) no significativa ($P=0,10$).

Tabla 7: Correlación del factor medios de comunicación calidad de vida y la depresión estado rasgo del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
Diagnostico	Correlación	0.16	-0.16
factor	de Pearson		
cinco.	Sig.	0.32	0.30
	(bilateral)		
	N	42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la presenta tabla factor medios de comunicación de la variable calidad de vida y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,16$) no significativa ($P=0,32$) y en depresión rasgo una correlación negativa ($R=-0,16$) no significativa ($P=0,30$).

Tabla 8: Correlación del factor religión de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
RELIGION	Correlación	0.15	0.11
	de Pearson		

Sig.	0.34	0.48
(bilateral)		
N	42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que el factor religión y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,15$) no significativa ($P=0,34$) y en estado rasgo existe una correlación baja ($R=0,11$) no significativa ($P=0,48$).

Tabla 9: Correlación entre el factor salud de la variable calidad de vida y la depresión estado rasgo del adulto mayor. Chiclayo.

		Estado	Rasgo
SALUD	Correlación	0.19	-0.26
	de Pearson		
	Sig.	0.22	0.10
	(bilateral)		
	N	42	42

Fuente: Escala de calidad de vida de David Olson & Howard Barnes (1982) e inventario de depresión estado rasgo de Ch. D. Spielberger (2008).

Interpretación:

En la presente tabla se puede apreciar que el factor salud y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,19$) no significativa ($P=0,22$) y en estado rasgo existe una correlación negativa baja ($R=-0,26$) no significativa ($P=0,10$).

CAPITULO IV

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación el cual tuvo como objetivo determinar la relación existente entre calidad de vida y depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor. Pertenece al diseño no experimental de tipo descriptivo- correlacional. Entre los resultados generales se encontró que variable calidad de vida y la dimensión depresión estado existe una correlación muy baja ($R=0,19$) no significativa ($P=0,23$), con la dimensión depresión rasgo se puede apreciar que existe una correlación muy baja ($R=0,06$) no significativa ($R=0,70$). lo cual significa que dichas variables actúan de manera aislada, no necesariamente para que haya una buena calidad de vida se presenciara índices bajos e depresión estado rasgo o viceversa. Para los destacados investigadores Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) “la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción. No existe una calidad de vida absoluta, ella es el fruto de un proceso en desarrollo y se organiza a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta u óptima y baja o deficiente calidad de vida” Así mismo, Grimaldo (2003) “refiere que el fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas personales, en una relación que da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. De allí su complejidad en la definición de este concepto. El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y como son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza, entre otros”. por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo

“hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

Siguiendo con el análisis observamos que un 50% de los usuarios de un centro del adulto mayor, en el diagnóstico general de la variable calidad de vida, se encuentran en el nivel “mala calidad de vida” lo cual según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) significa que la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción son negativas. En cuanto al factor uno (Hogar y bienestar económico) encontramos pudimos observar que el 54,8% se encuentra en el nivel óptimo, lo cual según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) significa que las personas sienten satisfacción con respecto a sus necesidades básicas, condiciones de vivienda, etc. Con respecto al factor dos (amigos vecindario y comunidad) el 61,9% de los evaluados se encuentra en el nivel óptimo, lo cual según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) las personas sienten satisfacción con respecto a la relación con sus amigos, su vecindario y además de la seguridad de su comunidad con la facilidad para realizar compras. En cuanto al factor tres (familia y familia extensa) observamos que el 57,1% de los evaluados se encuentra en el nivel óptimo, esto significaría según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) las personas tienen una buena relación relación que tiene una persona con cada uno de los miembros de la familia, parientes (abuelos, tíos, primos). Así mismo, con respecto al factor cuatro (educación y ocio), pudimos encontrar que el 49,2% de los evaluados se encuentra en el nivel “mala” lo cual significaría según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) significaría que las personas no sienten satisfacción con el grado de estudios alcanzados, además el tiempo libre que tiene y la forma como lo emplea. Pasando al análisis del factor cinco (medios de comunicación) el 59,5 % de los evaluados se encuentran en el nivel “mala” lo cual significaría según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) significaría que las personas no se sienten satisfechas con respecto

a la respecto a la calidad de programas de televisión, cines, periódicos y revistas, que hacen uso en su vida. Pasando al factor seis (religión) pudimos observar que el 52,4% de los evaluados se encuentra en el nivel “mala” lo cual significaría según Olson y Barnes citado en Grimaldo (2003) significaría que las personas no sienten satisfacción en relación con la vida religiosa en su entorno y de su comunidad. Finalmente, con respecto al factor 7 (salud) podemos observar que el 69% de los evaluados se encuentra en el nivel “mala” lo cual significaría que no se sienten satisfechos con respecto a su salud asimismo la salud presente en los miembros de la familia. Esto coincide con la investigación hecha por García (2016) en su tesis “Calidad de vida del adulto mayor de la casa “polifuncional palmas reales” Los Olivos Lima 2016”. Cuyo objetivo fue Determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016. En la cual encontró que del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Y con respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que, en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Concluyendo que “Existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo”.

Siguiendo con el análisis, en cuanto a la variable depresión estado rasgo, observamos que un 54,8% de los usuarios de un centro del adulto mayor, con respecto a la depresión estado, se encuentran en el nivel presencia, lo cual según Spielberger (2003) indicaría la existencia de un episodio depresivo mayor o un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la depresión erasgo, el 54,8% de los evaluados se encuentran en el nivel normal, lo cual según Spielberger (2003)

indicaría que no habría vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

En cuanto a los resultados correlacionales pudimos observar que existe una correlación baja negativa ($R=-0,02$) no significativa ($P=0,91$) entre el factor uno (Hogar y bienestar económico) de la variable calidad de vida y depresión estado, y en cuanto a este mismo factor y la depresión rasgo existe una correlación baja ($P=0,04$) no significativa ($R=0,79$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor uno de la variable calidad de vida se refiere a la satisfacción que las personas tienen de sus necesidades básicas, condiciones de vivienda, etc. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

En cuanto al factor dos (amigos vecindario y comunidad) de la variable calidad de vida, con depresión estado existe una correlación baja ($R=0,21$) no significativa ($P=0,18$) y con depresión rasgo una correlación baja ($R=0,18$) no significativa ($R=0,26$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor dos hace mención a la satisfacción que tiene la persona para interrelacionarse con amigos, su vecindario y además de la seguridad de su comunidad con la facilidad para realizar compras. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos

intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

Con respecto al factor tres (familia y familia extensa) existe una correlación baja ($R=0,26$) no significativa ($P=0,10$) y en depresión rasgo una correlación baja ($R=0,04$) no significativa ($P=0,79$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor tres manifiesta la satisfacción de la relación que tiene una persona con cada uno de los miembros de la familia, parientes (abuelos, tíos, primos). Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas.

En cuanto al factor cuatro (educación y ocio) de la variable calidad de vida con la variable depresión estado existe una correlación baja ($R=0,07$) no significativa ($P=0,68$), y con depresión rasgo existe una correlación baja negativa ($R=-0,26$) no significativa ($P=0,10$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor cuatro determina el grado de satisfacción según el grado de estudios alcanzados, además el tiempo libre que tiene y la forma como lo emplea. A su vez Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

En cuanto al factor cinco (medios de comunicación) de la variable calidad de vida y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,16$) no significativa ($P=0,32$) y en depresión rasgo una

correlación negativa ($R=-0,16$) no significativa ($P=0,30$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor cinco determina la satisfacción que tiene respecto a la calidad de programas de televisión, cines, periódicos y revistas, que hacen uso en su vida. Del mismo modo Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

En cuanto al factor seis (religión) de la variable calidad de vida y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,15$) no significativa ($P=0,34$) y en estado rasgo existe una correlación baja ($R=0,11$) no significativa ($P=0,48$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor seis determina satisfacción de la persona en relación con la vida religiosa en su entorno y de su comunidad. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

Finalmente, con respecto al el factor siete (salud) y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,19$) no significativa ($P=0,22$) y en estado rasgo existe una correlación negativa baja ($R=-0,26$) no significativa ($P=0,10$). Según Olson & Barnes (citado por Grimaldo (2003) el factor siete indica la satisfacción de salud en el individuo, asimismo la salud presente en los miembros de la familia. Por otro lado Spielberger (2003) “hace una definición con respecto a

la depresión estado tomando como base el DSM-IV-TR en la cual especifica que, depresión estado se refiere a una condición puntual, con presencia de síntomas dentro de un periodo de al menos dos semanas” mientras que la depresión rasgo “hace referencia a una disposición general de la afectividad, de mayor duración aunque menos intensidad que el estado y que genera vulnerabilidad frente a la posibilidad de desarrollar reacciones depresivas”.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

El estudio llega a las siguientes conclusiones en los usuarios que acuden a un centro del adulto mayor:

- Entre la calidad de vida y la dimensión depresión estado existe una correlación muy baja ($R=0,19$) no significativa ($P=0,23$), con la dimensión depresión rasgo se puede apreciar que existe una correlación muy baja ($R=0,06$) no significativa ($P=0,70$).
- Los porcentajes evaluados se encuentran en el nivel malo y tendencia baja, de la variable calidad de vida.
- Se encontró que en cuanto a la variable depresión estado rasgo, en el 54,8% de los evaluados existe presencia de depresión estado, y en cuanto a la depresión rasgo, el 54,8% se encuentra en un nivel normal.
- Existe una correlación baja negativa ($R=-0,02$) no significativa ($P=0,91$) entre el factor uno (Hogar y bienestar económico) de la variable calidad de vida y depresión estado, y en cuanto a este mismo factor y la depresión rasgo existe una correlación baja ($P=0,04$) no significativa ($R=0,79$).
- En cuanto al factor dos (amigos vecindario y comunidad) de la variable calidad de vida, con depresión estado existe una correlación baja ($R=0,21$) no significativa ($P=0,18$) y con depresión rasgo una correlación baja ($R=0,18$) no significativa ($R=0,26$).
- Existe una correlación baja ($R=0,26$) no significativa ($P=0,10$) entre el factor tres vida (familia y familia extensa) de la variable calidad de vida con la variable depresión estado y en cuanto a la depresión rasgo existe una correlación baja ($R=0,04$) no significativa ($P=0,79$).

- En cuanto al factor cuatro (educación y ocio) de la variable calidad de vida con la variable depresión estado existe una correlación baja ($R=0,07$) no significativa ($P=0,68$), y con depresión rasgo existe una correlación baja negativa ($R=-0,26$) no significativa ($P=0,10$).
- En cuanto al factor cinco (medios de comunicación) de la variable calidad de vida y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,16$) no significativa ($P=0,32$) y en depresión rasgo una correlación negativa ($R=-0,16$) no significativa ($P=0,30$).
- En cuanto al factor seis (religión) de la variable calidad de vida y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,15$) no significativa ($P=0,34$) y en estado rasgo existe una correlación baja ($R=0,11$) no significativa ($P=0,48$).
- Finalmente con respecto al el factor siete (salud) y depresión estado existe una correlación baja ($R=0,19$) no significativa ($P=0,22$) y en estado rasgo existe una correlación negativa baja ($R=-0,26$) no significativa ($P=0,10$).

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

6. RECOMENDACIONES

Después de conocer las conclusiones del presente trabajo de investigación se recomienda las siguientes actividades:

- Realizar un programa de intervención en desarrollo personal dirigido a los adultos mayores, en cuanto al autoestima. En el autoestima se trabaja la manera en cómo se pueden valorar la etapa del desarrollo humano en la cual ellos se encuentran, y valorar todas la experiencias que han pasado a lo largo de su vida, esto les permitirá fomentar su desarrollo personal. Realizar talleres vivenciales que permitan crear equipos de trabajo sólidos y a tu vez fomenten una buena percepción del clima laboral.
- Establecer una campaña de sensibilización sobre la calidad de vida que se le está dando a los adultos mayores, tratando de involucrar a los diferentes organismos del estado, para que puedan apoyar a esta población que cada vez es más vulnerable a la depresión.
- Realizar talleres para mejorar y optimizar las relaciones sociales con los adultos mayores, para que ellos tengan un bienestar general y por consiguiente una buena calidad de vida.
- Realizar otros estudios con variables similares para tener referentes que permitan un amplio panorama de ir conociendo y mejorando la realidad de la mencionada organización y de la población en general.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ANEXOS.

Agudelo Vélez, D. M., Casadiegos Garzón, C. P., & Sánchez Ortiz, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1).

Calle, N. H. (2012). “Calidad de vida del adulto mayor, hospital regional de la policía nacional del Perú. Chiclayo, 2010”. Chiclayo.

Dávila Cubas, M. E., & Flores Llontop, I. D. C. (2017). Programa “Intencionalmente autotrascendente” en el sentido de vida en adultos mayores.

Cruz-Virosa, I., José-Cabello-Eras, J., Sorinas-González, L., Varela-Haro, A. D. R., & Costa-Pérez, I. (2015). Propuesta de procedimiento para el Control de Emisiones Atmosféricas en ambientes urbanos. *Ingeniería Industrial*, 36(1), 2-16.

Eras, L. P. (2015). “Relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor del centro de salud los algarrobos. Piura, 2014”. Piura.

Eras Eras, L. P. (2017). Relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos. Piura, 2014.

García, J. P. (2016). Calidad de vida del adulto mayor de la casa “polifuncional palmas reales” Los Olivos Lima 2016. Lima.

Guillén García, F., Castro Sánchez, J. J., & Guillén García, M. Á. (1997). Calidad de vida, salud y ejercicio físico. *Revista de psicología del deporte*, 6(2), 0091-110.

Grimaldo Muchotrigo, M. P. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento psicológico*, 8(15).

HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., & BAPTISTA, L. (2016). Metodología de la Investigación. Iztapalapa, México DF.

Jorge Humberto Torres Quiroz, R. J. (2013). Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo. Chiclayo.

Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 284-290.

Martí Noguera, J. J., Martínez Salvá, F., Martí Vilar, M., & Marí Mollá, R. (2007). Responsabilidad social universitaria: acción aplicada de valoración del bienestar psicológico en personas adultas mayores institucionalizadas. *Polis. Revista Latinoamericana*, (18).

Pintado, D. (2013). Clima Social Familiar y el Nivel de Calidad de Vida en los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos. *Luz, Vida y Amor” en la Ciudad de Chulucanas y en el Acilo “Hermanitas de los Ancianos Desamparados” de la Ciudad de Piura.*

Salazar, I. M. (2014). "Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de BELÉN.". Guatemala De La Asunción.

Sánchez, F. G. (2014). “Calidad de vida de adultos mayores hombres de una delegación del municipio de Toluca”. Toluca.

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2).

Turnbull, A. P. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero*, 34(3), 59-73.

Osorno Vergara, Z. G. (2013). Calidad de vida del adulto mayor en asilo.

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por el bachiller en Psicología de la Universidad Particular de Chiclayo con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión estado rasgo en usuarios que acuden a un centro del adulto mayor.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar un cuestionario. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya agradezco su participación.

PARTICIPANTE FIRMA

INVESTIGADORA FIRMA

ANEXO 02

“Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes”

I. **PRESENTACIÓN.** La presente escala tiene como objetivo medir las percepciones individuales de satisfacción dentro de los dominios de la experiencia vital de los individuos teniendo en cuenta 07 factores. La sinceridad con que respondan a las preguntas será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales.

II. **INSTRUCCIONES:** A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrecta.

III. DATOS GENERALES:

Sexo: Fecha:

Carrera profesional: Semestre Académico:

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
	Insatisfec ho	Un poco Satisfec ho	Más o menos Satisfec ho	Bastant e Satisfec ho	Completam ente Satisfecho
HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO					
1. Tus actuales condiciones de vivienda.					

2. Tus responsabilidades en la casa.					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas.					
4. La capacidad de tu familia para darles lujos.					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar.					
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD					
6. Tus amigos.					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.					
8. La seguridad en tu comunidad, o el barrio donde vives.					
9. Las facilidades para recreación (Parque, campos de juegos, etc.)					

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1	2	3	4	5
	Insatisfecho	Un poco Satisfecho	Más o menos Satisfecho	Bastante Satisfecho	Completamente Satisfecho
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA					
10. Tu familia.					
11. Tus hermanos.					
12. El número de hijos en tu familia.					
13. Tu relación con tus parientes (Abuelos, tíos, primos)					
EDUCACIÓN Y OCIO					
14. Tu actual situación escolar.					
15. El tiempo libre que tienes.					
16. La forma como usas tu tiempo libre.					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN					
17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia					

pasan viendo televisión.					
18. Calidad de los programas de televisión.					
19. Calidad del cine.					
20. La calidad de periódicos y revistas.					
RELIGIÓN					
21. La vida religiosa de tu familia.					
22. La vida religiosa de tu comunidad.					
SALUD					
23. Tu propia salud.					
24. La salud de otros miembros de la familia.					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

PUNTAJE DIRECTO:..... PERCENTIL:

PUNTAJES T:

ANEXO 03

Inventario de depresión estado rasgo (IDER)

A continuación se presenta una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (Varones o mujeres) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a como se siente en este momento y generalmente. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y como se siente en la mayoría de las ocasiones.

VARONES

En este momento....	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien.	1	2	3	4
2. Estoy apenado.	1	2	3	4
3. Estoy decaído.	1	2	3	4
4. Estoy animado.	1	2	3	4
5. Me siento desdichado.	1	2	3	4
6. Estoy hundido.	1	2	3	4
7. Estoy contento.	1	2	3	4
8. Estoy triste.	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado.	1	2	3	4
10. Me siento enérgico.	1	2	3	4

No se detenga continúe contestando del 11 al 20

Generalmente...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
-----------------	------	------	----------	-------

1. Disfruto la vida.	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado.	1	2	3	4
3. Me siento pleno.	1	2	3	4
4. Me siento dichoso.	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro.	1	2	3	4
6. Estoy decaído.	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada.	1	2	3	4
8. Estoy hundido.	1	2	3	4
9. Estoy triste.	1	2	3	4
10. Me siento enérgico.	1	2	3	4

MUJERES

En este momento....	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien.	1	2	3	4
2. Estoy apenada.	1	2	3	4
3. Estoy decaída.	1	2	3	4
4. Estoy animada.	1	2	3	4
5. Me siento desdichada.	1	2	3	4
6. Estoy hundida.	1	2	3	4
7. Estoy contenta.	1	2	3	4
8. Estoy triste.	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada.	1	2	3	4
10. Me siento energética.	1	2	3	4

No se detenga continúe del 11 al 20

Generalmente...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Disfruto la vida.	1	2	3	4
2. Me siento desgraciado.	1	2	3	4
3. Me siento plena.	1	2	3	4
4. Me siento dichosa.	1	2	3	4
5. Tengo esperanzas sobre el futuro.	1	2	3	4
6. Estoy decaída.	1	2	3	4
7. No tengo ganas de nada.	1	2	3	4
8. Estoy hundida.	1	2	3	4
9. Estoy triste.	1	2	3	4
10. Me siento energética.	1	2	3	4