



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



**TESIS**

**"NIVEL DE DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD  
DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, EN UN CENTRO DEL  
ADULTO MAYOR DE ESSALUD JAÉN - 2016".**

Para obtener el Grado Académico de Licenciado en Psicología

**AUTORAS:**

Bach. Ps. Rosela Jhoana Risco Yajahuanca  
Bach. Ps. Yessica Katteriny Morales Huayama

**ASESORA:**

**Dra. Ps. ALICIA ALARCÓN SÁNCHEZ**

Jaén – Perú

2019

## **PRESENTACIÓN**

Señores docentes, dignos integrantes del jurado calificador, de acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Particular de Chiclayo, ponemos a vuestra consideración la Tesis titulada “Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, en un centro del adulto mayor de EsSalud Jaén - 2016”, elaborada con el propósito de obtener el Grado Académico de Licenciadas en Psicología.

El presente estudio de tipo descriptiva relacional no causal, porque trata de hallar correspondencia entre una variable y otra sin aventurarse a plantear una relación causal, se orientó a determinar el nivel de influencia que tiene la depresión en la calidad de vida de las personas que acuden al Centro del Adulto Mayor de EsSalud en la provincia de Jaén, región Cajamarca, durante el año 2016.

Estando dispuestos a aceptar su veredicto, respecto a la ejecución del presente trabajo de investigación, es propicia la oportunidad para expresar nuestros sinceros agradecimientos a ustedes, señores miembros del jurado, al igual que a todos los docentes de la escuela de esta prestigiosa universidad, por todas sus orientaciones y conocimientos compartidos en el proceso de nuestra formación profesional.

Jaén, febrero del 2019.

---

**Bach. Ps. Yessica Katteriny Morales**  
**Huayama**

Investigadora

---

**Bach. Ps. Rosela Jhoana Risco**  
**Yajahuanca**

Investigadora

## **DEDICATORIA**

Agradezco a Dios, a mis padres y hermanos, por ser la fuerza y motivo que me mueven a seguir adelante, por apoyarme siempre y por todo el amor que me han dado y siguen dando, porque sin su apoyo jamás hubiera podido alcanzar mis metas propuestas.

Yessica Katteriny Morales Huayama

Agradecer a Dios por su fuerza y protección; a mis padres por su profundo amor, dedicación y apoyo brindado para poder alcanzar mis objetivos, y a mis hijos por ser el gran motivo de seguir adelante y ser alguien mejor.

Rosela Jhoana Risco Yajahuanca

agradecemos a los usuarios y encargada del Centro del Adulto Mayor en Jaén, por la confianza y el apoyo brindado durante el desarrollo de nuestro trabajo de investigación.

## **AGRADECIMIENTO**

A través de este trabajo de investigación queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a las personas responsables del funcionamiento del Centro del Adulto Mayor de EsSalud, en la provincia de Jaén, por su apoyo y colaboración desinteresada en el desarrollo del estudio.

Agradecer a la Universidad Particular de Chiclayo Filial Jaén, a través del Mag. Andrés Chuquiruna León, director de la sede Jaén, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestros estudios de licenciatura y a cada uno de los docentes de esta casa de estudio, prestigiosos profesionales, que enriquecieron con sus acertados y sabios consejos, nuestra formación personal y profesional como psicólogos comprometidos e identificados con la salud mental.

Agradecer a la, Dra. Ps. Alicia Alarcón Sánchez, asesora del presente estudio, cuya fuente de conocimiento y esfuerzo desprendido permitió la realización y culminación de la investigación.

**LAS AUTORAS.**

## **RESUMEN**

El adulto mayor atraviesa por un proceso de envejecimiento caracterizado por diversos cambios ya sea a nivel biológico, psicológico y social, los cuales presentan elementos impulsores para desencadenar la depresión, por lo que se realizó el trabajo de investigación titulado “Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud – Jaén, 2016”. El objetivo general fue determinar el grado de relación que existe entre el nivel de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016. El estudio pertenece a las investigaciones cualitativas, no experimentales, con diseño correlacional causal porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables. La población estuvo constituida por 40 adultos mayores inscritos en el Centro del Adulto Mayor de EsSalud, Jaén. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Escala de Yesavage) y para la variable calidad de vida del adulto mayor se utilizó el Cuestionario WHOQOL – Bref. Los resultados evidenciaron que existe relación positiva débil entre la Depresión y calidad de vida de adultos mayores, cuyo nivel predominante de depresión general es el nivel Leve (52.5%) y en cuanto a calidad de vida, el nivel predominante es el nivel medio (55.0%).

Palabras clave: adulto mayor, depresión, calidad de vida.

## **ABSTRACT**

The older adult is going through an aging process characterized by various changes, whether at the biological, psychological and social level, which have driving elements to trigger depression, so the research work entitled “Depression level and its relationship was carried out in the quality of life of the elderly in a center of the elderly in EsSalud - Jaén, 2016”. The general objective was to determine the degree of relationship that exists between the level of depression and quality of life of the elderly in a center for the elderly in EsSalud in the city of Jaén, during 2016. The study belongs to qualitative research, non-experimental, with causal correlational design because it is done without deliberate manipulation of variables. The population consisted of 40 older adults enrolled in the EsSalud Senior Adult Center, Jaén. The technique used was the interview and the Abbreviated Geriatric Depression Scale (Yesavage Scale) and for the variable quality of life of the elderly, the WHOQOL - Bref Questionnaire was used. The results showed that there is a weak positive relationship between the Depression and quality of life of older adults, whose predominant level of general depression is the Mild level (52.5%) and in terms of quality of life, the predominant level is the medium level (55.0 %).

Keywords: elderly adult, depression, quality of life.

## ÍNDICE

|                                                      |     |
|------------------------------------------------------|-----|
| PRESENTACIÓN.....                                    | ii  |
| DEDICATORIA .....                                    | iii |
| AGRADECIMIENTO .....                                 | iv  |
| RESUMEN.....                                         | v   |
| ABSTRACT.....                                        | vi  |
| CAPÍTULO I.....                                      | 9   |
| PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....                      | 9   |
| 1.1. Introducción .....                              | 9   |
| 1.1. Realidad problemática .....                     | 12  |
| 1.2. Formulación del problema.....                   | 16  |
| 1.2.1. Problema general .....                        | 16  |
| 1.2.2. Problemas específicos .....                   | 17  |
| 1.3. Justificación de la investigación .....         | 17  |
| 1.3.1. Justificación teórica.....                    | 17  |
| 1.3.2. Justificación práctica .....                  | 18  |
| 1.3.3. Justificación metodológica .....              | 19  |
| 1.4. Alcance y limitaciones de la investigación..... | 20  |
| 1.5. Objetivos de la investigación.....              | 22  |
| 1.5.1. Objetivo general (OG).....                    | 22  |
| 1.5.2. Objetivos específicos (OE).....               | 22  |
| 1.6. Hipótesis de la investigación.....              | 23  |
| 1.6.1. Hipótesis general (HG).....                   | 23  |
| 1.6.2. Hipótesis Específicas (HE).....               | 23  |
| CAPÍTULO II.....                                     | 25  |
| MARCO TEÓRICO .....                                  | 25  |
| 2.1. Antecedentes de la investigación.....           | 25  |
| A nivel internacional .....                          | 25  |
| A nivel nacional .....                               | 30  |
| 2.2. Base teórica científica.....                    | 32  |
| 2.2.1. Depresión. ....                               | 32  |
| 2.2.1.1. Teorías del envejecimiento .....            | 37  |
| A. Teorías biológicas .....                          | 38  |

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| B. Teorías sociológicas .....                                | 39  |
| C. Teoría de la modernización. ....                          | 41  |
| D. Teoría de la actividad. ....                              | 42  |
| E. Teoría de la desvinculación. ....                         | 43  |
| F. Teoría de la continuidad. ....                            | 43  |
| 2.2.1.2. Causas de la depresión.....                         | 44  |
| 2.2.1.3. Tipos de depresión.....                             | 47  |
| 2.2.1.4. Síntomas de la depresión.....                       | 51  |
| 2.2.1.5. Factores de riesgo de la depresión. ....            | 55  |
| 2.2.1.6. Tratamiento de la depresión.....                    | 60  |
| 1.2.2. Calidad de vida. ....                                 | 65  |
| 1.2.2.1. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida. ....    | 69  |
| 1.2.2.2. Mediciones de la calidad de vida.....               | 70  |
| 1.2.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud. ....      | 77  |
| 1.2.2.4. Envejecimiento y calidad de vida. ....              | 80  |
| 1.2.2.5. Calidad de vida en las personas mayores. ....       | 82  |
| 1.3. Definición de términos básicos.....                     | 83  |
| CAPÍTULO III.....                                            | 85  |
| MARCO METODOLÓGICO .....                                     | 85  |
| 3.1. Método de investigación. ....                           | 85  |
| 3.2. Operacionalización de variables. ....                   | 87  |
| 3.2.1. Definición conceptual .....                           | 88  |
| 3.4.2. Definición operacional.....                           | 88  |
| 3.3. Diseño de estudio. ....                                 | 89  |
| 3.4. Población y muestra .....                               | 89  |
| 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....    | 90  |
| 3.6. Procesamiento, análisis e interpretación de datos ..... | 97  |
| CAPÍTULO IV .....                                            | 99  |
| PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....                  | 99  |
| 4.1. Presentación de resultados .....                        | 99  |
| 4.2. Discusión de los resultados .....                       | 102 |
| CONCLUSIONES .....                                           | 109 |
| SUGERENCIAS.....                                             | 110 |
| LISTA DE REFERENCIAS.....                                    | 111 |
| ANEXOS.....                                                  | 114 |

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Introducción**

Los adultos mayores son un grupo humano susceptible a sufrir depresión por las disfuncionalidades y desgaste de órganos por las que se atraviesan en el proceso de envejecimiento, por las características de la actual sociedad, que no los acepta como una población activa y con derechos; haciendo que se sientan inútiles, incapaces, con baja autoestima y desdichados por llegar a esta etapa de la vida.

La población adulta mayor comprende de los 60 años a más, sin embargo, es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas de depresión, tanto por el proceso de envejecimiento, necesidades, sociales, económicos, psicológicos, entre otros, factores que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través del ciclo de vida, por lo tanto, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida, están relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

Actualmente, los estados depresivos constituyen uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica,

siendo un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad.

La depresión del anciano no es bien conocida. La mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos (depresión) se efectúan en la población joven, sin embargo, el envejecimiento poblacional en los países, muestran una tendencia clara para el incremento de este problema en el futuro, tal vez encontremos como causa la longevidad que estamos alcanzando al incrementar la expectativa de vida de las poblaciones. Vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de la depresión.

Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas, cuyos sucesos que pueden actuar como desencadenantes de la depresión en personas mayores son la muerte del cónyuge o ser querido (riesgo mayor en el primer año), una enfermedad médica quirúrgica, problemas crónicos de salud o incluso que el mayor tenga una mala autopercepción de salud.

La presente investigación, está orientada a describir la influencia de la depresión en la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta que, por la misma edad, la persona se caracteriza por evidenciar conductas especiales que necesitan la comprensión y atención de su círculo familiar más cercano, con la finalidad de no abandonarlo a su suerte, donde el mayor termine deprimido cuyas consecuencias pueden ser dañinas para su salud.

Por ello el objeto de estudio son los niveles de depresión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016, en concordancia con el objetivo general de determinar el grado de relación que tiene el nivel de depresión en la calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016, planteándose como hipótesis que el nivel de depresión influye significativamente en la calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Este estudio se justifica porque la depresión es un trastorno de ánimo con una prevalencia en los mayores de 60 años, muchos de ellos abandonados a su suerte, sin contar con el apoyo de sus familiares y en muchos de ellos, no se conocen los factores que han desencadenado este terrible mal por la escasa toma de conciencia del impacto de la enfermedad en esta población; sin embargo, en nuestro país aún no se tienen claros los factores de riesgo y signos tempranos de esta enfermedad que no permite tener evidencias para realizar medidas preventivas sólidas y permanentes en el tiempo.

Estructuralmente, la investigación se divide en cinco capítulos. El primero corresponde al planteamiento del problema, en el que se considera la introducción, las precisiones sobre la situación problemática, la descripción y la contextualización del problema, la pertinencia, relevancia e impacto de la investigación; seguidamente se presenta la formulación del problema; la justificación teórica, práctica y metodológica; los alcances y limitaciones de la investigación y finalmente, los objetivos y hipótesis que definen con claridad lo que se quiere lograr al finalizar la investigación.

El segundo capítulo, se refiere al marco teórico, en el que se presentan los antecedentes de investigación; las teorías que enmarcan todo el proceso de la investigación; el marco teórico científico que define explícitamente los fundamentos teóricos, tanto de la variable dependiente como de la independiente con todas sus dimensiones e indicadores que aparecen en la operacionalización de variables; concluye el capítulo definiendo los términos básicos utilizados en el curso del proceso investigativo.

El tercer capítulo, lo constituye el marco metodológico de la investigación científica, aborda puntos específicos relacionados con el método, tipo y diseño de investigación; las variables con su respectiva operacionalización; población y muestra del estudio; las técnicas e instrumentos de recolección de datos; así como el procesamiento y análisis de los resultados; finalmente describe la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados para darle mayor consistencia científica a la investigación.

El cuarto capítulo, está referido a los resultados y la discusión en el que se evidencian datos concretos por dimensiones y por cada variable de estudio en el que resalta la descripción de cada cuadro, además del contraste y triangulación de la información en relación con el marco teórico científico (MTC) y todos los componentes básicos del estudio. En la parte final del capítulo se evidencian las conclusiones, sugerencias y las referencias bibliográficas.

### **1.1. Realidad problemática**

La modernidad, en pleno siglo XXI, está acompañada del envejecimiento de la población, factor social inherente a la humanidad. El envejecimiento, debe ser valorado como el cumplimiento de metas que abre las puertas a las grandes

oportunidades para las nuevas generaciones; por lo tanto, esta etapa, debe ser la oportunidad para que las personas mayores vivan de manera digna y un pleno bienestar; sin embargo, siendo un proceso que abarca todo el ciclo vital de las personas, se convierte en un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos para los sujetos que experimentan la vejez, como para la sociedad.

Actualmente, la sociedad está cambiando su pirámide poblacional, viendo incrementada la población adulta mayor en relación a la población total. Por ello podemos decir que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo XX y del siglo XXI. A nivel mundial, este grupo poblacional se duplicará, pasando del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones) entre 2000 y 2025, llegando a 2,000 millones en el 2050 representando el 25% de la población. Este impacto demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significa que el número de personas de más de 60 años, que eran alrededor de 600 millones, llegarán a casi 2,000 millones en el 2050, incrementándose del 10% de 1998 al 15% en el 2025, siendo más notable en los países en desarrollo. (Schkolnik, 2007), citado en (Baldera, 2016).

Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU), consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianos y mayores de 90 años son grandes viejos. La OMS informa que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad

sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (OMS, 2014).

A nivel social, los adultos mayores son fuertemente discriminados, considerados como un estorbo para las familias, incapaces de realizar actividades por estar enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas básicas dentro del entorno social. Un problema creciente en la sociedad actual es el abandono, por ello tiene una alta probabilidad de convertirse en adultos mayores con depresión, que puede desencadenar en consecuencias graves como el alcoholismo o el suicidio. (Solano, 2016)

Al respecto, Alonso, (2011), considera que "...la depresión es una enfermedad que se ha mantenido constantemente como una espada de Damocles sobre las cabezas de pacientes y familias, y en más de una ocasión los profesionales de la salud se han enfrentado a pacientes que han concluido en la mayor o peor complicación de esta enfermedad, el suicidio".

La depresión puede variar, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional (López, 2013).

En sí, la depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en la tercera edad debido a la presentación atípica de sus síntomas,

es decir, el paciente anciano tiende a maximizar los trastornos físicos y minimiza los cognitivos. El paciente anciano, debido a múltiples factores propios de su edad, se encuentra en la mayoría de los casos en abandono, las familias se enfocan en las relaciones con la gente joven y en satisfacer sus propias necesidades; sin embargo, el anciano también forma parte del medio sociocultural en el que nos desenvolvemos y se encuentra marginado y poco valorado. (Alfonso, 2011)

Al analizar y evaluar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, implica destacar su aspecto metodológico que comprende medidas objetivas y subjetivas sobre las características personales y contextuales en las que se lleva a cabo la vida cotidiana de este segmento de la población. El concepto de calidad de vida comenzó a emplearse en el mundo académico de manera creciente, alrededor de los años 60 y desde entonces el trabajo de reflexión científica y desarrollo empírico han sido continuos (Larios, 2015).

Los estudios de calidad de vida en la actualidad se proponen profundizar en los factores objetivos que conducen al bienestar de los individuos, y en los procesos psicológicos que llevan a la persona a la satisfacción y felicidad. En ese sentido, Larios, (2015), considera que la calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales que influyen en el comportamiento de los individuos. La calidad de vida de las personas de edad, se analiza utilizando algunos indicadores, entre los que se encuentran la salud, las habilidades funcionales (habilidades para cuidarse a uno mismo), la situación financiera (tener una pensión o renta), las relaciones sociales, comodidad en el propio hogar, satisfacción con la vida y con el propio envejecimiento.

Frente a esta problemática que hemos expuesto en los párrafos anteriores, los países entre ellos el Perú, han creado instituciones y programas dirigidos a apoyar al adulto mayor con la finalidad de incrementar la calidad de vida a través de actividades de índole educativa, recreativa y promoción a la salud entre otros; sin embargo, también hemos observado que en la región Cajamarca, específicamente en la provincia de Jaén, son pocos los programas que ofrecen el apoyo a este grupo vulnerable en materia de salud mental.

Así mismo en el contexto internacional y nacional, también hemos investigado que existen numerosos estudios y artículos científicos relacionados con la calidad de vida; sin embargo, muy pocos relacionados con la influencia de la depresión en la calidad de vida del adulto mayor; menos en el contexto de la investigación, no se encuentra ningún estudio o archivo favorable a la muestra de investigación. Con este trabajo de investigación, se pretende contribuir al conocimiento del grado de relación de la depresión de las personas mayores en esta etapa de su existencia en relación con ciertos indicadores de calidad de vida. Dado la problemática descrita y consciente de la importancia del estudio en el campo de la psicología, nos planteamos el siguiente problema de investigación:

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es el nivel predominante de depresión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?

¿Cuál es el nivel predominante de calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?

¿Cuál es la relación que existe entre depresión y las diferentes dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?

## **1.3. Justificación de la investigación**

### **1.3.1. Justificación teórica**

Investigaciones recientes demuestran que a nivel mundial, estadísticamente la población adulta mayor está logrando tener mayor expectativa de vida, alcanzando dentro de la pirámide poblacional porcentajes del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones), entre el 2000 y 2025, llegando a 2,000 millones en el 2050 representando el 25% de la población, convirtiéndose el envejecimiento de la población en un problema para sociedades como la nuestra, cuyas políticas de salud aún no están preparadas en la atención de las necesidades particulares del adulto mayor, originando muchas veces que esta población se encuentre en estado de vulnerabilidad, al estar solos o sin apoyo familiar (Baldera, 2016).

Así mismo, su condición de vulnerabilidad se incrementa teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número

de enfermedades con evolución más lenta conllevándolo al deterioro de sus capacidades físicas, a esto se suman los problemas sociales y psicológicos, el abandono, el nivel socio económico que se evidencia en calidad de vida, la baja autoestima, altos niveles de estrés y estados de depresivos que según algunos estudios constituyen uno de los padecimientos más frecuentes asociado a la alta mortalidad en la población mayor de 60 años. (Alfonso, 2011)

A partir de esta perspectiva que nos arroja una idea generalizada, hemos considerado la necesidad se justifica el presente estudio, dado que las investigaciones de calidad de vida permiten buscar información acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en la familia y en el individuo, así como las consecuencias que pueden producir en la salud y el bienestar de las personas (calidad de vida), sobre todo en la etapa de adulto mayor de centro del adulto mayor de Essalud Jaén.

### **1.3.2. Justificación práctica**

Contextualizando la problemática de la presente investigación a la realidad de la provincia de Jaén, las características son similares, por lo que los resultados del estudio van a permitir implementar medidas correctivas a iniciativa de las instituciones promotoras y los profesionales responsables basados en talleres de entretenimiento que contribuyan con la prevención de los adultos mayores, a fin de evitar la depresión, indicador que se relaciona directamente con la calidad de vida de los mismos.

El desamparo del estado, especialmente del Ministerio de Salud (MINSA), la indiferencia de los medios de comunicación ante tan dramática realidad, la

falta de políticas de estado que incluyan de manera real, sin exclusiones a los adultos mayores en los diferentes programas de atención integral, desmotivan la participación de profesionales a cargo de este grupo de personas que necesitan mucho del estado; por ello, consideramos que los motivos principales que justifican la presente investigación es con la finalidad de contribuir a mejorar la atención y la situación precaria en la que se encuentran las personas de la tercera edad en la ciudad de Jaén, especialmente, a los adultos mayores que atiende EsSalud, Jaén.

Este estudio se concibe como una de las pocas investigaciones referentes al tema a nivel local, el mismo que se ha dicho mucho y se ha hecho poco. Este estudio, permite a su vez contribuir con las instituciones responsables a atender de manera prioritaria una problemática aparentemente sencilla, pero con mucha trascendencia en la sociedad y en cada familia que vive de cerca la depresión de sus familiares mayores de edad.

### **1.3.3. Justificación metodológica**

El presente trabajo de investigación persigue un objetivo justificable y de gran importancia como constituirse en un documento que contribuya al conocimiento científico sobre cómo influye el nivel de depresión en la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta que constituyen una población particularmente vulnerable, que requiere de estrategias de atención que les garantice una calidad de vida digna. A partir de ello, generar posteriores estudios que se puedan analizar de manera integral sobre la forma en la que las personas mayores conciben su vida, sus niveles de calidad de vida u otras dimensiones, propias del campo de investigación que en el plano local son casi inexistentes.

Este estudio beneficia a los trabajadores de los sectores de salud y psicología, quienes están a cargo del cuidado de esta población, porque los resultados permitirán sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública y en especial de la salud mental, ya que al conocer descriptivamente los factores que se asocian a la presencia de estados depresivos en esta población y su influencia en su calidad de vida, podrán diseñar y planificar actividades preventivas para solucionar la problemática encontrada y buscar alianzas estratégicas con las organizaciones de base y organismos gubernamentales en favor de esta población vulnerable.

Asimismo, los resultados de este estudio serán beneficiosos a las autoridades de diferente alcance, porque les servirá de base para elaborar proyectos de desarrollo y de inversión que permitan darle una mejor calidad de vida al adulto mayor. Por último, la Universidad Particular de Chiclayo, igualmente tendrá la oportunidad de contar con una investigación que se convertirá en un referente teórico para otras investigaciones, demostrando la calidad educativa que se imparte en sus aulas.

#### **1.4. Alcance y limitaciones de la investigación**

El espacio geográfico donde el estudio se llevó a cabo es la ciudad de Jaén, región Cajamarca; los sujetos que participaron en la investigación de manera directa fueron las personas mayores de edad que participan y asisten en el Centro del Adulto Mayor de EsSalud en la provincia de Jaén.

La presente investigación científica se enmarca dentro de los estudios formales que, según el tipo de pregunta, pertenece al tipo de investigación

teórica porque proporciona fundamentos teóricos y conceptuales al problema planteado. Las autoras consideran que este tipo de estudios pertenecen a las investigaciones descriptivas relacionales no causales porque trata de hallar correspondencia entre una variable y otra sin aventurarse a plantear una relación causal (Mejía, 2005).

En cuanto a los contenidos de la investigación, se ha tratado de la depresión, evidenciada en los estados de ánimo; así como de la calidad de vida, determinada según dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales y medio ambiente de las personas que acuden al Centro del Adulto Mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén.

Esta investigación tuvo algunas limitaciones como la deficiente colaboración de la universidad en no agilizar las gestiones necesarias y oportunas para la revisión y el levantamiento de observaciones de la tesis. sin embargo, se ha podido vencer estas barreras a base de esfuerzo y voluntad de los investigadores para ver cristalizar las metas y objetivos propuestos, propios de la investigación.

Otra de las limitaciones son los sentimientos encontrados, propios del trabajo realizado con personas adultas mayores de edad que caen en la depresión, incomodidad y tristeza al momento de aplicar los instrumentos; razones por las que se ha tenido que orientar previamente y ayudarlos, poniéndose en su lugar con la única finalidad de obtener respuestas verdaderas y confiables para el estudio.

## **1.5. Objetivos de la investigación**

### **1.5.1. Objetivo general (OG)**

Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

### **1.5.2. Objetivos específicos (OE)**

Identificar el nivel predominante de depresión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Identificar el nivel predominante de calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión, hogar y bienestar del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión, amigos, vecindario y comunidad del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión, vida familiar y vida externa del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión, educación y ocio del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión y medios de comunicación en el adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión y religión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Determinar la relación que existe entre depresión y salud del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

## **1.6. Hipótesis de la investigación**

### **1.6.1. Hipótesis general (HG)**

Existe relación entre los niveles de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

### **1.6.2. Hipótesis Específicas (HE)**

Existe relación entre depresión, hogar y bienestar del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Existe relación entre depresión, amigos, vecindario y comunidad del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Existe relación entre depresión, vida familiar y vida externa del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Existe relación entre depresión, educación y ocio del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Existe relación entre depresión y medios de comunicación en el adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Existe relación entre depresión y religión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Existe relación entre depresión y salud del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **A nivel internacional**

Zuluaga, (2010), en su investigación relacionada con la depresión, calidad de vida y condiciones de la vivienda como predictores de la mortalidad en ancianos con insuficiencia cardíaca concluye asociando los signos depresivos con la mortalidad en los ancianos de la tercera edad; asimismo, relacionan a la calidad de vida con la salud de los mayores de la tercera edad.

Flores, Cervantes, Gonzalez, Vega y Valle, (2012), en su estudio ansiedad, depresión y calidad de vida, llegaron a las conclusiones siguientes: la depresión en esta población es considerada como un indicador relevante para la buena calidad de vida y en especial se logró concluir que entre más edad tengan los adultos mayores aumentan los niveles de depresión, mientras que los indicadores de las condiciones de la vivienda, la depresión, el nivel educativo, la ocupación; resultaron tener mayor tendencia para asociarse a la buena y muy buena calidad de vida en los adultos mayores.

Asimismo, el estudio demuestra que la aplicación de la técnica WHOQOL-BREF, instrumento para determinar el nivel de calidad de vida, que en el presente estudio igualmente se está utilizando, es una herramienta apropiada para evaluar la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su calidad de vida, especialmente aquellos que habitan en viviendas multifamiliares, a su vez se identificó de una manera eficaz cuales son los indicadores que influyen

directamente en la presencia de una mala o buena calidad de vida en el adulto mayor.

Larios, (2015), en su investigación calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México, concluye afirmando que las personas mayores presentan un nivel de depresión normal, debido a que pueden hacer las cosas que quieren. Además, realiza algunos análisis correspondientes a:

- a. Factores que influyen en la alta calidad de vida. Persona con la que actualmente vive, es decir, sólo con el cónyuge sin los hijos; el estado civil, separado; o los niveles de dependencia nulos. Los aspectos que no influyen en este grupo son las relaciones, el apoyo social y el tipo de depresión.
- b. Los factores que influyen en la baja calidad de vida. El estado civil de las personas, viudez; dependencia moderada en los hombres en la realización de sus actividades diarias; relaciones y el apoyo social, donde manifestaron tener por lo menos una persona dispuesta a ayudarlo cuando la requirió y el tipo de depresión estable.

Campos, (2008), sostiene y concluye que en la función emocional que analiza varios problemas emocionales como, por ejemplo: sentirse solo, sentirse aburrido, deprimido, situaciones embarazosas y sentir preocupación por la enfermedad y el futuro. Las respuestas que más puntúan son las que están relacionadas con la dependencia (me he preocupado por ser una carga para los demás, me he sentido como si no tuviera libertad). El aporte de esta investigación, va a permitir relacionar tanto la variable depresión como la de calidad de vida, en contraste con otras investigaciones complementarias.

Honrubia, (2016), en su investigación evaluación de los aspectos positivos y de la calidad de vida relacionado con la salud en pacientes con esclerosis múltiple, confirma la importancia del entorno social, familiar y sanitario del paciente con enfermedad crónica y que el bienestar psicológico influye de manera decisiva en la calidad de vida. El paciente ve más comprometida su calidad de vida cuando tiene que afrontar los retos de las actividades de la vida diaria.

La investigación también concluyó que los pacientes que refieren altos niveles de ansiedad y depresión, obtienen niveles más bajos de calidad de vida. El paciente con una mejor calidad de vida presenta menor deterioro cognitivo y mayor satisfacción en la vida.

Otra de las conclusiones de la investigación, es que los pacientes en el transcurso de la enfermedad reaccionan con niveles más elevados de ansiedad que de depresión, aunque ambos influyen de forma decisiva en la calidad de vida. Finalmente, la investigación demuestra que las variables que mejor clasifican a los pacientes en cuanto a sus resultados de la calidad de vida son: la depresión, la ansiedad, el grado de discapacidad y satisfacción vital.

López, (2013), concluye que el 42.1% de la población estudiada cursó con algún grado de depresión, en tanto que el 57.8% no lo hizo. De la población con depresión, se halla el 53.1% en el género femenino y el 42.1% en el masculino. Por su parte, la depresión leve representa el mayor porcentaje de depresión con el 31.5% de los casos, esto significa que esta población se encuentra en fases iniciales de la patología indicando datos de alarma importantes para el diagnóstico oportuno, ya que se sabe que la depresión, si es leve, se puede

tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Se concluye además que a mayor edad mayor riesgo de padecer depresión, es decir: La prevalencia de depresión aumenta conforme la edad avanza; ya que, en los grupos de 60 hasta 69 años de edad, la depresión leve prevalece; a partir de los 65 años de edad aparecen los primeros casos de depresión moderada, aumentando la frecuencia a partir de los 70 a 74 años de edad. Los casos de depresión grave (ausentes en edades más tempranas) tienen mayor frecuencia en las edades entre 75 a 79 años (4 de los 5 casos en total) al igual que se agregan a partir de este grupo de edad en adelante.

En cuanto a la presentación de síntomas físicos los más frecuentemente reportados por los pacientes con depresión fueron: el dolor de cuello en un 45.2%, la debilidad y/o cansancio en un 33.3%, el dolor de cabeza y en extremidades (28.5% respectivamente), el dolor de espalda (27.1%) y las alteraciones del sueño en 27.0% (insomnio principalmente).

Por otro lado, las manifestaciones más frecuentemente halladas por género fueron en las mujeres la debilidad, el cansancio y en los hombres el dolor de cuello. También se observó que en la depresión grave presente en adultos de 80 años y más, se manifestaron el 100% de los síntomas físicos investigados (14 de 14), además de que en los grupos de edades en los que más casos de depresión leve y moderada hubo, se registraron igualmente el mayor número de quejas somáticas, no así en los casos sin depresión en donde en promedio se presentaron 7.6 síntomas en general.

Por lo tanto, podemos concluir que los pacientes con depresión, tienden a encubrir con mayor frecuencia la patología depresiva con más síntomas físicos, demandando importante atención en ellos además de que el clínico suele errar en el diagnóstico oportuno de posibles cuadros depresivos complicándose de este modo dicha patología.

Con respecto a factores de riesgo asociados a la depresión se halló lo siguiente: Las personas menores de 75 años muestran un grado más alto de actividad e independencia en comparación con los más grandes quienes no realizan actividades, lo que genera mayor aislamiento y dependencia de los hijos y/o del gobierno. Esto condiciona en los ancianos más grandes a sufrir depresión generada por un sentimiento de inutilidad. Además, la mujer se encuentra confinada solo a actividades del hogar en el 90.6% de los casos, de y esto influye para la presencia de sentimientos de soledad, aislamiento e incompreensión, de ahí que este género presenta la mayor frecuencia de depresión.

La depresión está altamente relacionada con síntomas físicos en los adultos mayores de 60 años de edad; lo cual se observó debido a que los pacientes con mayores grados de depresión refirieron mayor número de quejas físicas, disminuyendo estas conforme disminuía la gravedad de la patología y se reportaron al mínimo en pacientes sin depresión. Además, la investigación concluye que existen diversos factores de riesgo que expone a la población a padecer cuadros depresivos sin un diagnóstico oportuno tanto por el personal de salud y por la familia. La soledad, la falta de ocupación laboral y la falta de cariño por parte de los familiares, en general de atención, juegan un papel preponderante en la prevención o en el desarrollo de la patología.

## **A nivel nacional**

Baldera, (2016), concluye que un alto porcentaje de adultos mayores se encuentran con estado de salud mental deteriorado, presentando el 45.8% un estado depresivo severo y un 37.5% estado depresivo moderado. Se demuestra que la autoestima como factor psicológico tiene un nivel de asociación elevado con el estado depresivo que presentan los adultos mayores del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí. De la investigación podemos rescatar la idea de que la depresión es un factor influyente en varias dimensiones de la vida del adulto mayor, y la calidad de vida no será una excepción.

Ruelas, (2011), en su investigación acerca de los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores, llega a las siguientes conclusiones:

El factor psicológico es aquel que se presentó mayoritariamente en los adultos mayores con nivel de depresión leve, y minoritariamente el factor social. Siendo los factores biopsicosociales aquellos elementos de carácter biológico, psicológico y social que tienen un carácter impulsor para desencadenar la depresión en el adulto mayor.

La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta.

El sentimiento de soledad y la autoestima baja constituyen los principales indicadores del factor psicológico que se presentan mayoritariamente en los adultos mayores con nivel depresión leve. Dentro de los factores psicológicos se encuentran las alteraciones en los procesos intelectuales como la pérdida de memoria, autoestima, sentimientos de soledad, inutilidad e impotencia, entre otros.

Las dificultades económicas es el indicador más relevante del factor social y que se presentó en mayor porcentaje de adultos mayores con nivel de depresión leve. Los factores sociales que se presentan principalmente son la pérdida del cónyuge, dificultades económicas, discriminación, alejamiento de familiares, entre otros.

Vargas, (2013), en su investigación con afán de determinar el grado de depresión del adulto mayor, concluye que los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodolfo Viuda de Canevaro presentan un riesgo moderado de depresión. Según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad. Sin embargo, dicha relación no es significativa. Según cifras porcentuales, los adultos mayores de sexo femenino tienen mayor riesgo de depresión que los adultos mayores de sexo masculino. Sin embargo, dicha relación no es significativa, información valiosa que va a permitir confirmar la relación existente entre el nivel de depresión y la calidad de vida del adulto mayor.

Solano, (2016), en su investigación relacionada con la disfunción familiar y la depresión del adulto mayor concluye que el 48% de los adultos mayores presentó disfunción familiar leve, el 25% disfunción familiar moderada, el 15%

disfunción familiar severa y solo 11.7% no presentó disfunción familiar. Concluye expresando que existe relación significativa entre funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor. Se considera la información, porque guarda relación estrecha con el presente estudio en las dimensiones que corresponden a la variable de depresión.

## **2.2. Base teórica científica**

### **2.2.1. Depresión.**

La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo. Aunque la mayoría de las personas experimenta tristeza de vez en cuando, en algunos casos estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana. Estas personas pueden tener un trastorno denominado depresión.

Al respecto, Alonso, (2011), considera a la depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. Muchas personas con una enfermedad depresiva nunca buscan tratamiento. La depresión es un estado de espíritu de melancolía, tristeza o desesperación. La intensidad y la duración de este estado dependen de la personalidad, de los factores que desencadenan el proceso y de la situación actual de la vida del paciente. Mientras que para Avalía, (2014), la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento.

Desde esta perspectiva, Estella, Zamora, Rodríguez y Castro, (2008), en su investigación realizada en España, encontró que una de cinco personas sufre algún episodio de depresión a lo largo de su vida. Esta realidad, no es ajena a la nuestra que por la diversidad de la problemática y las condiciones que viven los adultos mayores, se cree que la tendencia puede ser mayor.

Para el autor, la depresión es una alteración incluida dentro del estado de ánimo cuya principal manifestación es la alteración en el sentido de ánimo bajo. Al respecto, Alonso, (2011) considera que, la depresión es tal vez la más irreconocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, y los costos directos e indirectos son mayores que cualquier otra enfermedad, excepto las cardiovasculares.

Para Cardoma Pescador, (1990), citado en López J. C., (2005), la depresión no se puede describir como un estado de desaliento temporal que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento. En términos médicos, depresión es una enfermedad severa que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y el comportamiento.

El término depresión en su uso común es vago y tiene diferentes significados, por lo que se recomienda ser cuidadoso al definir y diagnosticar esta enfermedad, ya que sus síntomas pueden parecerse a los de otras enfermedades o atribuirse a otras condiciones como el estrés, problemas de sueño o al exceso de trabajo. (Kramlinger, 2002), citado por (López J. C., 2005).

Tampoco hay que confundir la depresión por ocasiones en las que las personas se sienten tristes, apesadumbradas o abatidas, pero por corto tiempo.

La enfermedad de la depresión es más que un estado de desaliento transitorio o un periodo de estrés. La verdadera depresión, lo que los médicos llaman a menudo enfermedad depresiva o depresión clínica se caracteriza por lo siguiente: tiene una duración de dos semanas por lo menos, a menudo mucho más; presenta síntomas específicos relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento, el pensamiento y la visión de futuro; deteriora su capacidad para funcionar en la vida diaria; requiere tratamiento médico, psicológico o ambos (López J. C., 2005).

La definición que más se ajusta a los objetivos de la presente investigación sobre depresión es la propuesta de APA, (1995) la cual dice que la depresión se considera como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. Afirma que la depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, melancolía, abatimiento, desánimo) o una pérdida de interés o placer por todo o casi todas las actividades, con síntomas asociados como la alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o intentos suicidas. (American, Psychiatric Association, 1995), citado por (López J. C., 2005).

También se toma la definición de Rojas, (1979), citado en López J. C., (2005), ya que este autor considera como un elemento importante de la depresión la baja autoestima, esta variable es relevante para la investigación, porque conceptúa a la depresión como un trastorno del estado afectivo que se caracteriza por una baja apreciación del yo, que se manifiesta con baja

autoestima, la cual abarca en ocasiones, sentimientos de soledad, decepción y preocupación, sentimiento de culpa con deseos de morir, presentándose pérdida de expresión del humor, del interés de la energía, del gusto, aptitud y viveza.

En general, Morillas, (2013) sostiene que cualquier persona puede padecer depresión en algún momento de su vida. No obstante, existen algunas que tienen una mayor predisposición, como las personas que han vivido un suceso estresante; personas con estrés crónico (estrés continuo); aquellas personas que han perdido un empleo o tienen dificultades para encontrarlo; mujeres que experimentan cambios hormonales; aquellos con historia familiar de depresión; personas que han tenido una infancia difícil incluyendo las primeras experiencias de duelo; mujeres embarazadas; personas que sufren una determinada enfermedad física; personas que tienen algún otro problema de salud mental; aquellas con una enfermedad potencialmente mortal o con dolor crónico; personas con algún desequilibrio químico; personas que previamente han estado deprimidas; carencias en la exposición a luz solar en invierno; personas que tienen dificultades de adaptación tras desplazarse a un país extranjero (inmigrantes).

Por ser una enfermedad de todos los tiempos, la depresión está presente en los días actuales, y se puede afirmar que son muchos los depresivos célebres y se suman, por millones, los enfermos que yacen en el anonimato. Son tantos los depresivos en los tiempos modernos, que algunos llegan a afirmar que la depresión es la dolencia del siglo (Claro, 2003).

La depresión es considerada como la presencia de factores inespecíficos y atípicos de la enfermedad en el anciano, debido a que en ella confluyen

diferentes aspectos que sirven de detonantes o causas, como lo son la pérdida de algún familiar y del cónyuge, el estado de salud, la situación familiar, su estado laboral, su situación económica, las relaciones sociales que establece con su entorno, el tipo de actividades que realiza y la percepción que tiene sobre su vida. “La depresión, es sin duda el trastorno de afecto que se presenta con mayor frecuencia... y es importante diferenciarlo de la tristeza como una emoción no patológica” (Sosa, 2000), citado en (Larios, 2015).

Entonces, la depresión, entendida como síndrome, presenta una serie de “signos y síntomas que acompañan al afecto depresivo. Los más frecuentes son trastornos del sueño y del apetito (incremento o disminución), ansiedad, retardo o agitación psicomotora, pérdida del interés, apatía, anhedonia, pesimismo, aislamiento, irritabilidad, deseos de muerte, sentimiento de culpa, fatiga, disminución de la energía, dificultad para tomar decisiones y alteración del funcionamiento cognoscitivo; la atención y la memoria son las funciones más afectadas” (Sosa, 2000), citado en (Larios, 2015).

Conforme a la conceptualización que la OMS hace de la depresión, ésta es considerada como:

“Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración [...] puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” (OMS, 2013), citado en (Larios, 2015).

La depresión, por lo tanto, no sólo es una enfermedad que afecta más a las mujeres que a los hombres, sino que ella es causa de discapacidad en las personas; por lo que la depresión afecta, en forma negativa, en la calidad de vida de las personas. Situación que genera un sentimiento de soledad o

aislamiento, haciendo que poco a poco se vayan retrayendo, aunado a la fragilidad física que aumenta en este periodo de la vida, hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyendo sus contextos de participación, lo que reduce sus redes de apoyo social y emocional, posibilitando así la psicopatología de la depresión en esta población (González, 2010), citado en (Larios, 2015).

#### **2.2.1.1. Teorías del envejecimiento**

Garrido, (2009), describe de manera explícita las teorías científicas que explican de manera detallada todo el proceso de envejecimiento en la persona, atribuyendo varios factores y modalidades intervinientes. Las teorías que se propone, enmarcan y fundamentan el marco teórico científico de la presente investigación; por lo que detallamos cada una de ellas.

A lo largo de la historia, los humanos siempre han tratado de explicar las causas y mecanismos que originan el fenómeno del envejecimiento, pero aún hoy en día éste es un hecho inexplicable. Resulta evidente que el paso del tiempo conlleva a modificaciones en el aspecto y capacidades de nuestro organismo, pero los cambios del cuerpo humano no son exclusivos de las personas mayores, sino que se suceden a lo largo de toda nuestra existencia. Se producen de manera evidente y muy rápida en la infancia y la adolescencia con el proceso de crecimiento, y se van ralentizando paulatinamente hasta alcanzar aproximadamente la mitad de la segunda década de la vida, cuando se inicia de un modo más o menos universal un proceso caracterizado por el mantenimiento de la vitalidad primero, y su progresiva pérdida después.

Esta evolución, que se produce de manera casi constante a lo largo de la vida de las personas, constituye lo que denominamos proceso de envejecimiento, por lo que algunos autores afirman que, en realidad, y hablando en un sentido general, empezamos a envejecer prácticamente desde el mismo momento en que nacemos. Por ello, se refieren al envejecimiento como el “periodo de declinación fisiológica en el proceso de desarrollo del individuo, que culmina con la muerte” (Rowe, 1987), citado en (Garrido, 2009).

### **A. Teorías biológicas**

Desde el punto de vista biológico, las teorías que establecen los mecanismos que causan el envejecimiento tratan de explicar cómo se producen los cambios fisiológicos y las repercusiones funcionales que sufren los tejidos, aparatos y sistemas de las personas.

El envejecimiento, según estas teorías, es la consecuencia de la interrupción o deterioro de los procesos que regulan el equilibrio con el medio (la homeostasis), manifestándose a través de una ralentización o falta de equilibrio de las neuronas y hormonas reguladoras, con las consiguientes alteraciones en las funciones controladas por éstas. Como prueba de estas teorías, se indica la disminución de la capacidad reproductora, de fuerza y capacidad de recuperación de los sistemas muscular, respiratorio, excretor, etc.

De entre todas las teorías que ha generado el estudio e investigación del deterioro de estos mecanismos internos, las tres más importantes son la Inmunológica, la Metabólica y la de los Radicales Libres de Oxígeno.

### **a. La teoría inmunológica.**

De Walford, Weindruch, Gottesman y Tam (1981), citada en Garrido, (2009), justifica el envejecimiento por la disminución de los mecanismos de defensa del organismo. Se sabe que el sistema inmunitario tiene menor capacidad para enfrentarse a organismos extraños a medida que el cuerpo envejece y que muchos de los problemas de salud que afectan a las personas mayores pueden tener su explicación en la disfunción del sistema inmunitario, como sucede con el cáncer, la demencia senil y algunos trastornos vasculares.

### **b. La Teoría Metabólica**

Sugiere que la existencia y acumulación progresiva de productos de deshecho que se producen en el organismo como consecuencia de la actividad celular para el mantenimiento de la vida, interfieren con el funcionamiento celular normal y son la causa del envejecimiento (Garrido, 2009).

### **c. La Teoría de los Radicales Libres de Oxígeno**

Sugiere que el acúmulo de estas sustancias en el ADN dificulta el normal funcionamiento de las células. El daño producido por los radicales libres de oxígeno es acumulativo y aumenta sus efectos en ausencia de agentes que contrarresten sus efectos destructivos (agentes antioxidantes), (Garrido, 2009).

## **B. Teorías sociológicas**

Las ciencias sociales, al igual que las biológicas, consideran la vejez como un período de decadencia. La manifestación de que “la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia

biológica y un receso de su participación social” (Laforest, 1991: p: 39), citado en (Garrido, 2009).

También resulta evidente que el envejecimiento modifica las pautas de comportamiento. Las teorías que pretenden explicar el envejecimiento psicológico de las personas, analizan fundamentalmente los cambios que el tiempo produce en la conducta, personalidad y carácter. Sin embargo, estrechamente relacionados con esos cambios de comportamiento se encuentran también los cambios sociológicos, y dado que estos influyen en las características personales de los mayores, el enfoque psicosocial en el análisis del envejecimiento, busca integrar ambos enfoques en una mirada más global, centrando la atención en cómo los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuesta a los problemas que se les presentan y cómo asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan (Barros, 1994: p.57-73), citado en (Garrido, 2009), lo que hace que la formulación de teorías del envejecimiento desde esta perspectiva, sea tan compleja o más que la biológica.

A diferencia de las teorías de corte biologista, el análisis del proceso de envejecimiento desde la perspectiva psicosocial, más que tratar de explicar la causa del mismo, pretende identificar la manera en que los factores ambientales y la personalidad del anciano producen cambios sobre su estilo de vida. Su principal dificultad se relaciona por tanto con la complejidad para definir, delimitar y comprender las características que afectan al ciclo vital de los mayores en una sociedad cambiante, sin límites precisos entre la cronología de cada uno de los diferentes procesos que se producen en la etapa de la vejez, y

con importantes diferencias en las circunstancias individuales que afectan al trabajo, la familia o la misma sociedad.

Dada esta complejidad, existen dos perspectivas de interpretación para el proceso de envejecimiento: 1) el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad, centrando la atención en el estudio de las características de ésta y de las condiciones de vida de las personas mayores, y 2), la consideración del individuo como unidad de análisis, con un enfoque de tipo psicológico, que estudia la manera en que el individuo enfrenta su propio envejecimiento dentro del contexto social que lo condiciona (Garrido, 2009).

### **C. Teoría de la modernización.**

La Teoría de la Modernización sugiere que el estatus de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización de una sociedad, y describe la situación actual de los viejos en las sociedades industrializadas, relegados socialmente, mientras que en las sociedades tradicionales gozaban de una posición y un reconocimiento elevados por su experiencia y sabiduría.

Los motivos de esta marginación habría que buscarlos, según esta teoría, en las innovaciones tecnológicas, el desarrollo industrial y los nuevos valores educativos y sociales de la sociedad moderna, que han ido despojando a los ancianos de su estatus anterior, a la vez que el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la carga social vinculada al aumento del número de adultos mayores y de sus necesidades sociales y de salud.

Desde el punto de vista económico, la Teoría de la Modernización destaca también la descalificación que sufren los viejos en el ámbito laboral, pues la alta

competitividad y la necesidad de una mejor formación y actualización constante en tecnologías de vanguardia que generan las nuevas exigencias sociales, vuelve obsoletas a las personas mayores y genera luchas intergeneracionales por conseguir los empleos.

Directamente derivadas de este argumento teórico, surgen tres nuevos planteamientos agrupados bajo el epígrafe de teorías de la “Socialización”: Teoría de la Actividad (Havighurst y Albrecht, 1953); Teoría de la Desvinculación (Cummings y Henry, 1961); y Teoría de la Continuidad (Atchley, 1971). La perspectiva común de las tres teorías, se basa en la idea de que la persona que envejece está expuesta a sufrir y a acumular una serie de pérdidas (sensoriales, motoras, sociales, etc.) que reducen su autonomía y disminuyen su competencia, convirtiéndolo en una persona socialmente envejecida (Garrido, 2009).

#### **D. Teoría de la actividad.**

Es la teoría más antigua de las tres y se desarrolla en base a la importancia que, en los años 50, atribuían las ciencias psicosociales a los roles del individuo (profesión, figura paterna/materna...), como responsables de la articulación entre lo psicológico y lo social. Esta teoría sugiere que la vejez se produce como consecuencia de la pérdida de los roles sociales, y que lo más importante para evitar el envejecimiento es estar socialmente involucrado, independientemente del tipo de roles y actividades sociales que se desempeñe.

Por otra parte, la exigencia del mantenimiento de las actividades, como alternativa para ralentizar o atrasar el proceso de envejecer, resulta

extremadamente difícil de llevar a cabo y justificar entre las personas con problemas de salud o de mayor edad.

### **E. Teoría de la desvinculación.**

La Teoría de la Desvinculación explicada por Cumming y Henry, (1961), citado por Garrido, (2009) también llamada del “*desapego*”, surge en los años sesenta como reacción a la Teoría de la Actividad. La desvinculación, que estructura de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad, se describe como un “proceso inevitable, en el que muchas de las relaciones entre una persona y otros miembros de la sociedad se rompen y se altera la calidad de las que se mantienen”, por lo que:

“...el envejecimiento normal se acompaña de un distanciamiento o “desvinculación” recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen, desvinculación provocada ya sea por el mismo interesado, o por los otros miembros de este sistema” (Cumming, 1963, p.393), citado en (Garrido, 2009).

Esta perspectiva plantea una especie de “*complicidad*” entre lo biológico y lo social, que desde el punto de vista del funcionalismo estructural satisface a ambas partes (anciano y sociedad), ya que para el anciano supone una liberación de las presiones sociales, mientras que a la sociedad le garantiza una transición ordenada de las personas más jóvenes a los puestos de poder, evitando además que la desaparición natural de un individuo tenga repercusiones en el sistema.

### **F. Teoría de la continuidad.**

La Teoría de la Continuidad Atchley, (1971), citado por Garrido, (2009), a diferencia de las dos anteriores, sugiere que no hay una ruptura radical o una

transición brusca entre la edad adulta y la etapa de la tercera edad marcada por la aparición de “pérdidas”, sino que tan sólo se trata de “cambios progresivos, menores, u ocasionales, que permiten mantener una continuidad y estabilidad entre las dos etapas”.

Esta teoría plantea que los hábitos, compromisos, preferencias y disposiciones que forman parte de la personalidad de un individuo, tienden a mantenerse a pesar del envejecimiento, y justifica la disminución en la realización de las distintas actividades en función de la pérdida de salud o por las minusvalías adquiridas, y no por una necesidad de “*desvincularse*” sentida por las personas mayores.

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos: 1) el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado (y prácticamente la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos) y 2) al envejecer, los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida.

#### **2.2.1.2. Causas de la depresión.**

Según Ministerio de Sanidad, (2014), en la realidad española que, por la edad de los objetos de estudio, no hay diferencias sustantivas con la nuestra, es posible que haya pasado algo en la vida de la persona que haya desencadenado la depresión, pero normalmente el trastorno se produce por un conjunto de factores, parece poco probable que pueda deberse a una causa única, más bien puede ser el resultado de una combinación de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos.

Algunas de las circunstancias que pueden aumentar el riesgo de depresión son: haber sufrido depresión en el pasado, antecedentes en la familia de personas deprimidas; experiencias de pérdidas o estrés incluyendo el fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales, situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, en el trabajo, familia u otros contextos); haber sufrido traumas físicos o psicológicos, enfermedad física grave o problemas crónicos de salud, algunos medicamentos que se utilizan para otras enfermedades; abuso de alcohol o consumo de drogas; tras el parto, algunas mujeres pueden sentirse más vulnerables a la depresión y los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden resultar especialmente difíciles de asumir.

Para el Instituto Nacional de Salud Mental, INSM, (s/f), no existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. El autor coincide con otras investigaciones indicando que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las tecnologías para obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente del de quienes no la padecen.

Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto

con factores ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión INSM, (s/f).

Frente a una depresión, a menudo se buscan explicaciones y las primeras preguntas que surgen son: “¿Por qué yo?, ¿Qué es lo que me ha pasado?, ¿A qué es debido?, ¿Qué he hecho?”. La necesidad de comprender y darle sentido a lo que nos sucede es un proceso natural, especialmente en relación con las experiencias dolorosas. Es frecuente también recurrir a explicaciones que podrían parecer posibles. Se piensa en causas externas (“Es por los problemas que tengo con mis hijos/as”, “Si mi madre viviera no tendría estos problemas”, “Es por los problemas económicos”) o a causas internas (“Es culpa mía”, “No gusto lo suficiente”, “No sé hacer mi trabajo”).

Sin embargo, estas interpretaciones están a menudo muy lejos de las “causas reales” de la depresión y a menudo son un obstáculo para el tratamiento y la curación, retrasando la consulta al médico. La depresión, como la mayoría de las enfermedades psíquicas, no está causada por un solo factor, sino que es el resultado de un conjunto de mecanismos de diferente naturaleza que todavía no se conocen completamente.

Al respecto, Claro, (2003), describe algunas causas específicas que desencadenan la depresión, especialmente en la mujer como: los malos tratos o agresiones físicas y psicológicas; los salarios menores; ocuparse de una sola tarea (sea de la casa o de la familia); el complejo de inferioridad; el abuso sexual; el tedio (sensación de malestar o fastidio provocada por la falta de diversión o de interés por algo); los conflictos domésticos; la envidia (sea por dinero, el

status y la seguridad del hombre); el exceso de consumismo que conduce a la carencia; el estrés (estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, suele provocar diversos trastornos físicos y mentales); el rechazo del propio cuerpo; la sensación de abandono; la carencia afectiva; la excesiva preocupación con todo; la ansiedad; la competencia de los tiempos actuales; el perfeccionismo; la vejez; el pensar que sufre demasiado.

### **2.2.1.3. Tipos de depresión**

Si bien algunas personas no buscan ayuda, la mayoría puede mejorar su estado de ánimo con el tratamiento adecuado. En algunos casos, los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve. En otros casos pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana; en este caso estamos ante una grave. Entre leve y grave se suele hablar de depresión moderada cuando los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda (Ministerio de Sanidad, 2014).

Las personas con depresión leve pueden mejorar por sí mismas, sin tratamiento, o con asesoramiento sobre cómo afrontar los problemas o cómo cambiar algunos aspectos del día a día que pueden ayudar a sentirse mejor. Los fármacos antidepresivos y las terapias psicológicas también son útiles en algunos casos. No se recomiendan algunas terapias alternativas, como la acupuntura, el yoga, el masaje o ciertos suplementos alimentarios, aunque algunas personas los utilizan. Para la depresión moderada, las terapias

psicológicas y los fármacos antidepresivos son las opciones de tratamiento. Para la depresión grave, lo más recomendable son los fármacos combinados con terapia psicológica. En algunos casos, cuando otros procedimientos no han funcionado y la sintomatología es grave e incapacitante está indicada la terapia electro convulsiva (TEC) que, pese a comentarios que hayas podido oír, es un tratamiento rápido y eficaz que se administra en el hospital bajo anestesia general (Ministerio de Sanidad, 2014).

La OMS ha estimado que la prevalencia de la depresión en la población general oscila entre el tres y el cinco por ciento, y cuando incluye las formas mixtas que asocian ansiedad el porcentaje sube hasta el ocho por ciento. Si se tiene en cuenta aquellos pacientes con síntomas depresivos menores de leve gravedad, la prevalencia puede alcanzar casi el veinte por ciento de la población (Estella et al. 2008).

En el contexto que nos encontramos, los porcentajes pueden ser mayores, debido a que existen factores asociados como la situación económica y familiar, los problemas familiares de mayor intensidad u otros factores que contribuyen a ello.

Alonso, (2011) considera a los tipos o clases de depresión como episodios, al mismo tiempo sugiere algunas pautas para su diagnóstico, partiendo de algunos síntomas observables, veamos:

- a. Episodio leve y pautas para su diagnóstico. El camino depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión y por lo menos dos de estos tres deben estar presentes para plantear un diagnóstico

definitivo. Un enfermo con diagnóstico depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

- b. Episodio depresivo moderado y pautas para su diagnóstico. Deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas más típicos descritos para el episodio depresivo leve. Es posible que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. Un enfermo con episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades social, laboral o doméstica.
- c. Episodio depresivo grave. Durante un episodio depresivo grave el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación. Es probable que la pérdida de la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con sus actividades laboral, social o doméstica, más allá de un grado muy limitado.

Desde otra perspectiva, para el INSM, (s/f), existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

- a. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le

impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida.

- b.** El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas.

Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios. Depresión posparto, la cual se diagnostica cuando una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano. El trastorno afectivo estacional puede tratarse eficazmente con terapia de luz. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia pueden reducir los síntomas del trastorno afectivo estacional, ya sea de forma independiente o combinados con la terapia de luz.

#### **2.2.1.4. Síntomas de la depresión.**

Para el Ministerio de Sanidad, (2014), la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia (incapacidad para experimentar placer), desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación, la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales. La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (Ministerio de Sanidad, 2014).

El concepto de depresión es complejo y relativamente confuso para los pacientes y familiares. Sin embargo, en general se identifican claramente los síntomas de la depresión, destacando la tristeza, anhedonia (incapacidad para expresar placer, pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades) y apatía entre los más importantes. La ideación y conducta suicida se asocian a la gravedad de la depresión y se reconocen como parte inherente al episodio depresivo.

La depresión tiene un gran impacto a nivel individual y familiar, con graves consecuencias en el ámbito laboral y social. En general, la depresión se entiende como una respuesta a un conjunto de factores y/o eventos vitales, más que como una entidad de carácter biomédico, y lo más frecuente es que se señale la existencia de un desencadenante o precipitante.

La depresión se vive como una enfermedad estigmatizante, tanto por pacientes como por familiares, y existe cierta tendencia a ocultar y negar el trastorno. Para algunos pacientes, “la depresión no tiene cura, mejora, pero queda latente y puede rebrotar”. Las personas deprimidas no conocen bien la depresión, tampoco las personas de su entorno más cercano y directo, ni por parte del paciente. La falta de información se traduce en impotencia, en la ausencia de pautas y estrategias a seguir, que no solo provoca un déficit de ayuda efectiva si no que agrava el problema (Ministerio de Sanidad, 2014).

Su frecuencia e intensidad puede variar de una persona a otra, pero los dos más importantes son: Ánimo bajo, tristeza y sentimientos de desesperanza. Pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba o reducción del placer al realizarla, la mayoría de los días durante las últimas semanas. Otros posibles síntomas que se presentan con cierta frecuencia son: irritabilidad (enfadarse fácilmente), ansiedad, ganas de llorar sin un motivo aparente, pérdida de energía o cansancio, problemas de sueño, cambios en el apetito, que a veces conducen a un aumento o disminución de peso, dificultad para concentrarse o problemas de memoria, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo, deseos de muerte o ideas de suicidio (Ministerio de Sanidad, 2014).

En relación a lo descrito, Alonso, (2011) considera a los síntomas de la depresión como episodios depresivos, considerando a los más típicos a los siguientes: humor depresivo; pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas; disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo; disminución de la atención y la concentración; pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad; ideas de culpa y de ser inútil; perspectiva sombría del futuro; pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones; trastornos del sueño; pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro, la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz puede predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas tales como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas (Alonso, 2011).

Alonso, (2011), igualmente considera como síntomas de la depresión a la pérdida de interés; pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras; despertarse por la mañana, dos o más horas de lo habitual; empeoramiento matutino del humor depresivo; presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas); pérdida marcada del apetito; pérdida de peso; pérdida marcada de la libido.

A menudo las personas con depresión también experimentan preocupaciones constantes que les produce ansiedad. Esto puede ocasionar síntomas físicos como dolor, palpitaciones cardiacas o molestias abdominales. En algunas personas estos síntomas físicos son su principal queja y a veces llegan a sentirse tan mal que desearían estar muertas. La depresión puede hacer que la tarea más pequeña parezca escalar una montaña.

Cuando se trata de depresiones crónicas, los síntomas duran más de dos años, teniendo como factores más relacionados la edad de inicio tardío de la enfermedad, el sexo femenino, el envejecimiento, delirios y alucinaciones, abuso de sustancias prohibidas y dañinas, enfermedades físicas y determinados factores ambientales como la pérdida de familiares o conflictos de pareja (Alonso, 2011).

Buscando tener diferentes perspectivas sobre el tema para aclarar las dudas durante la investigación, se muestra la clasificación de los síntomas que hace Morillas, (2013), quien clasifica los síntomas de la depresión de la siguiente manera:

- a. Conducta. Ataques de llanto, aislamiento de los demás, descuido de las responsabilidades, pérdida de interés por la apariencia, pérdida de la motivación.
- b. Emociones. Tristeza, ansiedad, culpabilidad, ira, cambios de humor, falta de emociones (embotamiento afectivo), sentimientos de desesperanza.
- c. Pensamientos. Autocrítica, sentimiento de culpa, preocupación, pesimismo, problemas de memoria, falta de concentración, dificultad para la toma de

decisiones, confusión, pensamientos referentes a que otras personas le vean mal.

- c. Síntomas Físicos. Sensación de cansancio, falta de energía, dormir mucho o muy poco, comer en exceso o la pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida o aumento de peso, ciclo menstrual irregular, pérdida de apetito sexual, dolores sin explicación aparente.

#### **2.2.1.5. Factores de riesgo de la depresión.**

Según el Ministerio de Sanidad, (2014), los factores de riesgo de la depresión cuentan con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia. Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos:

##### **a. Factores personales y sociales.**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia (forma leve pero crónica de depresión) se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica, aumentan el riesgo de depresión.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia. Además, el autor sostiene que las personas de los grupos socioeconómicos y ocupacionales más desfavorecidos tienen índices más altos de depresión, indicando que el riesgo de depresión sigue un gradiente socioeconómico, especialmente cuando el trastorno es crónico.

Asimismo, el autor sostiene que el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico se relacionan. Estas personas están expuestas a una

mayor probabilidad de desarrollar depresión, igualmente, las personas expuestas a adversidades a lo largo de la vida están implicadas en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Con respecto a los factores personales y sociales, Avalia-t., (2008) considera que la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión; además afirma que, la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

#### **d. Factores cognitivos.**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

#### **e. Factores familiares y genéticos.**

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen

el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado.

El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad, no obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Algunos estudios determinan como factores influyentes en el riesgo de depresión a la edad, sexo, nivel educativo, resultados de cribados previos de depresión, historia familiar de problemas psicológicos, salud física y mental, dificultades.

El estudio de Avalia-t., (2008) refiere a una depresión mayor en el adulto, considerándolo como un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Coincidentemente con lo descrito, Alonso, (2011) considera que en la depresión pueden incidir muchos factores de riesgo para que sea más factible el desarrollo de la enfermedad, entre los factores más destacados son los siguientes: antecedentes familiares de depresión; trastornos de ansiedad; distimia (forma leve pero crónica de depresión); consumo de alcohol y drogas; rasgos de personalidad neurótica; enfermedades cardíacas o crónicas como

mentales; circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad); pobreza; migraña; consumo de depresógenos; estrés crónico determinado por una sobrecarga emocional; disminución de la comunicación entre las personas que lleva a situaciones de soledad; cambios rápidos en la forma de vida como la desmembración de la familia y la ruptura lenta con las tradiciones y las estructuras sociales.

Para Morillas, (2013) existen otros factores de riesgo de la depresión y los denomina como precipitantes. Algunos de los que pueden favorecer o precipitar la aparición de una depresión son:

- a. Factores genéticos. En algunas personas puede haber una predisposición genética, existiendo antecedentes familiares que aumentan la probabilidad de padecerla. Las mujeres sufren con mayor frecuencia depresiones que los hombres.
- b. Factores biológicos: En nuestro cerebro existen sustancias químicas denominadas neurotransmisores que pasan señales de una célula a otra. En la depresión algunos de estos sistemas, particularmente los de Serotonina y Noradrenalina, parecen no estar funcionando correctamente. Algunas mujeres la presentan tras el parto por los cambios hormonales que se producen durante este período. Es la denominada depresión posparto.
- c. Factores sociales: Determinadas situaciones especialmente complicadas y difíciles que ocurren en la vida (problemas familiares, laborales, etc.) pueden favorecer su aparición. Los estudios demuestran que la depresión y la ansiedad predominan en las mujeres. Este tipo de trastornos están asociados significativamente con factores de riesgo social, más prevalentes en mujeres

que en varones, como las carencias socioeconómicas (mujeres tradicionalmente más empobrecidas por pensiones y salarios más bajos, dedicación a trabajos no remunerados), la continua responsabilidad del cuidado de terceras personas o la violencia de género.

También considera que existen “factores” biológicos, psicológicos y ambientales (aquéllos relacionados con el entorno social o la familia). Algunos de ellos pueden actuar bastante antes de que se presente la depresión, ellos “preparan el terreno” y se les conoce como factores de riesgo (o vulnerabilidad). Por ejemplo, el hecho de tener un padre o una madre que ha sufrido depresión, aumentaría el riesgo de poder verse afectado por la enfermedad. Del mismo modo, el haber vivido acontecimientos traumáticos o conflictos graves en la familia durante la primera infancia está asociado con un mayor riesgo de depresión en la edad adulta. (Morillas, 2013).

En los estudios realizados por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, España, AVALIA, (2014), la depresión se produce por un conjunto de factores, es poco probable que pueda deberse a una causa única, más bien puede ser el resultado de una combinación de factores psicológicos, genéticos y bioquímicos. Existen factores psicológicos o factores relacionados con la personalidad que también pueden predisponer a la depresión.

#### **2.2.1.6. Tratamiento de la depresión.**

La investigación realizada por AVALIA, (2008) hace referencia a algunas recomendaciones para tratar la depresión. Puede ser que algunas de estas no sean eficaces en todas las personas. Puedes ir probando hasta encontrar cuáles

son las que a ti te hacen sentir mejor. Veamos algunas recomendaciones que plantea el autor:

Técnicas de auto ayuda.

- a. Planifica el día. Puedes hacer un listado con las actividades que te propones hacer cada día (con la ayuda de alguien si es necesario); al principio, no seas muy exigente contigo mismo. Es recomendable que, en la medida de lo posible, hagas actividades gratificantes al menos una vez al día. Planifica hacer alguna actividad física cada día. Si incumples algún punto de tu plan, salta a la siguiente actividad. Si no te apetece hacer nada en absoluto, puede ayudarte a planificar, realizando alguna actividad con otras personas. Comprueba cómo varía tu estado de ánimo en función de tus progresos y compártelo con los demás.
- b. Manejo del estrés. Si los problemas te parecen asfixiantes, considéralos de uno en uno, si es posible. Dedicar un tiempo a tus propios intereses. Aprende a reconocer cuando necesitas parar, todos tenemos un límite. No seas severo contigo mismo.
- c. Actividad física. Si puedes, aumenta tu actividad física poco a poco. Mejor si es al aire libre. Es preferible una rutina regular de ejercicio, aunque cualquier actividad física es mejor que ninguna. Es posible que una actividad física en grupo pueda facilitar el cumplimiento de este objetivo. Si tienes dudas sobre el tipo de ejercicio físico más adecuado para ti, consúltalo con tu médico.
- d. Higiene del sueño. Quédate en la cama descansando mientras te duermes. Si no puedes dormir, ni estar a gusto en la cama, levántate y vete a otra habitación (puedes ver la televisión o leer) hasta que te apetezca volver a la cama. También puedes escuchar la radio desde la cama poniéndola en un

volumen bajo, que te suponga cierto esfuerzo oírlo. Puede venirte bien tener unos mismos horarios para acostarte. Realiza algo entretenido e interesante antes de irte a dormir, como leer o escuchar música. Evita las siestas o dormir durante el día si en tu caso contribuyen a que no tengas sueño por la noche. Evita o reduce las sustancias excitantes (café, bebidas energéticas o con cola, tabaco o alcohol, especialmente por la tarde).

- d. Evita el abuso de alcohol y otras drogas. El abuso de alcohol o el consumo de otras drogas no son buenas soluciones para no sentirte deprimido. Al contrario, pueden contribuir a generar otros problemas. Pide ayuda a tus amigos, familia o tu médico de familia si deseas disminuir el consumo o lograr la abstinencia. Si lo consideras necesario, existen dispositivos sanitarios especializados en el tratamiento de estos problemas.

Además, AVALIA, (2008) propone algunas terapias para tratar la depresión en las que destacan:

### **Terapias psicológicas.**

En el sistema sanitario, pueden proponerte tratamientos que han sido específicamente diseñados para personas con depresión, como la terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y la terapia de pareja. Estas terapias resultan efectivas y pueden ayudar a reducir la aparición de nuevos episodios en el futuro (recurrencia).

- a. La terapia cognitivo conductual. Se centra en modificar los estilos negativos de pensamiento y conducta que contribuyen a desencadenar y mantener la depresión. Las personas con depresión moderada o grave deben tener normalmente de 16 a 20 sesiones de terapia cognitivo conductual durante

varios meses (aunque puede ser más larga o más corta dependiendo de las circunstancias o necesidades individuales).

- b. La terapia interpersonal. Ayuda a las personas con depresión a identificar y manejar problemas específicos en las relaciones con la familia, amigos, compañeros y otras personas. Si con terapia psicológica individual no mejoran tus síntomas depresivos y tienes pareja, podrían sugerirte una terapia de pareja.
- c. Terapia de pareja. Estas terapias son proporcionadas por profesionales entrenados en estas técnicas y expertos en su uso, normalmente psicólogos clínicos o psiquiatras.

### **Terapia farmacológica.**

Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la depresión se denominan antidepresivos. Estos medicamentos funcionan incrementando en el cerebro la actividad y los niveles de ciertas sustancias químicas denominadas neurotransmisores, que ayudan a mejorar el estado de ánimo.

Hay varias clases diferentes de antidepresivos. El médico también puede valorar los resultados y la experiencia con cualquier tratamiento previo. Es importante saber que los antidepresivos no generan adicción ni necesidad de tomar más medicación para sentir los mismos efectos a medida que pasa el tiempo.

La mayoría de los tratamientos necesitan algún tiempo para obtener resultados, antes de que una persona comience a tomar antidepresivos, debe tener en cuenta que la medicación necesita cierto tiempo para funcionar (normalmente se necesitan varias semanas para experimentar alguna mejoría y

determinar si un fármaco resulta útil). Por lo tanto, el paciente debe seguir tomando la medicación como el médico prescribe, incluso si al principio existen dudas sobre sus beneficios.

En la investigación de AVALIA, (2008), propone algunas recomendaciones sobre cómo ayudar a alguien con depresión. Puede resultar muy duro ver que un ser querido está deprimido. No sería raro que la persona tratada se vea agobiado, desorientado o avergonzado por lo que está pasando. La familia, pareja y amigos íntimos de personas con depresión han encontrado que resultan de utilidad las siguientes estrategias:

- a. Aprender sobre la depresión, su tratamiento y lo que se puede hacer para ayudar a la recuperación.
- b. Considerarse a ti mismo como parte del equipo de apoyo y tratamiento.
- c. No pensar que la persona con depresión no desea mejorar, aunque a veces te lo parezca.
- d. Ver los síntomas como lo que son: parte de un trastorno.
- e. Ayudar a reconocer las fuentes de estrés y a encontrar la forma más adecuada para hacerle frente. Quizá sea necesaria la colaboración en la solución de algunos problemas que preocupan especialmente a la familiar o amigo.
- f. Animarle a ser más activo, pero sin forzarlo excesivamente y sin hacerle críticas o reproches, ya que eso puede hacer que las cosas empeoren.
- g. Ayudarle a llevar una vida sana, a realizar algo de ejercicio físico y a divertirse.
- h. Dedicar parte de tu tiempo a estar con él o ella.
- i. Elogiar cada uno de sus avances, especialmente al principio y por muy pequeños que sean.

- j. Animar a mantener el tratamiento prescrito y a evitar el alcohol y otras sustancias tóxicas.
- k. De entrada, toma en serio cualquier pensamiento de suicidio. No temas hablar con otra persona sobre este tema abiertamente. Si tu familiar se siente inseguro respecto a hacerse daño, permanece con él o ella. Puedes contactar con personal sanitario o utilizar el teléfono del servicio de emergencias. Si estás al cuidado de alguien con depresión grave es fundamental encontrar tiempo para ti sin sentirte mal o culpable. Convivir con un familiar con depresión puede desgastar, por lo que es importante cuidarse lo más posible y mantenerse bien psicológicamente.

### **1.2.2. Calidad de vida.**

Cuando nos referimos a la calidad de vida, estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos. Es decir, con calidad de vida, se hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales.

Organismos oficiales, como la OMS o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen. Así, para la OCDE (1982:14), citado en Garrido, (2009), la calidad de vida se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal.

Para Felce y Perry (1995), citados en Garrido, (2009), la calidad de vida se puede definir en base a 4 conceptualizaciones: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, 4) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Brengelmann (1986), citado por Larios, (2015) entiende por calidad de vida aspectos como disfrutar de libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir pocas pastillas, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar sentido a la vida, independientemente de si éste consiste en valores materiales o ideales.

Para Schalock, (2001), citado por Larios, (2015), calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Actualmente la calidad de vida se define de forma más integradora, multidimensional, como un resultado de la salud física, mental y social de los individuos. Sin embargo, es muy difícil que los autores se pongan de acuerdo para una definición única de calidad de vida; unos lo quieren sustituir por otro término, otros lo utilizan sólo desde el ámbito de la salud y entienden que aquella es “el valor asignado a la duración de la vida modificada por las oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y deficiencias que están influenciados por la enfermedad, lesiones, tratamientos o la política” (Patrick DL, Erickson P - 1993), citado por (Larios, 2015).

Lo que queda claro en las últimas publicaciones sobre la definición de calidad de vida es que, al tratarse de un término multidimensional, incluye un número de dimensiones que reflejan los valores positivos y las experiencias de la vida. Pero, estas dimensiones son sensibles a las diferentes perspectivas culturales y vitales que están relacionados con estados deseados relativos al bienestar personal (Verdugo M., 2006), citado por (Larios, 2015).

Debemos diferenciar los términos de bienestar y de calidad de vida, pues, aunque estén relacionados se confunden por su uso indistinto sin hacer una clara diferenciación. Bienestar es una sensación de la persona, es decir un

estado subjetivo. Entendiéndose por bienestar subjetivo la valoración cognitiva y afectiva de la propia vida y que afecta no tanto a las variables sociodemográficas y objetiva como edad, género, ingresos económicos y posición social, sino más bien a los factores personales y subjetivos (Larios, 2015).

Larios, (2015) hace referencia a la declaración hecha por la Organización Mundial de la Salud en el año 1986, donde afirma que en cualquier definición de calidad de vida, se debería incluir por lo menos alguno de los siguientes aspectos: las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional; el sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital; las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas (aspecto subjetivo); la satisfacción derivada de las condiciones psicológicas y materiales reales y concretos de las personas; la percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de forma satisfactoria; la percepción de la utilidad de la vida y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Para apreciar plenamente la importancia de este concepto es necesario comprender su significado, calidad nos hace pensar en excelencia o en un “criterio de exquisitez” asociado a características humanas y a valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción, de vida indica que el concepto compete a la esencia misma o a aspectos fundamentales de la existencia humana. Este significado semántico explica por qué el concepto está impactando de tal modo en los campos de la educación, cuidado de la salud, servicios sociales y de las familias, dado que nos hace pensar en individuos,

políticas y prácticas que modifican las vidas de las personas y sus percepciones de una vida de calidad (Shalock y Verdugo 2003), citado por (Larios, 2015).

En resumen, podríamos decir que la importancia del concepto de Calidad de Vida como actualmente se utiliza radica en que se considera: una noción sensibilizadora que nos da un sentido de referencia y guía desde la perspectiva individual, centrándose en la persona y su ambiente; un marco conceptual para evaluar los resultados de calidad; un constructo social que guía la realización de estrategias de mejora y un criterio para evaluar la eficacia de estas estrategias (Larios, 2015).

#### **1.2.2.1. Enfoques teóricos sobre la calidad de vida.**

Garrido, (2009), describe algunos enfoques teóricos que brindan sustento teórico y científico a la variable calidad de vida, los mismos que consideramos imprescindibles en la presente investigación por su riqueza epistemológica y científica que permite enmarcar a cada dimensión de la calidad de vida y en especial, en las personas mayores de edad.

**A. Enfoque biólogo.** Analiza la calidad de vida centrándose en las condiciones de salud de las personas y en las cuestiones sanitarias de una determinada comunidad.

**B. Enfoque ecólogo.** La valoración de la calidad de vida se realiza desde el análisis de la relación entre las personas y los espacios físicos que estas ocupan. Considera principalmente las características ambientales y su implicación sobre el estilo de vida.

**C. Enfoque economicista.** Determina el nivel de calidad de vida en función de los niveles de ingresos económicos, gasto social e inversión de los individuos, grupos o comunidades.

**D. Enfoque sociologista.** La calidad de vida es analizada en función del conjunto de condiciones objetivas y observables que conforman una comunidad. Valora la influencia de las variables demográficas, lugar de residencia, cuestiones de trabajo, ocio, relaciones sociales, familiares, servicios sociales ofertados a la comunidad y otros.

**E. Enfoque psicosocial.** Analiza la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida, sobre sus emociones y sentimientos al respecto de ésta. Considera los modos de afrontamiento, los rasgos personales, la satisfacción con la vida, la participación en actividades ocupacionales, laborales y otras, subrayando tanto las dimensiones personales como las dimensiones socio ambientales desde la percepción personal.

#### **1.2.2.2. Mediciones de la calidad de vida.**

La medición de la calidad de vida se ha ido enriqueciendo en los últimos años simultáneamente al desarrollo conceptual habido en el campo de estudio. Las importantes implicaciones prácticas de este concepto, han repercutido positivamente en la preocupación por desarrollar buenas estrategias de evaluación, que permitieran elaborar o elegir las medidas de calidad de vida más eficaces en relación con el objeto específico de la misma.

Partiendo de esta premisa, Schalock y cols, (2002), citado por Campos, (2008), propone algunos principios para medir la calidad de vida. Afirmar que, los

principios que deben guiar la medición de la calidad de vida han de ser entendidos dentro del contexto del interés actual en el concepto de calidad de vida como una noción sensibilizadora, un constructo oficial y un tema unificador, así como por haberse convertido en un poderoso instrumento para facilitar el cambio social.

La investigación acumulada sobre la evaluación de la calidad parte de tres premisas claras antes de abordar la medición de la misma. Primera, la calidad de vida es importante para todas las personas y debe entenderse de la misma forma para todas. Segunda, para entender el grado en que las personas experimentan una vida de calidad y bienestar personal hemos de medirla. Tercero, la evaluación de la calidad de vida refleja la combinación de dos significados de ésta: El entendido universalmente y el que los individuos valoran por sus experiencias en ambientes concretos (Campos, 2008).

Así como se proponen principios para la medición de la calidad de vida, también existen indicadores más específicos que facilitan medirla. Al respecto, Karon y Bernard, (2002), citado por Campos, (2008) sostiene que los indicadores suponen un paso adelante en la especificación de la medición, permitiendo concretar la generalidad de contenidos a la que se refiere el área o dimensión.

Los indicadores hacen referencia a percepciones, conductas o condiciones de dimensiones concretas de calidad de vida que proporcionan un indicio del bienestar de la persona. Estos indicadores son la base para evaluar los resultados de calidad, que hacen alusión a experiencias y circunstancias personales que: (1) son resultado o consecuencia de alguna actividad,

intervención o servicio; y (2) son medidos sobre la base de indicadores de calidad (Karon y Bernard, 2002), citado por (Campos, 2008).

La calidad de vida vista desde su multidimensionalidad, es un concepto integrador, como la vida misma, cuenta con ingredientes múltiples, comprende todas las áreas de la vida. En la actualidad, a pesar de la prolífera producción de artículos e investigaciones sobre el tema desde diversas disciplinas, no ha sido posible establecer un consenso en relación a qué es y cómo se mide la calidad de vida. De una manera más amplia, se menciona que el interés por el estudio de la calidad de vida tuvo su origen en diferentes factores (Garduño, 2005), citado por (Larios, 2015):

1. Un énfasis importante en el desarrollo económico como elemento fundamental de bienestar.
2. Un interés en aquellos países con niveles de desarrollo económico bajo.
3. Un reconocimiento en las limitaciones del enfoque económico y en la necesidad de incorporar otras aproximaciones y metodologías para el bienestar de las personas.
4. Un interés en el impacto en la sociedad y sus individuos como resultado del desarrollo económico.
5. La necesidad de información de los estados de bienestar para la planificación y el establecimiento de políticas sociales.

Siendo que la calidad de vida resulta difícil de medir en lo cualitativo, en las primeras etapas su estudio se planteó a partir de definiciones más objetivas y cuantitativas sobre los niveles de bienestar del ser humano (Garduño, 2005), citado por (Larios, 2015). Dos de los indicadores de calidad de vida que más se han empleado son del producto bruto Interno (PBI) y el ingreso per cápita. Así,

desde la economía, la riqueza generada en un país y el ingreso promedio por cabeza en un país vienen a ser definidoras de la calidad de vida.

Hay que señalar que algunos organismos han propuesto diferentes indicadores de calidad de vida para su medición, tal es el caso de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) quien presentó un nuevo índice para medir la calidad de vida de las personas. Los indicadores o parámetros propuestos son los ingresos, la vivienda, el empleo, las relaciones sociales, la educación, el medio ambiente, la salud, la satisfacción, la seguridad y la conciliación entre la vida laboral y la vida privada (OCDE, 2011), citado por (Larios, 2015).

Para la psicología, más que las condiciones reales de vida, es la evaluación subjetiva de las mismas lo que viene a ser importante para el individuo. Este enfoque a la calidad de vida enfatiza la percepción personal – subjetiva sobre tales condiciones e involucra algunos otros factores, también de naturaleza psicológica, como las emociones. Esta aproximación subjetiva incluye la aceptación, satisfacción o rechazo a los diferentes aspectos de la vida, así como la sensación de bienestar (Larios, 2015).

La calidad de vida subjetiva posibilita al individuo decidir si su vida vale la pena o no. Por lo general, la gente manifiesta un sentimiento de felicidad subjetiva cuando vive muchas situaciones o experiencias positivas y pocas negativas y disfruta de una proporción mayor de placer en relación al dolor (Garduño, 2005), citado por (Larios, 2015).

El bienestar subjetivo inicia a partir de la percepción del individuo sobre si ha alcanzado sus metas en relación con sus valores, creencias y cultura. La

calidad de vida consiste en la satisfacción de las necesidades humanas, objetivas y subjetivas, individuales y sociales, en función del medio ambiente donde se vive. De tal manera, la satisfacción no sólo se refiere al acceso a los bienes materiales para saciar la necesidad, sino también a la participación del individuo en el establecimiento de sus propias condiciones de vida (Garduño, 2005), citado por (Larios, 2015).

En otras palabras, dado que la calidad de vida hace referencia (aunque no sólo) a aspectos subjetivos, algunos autores sostienen que es sólo el sujeto quien puede configurar los elementos de la calidad de su vida. Hay que señalar que las necesidades humanas básicas son de carácter bastante general, es poco probable que exista una máxima disparidad en los componentes de la calidad de vida atribuidos por dos seres humanos distintos.

Sí puede ser cierto que determinados componentes tengan un mayor peso que otros en unos determinados momentos o situaciones. Así, por ejemplo: la salud es un ingrediente incuestionable de la calidad de vida; sin embargo, para los jóvenes la salud (que se posee) tiene una importancia secundaria al trabajo o a las relaciones sociales, mientras que para los mayores la salud (que se teme perder o, en parte, se ha perdido) cobra una importancia máxima por encima de cualquier otra condición. La edad, el género, la posición social, el vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que permiten predecir la calidad de vida de una determinada persona (Larios, 2015).

Las políticas sociales encaminadas a la atención de los mayores tienen, precisamente, el objetivo de mejorar su calidad de vida. La calidad de vida de nuestra vida equivale a la calidad de nuestro envejecimiento; es elegible en la

medida en que elegibles son individual y socioculturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras Actitudes y nuestras formas de comportarnos (Botero de Mejía y Pico, 2007), citado por (Larios, 2015).

Las personas mayores suelen presentar una salud más quebradiza, con enfermedades y pérdidas asociadas al envejecimiento de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide el que los mayores logren niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

La calidad de vida depende de múltiples factores ambientales y personales que influyen el comportamiento de los individuos. La calidad de vida de las personas de edad se analiza utilizando algunos indicadores, incluyendo la salud, habilidades funcionales (habilidad para cuidar de uno mismo), situación financiera (tener una pensión o renta), relaciones sociales (familia y amigos), actividad física, servicios de atención sanitaria y social, comodidades en el propio hogar (en los alrededores inmediatos), satisfacción con la vida, y oportunidades de aprendizaje y culturales (Larios, 2015).

Las variables sociodemográficas y las de personalidad son las utilizadas con mayor frecuencia para evaluar el bienestar subjetivo. Las diferencias en género, edad, estado civil y lugar de residencia parecen tener una importancia determinante. Sin embargo, la calidad de vida de las personas mayores parece no depender tanto del contexto en el que se encuentran (vivir en el propio domicilio o en una residencia) como de otras variables relacionadas con la edad (más los jóvenes que los mayores), el género (más los hombres que las mujeres) y la posición social (a mayor estatus mayor calidad de vida), (Shalock y Verdugo, 2003), citado en (Larios, 2015).

En cuanto a los instrumentos que existen para medir la calidad de vida en general, tienen sus raíces en la investigación clásica sociológica, con indicadores tales como trabajo, vida familiar, y bienestar. Estas medidas se han aplicado tanto a individuos sanos como a enfermos, y su enfoque es sobre sus aspiraciones, metas y las comparaciones de éstas con respecto a sus logros. Dichos instrumentos contienen ítems enfocados predominantemente hacia las percepciones subjetivas y experiencias de los sujetos, que pueden incluir dominios que están o no relacionados a la salud directamente, como el ingreso, la vivienda, y el soporte social (Larios, 2015).

Las medidas de bienestar y de satisfacción en la vida, caen dentro de esta categoría. En contraste, las mediciones de calidad de vida relacionada a la salud, tienen el propósito fundamental de evaluar la enfermedad y los efectos de intervención. De ahí que los instrumentos de calidad de vida relacionada a la salud, también abarquen dominios de la vida e incluyan ítems para evaluar calidad de vida en general o satisfacción en la vida; sin embargo, el énfasis de éstos es típicamente sobre los síntomas, mejoría, funcionamiento y habilidades (González-Celis, 2002), citado en (Larios, 2015).

Existen varios métodos para medir la calidad de vida de las personas, cada uno con sus particularidades. Uno de ellos es el Cuestionario WHOQOL – Bref. World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, que traduciendo al castellano significa Instrumento de Asesoría sobre Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue creado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, Espinoza et al, (2011), citado en (Honrubia, 2016).

Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) 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, Ambiente, Espinoza et al, (2011), citado en (Honrubia, 2016).

#### **1.2.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud.**

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. La Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a como la salud del sujeto afecta esta percepción, reúne situaciones propias del entorno físico, emocional y social del paciente (Zuluaga, 2010).

El concepto de CVRS ha tenido una importancia creciente gracias a la información adicional que proporciona, cuyo origen es el propio paciente, no sólo el médico. La CVRS no siempre es perceptible por el médico, puede tener una pobre relación con la opinión del paciente. Los sujetos con insuficiencia cardiaca presentan peor calidad de vida que la registrada en otras enfermedades crónicas como artritis reumatoidea, diabetes tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hepatitis C y procedimientos como la hemodiálisis. Rodríguez Artalejo et al., citado en (Zuluaga, 2010).

Cuantificar la CVRS mediante diferentes instrumentos de medición reproducibles, fiables y válidos, tanto genéricos como específicos, proporciona una mejor idea al clínico acerca del impacto de la enfermedad en el paciente y favorece no solo evaluar tratamientos, permite establecer el poder predictivo de la CVRS en términos de mortalidad y hospitalización (Zuluaga, 2010).

Un factor determinante en la salud de la persona adulta tiene que ver con las características de la vivienda y su entorno, entendiendo como entorno el barrio y sus alrededores, han sido objeto de estudio para definir grupos de riesgo en cuanto a desigualdades en salud e índices de deprivación socioeconómica. Los conceptos más frecuentemente utilizados para este fin son: vivir en casa propia, en vivienda social o lugares considerados como refugios, la construcción de la vivienda, el barrio y sus alrededores (Zuluaga, 2010).

Sin embargo, las características de la vivienda pueden afectar la salud no solo de manera indirecta como indicador de nivel socioeconómico. Existen otros conceptos que pueden mostrar un impacto directo en la salud como es el equipamiento doméstico. Además, importantes dimensiones psicológicas, sociales y culturales relacionadas con deficiencias en las características de la vivienda pueden influir en el comportamiento de la enfermedad. (Zuluaga, 2010).

Las características más estudiadas de la vivienda en cuanto al equipamiento doméstico son la calefacción y el número de personas por habitación. Varios trabajos han relacionado el exceso de mortalidad por todas las causas y mortalidad cardiovascular en invierno con los efectos del frío. Ha sido llamativo el hecho de que, en países con inviernos más suaves, el exceso de mortalidad sea mayor, comparado con aquellos países donde sufren de

inviernos más rigurosos, estudios asocian deficiencias en el equipamiento doméstico y la falta de construcciones con un adecuado aislamiento que proteja del frío y evite la pérdida de calor. (Zuluaga, 2010).

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud hace alusión, a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona (Soto, 2013).

No obstante, cualquiera que sea la definición, debe necesariamente incluir la multidimensionalidad del concepto de salud, haciendo alusión a la definición de salud dada por la OMS, que señala que no basta la ausencia de enfermedad, sino tener un completo bienestar físico, psicológico y social (Group WHOQOL, 1995), citado por (Soto, 2013).

La OMS, (1995), citado por Soto, (2013) define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.

Del mismo modo, se establecen puntos de consenso con respecto a las medidas de CVRS, estas deben ser: Subjetivas (evalúa percepción de la persona involucrada); multidimensionales (relevar distintos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc.); incluir sentimientos positivos, negativos y registrar la variabilidad en el tiempo (edad, etapa evolutiva que atraviesa y momento de la enfermedad que cursa) (Group WHOQOL, 1995), citado por (Soto, 2013).

#### **1.2.2.4. Envejecimiento y calidad de vida.**

Dentro de los fenómenos humanos, el envejecimiento es una tendencia natural, es decir, forma parte de un proceso inherente a la persona humana. En este sentido, se busca conceptualizar el proceso de envejecimiento como parte integral de una sociedad que se desarrolla en conjunto y que busca y crea espacios equitativos en los que los diferentes grupos demográficos convergen y se expresan (Larios, 2015).

Lo que se pretende es mostrar que al estudiar y analizar el proceso del envejecimiento que conforma “el mundo de los viejos” no se realice desde la óptica de un segmento social distante, como una categoría social independiente del resto de la sociedad, sino lo contrario, en forma integral y en el que intervienen diferentes aspectos, cada uno reclamando un apoyo o ayuda para adaptarse y seguir con el transcurso de su vida.

Establecido lo anterior, resulta idea común establecer una caracterización sobre lo que conforma el proceso de envejecimiento y ello abre una primera vertiente, ¿cuándo se inicia este proceso? Al considerarse como un proceso irreversible e inevitable, el envejecimiento “se inicia o se acelera al alcanzar la madurez, después de concluir el desarrollo entre los 20 y 30 años de edad.

A partir de entonces, los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al paso del tiempo tornan al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida” (Rodríguez, Morales, Encinas, Trujillo y D’Hyver, 2000), citado por (Larios, 2015).

Estos cambios o estas modificaciones se manifiestan en las personas a partir del contexto en el que la persona desarrolló etapas en su vida pasada y que se presentan como una consecuencia en el presente. Por ello, cada ser humano lleva consigo un proceso de envejecimiento particular, es decir, no todas las personas envejecen de la misma forma y al mismo ritmo, por esta razón, el proceso de envejecimiento no debe considerarse como un proceso homogéneo y estático, a pesar de tratarse de un proceso irreversible e inevitable.

Papalia et al. (2009), citado por Larios, (2015), establece que en este desarrollo prevalecen “siete ajustes en el desarrollo psicológico [...] para una adaptación sana al envejecimiento: cuatro en la adultez media y tres en la vejez”, que se resumen de la siguiente forma:

**a. Adultez media:**

1. Valorar la sabiduría frente a la fuerza física. Donde “la habilidad de hacer las mejores elecciones en la vida, depende de un amplio rango de experiencias vitales, lo que implica más que sólo maquillar la disminución de la fuerza y la resistencia y la pérdida de apariencia juvenil.”
2. Socializar frente a sexualizar en las relaciones humanas. “Las personas llegan a valorar a los hombres y las mujeres en sus vidas como individuos únicos.”
3. Flexibilidad emocional frente a empobrecimiento emocional. Independencia de los hijos, pérdida del cónyuge o algún familiar o amigo, permite que las personas desplacen “la carga emocional de una persona y de una actividad a otras.”
4. Flexibilidad emocional frente a rigidez mental. “Hacia la adultez media, muchas personas han elaborado un conjunto de respuestas a preguntas

relevantes sobre la vida. Pero, a menos que continúen buscando nuevas respuestas, pueden quedarse estancadas en el camino y cerrarse a nuevas ideas”.

**b. Vejez:**

1. Autodefinición más amplia frente a preocupación por los roles en el trabajo.  
Las personas que encontraron en su empleo una forma de distinción, ahora requieren de “redefinir su valía y dar nueva estructura y dirección a sus vidas, al explorar otros intereses y sentir orgullo por sus atributos personales.”
2. Trascendencia del cuerpo frente a preocupación por el cuerpo. Ante la declinación de las habilidades físicas, las personas se adaptan de manera óptima “si se enfocan en relaciones y actividades que no demanden una salud perfecta.”
3. Trascendencia del yo frente a preocupación por el yo. “La adaptación más difícil, y posiblemente la más crucial, para los ancianos es ir más allá de la preocupación por sí mismos y sus vidas presentes, a la aceptación de la certeza de la muerte”. Más bien, las personas mayores deben reconocer las aportaciones significativas y duraderas que hicieron y hacen a través de sus actos, “en lugar de preocuparse por sus propias necesidades, pueden continuar contribuyendo al bienestar de otros”.

**1.2.2.5. Calidad de vida en las personas mayores.**

Al respecto, (Garrido, 2009), explica de manera explícita algunos factores que se relacionan con la calidad de vida de las personas mayores. Para el autor, la salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores. Las enfermedades producen síntomas

molestos y discomfort, limitando la sensación de bienestar y la capacidad de sentirse bien consigo mismo y con el entorno. Del mismo modo, las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.

Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida. Una vivienda y un entorno adecuado, tienen una influencia positiva en la calidad de vida. La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos. Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar. La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad que esta tenga (Garrido, 2009).

No se conoce aún cuál de las dimensiones, factores o variables tiene mayor relevancia sobre la calidad de vida, mientras para algunos autores, los problemas físicos son los que correlacionan más fuertemente con ésta, otros señalan que tanto los problemas somáticos como los psicológicos afectan a la calidad de vida por igual por la estrecha relación de ambos con la falta de satisfacción con la vida, considerándose esta última como el indicador más importante. Por su parte, la dimensión social se encontraría más alejada del estado de salud propiamente dicho, sin embargo, representaría un importante factor para la completa calidad de vida del individuo.

### **1.3. Definición de términos básicos.**

**Adulto mayor.** En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término

“Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, lo cual también se aplica en el Perú.

**Estrés.** Estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal; suele provocar diversos trastornos físicos y mentales. Conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos, como por ejemplo el frío, el miedo, la alegría, etc.

**Depresión.** Para la Organización Mundial de la Salud – OMS la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

**Nivel de depresión.** Es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado psico emocional y que afecta su modo de vida.

**Calidad de vida.** Designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida. Bienestar en todas las áreas del ser humano, respondiendo a la satisfacción de las necesidades físicas (salud y seguridad), materiales (vivienda, ingresos, transporte, pertenencias, comida), sociales (trabajo, familia, relaciones personales, comunidad, responsabilidades), psicológicas o emocionales (afecto, autoestima, inteligencia emocional, espiritualidad, religión), desarrollo (educación, productividad) y ecológicas (calidad de agua, de aire, etc.)

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Método de investigación.**

Por el método de estudio de las variables, el estudio pertenece a las investigaciones cualitativas porque “se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto”. Se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) cerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados; es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. También es recomendable seleccionar el enfoque cualitativo cuando el tema del estudio ha sido poco explorado, o no se ha hecho investigación al respecto en algún grupo social específico. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Considerando lo descrito, los métodos utilizados en la investigación se fundamentan a continuación:

Teniendo en cuenta que la investigación en proceso tiene como propósito contrastar hipótesis, tratando de establecer verdades o falsedades a partir de ellas, el método que utilizaremos es el hipotético deductivo, para lo cual Rivero, (2008) afirma que “...cuya esencia consiste en saber cómo la verdad o falsedad del enunciado básico dice acerca de la verdad o la falsedad de la hipótesis que ponemos a prueba”.

Entre otros métodos que se utilizarán en la presente investigación son el método inductivo que permitirá conocer la realidad facta perceptible del objeto

de estudio, a través de un proceso lógico que parte de lo particular a lo general; asimismo, se utilizará el método deductivo porque se hará un análisis global de la situación problemática; es decir, el objeto de estudio evaluará la relación causa efecto desde un enfoque integral respetando los diferentes contextos. (Rivero, 2008).

Finalmente, utilizaremos el método estadístico que consiste en una secuencia de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. Dicho manejo de datos tiene por propósito la comprobación, en una parte de la realidad, de una o varias consecuencias verificables deducidas de la hipótesis general de la investigación. Las características que adoptan los procedimientos propios del método estadístico dependen del diseño de investigación seleccionado para la comprobación de la consecuencia verificable en cuestión. El método estadístico tiene las siguientes etapas: recolección (medición); recuento (cómputo); presentación; síntesis y análisis. (Obregón, s.f).

### 3.2. Operacionalización de variables.

| VARIABLES                           | DIMENSIONES     | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ESCALA VALORATIVA                       | TECNICAS E INSTRUMENTOS                                                                                              |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VI:<br>Depresión en adultos mayores | Estado de ánimo | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Satisfacción con la vida.</li> <li>2. Actividades recreativas y de ocio.</li> <li>3. Sentimientos de vacío.</li> <li>4. Frecuente sensación de aburrimiento.</li> <li>5. Buen ánimo la mayor parte del tiempo.</li> <li>6. Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar.</li> <li>7. Sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo.</li> <li>8. Sentimiento frecuente de desamparo.</li> <li>9. Problemas de memoria.</li> <li>10. Preferencia por quedarse en casa en vez de salir.</li> <li>11. Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo.</li> <li>12. Sentimiento en la actualidad de inutilidad o desprecio.</li> <li>13. Sentimientos de plenitud de energía.</li> <li>14. Sentimiento de desesperanza ante la condición actual.</li> <li>15. Creencia frente a que las demás personas están mejor.</li> </ol> | <p>Normal</p> <p>Leve</p> <p>Severo</p> | <p>Técnica:<br/>entrevista</p> <p>Instrumento:<br/>Escala de depresión geriátrica abreviada. Escala de Yesavage.</p> |

| VARIABLES                               | DIMENSIONES         | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                  | ESCALA VALORATIVA                    | TECNICAS E INSTRUMENTOS                     |
|-----------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| VD:<br>Calidad de vida del adulto mayor | Físico              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor y malestar</li> <li>• Dependencia de medicación o tratamiento</li> <li>• Energía y fatiga</li> <li>• Movilidad</li> <li>• Sueño y descanso.</li> </ul>                                                                        | <p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p> | Cuestionario WHOQOL – Bref: Calidad de vida |
|                                         | Psicológico         | <p>Facetas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento positivo;</li> <li>• Espiritualidad, religión, creencias personales</li> <li>• Concentración</li> <li>• Imagen corporal y apariencia</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Sentimientos negativos</li> </ul> | <p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p> |                                             |
|                                         | Relaciones sociales | <p>Facetas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones personales</li> <li>• Actividad sexual</li> <li>• Soporte social</li> </ul>                                                                                                                              | <p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p> |                                             |
|                                         | Medio ambiente      | <p>Facetas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad física y protección</li> <li>• Entorno físico</li> <li>• Recursos económicos</li> <li>• Oportunidades para adquisición de información/ habilidades.</li> </ul>                                            | <p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p> |                                             |

### **3.2.1. Definición conceptual**

**Depresión.** Trastorno del estado de ánimo, caracterizado por la pérdida de interés o placer por las actividades y pasatiempos habituales. Los síntomas depresivos incluyen tristeza, pesimismo, autocrítica, pensamiento lento, dificultada para concentrarse y alteraciones del apetito y del sueño (Baldera, 2016).

**Calidad de Vida (CV).** Es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

### **3.4.2. Definición operacional**

**Depresión.** La depresión de las personas que acuden al Centro del Adulto Mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, está determinada a través de la escala abreviada de depresión del adulto mayor de Yesavage, cuya dimensión es el estado de ánimo, para el cual todos los ítems ayudarán a determinar el nivel de depresión que puede ser normal, leve o severo.

**La calidad de vida (CV).** La Calidad de Vida de las personas que acuden al Centro del Adulto Mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, será evaluada con el cuestionario WHOQOL – Bref. Calidad de Vida, que consta de cuatro dimensiones: aspecto físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente;

para cada dimensión, habrá ítems específicos que ayudarán a determinar el nivel de calidad de vida que puede ser bajo, medio o alto.

### **3.3. Diseño de estudio.**

El término diseño se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio se enmarca dentro de las investigaciones no experimentales de tipo transaccionales, con diseño correlacional causal porque se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. (Hernández et al., 2010).

Según el autor, este tipo de diseño se representa de la siguiente manera:

$$X1 \ominus Y1$$

Dónde:

X1: Variable nivel de Depresión

Y1: Variable de calidad de vida

$\ominus$  : Relación entre las variables de estudio

### **3.4. Población y muestra**

La característica de la investigación accede recurrir a las muestras no aleatorias o no probabilísticas, a criterio del investigador, porque con este tipo de muestreo se busca seleccionar intencionadamente aquellos casos que puedan ser representativos de la población estudiada; en tal sentido Cerda, (1991) afirma que “Las muestras a criterio... escogen a cualquier persona, ...se

parte de algunos parámetros y criterios vinculados a las necesidades y exigencias propias de la investigación”.

Por otro lado, Hernández et al. (2010) considera que, “la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones [...] Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, de lugar y en el tiempo” (pg.174).

Considerando lo descrito, la presente investigación está dirigida a adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén, se trabajará con la totalidad de la población; por lo tanto, la muestra son 40 adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión. Siguiendo criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de inclusión:** Adultos mayores a partir desde los 60 años a más de ambos sexos, adulto mayor que acude al centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén en el año 2016, adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona y adulto mayor que acepten participar en la entrevista. Dentro del criterio de inclusión, la ley que determina la edad para ser considerado adulto mayor en el Perú es la Ley N° 30490, según el Diario (Peruano, 2018) y la (OMS, 2014).

**Criterios de exclusión:** adultos mayores de 60 años que presenten alguna enfermedad mental y adultos mayores que no deseen participar en la investigación.

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Teniendo en cuenta el diseño de la investigación, entre los instrumentos a utilizarse para la recolección de datos tenemos dos instrumentos validados científicamente en diversas investigaciones nacionales e internacionales, las

mismas que se utilizaron de acuerdo al tipo de variable del estudio. Para la variable depresión del adulto mayor se utilizó la escala de depresión geriátrica abreviada (Escala de Yesavage) y para la variable de calidad de vida del adulto mayor se utilizó el Cuestionario WHOQOL – Bref., calidad de vida.

a. En cuanto a la variable depresión, la técnica que se empleara para la recolección de datos es la entrevista y el instrumento a usar es el cuestionario Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage que mide el nivel de depresión en los adultos mayores, este instrumento fue validado en Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2002. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores.

Fue adaptada al español por Martínez de la Iglesia, et al, (2002), mide la presencia de síntomas depresivos. Trata de encontrar y determinar la sintomatología depresiva, sobre todo en su aspecto afectivo y somático, que padece la población adulta y que se proyecta a través de los siguientes aspectos: humor, sentimientos de culpa y baja autoestima, indefensión y desesperanza (Larios, 2015).

La Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage, es un cuestionario breve, el cual consta de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (Si y No) para identificar si el adulto mayor presenta depresión y en qué nivel (normal, leve y severa). Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

La ficha técnica del instrumento es la siguiente:

## **FICHA TECNICA**

Nombre del Instrumento: Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)

Autor: Brink y Yesavage en 1982

Forma de aplicación: Individual

Tiempo de Aplicación: 15 a 20 minutos

Mide: Nivel de depresión de los Adultos Mayores

Población: Adulta Mayor

Material: La Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que fueron valoradas con la siguiente distribución.

Ítems (+) si = 0 No = 1

Ítems (-) si = 1 No = 0

Para esta investigación el instrumento utilizado fue la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage, la cual se describe a continuación:

La Escala de Depresión Geriátrica, cuyas siglas en inglés son GDS, es instrumento de auto informe para la evaluación de la depresión en personas mayores. Fue diseñada por Brink y Yesavage entre los años 1982 y 1983, su diseño fue orientado para la evaluación del estado afectivo en los ancianos, pues está construida específicamente para esta población; además, reduce

las cuestiones relativas a la salud física, que producen en los ancianos muchos falsos positivos debido a la mayor prevalencia de quejas somáticas reales y tratando de que no afecten a esta valoración de forma sobrevalorada los síntomas anteriores, que son precisamente menos importantes, pero muy presentes en el paciente geriátrico.

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes. La estructura física del instrumento está dividida en cuatro partes: La primera consta de la presentación, seguido de las instrucciones, luego los datos generales, y el último corresponde al contenido propiamente dicho constituido por 15 preguntas entre afirmativas y negativas.

Normal 0-5 puntos

Depresión leve 6-9 puntos

Depresión severa 10-15 puntos

La versión original de 30 ítems fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems de la cual se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y obtenían una fiabilidad test-retest mayor; por el contrario, se eliminaban los ítems que se referían al contenido somático. En España, el primero que la tradujo al castellano fue Perlado (1987) y quien realizó los primeros estudios de validación fue González (1988), realizándose posteriormente sucesivos estudios de validación (Montorio, 1994; Izal y Montorio, 1993; Izal y Montorio, 1996; Montorio e Izal, 1996).

El cuestionario consta de respuestas dicotómicas si/no, y aunque la idea original era que fuese auto administrado, se aplica normalmente con un entrevistador que debe poseer formación sobre este instrumento.

Respecto a la interpretación de la escala, cada ítem se valora con un 0 o con un 1, siendo el caso de la respuesta que coincide con el estado depresivo el que recibe un punto y así, a mayor puntuación, mayor estado depresivo. Para la versión de 30 ítems, que es la que vamos a utilizar, las puntuaciones de corte que se proponían en la escala original eran:

No depresión 0-9 puntos

Probable depresión 10-19 puntos

Depresión establecida 20-30 puntos

Propiedades psicométricas de la versión original. Esta versión de 30 ítems presenta una elevada consistencia interna y elevada índice de correlación con otras escalas, como las de Hamilton (1990) y Zung (1986), así como una buena validez predictiva. Se establecieron dos posibles puntos de corte: así, se señala como valor de referencia una puntuación igual o superior a 11 para afirmar que existe un criterio de depresión, y un valor igual o superior a 14 para reafirmar un estado de depresión importante. Así, podemos concluir categóricamente que la escala GDS proporciona una información valiosa sobre los síntomas depresivos en la vejez, y sus propiedades generales son adecuadas, sobre todo cuando nos referimos a la fiabilidad.

Es una escala estable en el tiempo, siendo de gran utilidad en el diagnóstico de la sintomatología de los estados depresivos, proporciona una medida basal como también nos proporciona información sobre la evolución de la

persona. Se convierte así en una herramienta de utilidad para comprobar la evolución y el efecto de los tratamientos que se prescriban en cada caso, sin olvidar que el diagnóstico para la depresión debe ser clínico.

- b. En cuanto a la variable de calidad de vida del adulto mayor, la técnica que se empleara para la recolección de datos es el Cuestionario WHOQOL – Bref. World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, que traduciendo al castellano significa Instrumento de Asesoría sobre Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, fue creado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. En su dimensión psicológica se considera la espiritualidad, religión y creencias religiosas como factores que influyen en la calidad de vida Espinoza et al, (2011), citado en (Honrubia, 2016).

Para Murgieri, (2017), este instrumento proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora; sin embargo, no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas.

La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF consta 24 preguntas que identifican un nivel de Calidad de Vida agrupadas en cuatro áreas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales, Ambiente.

Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. Es un instrumento de fácil comprensión y no necesita demasiado tiempo para contestarlo, su aplicación va desde los 15 a 20 minutos y se puede obtener un perfil de la

población y del contexto social. Este instrumento se ha aplicado en diversas ocasiones, como para medir la calidad de vida en adultos mayores pobres y calidad de vida asociados a mujeres con tratamiento oncológico (Murgieri, 2017).

La ficha técnica del instrumento es:

### **Ficha Técnica**

|                     |                                                |
|---------------------|------------------------------------------------|
| Nombre              | : Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. |
| Autores             | : David Olson & Howard Barnes.                 |
| Adaptado por        | : Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo.            |
| Administración      | : Individual o Colectiva.                      |
| Duración            | : Aproximadamente 20 minutos.                  |
| Nivel de aplicación | : A partir de 18 años.                         |
| Finalidad           | : Niveles de Calidad de vida.                  |

**Descripción:** La Calidad de Vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: 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).

**Validez.** Validez de constructo mediante análisis factorial, tal como lo sugiere Núñez (1996), en el análisis factorial se utilizó el método de extracción de ejes

principales, el cual se fundamenta hallar los constructos subyacentes. En cuanto al método de rotación, permitió hacer las interpretaciones sobre la identificación de los factores descubiertos que forman una red de constructos relacionados entre sí, para lo cual se eligió el método rotacional Promax, esto dio como resultado los siete factores que se mencionan en la descripción del instrumento (Ver Anexos)

**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; lo cual se relaciona con el estudio de Olson y Barnes (1982), quienes al determinar la confiabilidad del instrumento mediante el test – retest, aplicando el coeficiente de Pearson, obtuvieron también valores aceptables para cada uno de los once factores y la Escala total (Ver Anexos).

La confiabilidad, se obtuvo mediante el coeficiente de consistencia interna y el coeficiente de equivalencia, utilizando el método ítem-test, aplicando el coeficiente de correlación de Pearson.

### **3.6. Procesamiento, análisis e interpretación de datos**

Para el análisis de datos, las tablas se elaboraron a través de un procesamiento electrónico utilizando el SPSS N° 24, en el cual se vaciaron los datos y se obtuvo la correlación de las variables usando el método de Pearson. Ya que es una prueba estadística para medir las variables en un nivel de intervalos o de razón. Este método efectúa la relación, sin considerarlas

dependientes e independientes, debido a que no evalúa la causalidad. El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable, con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes (Hernández et al., 2010).

**Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson:** Relación que hay entre variables y que se expresa por un coeficiente de correlación que indica no una relación de causalidad sino de asociación o concordancia entre variables, cuya fórmula es la siguiente:

$$r = \sqrt{\frac{S_{Y^*}^2}{S_Y^2}}$$

En esta etapa se realizó el análisis inferencial con el fin de probar las hipótesis planteadas, para esto se utilizó un análisis paramétrico, prueba estadística de coeficiente de correlación de Pearson, que permite determinar la relación que hay entre variables y que se expresa por un coeficiente de correlación que indica no una relación de causalidad sino de asociación o concordancia entre variables (Hernández et al., 2010); todos los análisis se efectuaron en SPSS 24, siendo la fórmula de Pearson la siguiente:

$$r = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez tomados los datos necesarios, para medir las variables expuestas con anterioridad, hemos procedido a su preparación para analizarlos, ayudados por el paquete estadístico SPSS versión 24, teniendo en cuenta las dimensiones, los ítems y los objetivos de investigación.

En primer lugar, la realización del análisis se ha redactado de manera descriptiva ítem por ítem. En segundo lugar, la realización del análisis se ha redactado de manera inferencial dimensión por dimensión, de acuerdo a las variables, con la finalidad de dar respuesta a los problemas generales y específicos de la investigación.

Este tipo de análisis permitirá determinar la relación que existe entre la variable independiente con la dependiente, depresión y calidad de vida en adulto mayor, respectivamente. A priori se ha realizado el análisis descriptivo ítem por ítem de las dimensiones más representativas para explicar, según los datos, el grado de relación, importancia y significatividad de las dimensiones en el trabajo de investigación.

#### 4.1. Presentación de resultados

**Tabla 1.** *Correlación entre Depresión y calidad de vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén.*

|                 |                        | Depresión | Calidad de vida |
|-----------------|------------------------|-----------|-----------------|
| Depresión       | Correlación de Pearson | 1         | ,474**          |
|                 | Sig. (bilateral)       |           | ,000            |
|                 | N                      | 40        | 40              |
| calidad de vida | Correlación de Pearson | ,474**    | 1               |
|                 | Sig. (bilateral)       | ,000      |                 |
|                 | N                      | 40        | 40              |

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

Como se muestra en la tabla 1, existe relación significativa entre la Depresión y la Calidad de Vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén, ya que el nivel de significancia  $p < 0.01$ , por lo tanto se acepta la asociación de las variables con un 99% de confianza.

**Tabla 2.** *Nivel de Depresión en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén.*

|        |        | Depresión  |            |                   |                      |
|--------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Normal | 18         | 45,0%      | 45,0              | 45,0                 |
|        | Leve   | 21         | 52,5%      | 52,5              | 52,5                 |
|        | Severa | 01         | 2,5%       | 2,5               | 2,5                  |
|        |        | 40         | 100,0%     | 100,0             | 100,0                |

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Como se muestra en la tabla 2, el nivel predominante de Depresión general en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén es el nivel Leve 52.5% seguido del nivel Normal 45%, y en el nivel severo solamente 2.5% de depresión.

**Tabla 3.** *Nivel predominante de la calidad de vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén.*

|        |       | Calidad de vida |            |                   |                      |
|--------|-------|-----------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |       | Frecuencia      | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Bajo  | 02              | 5,0%       | 5,0               | 5,0                  |
|        | Medio | 22              | 55,0%      | 55,0              | 55,0                 |
|        | Alto  | 16              | 40,0%      | 40,0              | 40,0                 |
|        | Total | 40              | 100,0%     | 100,0             |                      |

Fuente: Cuestionario escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

Como se muestra en la tabla 3, el nivel predominante de Calidad de Vida es el nivel medio 55% en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Es salud de Jaén, el 40% de encuestados pertenecen al nivel alto de Calidad de Vida y solamente el 5% se encuentran en el nivel bajo.

**Tabla 4.** *Niveles predominantes de las dimensiones de la calidad de vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén.*

|       | <b>HBE</b> | <b>AVC</b> | <b>VFFE</b> | <b>EO</b> | <b>MC</b> | <b>RE</b> | <b>SA</b> |
|-------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|       | %          | %          | %           | %         | %         | %         | %         |
| Bajo  | 05.0%      | 35.8%      | 5.0%        | 9.2%      | 21.7%     | 24.2%     | 7.5%      |
| Medio | 55.0%      | 50.8%      | 31.7%       | 39.2%     | 56.7%     | 42.5%     | 45.0%     |
| Alto  | 40.0%      | 13.3%      | 63.3%       | 51.7%     | 21.7%     | 33.3%     | 47.5%     |
| Total | 100.0      | 100.0      | 100.0       | 100.0     | 100.0     | 100.0     | 100.0     |

Como se muestra en la tabla 4, el nivel predominante en la dimensión Hogar y Bienestar Económico (HBE) es el nivel medio (55.0%), el nivel predominante de Amigos Vecindario y Comunidad (AVC) es el nivel medio (50.8%), el nivel predominante de Vida Familiar y Familia Extensa (VFFE) es el nivel alto (63.3%), el nivel predominante de Educación y Ocio (EO) es el nivel alto (51.7%), el nivel predominante de Medios de Comunicación (MC) es el nivel medio (56.7%), el nivel predominante de Religión (RE) es el nivel medio (42.5%), y el nivel predominante de Salud (SA) es el nivel alto (47.5%).

**Tabla 5.** *Correlación entre Depresión y la calidad de vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de Essalud de Jaén.*

|                                    |                        | Atención |
|------------------------------------|------------------------|----------|
| Hogar y depresión                  | Correlación de Pearson | .067     |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .467     |
|                                    | N                      | 40       |
| Amigos y depresión                 | Correlación de Pearson | ,312**   |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .001     |
|                                    | N                      | 40       |
| Vida familiar y depresión.         | Correlación de Pearson | .154     |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .094     |
|                                    | N                      | 40       |
| Educación - ocio y depresión       | Correlación de Pearson | ,252**   |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .005     |
|                                    | N                      | 40       |
| Medios de comunicación y depresión | Correlación de Pearson | ,306**   |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .001     |
|                                    | N                      | 40       |
| Religión y depresión               | Correlación de Pearson | ,270**   |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .003     |
|                                    | N                      | 40       |
| Salud y depresión                  | Correlación de Pearson | ,360**   |
|                                    | Sig. (bilateral)       | .000     |
|                                    | N                      | 40       |

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

Como se muestra en la tabla 5, no existe relación entre depresión y las dimensiones de hogar y familia, ya que el nivel de significancia supera el punto crítico  $p > 0.05$ . Además, existe relación positiva débil entre depresión y las dimensiones de amigos, educación, medios, religión y salud en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén, a un nivel de significancia  $p < 0.01$ ; se aceptan las relaciones a un 99% de confianza.

## 4.2. Discusión de los resultados

En función al objetivo general, la tabla 1, muestra que, existe relación positiva débil o poco significativa entre la Depresión y la calidad de vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén, ya que el

nivel de significancia  $p < 0.01$ , por lo tanto se acepta la asociación de las variables con un 99% de confianza.

En función al primer objetivo específico, la tabla 2, muestra que, el nivel predominante de Depresión general en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén es el nivel Leve 52.5% seguido del nivel Normal 45%, y en el nivel severo solamente 2.5% de depresión.

En función al segundo objetivo específico, la tabla 3, muestra que, el nivel predominante de Calidad de Vida es el nivel medio 55% en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Es salud de Jaén, el 40% de encuestados pertenecen al nivel alto de Calidad de Vida y solamente el 5% se encuentran en el nivel bajo.

En función al resto de objetivos, la tabla 4, muestra que, el nivel predominante en la dimensión Hogar y Bienestar Económico (HBE) es el nivel medio (55.0%), el nivel predominante de Amigos Vecindario y Comunidad (AVC) es el nivel medio (50.8%), el nivel predominante de Vida Familiar y Familia Extensa (VFFE) es el nivel alto (63.3%), el nivel predominante de Educación y Ocio (EO) es el nivel alto (51.7%), el nivel predominante de Medios de Comunicación (MC) es el nivel medio (56.7%), el nivel predominante de Religión (RE) es el nivel medio (42.5%), y el nivel predominante de Salud (SA) es el nivel alto (47.5%).

De manera complementaria al tercer objetivo específico y para un mejor entendimiento de la relación existente entre cada dimensión de la Calidad de Vida con la Depresión, la tabla 5, muestra que, no existe relación entre depresión y las dimensiones de hogar y familia, ya que el nivel de significancia supera el

punto crítico  $p > 0.05$ . Además, existe relación positiva débil entre depresión y las dimensiones de amigos, educación, medios, religión y salud en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén, a un nivel de significancia  $p < 0.01$ ; se aceptan las relaciones a un 99% de confianza.

Los resultados encontrados en la presente investigación, referente a la Depresión, guardan relación con las teorías del envejecimiento, entre ellas la inmunológica, la metabólica y radicales libres de oxígeno, las cuales aclaran las razones por las que la persona adulta puede sufrir declinación fisiológica por la edad, lo que permite disminuir los mecanismos de defensa del organismo, interferir en el funcionamiento celular normal y estar expuestos a la contaminación ambiental por la falta de defensas en el organismo de la persona mayor de edad (Garrido, 2009).

Asimismo, el envejecimiento cuenta con teorías sociológicas que conllevan a entender de la manera más conveniente los resultados de la presente investigación, entre ellas las teorías de modernización que hace referencia al aislamiento de la persona ante el avance de la tecnología; la teoría de la actividad y desvinculación que hacen referencia que las personas mayores van perdiendo roles sociales, cuando debe ser a la inversa, a esa edad la persona contrariamente debe estar socialmente involucrado; la teoría de la continuidad que especifica que los cambios entre la edad adulta y la tercera edad deben darse de manera progresiva para que la persona pueda mantener una continuidad y estabilidad para evitar la depresión (Garrido, 2009).

Referente a la Calidad de Vida, Garrido, (2009) hace referencia que los enfoques teóricos se centran en las condiciones de salud y las cuestiones

sanitarias, en los espacios físicos y características ambientales donde se vive, los niveles de ingreso económico y gasto social, las características del lugar, el trabajo, relaciones sociales y servicios ofertados, la valoración de la persona sobre su propia calidad de vida, sus emociones y sentimientos, todos estos fundamentos teóricos, contribuyen a comprender coherentemente el nivel de Calidad de Vida de las personas que asisten al Centro del Adulto Mayor de EsSalud Jaén, mostrado en la tabla 3.

Con respecto a la calidad de vida en cuanto a los antecedentes, la tabla 3 muestra que un 95% de la población encuestada afirman tener un nivel medio y alto de calidad de vida; estos resultados coinciden con la investigación de Larios, (2015), que en su investigación calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México, concluye afirmando que personas mayores presentan un nivel de depresión normal, debido a que puede hacer las cosas que quiere. A esto contribuyen algunos factores como vivir solos, sin los hijos, el estado civil y sin niveles de dependencia.

En lo que respecta a la calidad de vida, en la presente investigación el nivel predominante fue el nivel medio con el 55.0%, seguido del nivel alto con el 40.0%, y bajo con el 5.0%; estos resultados tienen factores influyentes como la salud, que es indispensable para evitar los estados depresivos en el adulto mayor. Los resultados se asemejan a los hallazgos de Soto, (2013), quien realiza un estudio con adolescentes, pero que, sin embargo, se puede generalizar en este caso a los adultos mayores; afirma que, existe una relación entre las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y las dimensiones del estilo de Funcionamiento Familiar de los adolescentes con Trastorno Depresivo. Afirma que, las experiencias depresivas que afectan el estado de ánimo y las

emociones de estos adolescentes se asocian al modo en que la familia desarrolle o no un compromiso en la búsqueda de bienestar y demuestre una percepción de lo positivo en los distintos aspectos de la vida; en este caso, pasa lo mismo con los adultos mayores quienes por su edad y el abandono familiar, están expuestos a sufrir depresión, la misma que afecta su nivel de calidad de vida al sentirse solos, abandonados por sus familiares.

En cuanto a la Depresión el predominio es del nivel leve con el 52.5.0% seguido del nivel normal con el 45.0%, y nivele severo de un 2.5% estos resultados indican que la población experimenta un bienestar emocional adecuado y optimo, siendo estos hallazgos coincidentes con la investigación de Honrubia, (2016), quien en su investigación evaluación de los aspectos positivos y de la calidad de vida concluyó que los pacientes que refieren altos niveles de ansiedad y depresión, obtienen niveles más bajos de calidad de vida. El paciente con una mejor calidad de vida presenta menor deterioro cognitivo y mayor satisfacción en la vida.

Asimismo, los resultados coinciden con Honrubia, (2016), para quien la depresión leve representa el mayor porcentaje de depresión con el 31.5% de los casos, esto significa que esta población se encuentra en fases iniciales de la patología indicando datos de alarma importantes para el diagnóstico oportuno, ya que se sabe que la depresión, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

El mismo autor llega a conclusiones coincidentes con el presente estudio al afirmar que a mayor edad mayor riesgo de padecer depresión, es decir: La

prevalencia de depresión aumenta conforme la edad avanza; ya que, en los grupos de 60 hasta 69 años de edad, la depresión leve prevalece; a partir de los 65 años de edad aparecen los primeros casos de depresión moderada, aumentando la frecuencia a partir de los 70 a 74 años de edad. Los casos de depresión grave tienen mayor frecuencia en las edades entre 75 a 79 años. (Honrubia, 2016).

Los resultados de la presente investigación también se relacionan con el estudio de Baldera, (2016), quien afirma que la depresión es un factor influyente en varias dimensiones de la vida del adulto mayor, y la calidad de vida no será una excepción. Asimismo, asevera que, en su investigación, la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta.

Los resultados encontrados en cuanto a la relación existente entre la depresión y la calidad de vida, guardan relación con el estudio de Vargas, (2013), quien, en el afán de determinar el grado de depresión del adulto mayor, concluye que los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentan un riesgo moderado de depresión. Sin embargo, la información es valiosa que va a permitir confirmar la relación existente entre el nivel de depresión y la calidad de vida del adulto mayor.

Con relación a las hipótesis se encuentra que, existe relación entre los niveles de depresión y calidad de vida de las personas que acuden al Centro del Adulto Mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.

Para la comprobación de la hipótesis general se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, cuyos resultados indican un valor de relación  $r=0,474$  y un valor de significancia  $p=0,000$ ; por lo tanto, se acepta la hipótesis y se concluye que existe relación positiva débil o poco significativa entre la Depresión y Calidad de vida de adultos mayores del centro del Adulto Mayor de es salud de Jaén, a un nivel de significancia  $p<0.01$  aceptándose la hipótesis con un 99% de confianza.

Del mismo modo, para contrastar las hipótesis específicas se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, cuyos resultados indican que el nivel predominante de depresión general es el nivel leve (52.5%) seguido del nivel normal (45.0%), y en el nivel severo solamente (2.5%) de depresión; otro resultado evidente es que, el nivel predominante de calidad de vida es el nivel medio (55.0%) en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Es salud de Jaén.

Finalmente se encuentra que, el nivel predominante en la dimensión Hogar y Bienestar Económico (HBE) es el nivel medio (55.0%), el nivel predominante de Amigos Vecindario y Comunidad (AVC) es el nivel medio (50.8%), el nivel predominante de Vida Familiar y Familia Extensa (VFFE) es el nivel alto (63.3%), el nivel predominante de Educación y Ocio (EO) es el nivel alto (51.7%), el nivel predominante de Medios de Comunicación (MC) es el nivel medio (56.7%), el nivel predominante de Religión (RE) es el nivel medio (42.5%), y el nivel predominante de Salud (SA) es el nivel alto (47.5%).

## CONCLUSIONES

Existe relación positiva entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores a un nivel de significancia  $p < 0.01$ , quedando demostrado que la depresión en las personas de la tercera edad es un indicador relevante para la buena calidad de vida.

En cuanto a identificar los niveles de depresión de las personas de los adultos mayores, los resultados demuestran que la mayoría de los adultos mayores cuentan con un nivel leve de depresión, seguido por el nivel alto y en menor proporción el nivel severo; lo que indica que la población experimenta un bienestar adecuado y óptimo, facilitando su diagnóstico y tratamiento oportuno.

En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores, los resultados de la investigación demuestran que el nivel de calidad predominante es el nivel medio, seguido por el nivel alto y en menor proporción los de bajo nivel de calidad de vida; teniendo como factores influyentes al estado de salud, a la soledad y a la dependencia familiar.

En cuanto a la relación entre la Depresión y las diferentes dimensiones de Calidad de Vida, los resultados de la investigación demuestran que no existe relación entre depresión y las dimensiones de hogar y familia, ya que el nivel de significancia supera el punto crítico  $p > 0.05$ . Además, existe relación positiva entre depresión y las dimensiones de amigos, educación, medios, religión y salud en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén, a un nivel de significancia  $p < 0.01$ ; se aceptan las relaciones a un 99% de confianza.

## **SUGERENCIAS**

Teniendo en cuenta que la depresión es un indicador relevante para la calidad de vida, se sugiere a las instituciones encargadas de la salud mental de las personas, dependientes del estado, implementar políticas locales de prevención de la depresión y su tratamiento adecuado y oportuno con la finalidad de elevar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores.

A los adultos mayores con nivel leve de depresión, incluyendo aquellos con depresión severa, sería importante incluirlos dentro de cursos y talleres de entretenimiento a cargo de las instituciones públicas y privadas para evitar la presencia de síntomas depresivos que puedan afectar su estado de salud y su nivel de calidad de vida en los adultos mayores.

A los investigadores e instituciones de formación profesional, se les sugiere realizar otras investigaciones relacionadas con la salud mental, depresión y calidad de vida, incluyendo programas aplicativos con la finalidad de obtener resultados más confiables que conlleven a tomar medidas preventivas para evitar la depresión y los bajos niveles de calidad de vida en los adultos mayores.

A los encargados de dirigir los Centros del Adulto Mayor de Essalud de Jaén se recomienda implementar un programa de educación emocional con el fin de fortalecer el área emocional para evitar la depresión y desarrollar la calidad de vida en los adultos mayores beneficiarios de dicho centro, esto por medio de talleres vivenciales con desarrollo de competencias emocionales.

A las autoridades e instituciones sin excepción, se recomienda implementar medidas de acuerdo a su ámbito de acción, implementar medidas de atención y protección de los adultos mayores que deambulan expuestos a la adversidad.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Alonso, I. Z. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana : Ciencias Médicas. Obtenido de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)
- AVALIA, A. d. (2014). *La depresión: información para pacientes, familiares y allegados*. España.
- Avalia-t., M. d. (2008). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*. Madrid.
- Baldera, J. d. (2016). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque, 2016*. Tesis de licenciatura. Universidad Señor de Sipán. Pimentel.
- Campos, T. S. (2008). *Calidad de vida en pacientes terminales con Esclerosis Lateral Amiotrófica.(ELA)*. Universidad Complutense de Madrid. Tesis doctoral. Madrid: SE.
- Cerda, H. (1991). *Los elementos de la investigación*. Bogotá: Buho.
- Claro, I. (2003). *Depresión: causas, consecuencias y tratamiento*. Sao Paulo: Clarim.
- Estella, Zamora, Rodríguez y Castro, (2008). *Atención primaria de calidad. Guía de buena practica clínica en depresión y ansiedad*. España.
- Garrido, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba*. Universidad de Valencia. Tesis doctoral. Valencia: SE.
- Hernandez, Fernández y Baptista, (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México.
- Honrubia, C. B. (2016). *Evaluación de los aspectos positivos y de la calidad de vida relacionado con la salud en pacientes con Esclerosis Múltiple*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante.
- INSM, I. N. (s/f). *La dpresión*. Obtenido de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)

- Larios, M. T. (2015). *Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla, México. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis doctoral.* Puebla: SE.
- López, E. V. (2013). *Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad. Universidad Autónoma del Estado de México. Tesis de Licenciatura.* Toluca.
- López, J. C. (2005). *Niveles de depresión, autoestima y estrés en mujeres que tienen un trabajo remunerado y mujeres que tienen un trabajo no remunerado. Universidad Iberoamericana. Tesis Doctoral.* México: SE.
- Flores, Cervantes, Gonzales; Vega y Valle, (2012). *Anciedad, depresión y calidad de vida. Revista de psicología da IMED. Volumen 4. N° 1. p 649 - 661. s/e.*
- Mejía, E. M. (2005). *Metodología de la investigación científica.* Lima.
- Ministerio de Sanidad, S. S.-T. (2014). *Guía práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto.* España.
- Morillas, B. H. (2013). *Guía de autoayuda para la depresión y los trastornos de la ansiedad.* Sevilla.
- Murgieri, M. W.-B., (2017). *WHOQOL - BREF. Escala de calidad de vida.* Obtenido de [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo\\_3-1\\_WHOQOL-BREF.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf)
- Obregón, J. R. (s.f). *El método estadístico.* Obtenido de <http://paginas.facmed.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/03REYNAGA1.pdf>.
- OMS, O. M. (2014). *Clasificación de los adultos mayores.*
- Peruano, E. (26 de 08 de 2018). Normas Legales. *El Peruano.*
- Rivero, D. S. (2008). *Metodología de la investigación.* Rubeira.
- Ruelas, K. Y. (2011). *Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S Materno infantil Tablada de Lurín. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.* Lima.

- Solano, C. R. (2016). *Funcionalidad familiar y nivel de depresión del Adulto Mayor. Centro Adulto Mayor EsSalud Guadalupe. Tesis de pregrado. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo.*
- Soto, E. S. (2013). *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública. Tesis magistral. Universidad de Chile. Santiago.*
- Vargas, M. E. (2013). *Rasgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa, viuda de Canevaro. Tesis de licenciatura. Universidad WIENER. Lima.*
- Zuluaga, M. C. (2010). *Depresión, Calidad de vida y condiciones de la vivienda como predictores de la mortalidad en ancianos con insuficiencia cardiaca. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.*

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

#### 1. Presentación.

Éste es un estudio de investigación de la Universidad Particular de Chiclayo, a través del presente cuestionario queremos conocer algunos aspectos relacionados con identificar el nivel de depresión, importante para su especial atención y toma de precauciones acerca de su estado de salud.

#### 2. Datos generales.

2.1. Edad: ..... Sexo: (M) (F)

2.2. Grado de instrucción: Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) superior ( )

2.3. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Conviviente ( )

2.4. ¿Trabaja?: Si ( ) No ( )

2.5. ¿Vive con familia?: Si ( ) No ( )

2.6. ¿Padece de alguna enfermedad?: Si ( ) No ( )

2.7. ¿Está en tratamiento?: Si ( ) No ( )

#### 3. Instrucciones.

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

| Nº | ITEM                                                           | SI | NO |
|----|----------------------------------------------------------------|----|----|
| 01 | ¿Está básicamente satisfecho con su vida?                      |    |    |
| 02 | ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?         |    |    |
| 03 | ¿Siente que su vida está vacía?                                |    |    |
| 04 | ¿Se siente a menudo aburrido?                                  |    |    |
| 05 | ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?               |    |    |
| 06 | ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?                       |    |    |
| 07 | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                    |    |    |
| 08 | ¿Se siente a menudo sin esperanza?                             |    |    |
| 09 | ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? |    |    |
| 10 | ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?     |    |    |
| 11 | ¿Cree que es maravilloso estar vivo?                           |    |    |
| 12 | ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?             |    |    |
| 13 | ¿Piensa que su situación es desesperada?                       |    |    |
| 14 | ¿Se siente lleno de energía?                                   |    |    |
| 15 | ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?         |    |    |

#### Valoración:

0 - 5 = Normal

6 - 9 = Depresión Leve

10-15 = Depresión Severa

## ANEXO 02

### ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

#### Instrucciones:

A continuación, le presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marca la alternativa que considere conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

| 1            | 2                                                                              | 3                      | 4                   | 5                        |   |   |   |   |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|---|---|---|---|
| Insatisfecho | Un poco satisfecho                                                             | Más o menos satisfecho | Bastante satisfecho | Completamente satisfecho |   |   |   |   |
| Nº           | ITEM                                                                           |                        |                     | RESPUESTA                |   |   |   |   |
|              | Que tan satisfecho estas con:                                                  |                        |                     | 1                        | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1            | Tus actuales condiciones de vivienda                                           |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 2            | Tus responsabilidades                                                          |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 3            | La capacidad de tu familia                                                     |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 4            | La capacidad de tu familia para dar lujos                                      |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 5            | La cantidad de dinero que tienes para gastar                                   |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 6            | Tus amigos                                                                     |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 7            | Las facilidades para hacer compras en tu comunidad                             |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 8            | La seguridad en tu comunidad                                                   |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 9            | El barrio donde vives                                                          |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 10           | Las facilidades para recreación (parques, campos de juego, etc.)               |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 11           | Tu familia                                                                     |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 12           | Tus hermanos                                                                   |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 13           | El número de hijos en tu familia                                               |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 14           | Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos)                          |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 15           | Tu grado de estudios alcanzados                                                |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 16           | El tiempo libre que tienes                                                     |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 17           | La forma como usas tu tiempo                                                   |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 18           | La actualidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 19           | Calidad de los programas de televisión                                         |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 20           | Calidad de cine                                                                |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 21           | Calidad de periódicos y revistas                                               |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 22           | La vida religiosa de tu familia                                                |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 23           | La vida religiosa de tu comunidad                                              |                        |                     |                          |   |   |   |   |
| 24           | Tu propia salud                                                                |                        |                     |                          |   |   |   |   |

### ANEXO 3

#### VALIDEZ ÍTEM-TEST DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Paredes & Vidaurre (2016)

| ÍTEM | PEARSON | SIG. | ÍTEM | PEARSON | SIG. |
|------|---------|------|------|---------|------|
| 1    | ,422**  | .000 | 13   | ,381**  | .000 |
| 2    | ,376**  | .000 | 14   | ,420**  | .000 |
| 3    | ,497**  | .000 | 15   | ,304**  | .001 |
| 4    | ,450**  | .000 | 16   | ,517**  | .000 |
| 5    | ,365**  | .000 | 17   | ,501**  | .000 |
| 6    | ,367**  | .000 | 18   | ,367**  | .000 |
| 7    | ,376**  | .000 | 19   | ,310**  | .001 |
| 8    | ,212*   | .020 | 20   | ,363**  | .000 |
| 9    | ,303**  | .001 | 21   | ,395**  | .000 |
| 10   | .178    | .052 | 22   | ,449**  | .000 |
| 11   | ,433**  | .000 | 23   | ,444**  | .000 |
| 12   | ,400**  | .000 | 24   | ,479**  | .000 |

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

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Validez de constructo por medio del método ítem-test aplicando el coeficiente de correlación de Pearson, cuyos índices de relación son aceptables y con una significancia de  $p < 0.05$  y  $p < 0.01$ ., excepto con el ítem 10, cuya relación ( $r = 0.178$ ) y significancia ( $p > 0.05$ ), por lo tanto, el ítem se elimina, sin embargo, se ha mantenido la totalidad de la composición del test, puesto que la eliminación o mantenimiento del ítem no afecta la confiabilidad del test.

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA Paredes & Vidaurre (2016)

#### *Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida*

|                    | Ítems completos** | Ítem 10 eliminado* |
|--------------------|-------------------|--------------------|
| Alfa de Cronbach   | .753              | .758               |
| Paralelo           | .753              | .758               |
| Paralelo sin sesgo | .757              | .762               |
| N de elementos     | 24                | 23                 |

\*\* Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida manteniendo la totalidad de los 24 ítems, aplicando los coeficientes de Alfa de Cronbach y Paralelo.

\* Confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida eliminando el ítem 10, aplicando los coeficientes de Alfa de Cronbach y Paralelo.

Como se muestra en los índices de confiabilidad de la Escala de Calidad de Vida se mantiene estable conservando la totalidad de los ítems o eliminando el ítem 10 que no guarda relación con el test; por lo tanto, se acepta como confiable el instrumento conservando los 24 ítems.

## ANEXO 5

### BAREMOS DE CALIDAD DE VIDA

| GENERAL |     |       | HOGAR     |     |       | AMIGOS |      |       | FAMILIA  |       |       |      |
|---------|-----|-------|-----------|-----|-------|--------|------|-------|----------|-------|-------|------|
| PD      | PC  | NIVEL | PD        | PC  | NIVEL | PD     | PC   | NIVEL | PD       | PC    | NIVEL |      |
| 101     | 100 | ALTO  | 25        | 100 | ALTO  | 20     | 100  | ALTO  | 19       | 101   | ALTO  |      |
| 99      | 100 |       | 24        | 100 |       | 19     | 101  |       | 18       | 99    |       |      |
| 96      | 98  |       | 23        | 100 |       | 18     | 98   |       | 17       | 99    |       |      |
| 88      | 98  |       | 22        | 98  |       | 17     | 95   |       | 16       | 95    |       |      |
| 87      | 93  |       | 20        | 94  |       | 16     | 84   |       | 15       | 100   |       |      |
| 85      | 92  |       | 19        | 89  |       | 15     | 70   | MEDIO | 14       | 89    |       |      |
| 84      | 90  |       | 18        | 81  |       | 14     | 58   |       | 13       | 87    |       |      |
| 83      | 85  |       | 17        | 81  |       | 13     | 49   |       | 12       | 73    |       |      |
| 82      | 83  |       | 16        | 60  | MEDIO | 12     | 35   | 11    | 52       | MEDIO |       |      |
| 81      | 83  |       | 15        | 39  |       | 11     | 16   | 10    | 33       |       |       |      |
| 80      | 78  | MEDIO | 14        | 23  | BAJO  | 10     | 9    | BAJO  | 9        | 24    | ALTO  |      |
| 79      | 75  |       | 13        | 15  |       | 9      | 5    |       | 8        | 16    |       |      |
| 78      | 72  |       | 12        | 11  |       | 8      | 4    |       | 7        | 8     |       |      |
| 77      | 70  |       | 11        | 6   |       | 7      | 4    |       | 4        | 3     |       |      |
| 76      | 67  |       | 10        | 5   |       | MEDIOS |      |       | RELIGIÓN |       |       |      |
| 75      | 66  |       | 9         | 5   |       | PD     | PC   | NIVEL | PD       | PC    | NIVEL |      |
| 74      | 59  |       | 8         | 3   |       | 20     | 103  | ALTO  | 10       | 102   | ALTO  |      |
| 73      | 55  |       | 7         | 3   |       | 17     | 98   |       | 9        | 98    |       |      |
| 72      | 53  |       | EDUCACIÓN |     |       | 16     | 93   |       | 8        | 102   |       |      |
| 71      | 51  |       | PD        | PC  | NIVEL | 15     | 85   |       | 7        | 88    |       |      |
| 70      | 49  | BAJO  | 15        | 100 | ALTO  | 14     | 84   | MEDIO | 6        | 62    | MEDIO |      |
| 69      | 41  |       | 14        | 102 |       | 13     | 74   |       | 5        | 43    |       |      |
| 68      | 38  |       | 13        | 95  |       | 12     | 63   |       | 4        | 18    | BAJO  |      |
| 67      | 34  |       | 12        | 95  |       | 11     | 47   |       | 3        | 7     |       |      |
| 66      | 28  |       | 11        | 96  |       | 10     | 26   |       | 2        | 5     |       |      |
| 65      | 26  |       | 10        | 87  |       | 9      | 15   | SALUD |          |       |       |      |
| 64      | 22  |       | BAJO      | 9   | 73    | MEDIO  | 8    | 10    | PD       | PC    | NIVEL |      |
| 63      | 17  |       |           | 8   | 62    |        | BAJO | 7     | 3        | 10    | 103   | ALTO |
| 62      | 17  |       |           | 7   | 41    |        |      | 6     | 1        | 9     | 96    |      |
| 61      | 10  |       |           | 6   | 15    |        |      |       |          |       | 8     |      |
| 60      | 9   | 5     |           | 11  |       |        |      | 7     | 81       | MEDIO |       |      |
| 59      | 10  | 4     |           | 3   |       |        |      | 6     | 70       |       |       |      |
| 58      | 5   | 3     |           | 1   |       |        |      | 5     | 55       |       |       |      |
| 56      | 1   |       |           |     |       |        |      | 4     | 43       |       | BAJO  |      |
| 45      | 1   |       |           |     |       |        |      | 3     | 18       |       |       |      |
|         |     |       |           |     |       |        |      |       | 2        | 5     |       |      |

## Matriz de consistencia lógica

| TÍTULO                                                                                                                           | PROBLEMAS                                                                                                                                                                                            | OBJETIVOS                                                                                                                                                                                | HIPÓTESIS                                                                                                                                                             | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  | METODOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                       | VARIABLES                                      | DIMENSIONES     | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, en un centro del adulto mayor de EsSalud Jaén – 2016. | <b>General</b>                                                                                                                                                                                       | <b>General</b>                                                                                                                                                                           | <b>General</b>                                                                                                                                                        | <b>VI:</b><br><br>Depresión en adultos mayores | Estado de ánimo | 1. Satisfacción con la vida.<br>2. Actividades recreativas y de ocio.<br>3. Sentimientos de vacío.<br>4. Frecuente sensación de aburrimiento.<br>5. Buen ánimo la mayor parte del tiempo.<br>6. Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar.<br>7. Sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo.<br>8. Sentimiento frecuente de desamparo.<br>9. Problemas de memoria.<br>10. Preferencia por quedarse en casa en vez de salir.<br>11. Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo.<br>12. Sentimiento en la actualidad de inutilidad o desprecio.<br>13. Sentimientos de plenitud de energía.<br>14. Sentimiento de desesperanza ante la condición actual.<br>15. Creencia frente a que las demás personas están mejor. | <b>Técnica:</b><br><b>entrevista</b><br><br>Instrumento:<br>Escala de depresión geriátrica abreviada. Escala de Yesavage<br><br><b>ESCALA VALORATIVA</b><br><br>Normal<br><br>Leve<br><br>Severo | <b>Tipo y diseño de investigación:</b><br><br>No experimental correlacional – causal<br><br><b>Método de investigación:</b><br><br>Cuantitativo<br><br><b>Población y muestra:</b><br><br>40 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén. |
|                                                                                                                                  | <b>Específicos</b>                                                                                                                                                                                   | <b>Específicos</b>                                                                                                                                                                       | <b>Específicas</b>                                                                                                                                                    |                                                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                  | ¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?                | ¿Determinar la relación que existe entre los niveles de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016? | Existe relación entre los niveles de depresión y calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016. |                                                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                  | ¿Cuál es el nivel predominante de depresión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?                                                     | Identificar el nivel predominante de depresión del adulto mayor...                                                                                                                       | Existe relación entre depresión, hogar y bienestar del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.               |                                                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                  | ¿Cuál es el nivel predominante de calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016?                                               | Identificar el nivel predominante de calidad de vida del adulto mayor...                                                                                                                 | Existe relación entre depresión, amigos, vecindario y comunidad del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.  |                                                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                  | ¿Cuál es la relación que existe entre depresión y las diferentes dimensiones de calidad de vida del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016? | Determinar la relación que existe entre depresión, hogar y bienestar del adulto mayor...                                                                                                 | Existe relación entre depresión, vida familiar y vida externa del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.    |                                                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                      | Determinar la relación que existe entre depresión, amigos, vecindario y comunidad del adulto mayor...                                                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                |                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              |

| TÍTULO                                                                                                                           | PROBLEMAS | OBJETIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HIPÓTESIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES |                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          | METODOLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | VARIABLES                       | DIMENSIONES         | INDICADORES                                                                                                                                                                                                                                                  | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, en un centro del adulto mayor de EsSalud Jaén – 2016. |           | <p>Determinar la relación que existe entre depresión, vida familiar y vida externa del adulto mayor...</p> <p>Determinar la relación que existe entre depresión, educación y ocio del adulto mayor en un centro del adulto mayor...</p> <p>Determinar la relación que existe entre depresión y medios de comunicación en el adulto mayor...</p> <p>Determinar la relación que existe entre depresión y religión del adulto mayor...</p> <p>Determinar la relación que existe entre depresión y salud del adulto mayor...</p> | <p>Existe relación entre depresión, educación y ocio del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.</p> <p>Existe relación entre depresión y medios de comunicación en el adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.</p> <p>Existe relación entre depresión y religión del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.</p> <p>Existe relación entre depresión y salud del adulto mayor en un centro del adulto mayor de EsSalud en la ciudad de Jaén, durante el año 2016.</p> | VD:<br>Calidad de vida          | Físico              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor y malestar</li> <li>• Dependencia de medicación o tratamiento</li> <li>• Energía y fatiga</li> <li>• Movilidad</li> <li>• Sueño y descanso.</li> </ul>                                                        | <p><b>Técnica:</b><br/><b>entrevista</b></p> <p>Cuestionario WHOQOL – Bref:<br/>Calidad de vida</p> <p><b>ESCALA VALORATIVA</b></p> <p>Bajo</p> <p>Medio</p> <p>Alto</p> | <p><b>Tipo y diseño de investigación:</b></p> <p>No experimental correlacional – causal</p> <p><b>Método de investigación:</b></p> <p>Cualitativo</p> <p><b>Población y muestra:</b></p> <p>40 adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Jaén.</p> |
|                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 | Psicológico         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimiento positivo;</li> <li>• Espiritualidad, religión, creencias personales</li> <li>• Concentración</li> <li>• Imagen corporal y apariencia</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Sentimientos negativos</li> </ul> |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 | Relaciones sociales | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones personales</li> <li>• Actividad sexual</li> <li>• Soporte social</li> </ul>                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                  |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 | Medio ambiente      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad física y protección</li> <li>• Entorno físico</li> <li>• Recursos económicos</li> <li>• Oportunidades para adquisición de información/habilidades.</li> </ul>                                             |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |