



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE LA RED
ASISTENCIAL ANCASH, CHIMBOTE - 2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA

AUTOR

RICARDO ALCIDES LOJE CANTINETT

ASESORA

NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR

Mg. Elcira Leonor Grados Urcia

Docente Asesor Revisor

Mg. Eva María Arévalo Valdiviezo

Miembro

Mg. Mónica Elizabeth Herrera Alva

Miembro

Dra. Nélide Cantuarias Noriega

Asesora

DEDICATORIA

A Dios por permitirme la vida, salud, el ánimo de superación, por estar conmigo en cada paso que doy y por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi madre por darme la vida y educarme con principios y valores.

A mi familia por su cariño, amor, su constante apoyo para lograr mis metas y brindarme fortaleza en todo momento.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Dra. Nélica Cantuarias Noriega, por su invaluable apoyo al guiarme con las pautas necesarias, ya que sin ellas no hubiese sido posible la culminación con éxito del presente informe.

A mis docentes de la universidad por la buena formación que forjaron en mí, valores, cultura y conocimientos.

Al Dr. Martín Alva Díaz y a las internas de psicología Rosmeri Saucedo Castro y Vanessa Fernández Sánchez por su constante apoyo durante el desarrollo de la investigación.

Finalmente agradezco a las autoridades y usuarios del Centro del Adulto Mayor donde se recogió la información, por darme las facilidades para poder ejecutar

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre depresión y calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018. El tipo de investigación fue básica, cuantitativa de nivel descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por 380 adultos mayores y la muestra fue de 136. Para el recojo de la información se utilizaron como instrumentos: El inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida en personas mayores de Verdugo, Gómez y Arias, modificado por el autor. En los resultados se evidencian que el 31.6% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 27.2% depresión moderada, el 25% depresión grave y el 16.2% no presentan depresión; con respecto a la calidad de vida el 51.4% presentan nivel medio, el 26.5% nivel alto y el 22.1% nivel bajo de calidad de vida. La relación entre depresión y calidad de vida se encontró altamente significativa ($.000$) $p < 0.05$ aceptándose la hipótesis alternativa; así también todas las dimensiones de la calidad de vida se relacionan significativamente con la depresión; concluyendo que existe relación entre la depresión y la calidad de vida.

Palabras clave: Depresión, calidad de vida, adulto mayor

ABSTRACT

The general objective of the research was the relationship between depression and quality of life in users of the elderly center of the Ancash care network, Chimbote - 2018. The type of research was basic, quantitative descriptive-correlational level. The population consisted of 380 older adults and the sample was 136. Beck's depression inventory and the quality of life scale in older people of Verdugo, Gómez and Arias, modified by the author. 27.2% of moderate depression, 25% of severe depression and 16.2% did not present depression; Regarding the quality of life, 51.4% presented a medium level, 26.5% a high level and 22.1% a low level of quality of life. The relationship between depression and quality of life was quite significant (.000) $p < 0.05$, accepting the alternative hypothesis; also the dimensions of quality of life are significantly related to depression; concluding that there is a relationship between depression and quality of life.

Keywords: Depression, quality of life, older adult

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO	8
	2.1.Marco teórico	8
	2.2.Antecedentes	20
	2.3.Bases teóricas	24
	2.4.Hipótesis	30
	2.5.Variables	31
III.	METODOLOGÍA	32
	3.1.El tipo y el nivel de la investigación	32
	3.2.Diseño de la investigación	32
	3.3.Población y muestra	32
	3.4.Definición y operacionalización de las variables y dimensiones	34
	3.5.Técnicas, instrumentos y procedimiento	37
	3.6.Plan de análisis	40
	3.7.Principios éticos	40
IV.	RESULTADOS	42
	4.1. Resultados	42
	4.2. Análisis de los resultados	49
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
	5.1. Conclusiones	62
	5.2. Recomendaciones	63
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	ANEXOS	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Niveles de depresión en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	42
Tabla 2	Niveles de calidad de vida en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	44
Tabla 3	Relación entre depresión y calidad de vida en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	46
Tabla 4	Relación entre niveles de las dimensiones de calidad de vida y niveles de depresión en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Niveles de depresión en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	43
Gráfico 2	Niveles de calidad de vida en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	45
Gráfico 3	Relación entre depresión y calidad de vida en los usuarios del centro adulto mayor de la red asistencial de Áncash, Chimbote – 2018	47

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud que afecta a una gran cantidad de personas en el mundo, y se puede calcular que afecta aproximadamente a una población de 300 millones en el mundo. Está considerada como una de las principales causas de discapacidad y contribuye de forma importante a la morbilidad, afecta más a la mujer que al hombre y en muchos casos, puede desencadenar en suicidios. Es un problema de salud de larga duración e intensidad diversas, pudiendo presentarse desde un nivel moderado hasta muy grave; puede causar sufrimiento y alterar las actividades diarias en el ámbito laboral, académico, social y familiar. Cada año se suicidan aproximadamente 800,000 personas, por ello se convierte en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1).

Al referirnos a la calidad de vida de las personas adultas mayores que poseen algunas características especiales, como el retiro laboral, enfermedades crónicas, cambios en las estructuras familiares, etc, (2). En la actualidad existe una gran cantidad de personas mayores que forman parte de este grupo etario y también se observa que tienen que enfrentar a una sociedad donde prevalece la juventud, la belleza y las condiciones de salud como los predominantes (3).

La calidad de vida, desde mucho tiempo atrás está vinculada a otros elementos, como a las variables psicológicas que involucran en sí mismas el concepto de bienestar. Por eso algunos investigadores no diferencian aun claramente que cada concepto deben utilizarlo de manera indistinta. Es en estos escenarios que la calidad de vida es un tema atrayente para explicar el bienestar de las personas desde diversas

disciplinas y más aún desde la perspectiva de la salud en general y la mental en particular.

En este sentido, cabe destacar la importancia del presente estudio, ya que tiene que ver con una etapa importante del desarrollo evolutivo, donde los adultos mayores se sienten generalmente desvalidos, con falta de seguridad y preocupados por la transformación de su organismo, sus expectativas y sus recuerdos; así como por el deterioro de su salud física y mental que cambia bruscamente en la medida que pasa el tiempo.

En el mundo, la depresión causa el 80% de suicidios, y en el Perú hay un millón 700 mil personas deprimidas, pero solo el 25% ha recibido atención especializada. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Perú 21 (4), revela que cada año se quitan la vida 800 mil personas en el mundo. Esta suma, supera a las cifras de decesos por homicidios, conflictos bélicos y desastres naturales juntas.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental en el diario Perú 21 (4), las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman desde la infancia; y si esta avanza, puede llegar al suicidio, aunque no en todos" (4). Las estadísticas de la institución, el 80% de los 334 casos de suicidios presentado en el país, tuvo su origen en problemas del estado de ánimo y la depresión. Es decir, de cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año, de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse".

Según el Ministerio de Salud en Perú 21 (4), la depresión ha estado detrás del 70% de los casos de suicidios a nivel nacional, un 6,7% de la población del país padece de este trastorno. "Lo que pasa es que, en el país, y en general en todo el mundo, todavía se mantiene ese estigma hacia los problemas psiquiátricos que nos llevan a decir que son irremediables o, en el otro extremo, a minimizar la enfermedad y a no darle la importancia como tal".

La depresión no discrimina edad, sexo, ni condición económica, credo religioso o núcleo familiar. Está en toda la población y puede afectar a cualquiera; su gravedad radica principalmente en lo poco predecible que es, incluso cuando ya ha sido detectada. Un caso de depresión leve puede complicarse y terminar en un suicidio en cuestión de horas. "La evolución depende de cada caso en particular y de muchos factores que pueden estar manteniendo el problema". Igualmente, cabe indicar que, del total de personas que se suicidan en el Perú, un 70% sufría depresión; en este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en El Comercio (5) considera que en el 2020 la depresión va a ser el principal problema de salud a nivel mundial, más allá que cualquier otra enfermedad física.

Por otro lado, en la población del adulto mayor, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. La Organización Mundial de la salud calcula que entre 2015 y 2050 dicha proporción se duplicará, pasando de 12 a 22%, en las personas mayores de 60 años; y más de un 20% de las personas que pasan de esta edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar la cefalea). Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuro-psiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (6).

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrentan, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos; de modo que necesitan asistencia a corto y largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes las experiencias, como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (6).

Es preciso resaltar que la salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa, por ello en los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que aquellos que no la padecen. En estas condiciones los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, ya sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono, a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato, esto puede llegar a causar graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad (6).

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida diaria, es así que la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera, por lo que es muy frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (6).

Con respecto a la calidad de vida, la OMS en Fernández-Ballesteros R, y Marcia A. (7), considera que se trata de un concepto amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". Asimismo, Prado A, & Sojo A. refieren que el bienestar se identifica con el desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, el estado de salud, la longevidad individual, la calidad y cantidad de los servicios de salud, así como los ingresos o salarios y la satisfacción de necesidades y deseos, elementos que pueden ser transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar (8).

Los Centros del Adulto Mayor (CAM), de la red asistencial de EsSalud, que se encuentran en la ciudad de Chimbote y Nuevo Chimbote, donde se concentran 380 de usuarios de 60 años a más, entre varones y mujeres, en su mayoría mujeres, se encuentran características similares a las antes mencionadas, en este sentido es importante indagar las características de la depresión y la calidad de vida de este grupo de personas, así como la relación que se pueden expresar entre estas variables con el propósito de mejorar la atención de salud mental al adulto mayor.

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la depresión y la calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – en el año 2018?

Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente objetivo general:
Determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018

Para poder conseguir el objetivo general se han planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Relacionar la calidad de vida según dimensiones con el nivel de depresión de los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018
2. Identificar el nivel de depresión que predomina en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018
3. Identificar el nivel de calidad de vida que predomina en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018

Finalmente, la investigación se justifica porque el presente estudio permitirá conocer en primer lugar la relación entre la depresión y la calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash de EsSalud, Chimbote – 2018; en segundo término se podrá obtener información sobre la relación entre la depresión y cada una de las dimensiones de la calidad de vida; asimismo aportará información ya que reafirmará la importancia del modelo teórico que sustenta la depresión en una realidad poblacional de la tercera edad de Chimbote; en este sentido, dicho estudio nos permitirá llenar un vacío del conocimiento en este tema de interés en esta parte de la región Peruana.

Por ello, al analizar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de los CAM de la Red Asistencial Ancash, sobre la base de estos resultados se podrán dirigir una serie de actividades de intervención, como proyectos y programas de salud mental, ocupacional, recreativas, etc., según el perfil de la calidad de vida que se obtengan del estudio.

Los resultados también servirán para incrementar el conocimiento en salud mental y será considerado como un antecedente para futuros estudios e investigadores que tengan interés en el tema.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco teórico

Depresión

La Organización Mundial de la Salud (9) señala a la depresión como un trastorno caracterizado por la manifestación de pérdida de placer o interés, tristeza, trastornos del sueño o del apetito, sentimientos baja autoestima o de culpa, falta de concentración y sensación de cansancio. Ésta puede llegar a hacerse recurrente o crónica y obstaculizar el desempeño en la escuela o el ambiente de trabajo y la capacidad para enfrentar la vida diaria.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), la conceptualiza como un desorden afectivo en el cual hace referencia a depresión leve, moderada y grave. En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre decaimiento del ánimo, reducción de energía y disminución de actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante. El sueño se halla perturbado y disminuye el apetito. Casi siempre decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y aparecen ideas de culpa o de ser inútil. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido (10).

El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. En el episodio depresivo leve por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos; en el episodio depresivo moderado están presentes cuatro o más síntomas y en el episodio depresivo grave están presentes varios de los síntomas característicos y son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa (10).

Características de la Depresión

La depresión puede ser de dos tipos: depresión reactiva, donde el desencadenante será un estímulo externo al sujeto; y puede ser una depresión endógena donde no hay una causa clara de su aparición y se hipotetiza que su origen puede estar vinculado a factores biológicos, neurofisiológicos y/o genéticos (11).

Vázquez et. al (11) mencionan que la depresión es un síndrome heterogéneo caracterizado por la presencia de diferentes tipos de síntomas que se pueden agrupar en cinco niveles:

A nivel conductual: Agitación o retardo psicomotor, falta de autocuidado y aseo personal, agresividad verbal y/o física, llanto, conductas de evitación ante tareas cotidianas y/o interacciones sociales, conductas autolíticas y/o suicidas, estrategias inadecuadas de manejo de emociones (ej. beber alcohol); en el lenguaje hay verbalizaciones constantes sobre sus dificultades, problemas, y síntomas; ausencia o disminución marcada de conductas de comunicación; en la esfera corporal: postura decaída, abatida, voz apagada, hombros caídos, rostro inexpresivo, ritmo lento de habla; en la esfera interpersonal: soledad, aislamiento, pasividad, búsqueda de

validación externa del propio valor, conductas sumisas en las relaciones con los demás, conflicto y/o deterioro de las relaciones interpersonales, actividades de ocio reducidas o inexistentes (11).

A nivel cognitivo: Pensamientos automáticos negativos (pensamientos negativos acerca de sí mismo, de los demás, del futuro); creencias disfuncionales (ej. “para ser feliz tengo que hacerlo todo bien”), estilo atribucional disfuncionales (atribuciones causales internas, globales y estables ante sucesos negativos); percepción del grado de responsabilidad en los acontecimientos alterada: locus de control externo sobre los acontecimientos negativos, o alta responsabilidad personal (culpa); sesgos atencionales y de memoria (atención y abstracción selectiva hacia aspectos negativos, dificultades en la fase de recuperación de recuerdos positivos); rumiaciones constantes sobre sus síntomas, sus causas o sus consecuencias; alto nivel de focalización atencional en uno mismo (auto-focalización); ideación suicida (deseos, planes...); dificultades para tomar decisiones; y dificultades de concentración y problemas de memoria; y déficit en habilidades de solución de problemas (11).

A nivel psicofisiológico: Alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnia); alteraciones en el apetito (excesivo o reducido); disminución del deseo sexual; y molestias físicas. A nivel emocional y motivacional: Emociones negativas: tristeza, desesperanza, desamparo, autodesprecio, rencor, frustración, culpa fracaso, vacío, irritación, vergüenza, aburrimiento, afecto aplanado; anhedonia (incapacidad para experimentar emociones positivas); ausencia de reactividad ante recompensas/refuerzos; abulia (dificultad para iniciar tareas/actividades, disminución del interés social, del interés por actividades de ocio...etc.); y anergia, fatiga (11).

Modelos etiopatogénicos de la depresión

La psicopatología de la depresión varía no sólo entre los diferentes pacientes sino también entre los distintos episodios dentro de la vida de un mismo paciente. Este pleomorfismo clínico establece un importante desafío en el estudio de su etiopatogenia (12).

En el origen de la depresión interactúan factores genéticos y ambientales. Su heredabilidad se ha estimado en estudios de gemelos entre 31-42% con una contribución ambiental de 58-67%. Los modelos biológicos de la depresión contienen una larga serie de genes, siendo uno de los más estudiados el que codifica el transportador de serotonina. También, se ha visto que los subtipos de depresión se relacionan con patrones específicos de alteración. Las experiencias traumáticas infantiles pueden ayudar con la aparición de depresión en la adultez, especialmente en aquellos individuos más sensibles. Incluso se ha postulado la existencia de subtipos neurobiológicos de depresión dependiendo de la presencia o ausencia de eventos tempranos adversos. Recientemente se ha propuesto que diversos procesos inflamatorios jugarían un rol en la etiopatogenia de la depresión no sólo como precipitantes sino también como factores mantenedores de la sintomatología (12).

Sigmund Freud diferenció por primera vez los dinamismos psicológicos que subyacen a las reacciones afectivas de duelo y los síntomas de la depresión melancólica, postulando que lo característico de la melancolía es una pérdida de la autoestima manifestada clínicamente por la presencia de autorreproches. Posteriormente, el modelo cognitivo-conductual de la depresión postuló la existencia de una serie de cogniciones (conscientes) erradas o distorsionadas respecto a la manera de interpretar las experiencias (12).

Por otro lado, las hipótesis evolucionistas no han dejado de ser controversiales. En la depresión, entendida como un fenómeno adaptativo, el desánimo y los síntomas asociados contribuyen con el manejo de situaciones inapropiadas o potencialmente dañinas. En situaciones de trauma o abandono, el valor evolucionista de la depresión habita en la posibilidad de acabar con un estado de angustia de separación prolongado y, por lo tanto, evitar los efectos psicobiológicos deletéreos. En ese sentido se postula que la depresión corresponde a una respuesta ante la amenaza de los vínculos afectivos, lo que se traduce en una alteración de la capacidad de mentalización respecto a los deseos y motivaciones propias o de los demás. Específicamente, el apego inseguro se ha relacionado con una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de depresión y conducta suicida (12).

Personalidad y depresión

La relación entre el temperamento como expresión de la personalidad y las alteraciones del ánimo proviene de la antigüedad griega. Hoy en día, se ha desarrollado el concepto de temperamentos afectivos (depresivo, hipertímico, ciclotímico, irritable y ansioso) como manifestaciones subclínicas de algún trastorno del espectro afectivo. Dichos temperamentos han manifestado ser universales, con características particulares y sin discrepancias de género. Tellenbach desarrolló el concepto de *Typus melancholicus* para referirse a un conjunto de rasgos del carácter que determinan la personalidad premórbida en la depresión melancólica. Más recientemente, Sidney Blatt ha elaborado un modelo comprensivo de la depresión cuyo principal supuesto es que la condición de la experiencia depresiva depende de la personalidad cuyo desarrollo ocurre en una interacción dialéctica y sinérgica entre la tendencia hacia la autodefinición y las relaciones interpersonales (12).

Estas dimensiones han sido nombradas respectivamente como introyectiva y anaclítica. Ambas dimensiones se asocian con distintas estructuras de personalidad, diferentes estilos relacionales y de apego, una vulnerabilidad ante eventos ambientales específicos (fracaso versus pérdida), una presentación clínica determinada y una respuesta característica ante los tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos. Consecuentemente, la depresión es entendida como una forma de psicopatología que no deriva sólo de una alteración biológica inespecífica sino como un modo maladaptativo de tramitar las disrupciones severas y persistentes del desarrollo en el contexto de un trastorno interpersonal más que intrapersonal (12).

Clasificación

Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM IV), el trastorno depresivo es clasificado en sub categorías principales: trastorno depresivo mayor, distímico y no especificado (13).

El episodio depresivo mayor, donde a las personas que lo experimentan se les diagnostica como trastorno de depresión mayor (TDM), en cuanto a la duración el paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas. Durante las dos semanas, el paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas: estado de ánimo bajo gran parte del día, casi todos los días, (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación de otras personas (ojos llorosos); pérdida del interés o placer por todas o casi todas las actividades diarias, casi todos los días; pérdida del peso sin hacer dieta o aumento de peso; insomnio o hipersomnia la mayoría de los días; agitación o retraso psicomotor casi todos los días; fatiga o pérdida de energía casi todos los días; sentimiento de inutilidad o

culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo) (13).

También los síntomas como la disminución en la capacidad para pensar con concentrarse, o tomar decisiones, casi todos los días; pensamientos de muerte, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan determinado para llevarlo a cabo. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único. La mitad de los que experimentan un episodio depresivo con el tiempo tienen otro y que en general, entre menor es la edad de inicio de la depresión mayor es la probabilidad de recurrencia. Los síntomas causan molestia clínicamente significativa o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica (13).

El episodio depresivo mayor tiene una preponderancia en mujeres de casi 2:1 en relación con los hombres. El trastorno de depresión mayor suele iniciar entre los 25 y los 29 años, pero puede presentarse en cualquier momento de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad. Su inicio puede ser súbito o gradual. Si bien los episodios duran en promedio de 6 a 9 meses, su variabilidad es enorme, desde semanas hasta muchos años. El trastorno de depresión mayor tiene gran carga hereditaria; los parientes en primer grado muestran un riesgo varias veces superior al de la población general. Una de las consecuencias más graves es el suicidio, que constituye el destino de cerca de 4% de los individuos con trastorno de depresión mayor (13).

Trastorno depresivo persistente (distimia). La afección que se analiza aquí recibe distintos nombres: trastorno distímico, distimia, depresión crónica y ahora trastorno depresivo persistente, su duración radica en más días con síntomas que sin

ellos, dos años o más. Estos pacientes muestran realmente una depresión crónica, por periodos de varios años, manifiestan muchos de los mismos síntomas que se identifican en los episodios depresivos mayores, como abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño, sentimientos inapropiados de culpa e ideas de muerte o suicidas (13).

En resumen, la mayor parte de estos pacientes padece una afección prolongada, pero también relativamente leve. El 6% de los adultos padece distimia; a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar a cualquier edad, es rara su aparición tardía; el caso clásico surge de manera discreta y en una fase temprana de la vida que algunos pacientes consideran que su estado de ánimo abatido normal. En el pasado, los clínicos consideraban que estos individuos tenían personalidad depresiva. Los pacientes distímicos sufren en silencio, tienden a invertir gran parte de su energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida. Puesto que no parecen tener discapacidad intensa, son capaces de continuar sin tratamiento hasta que sus síntomas se intensifican y se convierten en un episodio depresivo mayor. Éste es el destino de muchos, quizá el de la mayor parte, de los pacientes distímicos (13).

Otro trastorno depresivo no especificado: Esta categoría se emplea a manifestaciones en las que prevalecen los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan molestia clínicamente significativa o deterioro en lo laboral, social, u otras áreas relevantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. Las categorías del trastorno depresivo no especificado se utilizan en contextos en las que el profesional opta por no detallar el motivo del incumplimiento

de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye manifestaciones en las que no existe suficiente información para realizar un diagnóstico más específico (13).

Los códigos de intensidad de la depresión

La gravedad se basa en la cantidad de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional (13).

- Leve: Los síntomas apenas cubren los criterios y su intensidad causa malestar, pero es adaptable y producen poco deterioro o interrupción en la capacidad del individuo para laborar, estudiar o relacionarse.
- Moderada: El número de síntomas, la intensidad y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave”.
- Grave: Existen diversos síntomas más que los mínimos para determinar el diagnóstico, su intensidad causa gran malestar y no es manejable, e interfieren en el desempeño social, laboral o personal del individuo.

El Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM IV) codifica así el episodio depresivo mayor en función de su gravedad: “Se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad y el grado de incapacidad funcional y malestar. Los episodios leves se caracterizan por la presencia cinco o seis síntomas depresivos y por una incapacidad leve o por una capacidad de función normal. Los episodios graves sin síntomas psicóticos se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y visible. Los episodios moderados tienen una gravedad intermedia entre los leves y los graves” (13).

Calidad de vida

Evolución histórica de calidad de vida

La expresión de la calidad de vida surge en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante el período de los 50 y a inicios de los 60, el progresivo interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las secuelas de la industrialización de la sociedad forjan surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos imparciales, y desde las Ciencias Sociales se inicia el progreso de los indicadores sociales, estadísticos que reconocen medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores lograron su propio avance siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos (14).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 e inicios de los 80, estimuló en el proceso la diferenciación entre los problemas sociales y la calidad de vida. La expresión inicia a definirse como concepto integrador que alcanza todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como también a componentes subjetivos (14).

Existen distintos modelos conceptuales de calidad de vida. A las tres definiciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en Gómez M, Sabeh E. (14), se agregó una cuarta.

- a. La calidad de vida hace referencia a las condiciones de vida de una persona.
- b. Satisfacción experimentada por el individuo con dichas condiciones vitales.

- c. Combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de las condiciones de vida de un individuo junto al bienestar que ésta experimenta.
- d. La combinación de la satisfacción personal y las condiciones de vida ponderadas por la escala de valores, expectativas personales y aspiraciones.

La Organización Mundial de la Salud en Botero B (15) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su perspectiva en la vida dentro del contexto cultural y el conjunto de valores en el que vive y con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que contiene aspectos personales como autonomía, salud, satisfacción con la vida, independencia y aspectos ambientales como servicios sociales y redes de apoyo, entre otros.

Por otro lado, Ramírez en Grimaldo (16), define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción psicológica, física y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un acontecimiento de salud y el nivel de satisfacción e insatisfacción que va repercutir en su bienestar.

Según Guillen en Chávez C (17), la calidad de vida puede ser entendida como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando primariamente una mayor esperanza de vida, y sobretodo vivir en mejores circunstancias mentales y físicas.

Componentes de la calidad de vida

El modelo conceptual de la calidad de vida tiene dos elementos característicos que en cierto modo facilitan un análisis a dos niveles (18).

- A nivel objetivo. - Hace referencia a un conjunto de indicadores de tipo objetivo que expresen las condiciones bajo las cuales la persona desenvuelve su vida.
- A nivel de bienestar subjetivo. - Una segunda recopilación de indicadores que pretende captar lo que conocemos como bienestar subjetivo, que acopia las percepciones, valores y actitudes que el individuo tiene sobre las diferentes áreas que constituyen su vida. Dentro de este conjunto de indicadores también se recoge información sobre la apreciación que el individuo tiene de la labor desarrollada por los gobiernos y políticos y como ésta incide en su calidad de vida.

Áreas de la calidad de vida

Las circunstancias de la vida pueden subdividirse en decenas de fragmentos. Dependerá de la complejidad de estas el que se tengan más o menos criterios de calidad en los procesos de vida de las personas. A continuación, se explicarán las ocho áreas más relevantes que componen el criterio de la calidad de vida en las personas, Asili et. al. (19).

- a) Vida Intelectual. - Es conocer si lo que se piensa es de calidad, es decir, si el pensamiento es equitativo, justo, razonable.
- b) Vida Emocional. - Es conocer si las emociones se están adecuando a todas nuestras experiencias diarias, con el propósito de sentirnos satisfechos tanto personalmente como con la sociedad en que nos desarrollamos.

- c) Vida Física. - Es sentir un bienestar físico corporal, mental y social. Preocupándonos por contar con descansos, alimentación adecuada y evitar el estrés.
- d) Vida Familiar. - Es la relación satisfactoria o insatisfactoria que se posee con los miembros del entorno familiar.
- e) Vida Social. - Interacción con los miembros de la sociedad en que el individuo se relaciona, haciendo que éste se integre positivamente o sea rechazado por la sociedad.
- f) Vida Económica. - Este concepto se manifiesta en función de los bienes que tiene el individuo para satisfacer sus necesidades económicas completamente.
- g) Vida Laboral. - Es el conocer que tan satisfecho está una persona con su labor. Es decir, si la persona presenta gozo o frustración dentro de su área o ambiente laboral.

2.2. Antecedentes

A nivel internacional:

Capote, Casamayor y Castañer (20), realizaron un estudio titulado Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, Cuba, 2012; con el objetivo de evaluar la calidad de vida y la depresión en este grupo de pacientes. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal que incluyó a los pacientes con 60 años y más de edad atendidos en el Servicio de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal. En donde se utilizó el índice de Karnofsky para medir calidad de vida, y la escala de depresión de Hamilton para medir depresión. Como resultados se obtuvo que el 44 % del total de pacientes eran adultos mayores, el 60% tenía una buena calidad de vida y el 76,6% presentó elementos clínicos

compatibles con la depresión. Al relacionar la calidad de vida con la depresión se obtuvieron resultados significativos estadísticamente (χ^2 de Pearson= 6,087; $p= 0,014$; OR= 2,091). La intensidad de la depresión también tuvo relación con la calidad de vida (χ^2 de Pearson= 8,750 y $p= 0,013$). Llegando a la conclusión que los adultos mayores representaron un porcentaje importante de los pacientes que actualmente reciben tratamiento sustitutivo de la función renal y la mayoría percibe una buena calidad de vida. La depresión en estos pacientes es muy frecuente, situación que se debe tener en cuenta por su influencia sobre la calidad de vida.

Acosta, et. al (21) en su estudio sobre Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos, 2017; tuvieron como objetivo analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de pareja y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores. El estudio fue de tipo no experimental, seccional y explicativo. Participaron 489 mayores del sur del estado de Sonora (México) de entre 60 y 97 años, quienes completaron la escala ESTE para medir soledad, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD para medir su calidad de vida. Los resultados indican que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja.

Flores, et. al (22) en su estudio sobre Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores, México, 2012; cuyo objetivo fue evaluar la ansiedad y depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida. El estudio se

basó en un diseño de tipo transversal. Se evaluaron a 333 adultos mayores con los cuestionarios: de Ansiedad Cognitivo-Somática y WHOQOL-BREF. Se encontró que el 83.5% de 333 adultos mayores señalaron algunas condiciones de la vivienda inadecuadas, 30.6% expresaron sentimientos negativos por su vivienda, 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 85.8% señalaban que las dimensiones: ambiente y relaciones sociales inadecuadas, 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, las mujeres tuvieron altos puntajes de depresión 70.0% rasgo y 67.7% estado, la edad fue determinante para la buena calidad de vida. Se detectaron al sexo, edad y depresión como indicadores significativos asociados a la calidad de vida.

Poblete, Matus, Díaz, Vidal y Ayala (23) en su estudio sobre Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos de Chile, 2015; aborda al adulto mayor en el contexto de la relevancia del autoreporte de la percepción de la calidad de vida e indicadores psicológicos como depresión y deterioro cognitivo, se evaluaron 30 adultos mayores que ejecutan ejercicio físico tres veces por semana, con antigüedad de 1 año. Se pretende relacionar las variables de depresión y deterioro cognitivo con la percepción de la calidad de vida. Se utilizó el diseño de investigación de tipo descriptivo correlacional. Como instrumentos se utilizaron el test de la escala de depresión geriátrica Yesavage, Minimal y Calidad de vida SF-36. Se obtuvo como resultados que un 16,6% presenta depresión establecida y un 26,7% depresión leve, un 56,7% está en categoría normal. El deterioro cognitivo un 86,7% presenta déficit leve y un 13,3% normal. El promedio en dimensión de calidad de vida es de 71,21 que se clasifica como óptima. El ejercicio físico sistemático es importante en la mantención de los parámetros de Deterioro Cognitivo, Depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento.

Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez y Osorio (24), investigaron en Colombia la Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, 2011; con el objetivo de investigar las condiciones asociadas con la calidad de vida de los ancianos en hogares geriátricos. Fue un estudio de tipo descriptivo y transversal, con 276 ancianos de 39 Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se excluyeron aquellos con grave deterioro cognitivo y los que no residían de forma permanente en la institución. La calidad de vida se evaluó mediante el World Health Organization Quality of Life of Older Adults (WHOQOL-OLD) de la Organización Mundial de la Salud; se utilizaron la escala de depresión de Yesavage, la de ansiedad de Goldberg, la de funcionalidad de Pfeffer, la de minivaloración nutricional y, además, se evaluaron aspectos demográficos y sociales.

Se obtuvieron como resultados que el 59,4 % eran mujeres, la edad promedio fue de $79,2 \pm 8,0$ años, 71 % se consideraron independientes para realizar actividades de la vida diaria, 45,7 % presentaba sintomatología depresiva y 33 % mostraron riesgo de ansiedad, 28,3 % deterioro funcional y, 54,3 %, posible malnutrición. Se halló una asociación negativa con la calidad de vida el ser mujer, presentar diabetes, altos puntajes en las escalas de capacidad funcional, depresión y ansiedad; el ir voluntariamente a la institución mostró una asociación positiva. Se llegó a la conclusión que hay deterioro en la calidad de vida cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitaban la realización de actividades de la vida diaria, agravado por el hecho de ser mujer, tener sintomatología depresiva y de ansiedad, y sentirse maltratado por sus familiares.

A nivel Nacional:

Torres y Torres (25), investigaron la Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor del CAM (Centro Adulto Mayor) del Distrito de La Victoria, Chiclayo, 2013. Se utilizó el diseño de investigación de tipo descriptivo correlacional, teniendo como problema de investigación establecer la relación entre depresión y la calidad de vida. Se estudió a 84 adultos mayores, que asisten constantemente al CAM; con el objetivo de determinar la relación entre Depresión y Calidad de Vida, teniendo como instrumentos el Inventario de Depresión de Beck BDI – II y la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, señalando como resultados que no existen correlación entre ambas variables; así mismo se demostró que el sexo femenino tiene mayor depresión, además que la Categoría Tendencia a Calidad de Vida Buena es la que predomina en los Adultos Mayores. También se confirmó que los factores que determinan la Calidad de Vida son Hogar y Bienestar Económico y Amigos, Vecindario y Comunidad.

A nivel local, no se encontraron antecedentes con las mismas variables de estudio, resaltando la importancia de la presente investigación.

2.3. Bases teóricas

Teoría de la depresión de Aarón Beck

La teoría de la depresión de Aarón Beck en Beltrán M et al (26) es considerada una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. Esta teoría se fundamenta en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se activan esquemas de pensamiento distorsionado que favorecen a la forma negativa en que el individuo codifica interpreta y percibe la información de sí

mismo, del mundo y del futuro, lo cual inicia y conserva los síntomas depresivos. En este sentido, la depresión es el resultado de una interpretación errónea de las situaciones y acontecimientos que tiene que enfrentar el ser humano. Beck en Díaz (27) y Sánchez M. et al (28) plantea que la depresión se relaciona a un desarreglo del pensamiento, en la que el paciente depresivo distorsiona la realidad viéndose de manera negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro; también supone la aceleración de síntomas y signos como resultado de la activación de patrones cognitivos negativos.

Esta teoría gira en torno a tres conceptos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición hace referencia al proceso, estructura y contenido de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo alude al significado que el sujeto atribuye a las imágenes y los pensamientos que tiene en su mente; para los psicoterapeutas la interpretación que realice el sujeto sobre un acontecimiento (contenido cognitivo) tendrá una repercusión significativa en sus sentimientos. Los esquemas son creencias centrales que se forman en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el principio de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas (29).

Los esquemas depresivos tienen que ver con sucesos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy posiblemente aquellos individuos que sufren una depresión episódica muestran esquemas menos

patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica (29).

Perris en Díaz E, Sanz R (27) refiere que en la teoría cognitiva existen cuatro elementos cognitivos que explican la depresión: La tríada cognitiva, conformada por una visión negativa sobre: 1) uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en el procesamiento de información y la percepción; y 4) disfunción en los esquemas.

La tríada cognitiva según Beck, en Martínez S (29) refiere que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desligan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), involuntarios, repetitivos e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo. Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente. El pensamiento perturbado de la depresión es resultado del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (29).

Los errores más significativos que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (el depresivo tiende a sacar conclusiones que no se apoyan en la evidencia, los depresivos en apariencia son incapaces o no están dispuestos a ver otras explicaciones más improbables), la abstracción seleccionada (el depresivo toma un incidente o detalle menores fuera de contexto, y los incidentes en los que se enfoca el depresivo tiende a ser triviales, el depresivo que es corregido por un aspecto menor de su trabajo considera la corrección como una señal de incompetencia o inadecuación, aun cuando la retroalimentación global del supervisor sea muy positiva) (29).

Así como también la generalización exagerada (un depresivo tiende a sacar una conclusión radical acerca de su capacidad, desempeño o valía de una sola experiencia o incidente), magnificación y minimización (el depresivo tiende a exagerar (magnificar) las limitaciones y dificultades y a restar importancia (minimizar) a los logros, éxitos y capacidades). Estos errores, que se producen en el proceso de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (29).

Los esquemas son hipótesis simples o teorías que direccionan el proceso por el cual un individuo estructura y organiza la información acerca del mundo; establecen qué situaciones son consideradas como relevantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son relevantes para la toma de decisiones. Ejemplos de estas creencias son: «Yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira», «Si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la

vulnerabilidad depresiva, en donde se procesan los sucesos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa fallas en el proceso de la información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas) (29).

Teoría de la calidad de vida de Verdugo, Gómez, Arias y Schalock

La presente investigación se sustentará en la teoría de calidad de vida planteada por Verdugo, Gómez, Arias y Schalock, quienes plantean las siguientes dimensiones (30).

Autodeterminación: Se cimienta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella surgen las metas y valores, objetivos e intereses personales, las preferencias. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y reconocen que la persona posea la elección de defender opiniones e ideas. La autonomía personal, como derecho esencial que asiste a cada ser, permite constituir la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia (31). Presenta los siguientes indicadores: decisiones; autonomía; metas y preferencias personales; elecciones (30).

Derechos: Refiere el derecho a la intimidad, el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno (31). Presenta los siguientes indicadores: humanos; legales (30).

Bienestar Emocional: Tiene en cuenta sentimientos como la satisfacción, a nivel vital y personal, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-

inseguridad y de capacidad–incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión (31). Asimismo, presenta los siguientes indicadores: ausencia de estrés/ansiedad/sentimientos negativos; relaciones sociales; auto concepto; satisfacción personal/satisfacción con la vida (30).

Inclusión Social: Aprecia si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Se puede valorar a partir de saber si la relación con sus amigos es extensa o restringida, si utiliza ambientes de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la colaboración y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social (31). Presenta los siguientes indicadores: integración en la comunidad; participación, social; apoyos sociales (30).

Desarrollo Personal: Tiene en cuenta las competencias y habilidades sociales, la utilidad social. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación (31). Asimismo, presenta los siguientes indicadores: trabajo; educación, actividades de la vida diaria (30).

Relaciones Interpersonales: Surge de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amistades estables, buena relación con su familia) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes (31). Presenta los siguientes indicadores: relaciones familiares; relaciones de amistad; relaciones sociales (30).

Bienestar Material: Contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan de vida confortable, saludable y satisfactoria

(31). Esta dimensión presenta los siguientes indicadores: relaciones con la comunidad; ingresos, economía; posesiones, pertenencias; servicios comunitarios; vivienda (confortabilidad) (30).

Bienestar Físico: Desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como incurren en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita (31). Presenta los siguientes indicadores: Salud (consecuencias, energía, vitalidad); Salud general; Servicios Sanitarios; Sueño (30).

2.4. Hipótesis

Hipótesis general

H₁. Existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018

H₀. No existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018

Hipótesis Específicas

H₁. Existe relación significativa entre las dimensiones de la calidad de vida y la depresión de los usuarios del centro del adulto mayor de la Red Asistencial Ancash – Chimbote 2018

H₀. No existe relación significativa entre las dimensiones de la calidad de vida y la depresión de los usuarios del centro del adulto mayor de la Red Asistencial Ancash – Chimbote 2018

2.5. Variables

Variable 1: Depresión

Variable 2: Calidad de vida

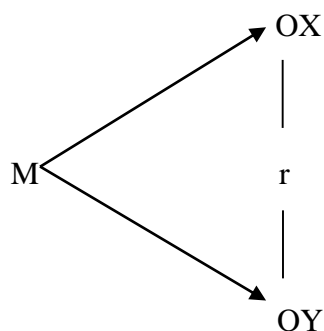
III. METODOLOGÍA

3.1. El tipo y el nivel de investigación

Tipo de investigación básica (32), y cuantitativa (33), de nivel descriptivo – correlacional.

3.2. Diseño de la investigación

Corresponde a un diseño no experimental, de corte transversal (34) y el diseño se ve expresado de la siguiente manera:



M = Usuarios del centro del adultos mayor

OX = Depresión

OY = Calidad de vida

r = relación entre las variables.

3.3. Población y muestra

Población

Para la presente investigación se trabajó con la población de usuarios pertenecientes al centro del adulto mayor (CAM) de la red asistencial Ancash – Chimbote que fueron un total de 380, la misma que estuvo conformada por varones y mujeres inscritos en el padrón de participantes, cuyas edades fluctúan entre los 60

hasta los 90 años y que se encontraron participando en los programas del centro del adulto mayor de los distritos de Chimbote y Nuevo Chimbote, en el periodo 2018.

Muestra

La muestra se obtuvo de los centros del adulto mayor (CAM) ubicados en los distritos de Chimbote y de Nuevo Chimbote, varones y mujeres. El muestreo que se utilizó fue el no probabilístico o dirigido, quedando conformado por 136 participantes, ya que éste tiene la ventaja de ser flexible de acuerdo a las características de los participantes, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión respectivos.

Unidad de análisis

Adulto mayor de la Red Asistencial Ancash del Centro del Adulto Mayor

Criterios de inclusión

Aquellos que se encontraron en condiciones físicas y mentales adecuadas para responder las preguntas de los instrumentos

Aquellos que respondieron a las indicaciones de los instrumentos del estudio.

Que se encontraron presentes el día y hora de aplicación del instrumento

Que desearon participar voluntariamente y sin presiones

Aquellos participantes que firmaron o aceptaron voluntariamente el consentimiento informado.

Se sepan leer y escribir

Edades entre los 60 a 90 años de edad

Varones y mujeres

Criterios de exclusión

Aquellos usuarios que tuvieron dificultades visuales, auditivas o cognitivas que no les permitan percibir los contenidos de los instrumentos o que presenten sospecha de desórdenes mentales

Personas que no desearon participar voluntariamente del estudio

3.4. Definición y operacionalización de las variables y dimensiones

Variable 1: Depresión

Definición conceptual:

Es un trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo, cognitivo, motivacional y somático. Se caracteriza por la presencia de sesgos en el procesamiento que se manifiesta en la codificación, la comprensión y la recuperación de la información emocional.

Definición operacional:

- No presenta	≤ 3
- Depresión leve	4 – 7
- Depresión moderada	8 – 13
- Depresión grave	≥ 14

Variable 2: Calidad de vida

Definición conceptual:

Percepción del individuo sobre su perspectiva en la vida dentro del contexto cultural y el conjunto de valores en el que vive y con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

Definición operacional:

- Baja ≤ 180
- Media 181 – 205
- Alta ≥ 206

Se considera las siguientes dimensiones

a) Bienestar emocional

Definición conceptual: Comprende la ausencia de estrés, de ansiedad y de sentimientos negativos; buen autoconcepto, de relaciones sociales y satisfacción personal y con la vida.

Definición operacional:

- Baja ≤ 25
- Media 26 – 29
- Alta ≥ 30

b) Relaciones interpersonales

Definición conceptual: Comprende las relaciones familiares, de amistades y las relaciones sociales.

Definición operacional:

- Baja ≤ 19
- Media 20 – 23
- Alta ≥ 24

c) Bienestar material

Definición conceptual: Comprende la calidad y cantidad de ingresos, la economía, posesiones, pertenencias, servicios, vivienda y confortabilidad.

Definición operacional:

- Baja ≤ 20
- Media 21 – 24
- Alta ≥ 25

d) Desarrollo personal:

Definición conceptual: Son los elementos que tienen que ver con el trabajo, la educación, las actividades de la vida diaria.

Definición operacional:

- Baja ≤ 25
- Media 26 – 29
- Alta ≥ 30

e) Bienestar físico

Definición conceptual: Comprende la calidad de la salud y sus consecuencias como son la energía, vitalidad, la salud general, los servicios sanitarios, calidad de sueño.

Definición operacional:

- Baja ≤ 17
- Media 18 – 20
- Alta ≥ 21

f) Autodeterminación

Definición conceptual: Tiene que ver con la autonomía, las decisiones, las elecciones, metas y preferencias personales de las personas.

Definición operacional:

- Baja ≤ 25
- Media 26 – 30
- Alta ≥ 31

g) Inclusión social

Definición conceptual: Se define como la integración dentro de la comunidad, la participación, social y apoyos sociales que tiene.

Definición operacional:

- Baja ≤ 27
- Media 28 – 33
- Alta ≥ 34

h) Derechos

Definición conceptual: Se entiende a la calidad de atención en servicios que tiene acceso, donde respetan sus derechos, su asistencia legal y su derecho a la participación ciudadana.

Definición operacional:

- Baja ≤ 13
- Media 14 – 16
- Alta ≥ 17

3.5. Técnicas, instrumentos y procedimiento

3.5.1. Técnicas

Para la presente investigación se utilizó la entrevista colectiva, que es una técnica que permite recopilar información en grupos más o menos grandes a través de instrumentos validados y confiables.

3.5.2. Instrumentos

a) Inventario de depresión de Beck (BDI)

Es un instrumento creado por Aron Beck (35) en el año 1961, en los Estados Unidos, cuyo objetivo es medir la intensidad de la depresión y su aproximación al juicio clínico. Tiene 21 ítems que miden 21 categorías de síntomas o actitudes, cada una de ellas constituyó una manifestación de la depresión, está dirigido a personas desde los 13 años de edad y mide las siguientes dos dimensiones: El área o dimensión cognitiva – afectiva y la dimensión somática.

El instrumento validado por Aron Beck (36) tiene una Confiabilidad de 0.92 a través del coeficiente alfa de Cronbach para el grupo de pacientes y de .93 para el grupo de estudiantes. Y con la modificación del autor para el grupo de pacientes en estudio el resultado fue 0.854 siendo altamente confiable.

b) Escala de calidad de vida en personas mayores (FUMAT)

La escala FUMAT fue creada por Verdugo, Gómez y Arias (30) cuyo objetivo es evaluar la calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales, desde los 18 años de edad, también se dirige a los informadores y profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde tres meses anterior a la investigación. Es de administración individual y colectiva y su duración es de 20 minutos aproximadamente. Fue validado por el instituto Universitario de integración en comunidad de la Universidad de Salamanca.

Está compuesta por 57 ítems y cuenta con 8 dimensiones: Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Auto-determinación y Derechos

La finalidad es identificar el perfil de calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Cuenta con baremación y puntuaciones estándar ($M= 10$; $DT= 3$) por cada dimensión de calidad de vida, percentiles e índice de Calidad de Vida.

Presenta una confiabilidad a nivel de estructura factorial total de Escala total θ ,968 y Ω ,991; y por cada dimensión, dados a través de Zeta de Carmines (Θ) y Omega de Heise y Bohrnstedt (Ω) (1970). En bienestar emocional presenta una Θ de ,868 y Ω 967; en Relaciones Interpersonales un Θ ,821 y un Ω ,933; en Bienestar Material Θ 626 y un Ω ,893; en desarrollo personal Θ ,936 y Ω ,953, Bienestar físico Θ ,744 y en Ω ,909, en la dimensión Autodeterminación Θ ,915 Ω ,950; Inclusión social Θ ,864 y Ω ,939 y en Derechos Θ ,794 y Ω ,873.

Este instrumento aún no ha sido utilizado en el medio peruano, para este estudio se procedió a realizar una adaptación semántica a través de jueces y se aplicó la prueba estadística Alfa de Cronbach cuyo resultado es 0.864 siendo altamente confiable.

3.5.3 Procedimiento

En el primer momento se estableció acuerdos necesarios con las autoridades o directivos de la institución (CAM) con la finalidad de informar los pormenores de la investigación. Los directivos brindaron las facilidades del caso determinando la fecha, horarios y los grupos a los cuales se tuvo acceso según los acuerdos y procedimientos de muestreo preestablecidos.

El segundo momento y después de tener la aprobación de los directivos se coordinó con los usuarios en cada centro del Adulto Mayor para explicarles la

importancia de la investigación y solicitar de esta manera las autorizaciones correspondientes a través del consentimiento informado.

En un tercer momento y contando con el apoyo de las personas del programa previamente capacitado, se procedió a la recopilación de la información de manera individualizada indicando las reglas de tiempo y procedimiento.

Una vez culminada el recojo de la información se les agradeció por su colaboración y se procedió a la depuración y organización de los datos en el gabinete; para luego elaborar la matriz de datos.

3.6. Plan de análisis

Una vez elaborada la matriz de datos en el programa Excel fueron analizados en el programa SPSS – versión 21 aplicando la prueba estadística Rho de Spearman, que permitió realizar la correlación entre las variables, así mismo se realizó un análisis descriptivo en concordancia con los objetivos planteados y finalmente los resultados se organizaron en tablas y figuras de frecuencia y porcentajes con sus respectivas interpretaciones. Para establecer la significancia estadística de relación entre las variables de estudio se aplicó la misma prueba estadística considerando el 0.05 de error.

3.7. Principios éticos

Se utilizaron los principios de investigación de Polit D, Hungler B (37). La investigación que involucra a sujetos humanos requiere de una detenida consideración de los procedimientos que hubo de aplicarse para proteger sus derechos.

Consentimiento informado: El derecho de cada uno a la información y a dar, o no dar, su consentimiento antes de cada actuación, el cual requiere de la revelación por parte del investigador de la información específica a todos los participantes quienes valoraran su participación en forma voluntaria.

Privacidad: Derecho individual para determinar el momento, la cantidad y las circunstancias generales que permitan que su información privada pueda ser compartida por más gente. La información privada comprende la actitud personal, creencias, comportamientos, opiniones y documentos. La información privada del sujeto está protegida si se le ofrece la información necesaria, si da su consentimiento a participar y si voluntariamente comparte información privada con el investigador.

Anonimato y confidencialidad: Basado en el derecho de la intimidad, el sujeto de investigación tuvo derecho al anonimato y a toda la información obtenida del estudio fue preservada de manera confidencial solo para la investigación.

Dignidad humana: La persona humana es un ser único, diferente de todos los seres vivos, poseedores de características racionales y cualidades que lo hacen distinto de todos los entes de la naturaleza, lo cual justifica un trato acorde con su dignidad ontológica. Es decir, el verdadero sentido de la dignidad humana es hacer uso de su propia libertad. Expresión de tal dignidad es que el ser humano mantenga una disposición ética frente a sí mismo y frente a los demás.

Beneficencia, costos y reciprocidad: Se tomó en cuenta todas las precauciones necesarias para evitar en los adultos mayores daños físicos y psicológicos, protegerlos contra la utilización de su colaboración en la investigación para otros fines y procurar ofrecerles algún beneficio, como consejería en su tratamiento.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

TABLA 1

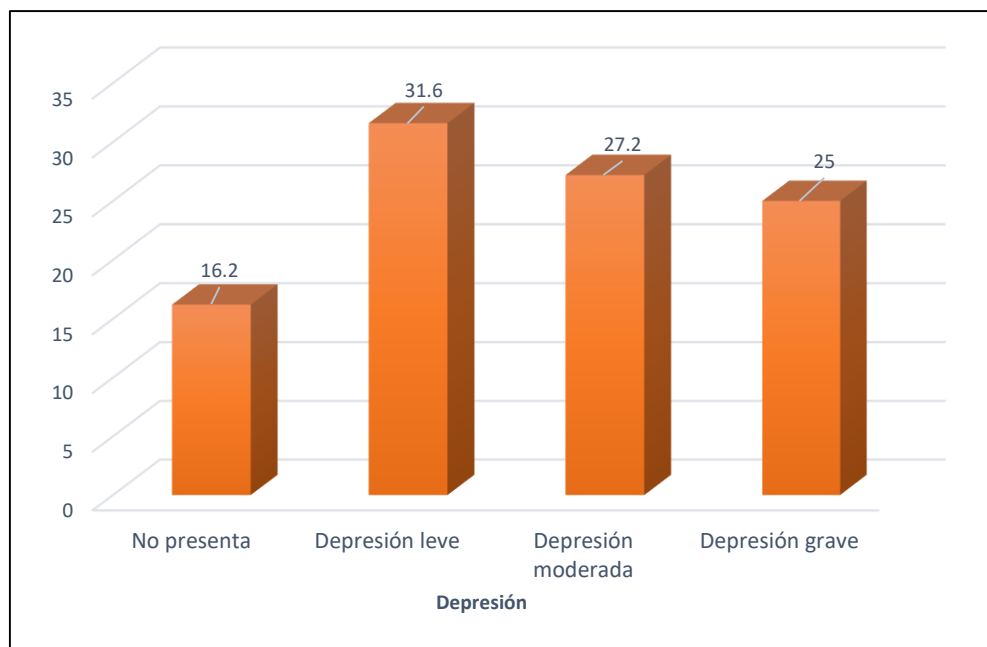
NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018

Nivel	Adultos mayores	
	N°	%
No presenta	22	16.2
Depresión leve	43	31.6
Depresión moderada	37	27.2
Depresión grave	34	25
Total	136	100

Fuente: Inventario de depresión de los usuarios del Centro del adulto mayor, 2018

GRÁFICO 1

NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018



Fuente: Ídem tabla 1

TABLA 2

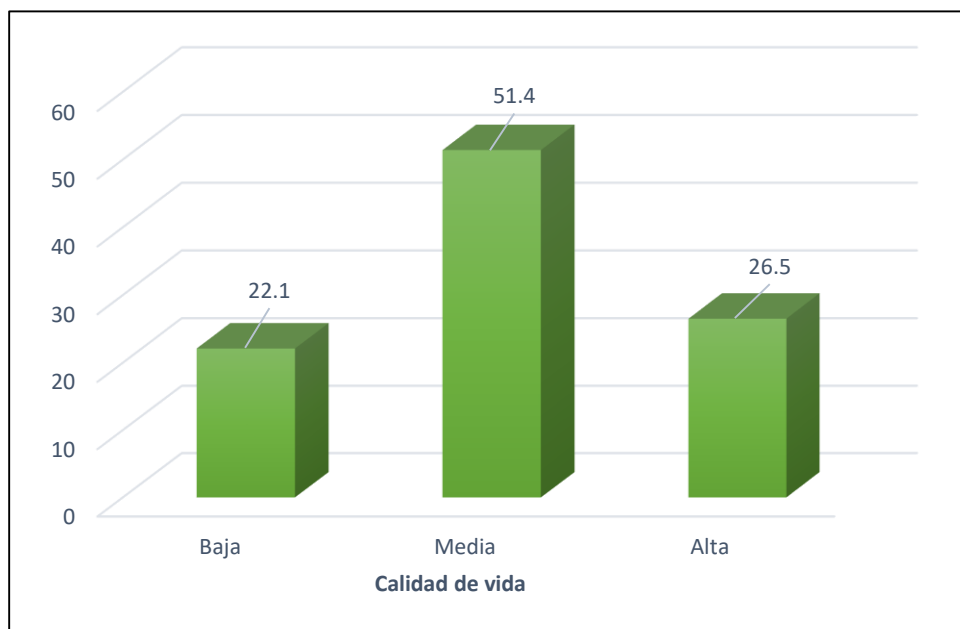
NIVELES DE CALIDAD DE VIDA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018

Nivel	Adultos mayores	
	N°	%
Baja	30	22.1
Media	70	51.4
Alta	36	26.5
Total	136	100

Fuente: Escala de calidad de vida de los usuarios del Centro del adulto mayor, 2018

GRÁFICO 2

NIVELES DE CALIDAD DE VIDA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018



Fuente: Ídem tabla 2

TABLA 3

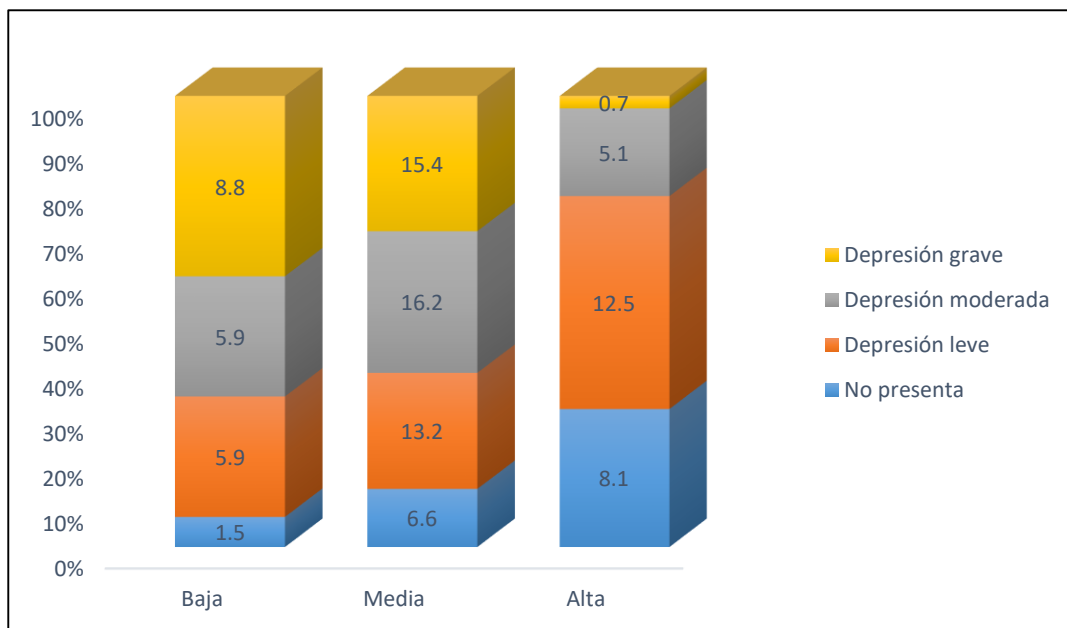
RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018

NIVEL DE DEPRESIÓN	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA								Correlación	
	Baja		Media		Alta		Total		Rho de Spearman	p-valor
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
No presenta	2	1.5	9	6.6	11	8.1	22	16.2	-0.433	0.000
Depresión leve	8	5.9	18	13.2	17	12.5	43	31.6		
Depresión moderada	8	5.9	22	16.2	7	5.1	37	27.2		
Depresión grave	12	8.8	21	15.4	1	0.7	34	25.0		
Total	30	22.1	70	51.5	36	26.5	136	100.0		

Fuente: Inventario de depresión de los usuarios del Centro del adulto mayor, 2018 y Escala de calidad de vida de los usuarios del Centro del adulto mayor, 2018

GRÁFICO 3

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018



Fuente: Ídem tabla 3

TABLA 4

RELACIÓN ENTRE NIVELES DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS USUARIOS DEL CENTRO ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL DE ANCASH, CHIMBOTE – 2018

CALIDAD DE VIDA DIMENSIONES		DEPRESIÓN								Total N° %	
		No presenta		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bienestar emocional	Baja	2	1.5	11	8.1	7	5.1	19	14.0	39	28.7
	Media	7	5.1	19	14.0	17	12.5	11	8.1	54	39.7
	Alta	13	9.6	13	9.6	13	9.6	4	2.9	43	31.6
Rho de Spearman = -0.396						p<0.05					
Relaciones interpersonales	Baja	2	1.5	6	4.4	7	5.1	11	8.1	26	19.1
	Media	8	5.9	21	15.4	19	14.0	18	13.2	66	48.5
	Alta	12	8.8	16	11.8	11	8.1	5	3.7	44	32.4
Rho de Spearman = -0.343						p<0.05					
Bienestar material	Baja	4	2.9	11	8.1	8	5.9	10	7.4	33	24.3
	Media	8	5.9	14	10.3	19	14.0	19	14.0	60	44.1
	Alta	10	7.4	18	13.2	10	7.4	5	3.7	43	31.6
Rho de Spearman = -0.225						p<0.05					
Desarrollo personal	Baja	3	2.2	7	5.1	7	5.1	12	8.8	29	21.3
	Media	7	5.1	18	13.2	15	11.0	16	11.8	56	41.2
	Alta	12	8.8	18	13.2	15	11.0	6	4.4	51	37.5
Rho de Spearman = -0.338						p<0.05					
Bienestar físico	Baja	2	1.5	5	3.7	8	5.9	10	7.4	25	18.4
	Media	5	3.7	17	12.5	19	14.0	17	12.5	58	42.6
	Alta	15	11.0	21	15.4	10	7.4	7	5.1	53	39.0
Rho de Spearman = -0.387						p<0.05					
Autodeterminación	Baja	2	1.5	5	3.7	8	5.9	10	7.4	25	18.4
	Media	10	7.4	21	15.4	19	14.0	22	16.2	72	52.9
	Alta	10	7.4	17	12.5	10	7.4	2	1.5	39	28.7
Rho de Spearman = -0.325						p<0.05					
Inclusión social	Baja	3	2.2	7	5.1	6	4.4	11	8.1	25	18.4
	Media	10	7.4	25	18.4	22	16.2	18	13.2	75	55.1
	Alta	9	6.6	11	8.1	9	6.6	5	3.7	34	25.0
Rho de Spearman = -0.242						p<0.05					
Derechos	Baja	3	2.2	12	8.8	11	8.1	7	5.1	33	24.3
	Media	9	6.6	10	7.4	14	10.3	14	10.3	47	34.6
	Alta	10	7.4	21	15.4	12	8.8	13	9.6	56	41.2
Rho de Spearman = -0.267						p<0.05					

Fuente: Anexo 1 y Anexo 2

4.2. Análisis de resultados

Tabla 1 y gráfico 1

En la tabla 1 y gráfico 1 se observa que el 31.6% de usuarios presentan depresión leve, el 27.2% depresión moderada, el 25% ostentan depresión grave y el 16.2% no presentan depresión, al contrastar estos datos con los resultados de Poblete, et. al. (23) en su estudio titulado Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos de Chile, 2015, encontraron datos muy cercanos y semejantes a los del presente estudio; es decir que el 16,6% presentó depresión establecida y un 26,7% depresión leve y el 56.7% está en una categoría de normal. En este estudio utilizaron el instrumento de depresión geriátrica de Yesavage y en el presente estudio se utilizó el inventario de Depresión de Beck.

De la misma manera porcentajes similares encontraron Capote, Casamayor y Castañer (20) en su estudio Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, Cuba, 2012; reportaron que el 76,6% presentó elementos clínicos compatibles con la depresión y Estrada, et. al. (24) en su investigación titulada Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, 2011; hallaron que el 45,7 % presentaba sintomatología depresiva.

Es preciso recalcar que en los Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%., en el caso de México, hasta el año 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad (38). Sin embargo, otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, incluso se da entre el 15 a 20% en la población ambulatoria, incrementándose

hasta en 25 a 40% en la hospitalizada (38). Al comparar y analizar los resultados es oportuno descifrar la variabilidad de la información que se puede presentar en el análisis cuantitativo de la depresión, mientras que en algunos países los datos aparentan ser menores, en otros, por el contrario, se duplican.

Sin embargo, una variable a tener en cuenta para el análisis de los resultados, son los criterios, instrumentos y técnicas que se utilizan para elaborar los perfiles de prevalencia de la depresión en personas de la tercera edad; por ello, se hace necesario seguir indagando formas de evaluación para un mejor diagnóstico y evidencia empírica. En este sentido hay que recalcar que en el presente estudio se utilizó un instrumento como el BDI (Inventario de Depresión de Beck) que es uno de los más utilizados a nivel internacional, sin embargo, no deja de ser sugerente tener en cuenta la cultura y las variables sociales y familiares de cada grupo en particular que pueden generar sesgos en los resultados.

Hay que mencionar que en aquellos usuarios que presentan nivel de depresión leve, los síntomas apenas cubren los criterios y su intensidad causa malestar, pero es adaptable y producen poco deterioro o interrupción en la capacidad del individuo para laborar, estudiar o relacionarse. En el nivel moderado, el número de síntomas, la intensidad y/o el deterioro funcional están entre los especificados para “leve” y “grave” y la categoría grave de la depresión presenta diversos síntomas donde su intensidad causa gran malestar y no es manejable, e interfieren en el desempeño social, laboral o personal del individuo (13).

Es pertinente en este acápite señalar, que la depresión es el resultado de una interpretación errónea de las situaciones y acontecimientos que tiene que enfrentar el ser humano (28) y se plantea que la depresión se relaciona a un desarreglo del

pensamiento, en la que el paciente depresivo distorsiona la realidad viéndose de manera negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; también supone la aceleración de síntomas y signos como resultado de la activación de patrones cognitivos negativos (27,28).

Tabla 2 y gráfico 2:

En la tabla 2 y gráfico 2, se observa que el 51.4% de los adultos mayores presentan nivel medio de calidad de vida, el 26.5% tienen nivel alto de calidad de vida y el 22.1% presentan nivel bajo de calidad de vida. Estos resultados difieren con los Poblete, et. al. (23) en su estudio titulado Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos de Chile, 2015, donde se encontró que el 71,21% de los participantes se ubican en el nivel óptimo de calidad de vida; estos indicadores incluían los ejercicios físicos y la autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento. Aquí hay que acotar que mientras que, en el grupo de Chile, son personas que participan, de programas específicos como ejercicios físicos y autopercepción, los usuarios de la red Ancash no desarrollan estas actividades, lo cual puede ser una variable a tener en cuenta para futuros trabajos.

De la misma manera resultados similares encontraron Capote, Casamayor y Castañer (20) en su estudio titulado Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, Cuba, 2012, hallaron que el 60% tenía una buena calidad de vida y Torres y Torres (25) en su estudio titulado Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor del CAM (Centro Adulto Mayor) del Distrito de La Victoria, Chiclayo, 2013 reportaron que la Categoría Tendencia a Calidad de Vida Buena es la que predomina en los Adultos Mayores.

Hay que señalar que la calidad de vida es un proceso dinámico, complejo e individual; es la percepción psicológica, física y espiritual que tiene la persona o pacientes frente a un acontecimiento de salud y el nivel de satisfacción e insatisfacción que va a repercutir en su bienestar (16), así mismo puede ser entendida como el procurar llevar una vida satisfactoria, implicando primariamente una mayor esperanza de vida, y sobre todo vivir en mejores circunstancias mentales y físicas (17).

En estas circunstancias los usuarios, pueden tener una percepción sobre su perspectiva en la vida dentro del contexto cultural y el conjunto de valores en el que vive y con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Esta se entiende como un concepto multidimensional y complejo que contiene aspectos personales como autonomía, salud, satisfacción con la vida, independencia y aspectos ambientales como servicios sociales y redes de apoyo, entre otros (15).

Hay que considerar que el adulto mayor, en su vida cotidiana, cuanto mayor nivel de paz, tranquilidad, protección familiar, digna y amorosa, sin perder su derecho a la libre expresión, comunicación y decisión; mayor será su calidad de vida (39). Y también hay que resaltar que la pareja y familia cumple un rol importante, ya que cuando es menor la satisfacción de las necesidades de seguridad, estabilidad, posesión y pertenencia, menor será el nivel de su 'calidad de vida'. No hay que olvidar que estas personas aún perciben su utilidad y necesidades, y no solo buscan la satisfacción de necesidades básicas, sino también necesidades de autorrealización personal (39).

Tabla 3 y gráfico 3:

En la tabla 3, muestra un grado de correlación negativa débil (Rho de Spearman -0.443) entre depresión y la calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial de Ancash, esto quiere decir que, a menor nivel de depresión, mayor será la calidad de vida, y que, a mayor nivel de depresión, será menor el nivel de calidad de vida. Esto se observa en el valor de p- (0.000) que es menor a 0.05, (-0.443), por lo que se acepta la hipótesis planteada que indica una correlación negativa débil y altamente significativa. Estos resultados, al compararlo con los de Capote, Casamayor y Castañer (20) en su estudio titulado Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, Cuba, 2012, cuyos resultados indican una relación estadística significativa (X^2 de Pearson = 6,087; $p = 0,014$; OR= 2,091), que correspondió a una correlación entre la intensidad de la depresión y la calidad de vida en dichos pacientes de la tercera edad.

En este caso, es preciso destacar, que el grupo de Cuba, estuvo conformado por pacientes del servicio de hemodiálisis donde reciben tratamiento, mientras que los de la ciudad de Chimbote no se consideran pacientes y aparentemente no presentan diagnósticos de enfermedad; sin embargo, los resultados son similares destacando la relación entre dichas variables. Eso conmina a que la depresión no discrimina edad, sexo, ni condición económica, credo religioso o núcleo familiar, por lo que puede afectar a cualquier persona de cualquier condición de salud, raza y situación socioeconómica; además hay que tener presente que su gravedad radica principalmente en lo poco predecible que es, incluso cuando ya ha sido detectada (5).

Por otro lado al contrastar estos resultados con Torres y Torres (25) en su investigación titulada Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor del CAM (Centro Adulto Mayor) del Distrito de La Victoria, Chiclayo, 2013, no se encontró correlación entre ambas variables; además la categoría de tendencia a la calidad de vida buena es la que predomina en los adultos mayores y dentro de los factores que destacan son el Hogar y el Bienestar económico, así como el factor amigos, vecindario y comunidad; hay que destacar que a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas, además es conveniente resaltar que existen una serie de causas generales de tensión con que se enfrentan muchos adultos mayores, esto al verse privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos. Todos estos factores pueden ocasionar en las personas: aislamiento, pérdida de la independencia, soledad, depresión y angustia, entre otras dolencias y carencias (6).

Al observar el gráfico 3, se percibe que 8.1% de usuarios con alta calidad de vida no presentan depresión, así también un 15.4% de personas con depresión grave tiene un nivel de calidad de vida media, y también resalta un número reducido de usuarios 0.7% que presentan alta calidad de vida y depresión grave, lo que demuestra una relación inversa o negativa; es decir que a mayor nivel de calidad de vida menor depresión y a mayor nivel de gravedad en depresión un menor nivel de calidad de vida.

Al comparar con los resultados de Capote, Casamayor y Castañer (20) en su estudio titulado Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, Cuba, 2012, se puede percibir que el 60% de personas

que son pacientes del servicio de hemodiálisis presentan una buena calidad de vida, sin embargo, más del 76% de ellos, presentan elementos clínicos compatibles con la depresión; esto quiere decir que la depresión está presente en aquellas personas que padecen de alguna enfermedad física, como en aquellos que no la padecen, así también, está presente en aquellas personas que tienen una adecuada calidad de vida como en aquellas con menos nivel de calidad de vida.

Dada estas condiciones, cabe agregar que la calidad de vida, está mediado de un modo complejo por la salud física del sujeto, por el estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como también con los elementos esenciales de su entorno, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (7). En relación a lo último, se puede decir que existen percepciones negativas hacia las vivencias en la vejez, junto con la percepción de la soledad social y familiar, el aumento de la edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja, explican entonces, los síntomas de la depresión y del deterioro en la calidad de vida (21).

Tabla 4:

En la tabla 4, se observa un grado de correlación negativa débil entre depresión y la dimensión bienestar emocional en los usuarios (-0.396), esto indica de la misma manera que cuando hay ausencia de depresión, hay mayor predominio de bienestar emocional y a mayor nivel de depresión, es menor el nivel de bienestar emocional; se acepta la hipótesis específica, pues existe una correlación negativa débil pero altamente significativa donde p-valor (0.000) es menor que 0.05.

Por otro lado, también se observa una mayoría de usuarios que no presentan depresión y por consiguiente presentan un nivel de bienestar emocional alto, en contraste, se observa que quienes tienen depresión grave, presentan un nivel de bienestar emocional bajo. En estas circunstancias, se puede decir que aquellas personas que tienen un nivel de bienestar emocional alto les corresponde ausencia de estrés, de ansiedad y de sentimientos negativos; y, por lo tanto, puede disfrutar de un buen autoconcepto, de relaciones sociales y satisfacción personal adecuada (30).

Con respecto a depresión y la dimensión de relaciones interpersonales se observa una correlación negativa débil entre las variables (Rho de Spearman -0.343), en los usuarios del centro del adulto. Se concluye que p-valor (0.000) menor que 0.05 por lo que se establece que es una correlación negativa débil y altamente significativa. Asimismo, se aprecia que 15.4% de los usuarios presentan niveles medios en las relaciones interpersonales y depresión leve, y un 8.1% que tiene Depresión grave, tiene bajo nivel de relaciones interpersonales, también resalta la cifra del 8.8% que presentan un nivel alto de relaciones interpersonales y no presentan depresión. Cabe mencionar que esta dimensión de la calidad de vida, comprende las relaciones familiares, de amistades y las relaciones sociales (30).

En la dimensión de bienestar material con depresión, en los usuarios del centro adulto mayor se observa un grado de correlación negativa muy débil entre las variables (Rho de Spearman es -0.225), asimismo, el p-valor (0.000) es menor que 0.05 lo que expresa una correlación negativa débil y altamente significativa. Se percibe un 13.2% con un alto nivel de bienestar material y depresión leve, por otro lado, destaca la presencia de 14% de usuarios con nivel medio de bienestar y con depresión grave, este dato no concuerda con lo esperado, sin embargo, sí se espera

que un 7.4% de usuarios que tiene depresión grave, tenga un bajo nivel calidad de bienestar material.

En este sentido hay que acotar que la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornar en la vida diaria de las personas, pero es importante resaltar que una persona cuando se encuentra en esta edad tiene sus propias necesidades e intereses, ya sea para satisfacer sus necesidades básicas, salud y autorrealización, así como sus expectativas, y si no cuenta con los medios o comodidades necesarias; estas carencias se convierten por lo tanto en factores de riesgo para su salud integral.

En la dimensión de desarrollo personal y la depresión, se observa un valor de -0.338 , que indica un grado de correlación negativa débil entre las variables; además, hay un valor de P - (0.000) menor que 0.05, que indica una correlación negativa débil y altamente significativa. Hay que destacar en esta relación que percibe un 13.2% de usuarios con nivel medio de desarrollo personal y con depresión leve, también un 16% de personas que no presentan depresión, sin embargo, se observa un 8.8% de usuarios que tienen depresión grave y bajo nivel de desarrollo personal.

Hay que comprender que el desarrollo personal consiste tener competencias, habilidades que sean útiles en la vida social, así como tener la disposición para el aprovechamiento de oportunidades, y de aprendizaje de nuevas posibilidades para integrarse en el mundo laboral con motivación y para desarrollar competencias personales (31).

En la dimensión de bienestar físico de la calidad de vida con la depresión, se visualiza un Rho de Spearman de -0.387 , que indica una correlación negativa débil entre las variables; asimismo, el p -valor (0.000) es menor que 0.05 lo que demuestra

una correlación negativa débil y altamente significativa. En la tabla de contingencia se observa un valor de 15.4% para el nivel de depresión leve y alto desarrollo físico, así también un 14% para la depresión moderada y bienestar físico medio, también destaca 12.5% de depresión grave y nivel de bienestar físico medio, esta dimensión tiene que ver con la ausencia o presencia de dolor físico, el uso de la medicación y a la vez que le permiten llevar una actividad normal. Asimismo, porque puede desarrollar actividades de la vida diaria (31); además porque presenta indicadores positivos de salud, energía, vitalidad, Salud general, servicios sanitarios y sueño (30).

En la tabla de contingencia entre las variables autodeterminación de la calidad de vida y la depresión, se puede visualizar un coeficiente Rho de Spearman equivalente a -0.387, lo que indica una correlación negativa débil entre las variables en los usuarios. Además, el p-valor (0.000) es menor que 0.05 por lo que esta relación es negativa débil y altamente significativa. Esta dimensión de autodeterminación, se cimenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, y de tener opciones. Es aquí donde surgen las metas y valores, objetivos e intereses personales y las preferencias. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y reconocen que la persona posee la elección de defender opiniones e ideas y donde la autonomía personal, como derecho esencial que asiste a cada ser, permite constituir la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia (31).

En este caso, destacan algunos datos contingentes entre la dimensión autodeterminación y la depresión, así se percibe un 16% que no presenta depresión, si se observa un 7.4% con depresión grave y bajo nivel de autodeterminación, asimismo un 16.2% con depresión grave y autodeterminación media.

En la tabla de contingencia de la dimensión inclusión social y la depresión, se observa un valor de -0.242 , que indica un grado de correlación negativa muy débil entre depresión y la inclusión social y, además, un p-valor (0.000) menor que 0.05 que aprueba una correlación negativa débil y altamente significativa. Cabe agregar que al observar los datos sobresalen que un 16% de los usuarios no presenta depresión, sin embargo, hay un 18.4% se ubican con un nivel de depresión media y nivel medio de inclusión social. Esta dimensión se valora a partir de la participación y relación con los amigos, si es extensa o restringida, y sí utiliza ambientes de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la colaboración y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social (31).

En la realidad peruana, las oportunidades y comodidades para las personas adultas mayores no son las más adecuadas cuando se habla de inclusión o participación social; pues son los propios usuarios quienes tienen la iniciativa de participar en grupos de la comunidad y si no es posible interactúan en grupos de ex compañeros de trabajo o con la vecindad. Esto nos hace reflexionar que en la realidad local no existen espacios de socialización útiles y productivos para ese grupo poblacional que les permita aun seguir siendo útil en la medida de sus posibilidades y condiciones lo permitan. Esto equivale a presentar alternativas para integrarlos en la comunidad, promover la participación comunitaria y los apoyos sociales (30).

En la tabla de contingencia que comprende la dimensión derechos de la calidad de vida con la depresión, se percibe un coeficiente de correlación Rho de Spearman es -0.267 , que indica el grado de correlación negativa muy débil entre la depresión y los derechos en los usuarios del centro adulto mayor. Además, el p-valor

(0.000) es menor que 0.05 estableciendo una correlación negativa débil y altamente significativa. Hay que agregar aquí que la dimensión derechos tiene en cuenta el respecto a la intimidad, al buen trato recibido del entorno (31) y además presenta indicadores humanos y legales (30). Asimismo, se observa la relación entre los niveles de depresión con los niveles de la dimensión derechos de la calidad de vida de los usuarios investigados, hay que destacar en este caso que el respecto y valoración de los derechos humanos son necesarios para convivencia y la paz social de las personas y por ende constituye un soporte social.

El escenario de la tercera edad donde se encuentra el adulto mayor, durante su vida cotidiana, si bien puede tener tranquilidad y protección de parte de la familia o personas cercanas, también son personas que tienen una profunda necesidad de ejercer ciudadanía y por ello no desean perder sus derechos tanto dentro del contexto de la familiar como del estado, por ejemplo esto se puede visualizar en los jubilados del sector privado y estatal que están pendientes de sus beneficios, pero a la vez necesitan que se les escuche sus reclamos por lo que aportaron a su familia y a la sociedad (39).

Es pertinente señalar a Acosta, et. al (21) en su estudio titulado Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos, 2017; quienes en su estudio encontraron que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja, asimismo Flores, et. al (22) en su investigación titulada Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en

adultos mayores, México, 2012; encontraron que el 83.5% adultos mayores señalaron algunas condiciones de la vivienda inadecuadas, 30.6% expresaron sentimientos negativos por su vivienda, 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 85.8% señalaban que el ambiente y relaciones sociales inadecuadas, 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, sin embargo, la edad fue determinante y está asociado a la buena calidad de vida. En este sentido es coherente percibir que a mayor edad de las personas los riesgos de salud física y mental son más altos y evidentes.

CONCLUSIONES

En la investigación Depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Áncash, Chimbote – 2018, se concluye que:

1. El mayor porcentaje de los adultos mayores presentaron nivel leve de depresión seguido del nivel moderado, la cuarta parte presentaron nivel grave de depresión y el menor número no presentaron depresión.
2. El mayor porcentaje de los usuarios presentaron nivel medio de calidad de vida y el menor porcentaje nivel alto de calidad de vida.
3. En la variable depresión en relación con la calidad de vida presentaron significancia estadística $p < 0.05$ aceptándose la hipótesis alternativa.
4. En la depresión con la calidad de vida en sus dimensiones bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos en relación con la depresión presentaron significancia estadística $p < 0.05$ aceptándose la hipótesis alternativa.

RECOMENDACIONES

De los resultados obtenidos se sugiere las siguientes recomendaciones:

1. Elaborar un proyecto de intervención en salud mental al adulto mayor de la Red Asistencial Ancash, Chimbote - 2018.
2. Ampliar la atención de salud mental al adulto mayor como un plan piloto para ser extensivo a las otras redes que sirva para mejorar la salud mental del adulto mayor asegurado.
3. A los futuros investigadores se sugiere realizar estudios comparativos y experimentales tomando en cuenta las variables estudiadas con el fin de ampliar y profundizar información.
4. Dar a conocer los resultados a las autoridades de los centros del adulto mayor para que tengan información al respecto y se puedan desarrollar actividades de intervención con los usuarios externos e internos del centro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Depresión. [página en internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2018 [actualizado 22 de mar 2018; citado 6 de jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Osorio P, Torrejón M, Anigstein M. Calidad de vida en personas mayores en Chile. Revista Mad Universidad de Chile, [en internet]. 2011 May [citado 6 de jul 2018]. 24: 61-75. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/24/osorio03.pdf>
3. Jorquera P. Vejez y Envejecimiento: Imaginarios Sociales presentes en los textos escolares oficiales del MINEDUC. Revista Mad Universidad de Chile, [en internet]. 2010 May [citado 6 de jul 2018]. 22: 132-165. Disponible en: http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/22/Jorquera_07.pdf
4. Sausa M. La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida. Perú 21. 6 de Sept 2014. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>
5. El comercio. Depresión: la grave enfermedad que afecta a 2 mlls. de peruanos. El comercio. 10 de Nov 2016. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/depresion-grave-enfermedad-afecta-2-mlls-peruanos-147680>
6. OMS. La salud mental y los adultos mayores. [página en internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2017 [actualizado 12 de dic 2017; citado 6 de jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
7. Fernández-Ballesteros R, Marcia A. Calidad de vida en la vejez en Intervención Psicosocial. 1 ed. Madrid. Universidad Autónoma de Madrid; 1993

8. Prado A, Sojo A. Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral. 1 ed. Alemania. CEPAL; 2010
9. OMS. Depresión. [página en internet]. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2018 [actualizado 7 de abril 2017; citado 10 de jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
10. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10 Revisión. Washington, D.C. OPS; 1995
11. Vázquez C, Hernangómez L, Hervás G, Nieto M. Evaluación de la depresión. [página en internet]. 2005 Oct. [citado 10 de jul 2018]; 142(10). Disponible en: [http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2006-Evaluacion_depresion%20\(Vazquez_Libro_V.%20Caballo\).pdf](http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2006-Evaluacion_depresion%20(Vazquez_Libro_V.%20Caballo).pdf)
12. Botto A, Acuña J y Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev. méd. Chile. [artículo en internet]. 2014 [citado 10 de jul 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010
13. APA. Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. 4º Edición. España. Masson; 1995
14. Gómez M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [página en internet] [citado 10 de jul 2018]. Disponible en: http://parquedelavida.co/images/contenidos/el_parque/banco_de_conocimiento/calidad_de_vida.pdf

15. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. [artículo en internet] 2007 Dic. [citado 10 de jul 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
16. Grimaldo M. Calidad de Vida en Estudiantes de Secundaria de la Ciudad de Lima. [artículo en internet] 2009. [citado 10 de jul 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5229765.pdf>
17. Chávez C. Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo. [artículo en internet] 2015. [citado 10 de jul 2018]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1768/1/RE_PSICOLOGIA_CALIDAD.VIDA_BIENESTAR.PSICOLOGICO_DISCAPACIDAD.MOTRIZ_TESIS.pdf
18. Somarriba N, Pena B. La medición de la calidad de vida en Europa, el papel de la información subjetiva. EEA [artículo en internet] 2009. [citado 10 de jul 2018]; 27(2): 373-396. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/301/30117056004/>
19. Asili N, Galvanovskis A, Lazcano M y Reig E. PSICOLOGÍA y Envejecimiento. 1 ed. México. Universidad de las Américas de Puebla; 1995
20. Capote E, Casamayor Z, Castañer J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cub Med Mil. [artículo en internet] 2012 Set. [citado 12 de jul 2018]; 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300003

21. Acosta C, Tánori J, García R, Echeverría S, Vales J, Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psic y salud* [artículo en internet]. 2017 Set. [citado 12 de jul 2018]; 27(2): 179-188. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/2651/4671>
22. Flores M, Cervantes G, Gonzáles G, Vega M, Valle, M. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *IMED* [artículo en internet] 2012. [citado 12 de jul 2018]; 4(1): 649-661. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154971.pdf>
23. Poblete F, Matus C, Díaz E, Vidal P, Ayala M. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Ciencias de la actividad física* [artículo en internet] 2015. [citado 12 de jul 2018]; 16(2): 71-77. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6239529>
24. Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordóñez J, Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica* [artículo en internet] 2011. [citado 12 de jul 2018]; 31: 492-502. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a04.pdf>
25. Torres J. Torres J. Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo. [artículo en internet]. 2013. [citado 12 de jul 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/1560>
26. Beltrán M, Freyre M, Hernández L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Ter Psicol* [artículo en internet] 2012. [citado 12 de jul 2018]; 30(1): 5-13. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001

27. Díaz E, Sanz R. Vulnerabilidad cognitiva en el trastorno depresivo: a propósito de un caso clínico. Rev de casos clínicos en sm [artículo en internet] 2015 Abr [citado 14 de jul 2018]; 1: 61-78. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5912891.pdf>
28. Sánchez M, Quiñones J. Relación entre depresión y estrategias de afrontamiento al estrés en pacientes con tuberculosis de los centros de salud de José Leonardo Ortiz. Julio -agosto, 2016. [artículo en internet] 2016 [citado 14 de jul 2018]. Disponible en: <http://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/103/1/MENDOZA%20S%C3%81NCHEZ%20%26%20P%C3%89REZ%20QUI%C3%91ONES.pdf>
29. Martínez S. Factores sociodemográficos relacionados al índice de violencia y depresión en los estudiantes de la universidad peruana unión, Lima, 2017. [artículo en internet] 2017 [citado 14 de jul 2018]. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1142/Silvana_Tesis_Maestra_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Verdugo M, Gómez L y Arias B. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores – Escala FUMAT. [artículo en internet] 2009 [citado 14 de jul 2018]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
31. Chávez C. Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo. [artículo en internet] 2015 [citado 14 de jul 2018]. Disponible en http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1768/1/RE_PSICOLOGIA_CALIDAD.VIDA_BIENESTAR.PSICOLOGICO_DISCAPACIDAD.MOTRIZ_TESIS.pdf

32. Salas E. Una introducción a la investigación científica. 1 ed. Lima. Tarea Asociación Grafica Educativa; 2002.
33. Shuaghessy, Zechmeister y Zechmeister. Métodos de investigación en psicología. 7 ed. México. Mc Graw Hill; 2007.
34. Hernández R, Fernández C, y Baptista P. Metodología de la investigación. 6 ed. México. Mc Graw Hill e Interamericana; 2014
35. Beck A, Steer R, y Brown G. Manual para el Inventario de Depresión de Beck-II. Buenos Aires. Paidós; 1996/2009.
36. Pérez E, Muñoz M. Inventario de Depresión de Beck. 1 ed. Madrid. Pirámide; 2004.
37. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en ciencias de la Salud. 6 edic. México. Mc Hill Interamericana; 2010
38. Sotelo I, Rojas J, Sánchez C, Irigoyen A. La depresión en el adulto mayor: Una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos de medicina familiar [artículo en internet] 2012 [citado 14 de ago 2018]; 14(1): 5-13. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
39. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Revista Anales de la Facultad de Medicina de la UNMSM [artículo en internet] 2007 [citado 14 de ago 2018]; 68(3): 284-290 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de depresión de Aarón Beck (BDI)

Anexo 2: Escala de calidad de vida en personas mayores de Verdugo, Gómez y Arias
(FUMAT)

ANEXO 1

INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BDI)

Autor: Aarón Beck

Sexo: Edad: Fecha:

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale con un **ASPA(x)** cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de dar su respuesta.

1. (0) No me siento triste
(1) Me siento triste
(2) Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
(3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

2. (0) No me siento especialmente desanimado/a ante el futuro
(1) Me siento desanimado/a con respecto a mi futuro
(2) Siento que no tengo nada que esperar
(3) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3. (0) No creo que sea un fracaso
(1) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
(2) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
(3) Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4. (0) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes
(1) No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
(2) Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
(3) Estoy insatisfecho/a o aburrido/a de todo

- 5.** (0) No me siento especialmente culpable
(1) Me siento culpable una buena parte del tiempo
(2) Me siento bastante culpable casi siempre
(3) Me siento culpable siempre
- 6.** (0) No creo que este siendo castigado/a
(1) Creo que puedo ser castigado/a
(2) Espero ser castigado/a
(3) Creo que estoy siendo castigado/a
- 7.** (0) No me siento decepcionado/a de mí mismo/a
(1) Me siento decepcionado de mí mismo/a
(2) Estoy disgustado/a conmigo mismo/a
(3) Me odio
- 8.** (0) No creo ser peor que los demás
(1) Me critico por mis debilidades o errores
(2) Me culpo siempre por mis errores
(3) Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9.** (0) No pienso en matarme
(1) Pienso en matarme, pero no lo haría
(2) Me gustaría matarme
(3) Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.** (0) No lloro más que de costumbre
(1) Ahora lloro más que antes
(2) Ahora lloro todo el tiempo
(3) Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

- 11.** (0) Las cosas no me irritan más que de costumbre
(1) Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
(2) Estoy bastante irritable una buena parte del tiempo
(3) Ahora me siento irritable todo el tiempo
- 12.** (0) No he perdido el interés por otras personas
(1) Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre
(2) He perdido casi todo el interés por otras personas
(3) He perdido todo mi interés por otras personas
- 13.** (0) Tomo decisiones casi como siempre
(1) Ahora pospongo mucho la toma de decisiones
(2) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
(3) Ya no puedo tomar decisiones
- 14.** (0) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
(1) Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos
(2) Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a
(3) Creo que me veo feo/a
- 15.** (0) Puedo trabajar tan bien como antes
(1) Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
(2) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
(3) No puedo trabajar en absoluto
- 16.** (0) Puedo dormir tan bien como antes
(1) No duermo tan bien como solía hacerlo
(2) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir
(3) Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir

- 17.** (0) No me canso más que de costumbre
(1) Me canso más fácilmente que de costumbre
(2) Me canso sin hacer nada
(3) Estoy demasiado cansado/a para hacer algo
- 18.** (0) Mi apetito no es muy diferente que de costumbre
(1) Mi apetito no están bueno como solía ser
(2) Mi apetito está mucho peor ahora
(3) Ya no tengo apetito
- 19.** (0) No he perdido mucho peso, o he perdido muy poco
(1) He bajado más de dos kilos y medio
(2) He bajado más de cinco kilos
(3) He bajado más de siete kilos y medio
- 20.** (0) No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
(1) Estoy preocupado/a por problemas físicos como por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
(2) Estoy preocupado/a por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
(3) Estoy tan preocupado/a por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.** (0) No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
(1) Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar
(2) Ahora estoy mucho menos interesado/a en el sexo
(3) He perdido por completo el interés por el sexo

Asegúrese de contestar todos los enunciados

ANEXO 2

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

Autor: Verdugo, Gómez y Arias

Sexo: Edad: Fecha:

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a su calidad de vida. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR la describa y no deje ninguna pregunta en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente				
2	Se siente útil actualmente				
3	Se siente intranquilo o nervioso				
4	Se siente satisfecho consigo mismo				
5	Tiene problemas en su comportamiento				
6	Se siente satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe				
7	Se siente triste o deprimido				
8	Se siente con sentimientos de incapacidad o inseguridad				
Puntuación directa TOTAL					

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan				
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude				
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude				
12	Tiene familiares cercanos				
13	Son buenas sus relaciones de amistad				
14	Se siente querido por las personas importantes para usted				
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15	El lugar donde vive es confortable				
16	Se siente descontento con su jubilación o situación laboral actual				
17	Esta descontento con su salario o pensión				
18	El lugar donde vive tiene construcciones que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
19	El servicio al que acude tiene construcciones que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
20	Dispone de recursos materiales que necesita				
21	El lugar donde vive necesita mejoras para desarrollar sus necesidades				
Puntuación directa TOTAL					

DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22	Puede leer información básica para la vida diaria (carteles, periódico, etc.)				
23	Tiene dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean				
24	Tiene dificultad para comunicarse				
25	En el servicio al que acude le dan información que le interesa				
26	Tiene dificultad para manejar número básicos, útiles para la vida diaria (sumar, restar, etc.)				
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe				
28	Es responsable de tomar su medicación				
29	Entiende con facilidad lo que le dicen				
Puntuación directa TOTAL					

BIENESTAR FÍSICO		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30	Tiene problemas para movilizarse				
31	Tiene problemas para controlar esfínteres (orina y defecación)				
32	Tiene dificultad para escuchar cuando conversa				
33	Su estado de salud le permite salir a la calle				
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida diaria (caras familiares, nombres, etc.)				
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				
Puntuación directa TOTAL					

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36	Hace planes sobre su futuro				
37	Muestra dificultades para manejar el dinero por si solo (cheques, facturas, cuentas del banco, etc.)				
38	Otras personas planifican su vida				
39	Decide que hacer en su tiempo libre				
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
41	Su familia respeta sus decisiones				
42	Toma decisiones sobre sus actividades diarias				
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				
Puntuación directa TOTAL					

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44	Participa en actividades que le interesan				
45	En su barrio le toman en cuenta				
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita				
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude				
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude				
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude				
51	Su red de apoyos satisface sus necesidades				
52	Tiene dificultades para participar en su barrio				
Puntuación directa TOTAL					

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos				
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre las actividades que recibe				
55	Tiene dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados				
56	Cuenta con atención legal o acceso a servicios de asesoría legal				
57	Hace uso de sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)				
Puntuación directa TOTAL					