



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA

SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA.

TITULO:

**CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE
ASISTE AL CENTRO DE SALUD I-4 SANTA JULIA - PIURA 2017.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA

AUTOR:

BR. ÁNGEL DAVID ROMÁN CHORRES

PIURA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

Esta tesis se lo dedico en primer lugar a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, a mis padres por su comprensión, amor y sustento en los momentos difíciles. A mis hermanos por sus buenos consejos y confianza. A Johana que siempre conté con su apoyo incondicional en todo momento.

El Autor.

AGRADECIMIENTOS

En la presente investigación han sido participes personas a las cuales les agradezco infinitamente:

Centro de Salud por darme la confianza y tiempo para llevar a cabo esta investigación.

A mis asesores y profesores por la formación que me han dado y poder haber hecho posible este gran paso.

El Autor.

RESUMEN

La presente investigación titulada: Calidad de vida y Depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura 2017, con la finalidad de: Determinar la relación entre la calidad de vida y depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia- Piura, 2017.

El estudio presenta la hipótesis: La calidad de vida se relaciona significativamente con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.

La Investigación con diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional, la muestra está conformada por 105 adultos mayores que asisten al programa, el instrumento utilizado fue la escala de SF-36 Calidad de vida, consta de 36 preguntas y El Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II), presenta 21 ítems. Luego de la aplicación del instrumento se procedió a vaciar los datos a hojas de Excel y luego se sometió al programa SPSS versión 21, para poder obtener cuadros estadísticos.

Según los resultados se aprecia que el 78.3% considera como inadecuada su calidad de vida y además se evidencia que el 70% presentó nivel leve de depresión. Asimismo se encontró que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,460$, $P=0.03$) de la calidad de vida en la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud.

Palabras Claves: Calidad de vida, Bienestar material, Bienestar físico, Depresión, Somático – motivacional y Cognitivo – afectivo.

ABSTRACT

The present research entitled: Quality of life and Depression in the elderly who attend the Santa Julia - Piura 2017 Health Center I-4, with the purpose of: To determine the relationship between quality of life and depression in the elderly who attend to the Health Center I-4 Santa Julia-Piura, 2017.

The study presents the hypothesis: Quality of life significantly influences depression in the elderly who attend the I-4 Santa Julia - Piura 2017 health center. The research with a non-experimental, descriptive correlational, sample was made up of 105 elderly adults attending the program, the instrument used was the scale of SF-36 Quality of life, consisting of 36 questions and the Beck Depression Inventory second version (BDI-II), presents 21 items. After the application of the instrument, the data was emptied into Excel sheets and then submitted to the SPSS version 21 program, in order to obtain statistical tables.

According to the results, 78.3% consider their quality of life to be inadequate and it is also evident that 70% presented mild depression. It was also found that there is a moderate and significant inverse influence ($r = -0.460$, $P = 0.03$) on quality of life in depression in the older adult attending the health center.

Key words: Quality of life, Material well - being, Physical well - being, Depression, Somatic - motivational and Cognitive - affective.

INTRODUCCION

Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Según la OMS, Calidad de Vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Las investigaciones reportan que esta puede afectar seriamente los procesos psicológicos de las persona generando en muchos de los casos estados depresivos muy serios sobre todo en la población adulta mayor.

El presente estudio titulado: Calidad de vida y Depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura 2017. Ha sido estructurado en 5 capítulos de los cuales contiene el desarrollo y proceso de la investigación.

En el primer capítulo “PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA” el cual contiene la descripción de la realidad problemática a nivel internacional, nacional, local, así también se limita el tiempo de la investigación que es de 4 meses; el aspecto geográfico del Centro de Salud I-4 Santa Julia y la delimitación social. También se formula el problema principal y específico; objetivos generales y específicos y finalmente la justificación de la investigación.

El segundo capítulo titulado “MARCO TEÓRICO” encontramos todas las investigaciones previas al estudio realizado, que tienen relación con las variables de

dicha investigación. Así mismo encontramos las bases teóricas de las variables que consisten en la descripción con conceptos, teorías, características, tipos y dimensiones de las variables calidad de vida y depresión.

En el tercer capítulo titulado “HIPÓTESIS Y VARIABLES”, donde se describe la formulación de las hipótesis, las variables y se realiza la operacionalización de las variables.

El cuarto capítulo denominado: “METODOLOGÍA” tenemos que el tipo de la presente investigación es descriptiva-correlacional con un diseño no experimental. La población está compuesta por 105 adultos mayores que asisten al programa y la muestra es la misma. La técnica utilizada es encuesta y el instrumento es el cuestionario.

En el quinto capítulo titulado “RESULTADOS” es la presentación de los resultados en relación con los objetivos y las hipótesis planteadas, se realiza el análisis inferencial y la discusión con las conclusiones del trabajo.

Finalmente las referencias al estilo APA y los anexos de la investigación

ÍNDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimiento.....	3
Resumen – Abstract.....	4
Introducción.....	6
INDICE.....	8
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	11
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Objetivos de investigación.....	17
1.4. Justificación de la investigación.....	17
1.4.1. importancia de la investigación.....	17
1.4.2. Viabilidad de la investigación.	18
1.5. Limitación del estudio.....	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas.....	27
2.3. Definición de términos básicos.....	49
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION.....	52
3.1. Formulación de hipótesis	53

3.2.	Variables, dimensiones e indicadores.....	54
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....		57
4.1.	Diseño metodológico.....	57
4.2.	Diseño Muestral, población y muestra.....	58
4.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confidencialidad.....	59
4.4.	Técnicas del procesamiento de la información.....	61
4.5.	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.....	61
4.6.	Aspectos éticos.....	62
CAPITULO V: RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION.....		63
5.1	Análisis descriptivo.....	63
5.2	Análisis inferencial.....	67
5.3	Comprobación de hipótesis.....	70
5.4	Discusión y conclusiones.....	71
REFERENCIA.....		78
Anexos.....		85
Anexo 01: Matriz de consistencia.....		86
Pruebas psicológicas, cuestionarios o escalas utilizadas.....		88

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Nivel de calidad de vida del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura	63
TABLA 2: Nivel de depresión del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura	64
TABLA 3: Relación entre la calidad de vida y la dimensión somática - motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura	65
TABLA 4: Relación entre la calidad de vida y la dimensión cognitivo - afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura	66
TABLA 5: Influencia de la calidad de vida y lo somático – motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia.....	67
TABLA 6: Influencia de la calidad de vida en la dimensión cognitivo – afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia.....	68
TABLA 7: Influencia de la calidad de vida y lo somático – motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia.....	69

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. Descripción de la realidad problemática.

La definición de Tercera Edad, nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena, Austria, en 1985, donde se acordó que a partir de los 60 años de edad, las personas son consideradas como ancianos o viejos. Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (ONU, 2007).

Según la OPS y OMS (2003) debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años, al mismo tiempo establecen que se utiliza la edad de 60 años para definir a la población adulta mayor. A este grupo poblacional, -a partir del año 1996-, la Organización de las Naciones Unidas ONU citada por Navarro (2004),

lo denomina como Personas Adultas Mayores (PAM). En esta etapa, un alto porcentaje de las personas se hallan en situación de pobreza y pobreza extrema, además no reciben atención acorde a su edad, lo que no les permite llevar una vida con calidad.

De acuerdo al último censo realizado sobre la población adulta en México, para el año 2016, ésta representará el 15% de la población, estimación establecida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013). Este dato significa que el país debe enfrentar retos sobre este segmento poblacional, sobre todo si se considera el envejecimiento acelerado y prematuro, debido a que en el 2010, ésta población, de 65 años y más, representaba el 6%. Si a lo anterior añadimos que México tardará 26 años en llegar a una tasa de envejecimiento de 15%, en comparación con otros países, donde el proceso ha sido más lento, de acuerdo al Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2012), la situación requiere de investigaciones detalladas que consideren múltiples perspectivas para su análisis y propuestas de medidas estratégicas que contribuyan a afrontar los retos.

Sin embargo, en los países subdesarrollados esta transformación ha ocurrido de manera rápida, teniendo además estos países prioridades, problemas sociales y económicos que están aún en vías de desarrollo, por lo que la estrategia de enfrentar el envejecimiento demográfico se ha ido dando gradualmente, generándose deficiencias en el camino que afectan a la calidad de vida de las personas de la tercera edad. (Cordova, N. 2010)

Como afirman Verdugo, Gómez y Arias (2009), la vida de las personas mayores está llena de cambios y frecuentemente asociada a enfermedades y pérdidas de muy diverso tipo. Sin embargo, esto no impide que los mayores alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social. Si la esperanza de vida está aumentado, los esfuerzos, por lo tanto, deben dirigirse en sentido inverso, es decir, en “aumentar vida a los años”, ayudando a las personas mayores a que estos años los vivan con mejor calidad.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, se calcula que un 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, y los síntomas tienden a hacerse crónicos con más frecuencia. Un 2,5% de estas depresiones sería de tipo severo y un 13% de tipo leve.

La depresión clínica se caracteriza principalmente por una sensación de tristeza, decaimiento emocional, pérdida de interés por las cosas que antes se realizaban y otros síntomas de carácter somático y psicológico. (Galvanovskis A, y Villar E. 2000). Esta afectó aproximadamente a un 9.5% de la población adulta de los Estados Unidos en el 2001, según el Instituto Nacional de Salud Mental de este país.

Para Colombia, Fundación FES social. (2003), que tomó 23 trastornos mentales contemplados en el DSM-IV en personas de 18 a 65 años, se encontró frente a la prevalencia de vida que el episodio depresivo mayor ocupaba el cuarto lugar con un 5.3%. Para la población jubilada-pensionada, se halló una prevalencia para la vida de

episodio depresivo mayor de 12.8% y para episodio depresivo menor de 3.4%; la prevalencia anual para el episodio depresivo mayor fue del 2%.

Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. Según la OMS, Calidad de Vida es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Calidad de vida no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones, manteniendo las capacidades funcionales del ser humano que pueden verse afectadas tanto física, psicológica y socialmente, produciéndole incapacidades por amputaciones de las extremidades, ceguera, deterioro mental, depresión, entre otros (Leal, Q y Mendoza, V. 1997).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas, lo cual representa aproximadamente el 9,7% de la población total. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).

Sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya

mejorado. De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (González-Celis, 2002)

Por su parte, Lazarus (1998, 2000) citado por González, A; Rangel, C. (2006) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control.

El INEI (2015), señala que en la región Junín, al igual que otras regiones del país, la población de la tercera edad, también está en proceso de crecimiento, de 75,000 personas que tenía de 60 a más años en 1995, esta se incrementó a 116,899 al año 2014. Estos datos nos indican que el cada vez más envejecimiento de la población en el Perú, es uno de los fenómenos y hechos sociales que se vienen dando con mayor fuerza en los últimos 20 años, aspecto que tienen implicaciones económicas y sociales tanto para el Estado como para las familias en los contextos urbanos y rurales. En el futuro, la tasa de crecimiento de la población de la tercera edad será inédita en nuestro país.

En cuanto al trastorno depresivo en el adulto mayor involucra procesos patológicos que desencadenan diversos eventos que causan un impacto directo sobre

su calidad de vida, para lo cual debemos de tener presente que la depresión es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte. (Nance C. 2010)

El trastorno depresivo en la edad senil constituye un importante problema de salud mental, dado que es la alteración psiquiátrica más prevalente en este grupo etario, y por su gravedad, conlleva un elevado riesgo de suicidio, y por las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación. (Ayuso J. 2008)

Nuestra población del adulto mayor en el Centro de Salud I-4 Santa Julia no es ajena a esta realidad, precisamente, existe un incremento de problemas de tipo depresivo, al centro de salud acuden un promedio de 100 adultos mayores los cuales reciben talleres de desarrollo personal y capacitación de actividades físicas; se ha evidenciado una desmejora en su calidad de vida encontrándose abandono por parte de la familia y decaimiento; asimismo se reportan casos de depresión por encontrarse solos y sin ser atendidos por familiares directos.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Formulación General:

¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017?

1.2.2. Formulación específicos.

¿Qué relación existe entre la calidad de vida y lo somático – motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017?

¿Qué relación existe entre calidad de vida y lo cognitivo – afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017?

1.3. Objetivos de investigación.

1.3.1. Objetivos general:

Determinar la relación entre la calidad de vida y depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia- Piura, 2017.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Establecer la relación entre la calidad de vida y lo somático – motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017.
- Identificar la relación entre la calidad de vida y lo cognitivo – afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017.

1.4. Justificación de la investigación.

1.4.1. Importancia de la investigación.

La presente investigación, presenta pertinencia de tipo teórica, La investigación es trascendente científicamente, en la medida que realiza un análisis crítico de la

calidad de vida y la depresión en los adultos mayor y los resultados de esta investigación servirán para que futuros investigadores de Psicología ya que permitirá que se generen nuevas investigaciones relacionándola con otras variables.

Así mismo, presenta pertinencia aplicativa, debido a que mediante la investigación se podrá determinar la relación entre la calidad de vida y depresión. Con dicha información, las autoridades del centro de salud podrán realizar proyectos, programas, charlas, talleres, u otras iniciativas para fomentar y la mejora de la calidad de vida y disminuir la depresión en el adulto mayor.

A nivel Metodológico, el presente trabajo de investigación se presenta frente a la necesidad de contar con instrumentos que permitan identificar la calidad de vida y la depresión. Desde el punto de vista práctico, con esta investigación se aportará con evidencias para que en un futuro propio, se propongan y se ejecuten programas, asimismo dar a conocer a los ciudadanos sobre la importancia de que el adulto mayor disfrute una mejor calidad de vida y sean involucrados en la sociedad y así mismo contribuir a la disminuir de la depresión.

1.4.2. Viabilidad de la investigación.

El estudio es viable por cuanto se cuenta con los recursos humanos, materiales, financieros, y de tiempo para poder realizarlo sin tener inconvenientes.

Asimismo, se tienen los permisos necesario para poder tener acceso a la información en las diferentes bibliotecas locales.

Además se cuenta con el permiso del Centro de Salud para poder aplicar los instrumentos sin ningún inconveniente.

1.5. Limitación del estudio.

Son pocas las limitaciones que se presentan, una de ellas es en el ámbito de los antecedentes, por cuanto no existen muchos estudios internacionales relacionados; si los hay no se encuentran aún publicados ni colocados en las bibliotecas de las universidades visitadas.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Melguizo, E; Acosta, A y Castellano, B Pérez (2012), realiza el estudio denominado: “*Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia)*” Universidad de Cartagena en Colombia. Tuvo como objetivo identificar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores de la Comuna 9 del Distrito de Cartagena. Se aplicó el instrumento “Índice Multicultural de Calidad de Vida”. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las variables y luego un análisis logístico multivariado para establecer las posibles asociaciones. Se aplicó una encuesta transversal. La población fue de 5020 adultos mayores, muestra de 514 personas. Muestreo en dos etapas: primero estratificado, considerando la proporción de adultos mayores en cada barrio de la Comuna 9, y luego aleatorio simple, para seleccionar las manzanas donde ubicar a los participantes. Auxiliares de investigación, previamente entrenados, recolectaron la información durante abril-mayo de 2009. Los resultados, participaron 514 adultos mayores: 65,8% mujeres; 43% viven en unión libre o son casados; 56,6% han cursado

estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2. Estar pensionado o estar trabajando aumenta 2,7 veces la posibilidad de tener un buen bienestar psicológico (OR= 2,729 IC 95%= 1,758-4,236). Se llegó a las siguientes conclusiones que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores.

Teyssier, M (2015), realiza el estudio titulado: *“Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México”* Universidad de Santiago de Compostela. Tuvo como objetivo identificar las principales características que conforman la Calidad de Vida de la población de adultos mayores de la ciudad de Puebla, México. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: CASP-12 para la calidad de vida, la Escala de actividades instrumentales de la vida diaria Lawton y Brody, para la funcionalidad, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, el Cuestionario de Quintanar para el reconocimiento del propio envejecimiento y soledad, el Cuestionario de Tardy para las relaciones y apoyo social. El estudio es no experimental o diseño ex post facto, aplicando un estudio cuantitativo a través de un continuo de una sola etapa. El muestreo Aleatorio Simple Polietápico o por zonas, con descomposición proporcional a la muestra, con base a la estratificación por edad de población hombres y mujeres mayores de 60 años cumplidos en el momento realizar el estudio, estimó 400 participantes. Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables implicadas y un análisis de correspondencias simple para encontrar las relaciones entre la calidad de vida y

variables sociodemográficas, variables funcionales (el tipo de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria), depresión y las relaciones y apoyo social. Los resultados estadísticos indican un promedio de edad de 66 a 76 años. Son personas casadas y viudas, escolaridad de primaria y secundaria. Viven con su cónyuge e hijos o sólo con alguno de sus hijos. Se ubican en la zona urbana del sur y poniente. Alta Calidad de Vida presente en mujeres de 60 a 65 años (sur y norte) y hombres de 66 a 70 años (oriente), seguida de una Baja Calidad de Vida presente en hombres de 76 a 80 años (poniente) y mujeres de 66 a 70 años (poniente). El análisis de correspondencias simple para la Alta Calidad de Vida mostró incidencia en tres aspectos: persona con la que vive, su estado civil y niveles de autonomía. En Baja Calidad de Vida inciden el estado civil, una dependencia moderada y las relaciones y el apoyo social y un nivel de depresión estable.

Antecedentes nacionales

En cuanto Torres, G, (2012) realiza el estudio denominada: “*Factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay*”, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tuvo como objetivo general conocer comparativamente los niveles generales de la depresión, sus características según género, procedencia, etapa vital, nivel de educación y ocupación. Se encuentra que el lugar de procedencia, el nivel de educación y la ocupación, son factores significativamente asociados a la depresión ($p = 0,00$ en los tres casos). Se aplicó el instrumento de Beck (IDB). El presente estudio es una investigación no experimental, transversal con un diseño descriptivo comparativo. La población fue estudiada y se extrajo una muestra intencional no probabilística del 5%, lo que significa que

1,046 personas pertenecen a la ciudad del Cusco (que son mayores de 16 años, que asistieron por primera vez a los establecimientos de salud en los meses de mayo y junio del año 2011), y 424 personas pertenecen a la ciudad de Abancay (con las mismas características de los sujetos de la ciudad del Cusco). Sólo una cuarta parte de la muestra total no presenta el problema, el resto refleja algún nivel de depresión; la depresión leve es la de mayor incidencia, seguida de la depresión moderada y la grave que se presenta en la quinta parte de la muestra total del estudio. Hay mayores porcentajes en todos los niveles de la depresión en la muestra de sujetos provenientes de Cusco que de Abancay; en el caso del nivel grave, la presencia de la depresión es al doble en Cusco que en Abancay. En todos los niveles, la depresión se presenta con mayor incidencia en la muestra de cusqueños que de abanquinos, y de cusqueñas en relación a las abanquinas. La depresión leve es mayor en los adolescentes abanquinos que en los cusqueños; pero es mayor en los adultos cusqueños que en los abanquinos. La depresión moderada similar en ambas muestras, y la grave es mayor en adolescentes y en adultos cusqueños. En general, la depresión es mayor en los de educación escolar frente a los de educación superior y es menor en los que tienen trabajo estable que en los que estudian o tienen trabajo eventual.

Por su parte Pablo, J (2016) realiza el estudio titulado: *“Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” los Olivos Lima 2016”* Universidad de San Martín de Porras. Tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del adulto mayor que asisten a la Casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos, Lima 2016. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF que tiene 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado

de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Ambiente. Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida, con indicadores de buena, regular y mala calidad de vida. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta. El estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estuvo conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Los resultados muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Llegando a las conclusiones que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo.

Según Orosco, C (2015), realiza el estudio denominado: “*Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*” Universidad de Lima. Tuvo como objetivo medir los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos). Las

muestras estuvieron conformadas por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años. Por los resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares.

En cuanto Licas, M (2015), realiza el estudio titulado: *“Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

Antecedentes locales

Según Eras, Lucia (2015), realiza el estudio denominado *“Relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor del centro de salud los algarrobos. Piura, 2014”* Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Tuvo como objetivo establecer la relación entre las variables clima social familiar y la de calidad de vida de los participantes en el programa del

adulto mayor en el centro de salud Los Algarrobos, para ello se utilizó y administró dos instrumentos: 1) La escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickett y 2) El cuestionario SF36 - Calidad de Vida. La población está constituida por 150 adultos mayores en total de la cual se seleccionó a una muestra de 100 adultos mayores. Para el análisis de los datos se empleó las técnicas de análisis estadístico descriptivo, encontrándose que existe correlación entre el clima social familiar y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Calidad de vida

2.2.1.1. Definición

Por su parte Diener (1984, citado por Rodríguez, 1995) define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; pero también, este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales, y sociales, así como Rozas, (1998) el desarrollo del individuo como persona, psicológicamente hablando, es calidad de vida es decir por ejemplo aspectos como desarrollo de la autoestima, de la identidad, de la autorrealización, como el desarrollo de sus potencialidades y el manejo de nuevas habilidades.

Pérez (1992), señala que calidad de vida es: “*Una situación personal y social que permite complacer los requisitos humanos en todas sus necesidades como: básicas, espirituales y sociales*”.

La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos, tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales es así como los deberes y derechos del hombre no implican una adecuada respuesta a los requerimientos de calidad que apuntan las expectativas del individuo en nuestras sociedades hoy en día. En este sentido la formación es condición necesaria en el contexto de calidad de vida, entendida esta formación como un proceso realizable en diferentes planos: a.) como adquisición de capacidades y desarrollo de destrezas que entrenan para la vida, b) como preparación para una tarea específica, c) como adquisición de experiencia que enriquece la conducta y permite la realización personal y profesional y d) como activación de las disposiciones y capacidades estos diferentes planos confluyen en la persona (Pérez de Cabral, 1992).

Por otro lado Ramírez (2000) “*define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual*”; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de cada uno.

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

La calidad de vida se entiende como una combinación óptima de factores psicológicos, afectivos, de salud, económicos, políticos, culturales y ambientales. Son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Las tres dimensiones que engloban e integralmente comprenden la calidad de vida son: Dimensión física, dimensión psicológica y dimensión social (Montes De la Oca, 2006).

La calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, lo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos (Oblitas, 2008).

Por su parte, Ardila (2003, citado en León, 2009) señala que la calidad de vida *“es un estado de satisfacción general, derivada de la realización de las potencialidades de la persona”*. Posee aspectos subjetivos y objetivos, en donde se incluyen como aspectos subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad

percibida, la productividad personal y la salud; y como aspectos objetivos se consideran: el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida.

Según la Organización Mundial de la Salud, citada por Marcos (2012), la calidad de vida es:

la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy 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".

2.2.1.2. Teorías:

En relación a las teorías citamos la siguiente:

a) Teoría de Bronfenbrenner (1979)

Según Bronfenbrenner (1979), con su modelo ecológico, en donde plantea diferentes niveles que configuran nuestra vida dentro del constructo de calidad de vida, entendiendo 3 de los más importantes, en ese sentido se tiene en cuenta no tan solo al individuo mismo, sino también a su entorno más próximo y al contorno en el que se desenvuelve la idea es que la persona convive en diversos sistemas que influyen en el desarrollo de sus valores, creencias, comportamientos y actitudes.

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

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

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

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

El autor hace una diferenciación entre necesidades y sus satisfactores, concluyendo que las necesidades no varían de una cultura a otra, ni de una época a otra, no así los satisfactores para estas necesidades, ya que no importa que una persona viva en una sociedad consumista o ascética, lo que cambia es la cantidad y calidad de los satisfactores o la posibilidad de acceder a ellos de tal manera, plantea que las necesidades son finitas, pocas y clasificables, además de que son las mismas para todas las sociedades, culturas y épocas las necesidades básicas son aquellas cuya realización es deseable para cualquiera y cuya inhibición es indeseable; además de que son simultaneas, complementarias y se compensan entre ellas.

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

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

2.2.1.3. Dimensiones

El modelo propuesto por Schalock (2002) plantea dos componentes importantes de la salud calidad de vida: el primer componente Salud física compuesto por los indicadores: Función física, rol físico, dolor corporal y salud general; el segundo componente es Salud Mental compuesto por los indicadores: Vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Componente salud física, se encuentra constituido por los indicadores función física; grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria sus indicadores están relacionados con las actividades de vigorosas, subir varios pisos, caminar, vestirse, bañarse, estar en constante movimiento físico, el indicador rol físico; referido a la frecuencia con la que la falta de salud interfirió en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas. relacionado con disminución de las actividades, menos cumplimiento de las actividades, presenta dificultades con el trabajo por hacer; el indicador dolor corporal referido al grado de interferencia del dolor padecido en el trabajo habitual y en las actividades del hogar asociado a las dolencias del adulto, es decir a la magnitud del dolor para hacer las actividades y como es que este dolor interfiere en sus actividades diarias. Respecto al indicador salud general; valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermarse relacionado con que si se enferma fácilmente, si se siente con salud excelente o tiene tendencia a enfermarse.

En cuanto al componente salud mental; asociado al indicador vitalidad; frecuencia de sentimientos de energía y vitalidad en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento, en el cual se evalúa el estado de ánimo del adulto, su energía para hacer sus actividades, si se siente cansado o agotado, en cuanto al indicador función social; grado en el que los problemas físicos o emocionales han dificultado sus actividades sociales, como se relaciona con su entorno incluido la familia, visita a amistades y asistencia a actividades sociales, respecto al indicador rol emocional frecuencia con la que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo y el indicador salud mental, referido a la frecuencia de sentimientos de nerviosismo, ansiedad, tranquilidad, tristeza y felicidad.

Otros aspectos que también el autor hace énfasis al momento de evaluar la calidad de vida son:

Bienestar emocional: implica la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el autoconcepto y la satisfacción con uno mismo., la capacidad de predicción sobre eventos significativos en sus vidas.

Las Relaciones interpersonales: En ellas están la intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Las personas lo son gracias a la interacción significativa con los demás, nos daremos cuenta de la relevancia de esta dimensión.

El Bienestar material: Indicadores centrales propuestos son: derechos, económico, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico.

Permitiendo la propiedad, defender la seguridad financiera, asegurar ambientes seguros, empleo con apoyo, fomentar posesiones.

El Desarrollo personal: Indicadores como formación, habilidades, realización personal, competencia personal, capacidad resolutiva, proporcionar educación y habilitación/rehabilitación, enseñar habilidades funcionales, proporcionar actividades profesionales y no profesionales, fomentar el desarrollo de habilidades, proporcionar actividades útiles y utilizar tecnología.

La Autodeterminación: Los indicadores centrales de esta dimensión central son: autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autorregulación, valores/metapersonales. Para favorecer hacer elecciones, favorecer el control personal, favorecer tomar decisiones, ayudar en el desarrollo de metas personales, ya que el crecimiento personal tiene lugar cuando se es del propio desarrollo.

La inclusión social: Indicadores centrales de calidad de vida son: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles, actividades de voluntariado, entorno residencial conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad, apoyar el voluntariado pensemos aquí que además de las habilidades que pueden enseñarse a las personas es esencial la consideración de la obligación del entorno social de adaptarse y ajustarse para la realidad de esa inclusión no se trata tanto de acceder a entornos normalizados sino de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas independientemente de sus capacidades.

Y los derechos: indicadores centrales de esta dimensión son: privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general y especiales protecciones requeridas por el hecho de manifestar la condición de retraso mental (en este 54 sentido, cabe preguntarse y debatir sobre temas tales como la esterilización, la incapacitación judicial), juicio gratuito, derechos, responsabilidades civiles. Para asegurar la privacidad (por ejemplo, no abrir sus armarios o cajones), fomentar el voto, reducir barreras (y no solo las físicas sino también las psicológicas y las sociales), proporcionar procesos justos, fomentar y respetar la propiedad, fomentar las responsabilidades cívicas en definitiva, nos parece importante mencionar que la satisfacción no es tan simple como tener algo que cubra una necesidad, pues el elemento satisfactor depende de cómo el individuo haya construido representaciones mentales a partir de los elementos que la cultura le provee, de su grupo social y la época con sus cambios tecnológicos y además le hayan permitido crear.

Shalock y Verdugo, (2002) el concepto de calidad de vida no se puede definir completamente, las dimensiones que la componen surge de la vida del sujetos, las dimensiones básicas son valoradas por los individuos de modo diferente, “el valor asociado a cada dimensión varía a lo largo del ciclo vital)

2.2.1.4. Cambios psicológicos en los adultos mayores

El modo de actuar, de pensar, sentir e interpretar la realidad de una persona constituyen condiciones psicológicas relacionada con la salud, la participación social y la seguridad en la vejez. Los factores psicológicos y conductuales depende de un

sinfín de transacciones a lo largo de todo el ciclo vital entre un organismo biológico y su contexto socio-histórico.

Según Pérez, (2004), entre las características psicológicas del adulto mayor se encuentran las capacidades intelectuales y los rasgos de personalidad y carácter. Dentro de las capacidades intelectuales, no se produce una reducción como tal, sin embargo puede haber una reducción en la eficacia para resolver problemas, lo que influye en la capacidad de aprendizaje y en la intuición; se presenta un aumento en el tiempo de reacción y el deterioro de la memoria reciente, aunque se conservan la creatividad y la capacidad imaginativa. Por su parte la personalidad en conjunto parece no alterarse durante la vejez, excepto en casos patológicos, por tanto la presencia de un alejamiento o la modificación de conductas se deben al miedo a las nuevas situaciones o al entorno social.

En los adultos mayores el déficit de las funciones mentales superiores está entre los más temidos porque se asocia con la pérdida de autonomía, de la misma manera que las situaciones de incapacidad física. Estas condiciones pueden provocar vivencias de desamparo, impotencia y depresión (Quintanilla, 2000).

Algunos síntomas que presenta la población de edad avanzada son la ansiedad, imagen pobre y baja autoestima, y se relacionan con los cambios corporales y con un estereotipo de dependencia que influyen negativamente en su imagen (Martín, 2008).

El declive aparente intelectual, los problemas de memoria, la menor potencia sexual, las dificultades para responder ante el estrés, son algunas de las dificultades

psicológicas que experimentan con mayor frecuencia los adultos mayores (Fernández-Ballesteros, 2002).

Según Monroy, (2005) algunos aspectos psicológicos a los que se enfrentan los adultos mayores son:

-Pérdida de la autoestima: Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien.

-Pérdida del significado o sentido de la vida: que es la aceptación de la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de ilusiones.

-Pérdida de la facilidad de adaptación: al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés.

-La aflicción o tristeza por una pérdida: es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas.

-Estrés: es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo.

-Pérdida de la memoria: la edad va asociada a la pérdida normal de la memoria, se asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo a la enfermedad de Alzheimer.

2.2.1.5. Calidad de vida en los adultos mayores

Es difícil conceptualizar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades, ya que está determinado por un lado por las valoraciones

que realicen un grupo de expertos, quienes fijan los criterios y normas de las condiciones objetivas de una “buena” calidad de vida, y por el otro los mismos individuos, que a partir de sus propias valoraciones o percepciones sobre su vida y condiciones, las cuales se ven influenciadas por sus deseos y expectativas, que a su vez pueden estar formadas o deformadas en gran parte de las circunstancias, como el entorno, cultura y estándares (González-Celis, 2005).

La calidad de vida de los adultos mayores puede orientarse directamente en los siguientes aspectos: estado de salud, determinación de factores de riesgo, predicción de enfermedades, seguridad económica y material, protección social, satisfacción, bienestar y conservación de intereses. Algunos factores relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores son: la salud, el ejercicio físico, el envejecimiento armónico, el equilibrio mente-cuerpo, la nutrición, las actividades en el retiro, la autoeficacia, los aspectos psicológicos; así como el empleo del tiempo libre, las redes de apoyo, las actividades recreativas, las actitudes y 39 actividades pre y post jubilatorias, las relaciones familiares y los grupos (Fernández y Yániz, 2002).

Algunos autores consideran que en la tercera edad la calidad de vida debe estar ajustada a la esperanza de vida, de lo contrario aumentaría la expectativa de incapacidad, por lo que se puede expresar que el aumento de la calidad de vida es inversamente proporcional a la expectativa de incapacidad (Cabrera, 2001).

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Definiciones

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

Burton (1987) y Verosine (1985), señalan a la depresión como: Uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes que sobreviene al hombre y que tienden a incrementarse por el aumento de la mortalidad y padecimientos crónicos que según se ha demostrado se asocia significativamente con los estados depresivos. Los autores manifiestan que depresión siempre está presente en los estados de morbilidad como el padecimiento crónico ya que se encontró un nexo con las manifestaciones de la depresión.

En cuanto a Márquez (1990), el cual dice que “la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, Energía psíquica es aquella que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con él y con uno mismo”.

Por su parte Ávila, (1990), señala que: La depresión se caracteriza por un estado de tristeza, fatiga o cansancio, dificultades de concentración y memoria, falta de interés por actividades que resultaban gratificantes. Así mismo, las personas que padecen esta enfermedad tienen problemas con el sueño (insomnio), aumento o disminución del apetito y pérdida de interés por el sexo, molestias corporales (nauseas, jaquecas o dolores) y lentitud o agitación motriz. Es por tanto, una alteración que, por su presencia en la población y por sus consecuencias quien las padece, merece atención sanitaria.

Por parte de Barrio (2006: 17) quien manifiesta que la depresión “es un trastorno emocional que está caracterizado por ciertas vivencias como los sentimientos de tristeza y el desgano y también conductas que se pueden observar como la apatía, cansancio y trastornos somáticos lo que impide el disfrute de la vida”.

Por otro lado también encontramos a Arévalo (2008) quien refiere a la depresión como “una enfermedad muy habitual, que la padecen las personas adultas como niños y adolescentes la cual tiende a aumentar progresivamente, generando discapacidad en sus vidas cotidianas”.

Para la OMS (2012), señala que la depresión es *“un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”*.

2.2.2.2. Teorías

a) Teoría biológica

Tenemos a la teoría biológica, la cual nos plantea que la depresión se origina básicamente por una alteración o desequilibrio neuroquímico existente en la comunicación neuronal, estas sustancias químicas que se encuentran en las neuronas se les denomina neurotransmisores las cuales señalaremos aquellas que desempeñan un papel determinante en la depresión las cuales son: la serotonina, que en su funcionamiento normal se encargar de regular los estados de vigilia, el sueño, el apetito, la actividad sexual entre otras, no obstante en su funcionamiento anormal, se

producirían alteraciones en los estados de ánimo o humor, problemas en el sueño como el insomnio entre otras ; así mismo la dopamina que se relaciona con la obtención del placer, cuando el funcionamiento es anormal se asocia con problemas de atención, estados de alerta, entre otros ; finalmente tenemos a la noradrenalina o norepinefrina la cual su funcionamiento anormal al igual que la serotonina impacta en los cambios de humos, los niveles de energía y la motivación (Rosas y López, 2011).

b) Teoría Conductuales

Mencionamos a las teorías conductuales, entre las cuales las principales son: la disminución del refuerzo positivo, (Lewinsohn, 1975; Lewinsohn, Youngren & Grosscup ,1979; Lewinsohn, Muñoz, Youngren & Zeiss, 1986) postulan que la depresión no es más que la reducción del refuerzo positivo que recibe la persona de los demás en respuesta a las conductas desadaptativas que este presenta. Por lo cual como señalan los autores, que estos refuerzos positivos giran en torno a cuatro factores principales los cuales son: la cantidad de experiencias reforzadoras para la persona, el número de casos de depresión y por ultimo las habilidades sociales que posee la persona para generar conductas positivas y así obtener una mayor cantidad de refuerzos positivos.

c) Teoría cognitiva

Teoría cognitiva como la principal de las anteriormente presentadas puesto que dentro de los teóricos cognitivos encontramos a su máximo representante el Dr. Aron

T. Beck quien a su vez es el creador del instrumento (en su versión original) que en esta investigación se presenta, por lo que se ha considerado hondar un poco más en cuanto a lo que postula, es así que esta teoría expone que existe un modelo cognitivo para explicar y comprender la dinámica de la depresión donde intervienen cuatro concepciones básicas, las cuales son: “los tres componente cognitivos, representada por la forma en que la persona se ve así mismo hacia los demás y hacia el futuro de manera negativa; los pensamientos automáticos negativos; las fallas cognitivos (errores en el procesamiento de información); y los esquemas (Perris, 1989)” (Vázquez, L. F., Muñoz, F. R., & Becoña, E, 2000).

Beck, T. A., Rush, J. A., Shaw, F. B., & Emery, G (2010) afirma: “La triada cognitiva comprende tres patrones cognitivos básicos que inducen a que la persona considere una visión de sí mismo, de su futuro, y sus experiencias de un modo particular” (p.19). El primer elemento asume que las personas depresivas poseen una visión negativa de sí mismos, es así que se perciben como inútiles, tontos, derrotados, sin dicha de seguir adelante. La gran parte de sus experiencias negativas las considera como un defecto personal las culés pueden ser físicas como emocionales. A raíz de esto, las personas creen que no poseen ningún valor propio, por lo tanto están en una constante crítica en torno a sus defectos. Por otro lado, el segundo elemento hace referencia a como las personas depresivas interpretan sus experiencias de forma negativa. Ven al mundo como un gigante que les exige demasiado y que de forma clara obstaculiza sus objetivos siendo inalcanzables. Para ellos consideran que no son competentes al momento relacionarse con los demás. Por último el tercer elemento de la tríada cognitiva se enfoca en la visión pesimista hacia el futuro. Las personas

no poseen o hacen planes hacia a delante porque piensan que su situación actual no les permite tener esperanza sobre su futuro. (Beck, 1979).

Por otro lado, otro de los conceptos que intervienen de manera directa en la comprensión de la depresión son los pensamientos automáticos negativos que “constituyen un flujo de pensamiento que coexiste con otro flujo de pensamiento más manifiesto. Estas cogniciones se dan de manera involuntaria, automática. Es de precisar que estos pensamientos automáticos no son propios de las personas depresivas, sino que es parte de lo habitual en todos. Señalando que muchas veces no somos conscientes de ello, y sin querer conviven en nosotros, por ejemplo: uno puede estar leyendo un libro y pensar ¡no entiendo este párrafo! e inmediatamente puede generar una respuesta ansiosa. Aunque estos pensamientos suelen inconscientes y pasar por desapercibidos, las personas depresivas muchas veces lo hacen consciente y por ende desencadenan la sintomatología característica.

Así mismo otro de los conceptos que conforman el modelo cognitivo son los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información) (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Por lo cual la depresión recae en el procesamiento distorsionado de la información proveniente del entorno o exterior. Las distorsiones más principales que se interfieren los errores en el curso de información de las personas con depresión son (Beck, 1979): pensamiento absolutista, dicotómico, el individuo suele estructurar u organizar las experiencias de la vida en dos polos; por ejemplo, blanco y negro, limpio o sucio. Es así como la persona se considera para etiquetarse así mismo, el individuo escoge las categorías del extremo negativo. Por

otro lado tenemos a la Inferencia arbitraria, el individuo suele llegar a una concreta conclusión sin tener hechos o evidencias contundentes para poder considerar a cualquier situación como algo real. Abstracción selectiva, aquí los individuos solo extraen o escogen solo una parte del todo en una situación que generalmente tienden a seleccionar lo negativo a pesar que se evidencien los detalles positivos. Generalización excesiva, hace referencia aquellos individuos que tienen la tendencia e inclinación a que a partir de un suceso desagradable o negativo de una experiencia dada, se establezca una regla general para situaciones similares que se presenten en adelante. Maximización y minimización, aquí los individuos tienen la tendencia de exagerar las experiencias en términos catastróficos. Por último tenemos a la Personalización, donde los individuos tienden a atribuirse aquellas experiencias que no necesariamente se relacionan o no existe ninguna conexión directa con ellas.

Y por último y no menos importante es la disfunción en los esquemas que básicamente “el contenido de los pensamientos está influido por teorías o hipótesis poco probables o realistas que representan el conjunto de creencias del sujeto y se van fortaleciendo desde la infancia” (Freeman y Oster, 1997); es así que “cada situación o experiencia que se presente, estos esquemas filtran cuales de ellas se percibe como más importantes para la toma de decisiones” (Freeman y Oster, 1997). Algunos casos más frecuentes de estas creencias son: «yo no puedo ser exitoso en la vida si cometo un error », «necesito ser querido y amado por todos para ser feliz».

2.2.2.3. Dimensiones

A partir de este modelo es de Beck A., Steer, R., y Brown, G. (1996), construyen el instrumento para evaluar la depresión en las personas a través de dos dimensiones establecidas en su cuestionario.

a) Somático – motivacional

Según Beck dentro de este concepto se refiere a la irritabilidad, capacidad para el trabajo, disturbios del sueño, cansancio o fatiga, disturbios del apetito, disturbios de peso, preocupaciones con la salud, y desinterés sexual.

b) Cognitivo – afectivo

Según Beck dentro de este concepto se refiere a la tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de punición, auto-descontento, auto-culpa, pensamientos o deseos suicidas, lloro, abstinencia, indecisión, y con relación a la apariencia física.

2.2.2.4. La depresión según el CIE 10 (1992)

El CIE, nos indica tres formas en la cual se presenta la depresión de los seres humanos: Leve, moderada y grave; y la presentación clínica puede ser distinta en cada tipo y en cada individuo pues existen síntomas enmascarados a través de la irritabilidad, comportamiento histriónico, consumo excesivo de alcohol y síntomas obsesivos preexistentes.

F32.0 Episodio Depresivo leve.

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como síntomas más típicos de la depresión, y al menos

dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos de los siguientes síntomas:

-La disminución de la atención y la concentración, la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas de auto agresiones, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito.

-Ninguno de los síntomas deben estar presentes en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

-Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social aunque es probable que no las deje por completo.

El episodio depresivo leve se manifiesta con síntomas típicos de la depresión como: el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de capacidad de disfrutar y el aumento de fatigabilidad, dos de estos tres síntomas, deben estar presentes para el diagnóstico.

Beck menciona que a medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente,

errores sistemáticos en el pensamiento depresivo este se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea que sus interpretaciones negativas son erróneas.

Mientras va incrementando la depresión esta se agrava y su pensamiento poco a poco se encuentra rígido por ideas negativas; aunque no exista una conexión lógica entre sus interpretaciones negativas; así mismo cuando existen errores sistemáticos en el pensamiento depresivo la persona se encuentra incapacitada para darse cuenta que sus interpretaciones negativas son erróneas.

F32.1 Episodio Depresivo Moderado

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres y preferible cuatro de los demás síntomas: La disminución de la atención y la concentración, la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito.

Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar a menos dos semanas. Un enfermo con episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para continuar desarrollando su actividad social, laboral y doméstica.

Para considerar una persona con episodio depresivo moderado deben presentar de dos de los tres síntomas que son: el ánimo depresivo , la perdida e interés y de

capacidad de disfrute y el aumento de la amigabilidad así como cuatro de los siguientes síntomas: La disminución de la atención y la concentración, la pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas de auto agresiones, los trastornos del sueño, la pérdida de apetito.

Así mismo, Beck cita que en los estado depresivos más graves el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo: leer o responder preguntas; o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independientemente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

El pensamiento de la persona depresiva se encuentra dominado por los esquemas idiosincráticos, la organización cognitiva del depresivo se encuentra desligado de los estímulos de su entorno, por ello no responde a los cambios que se manifiestan en su entorno.

F32. Episodio Depresivo Grave.

Durante un episodio grave. El enfermo puede presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable

que la pérdida de estimación de si mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sea importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante el episodio depresivo grave

En este episodio el enfermo presenta angustia, pierde la estima así mismo, se siente inútil y culpable, en este episodio el riesgo de suicidio es importante así mismo, están presentes síntomas somáticos.

2.3. Definición de términos básicos.

Calidad de vida: Pérez (1992), señala que calidad de vida es: “Una situación personal y social que permite complacer los requisitos humanos en todas sus necesidades como: básicas, espirituales y sociales”.

Bienestar emocional: implica la seguridad, la felicidad, la espiritualidad, la ausencia de estrés, el autoconcepto y la satisfacción con uno mismo., la capacidad de predicción sobre eventos significativos en sus vidas.

Relaciones interpersonales: En ellas están la intimidad, afecto, familia, interacciones, amistades, apoyos. Las personas lo son gracias a la interacción significativa con los demás, nos daremos cuenta de la relevancia de esta dimensión.

Bienestar material: Indicadores centrales propuestos son: derechos, económico, seguridad, alimentos, empleo, pertenencias, estatus socioeconómico. Permitiendo la propiedad, defender la seguridad financiera, asegurar ambientes seguros, empleo con apoyo, fomentar posesiones.

Desarrollo personal: Indicadores como formación, habilidades, realización personal, competencia personal, capacidad resolutiva, proporcionar educación y habilitación/rehabilitación, enseñar habilidades funcionales, proporcionar actividades profesionales y no profesionales, fomentar el desarrollo de habilidades, proporcionar actividades útiles y utilizar tecnología.

Bienestar físico: Dichos indicadores son la salud, nutrición, movilidad, ocio, actividades de la vida diaria las técnicas de mejora son: asegurar el cuidado de la salud, maximizar la movilidad, apoyar oportunidades para el recreo y tiempo libre significativos, promover la nutrición apropiada, apoyar actividades de vida diaria, promover el bienestar.

Autodeterminación: Los indicadores centrales de esta dimensión central son: autonomía, elecciones, decisiones, control personal, autorregulación, valores/metapersonales. Para favorecer hacer elecciones, favorecer el control personal, favorecer tomar decisiones, ayudar en el desarrollo de metas personales, ya que el crecimiento personal tiene lugar cuando se es del propio desarrollo.

Inclusión social: Indicadores centrales de calidad de vida son: aceptación, estatus, apoyos, ambiente laboral, integración y participación en la comunidad, roles, actividades de voluntariado, entorno residencial conectar con redes de apoyo, promover funciones de rol y estilos de vida, fomentar ambientes normalizados e integrados, proporcionar oportunidades para la integración y participación en la comunidad, apoyar el voluntariado pensemos aquí que además de las habilidades

que pueden enseñarse a las personas es esencial la consideración de la obligación del entorno social de adaptarse y ajustarse para la realidad de esa inclusión no se trata tanto de acceder a entornos normalizados sino de construir entornos capaces de incluir en ellos a todas las personas independientemente de sus capacidades.

Derechos: indicadores centrales de esta dimensión son: privacidad, voto, acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general y especiales protecciones requeridas por el hecho de manifestar la condición de retraso mental, juicio gratuito, derechos, responsabilidades civiles.

Depresión “es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático” (Beck, 1979)

Somático – motivacional: Según Beck dentro de este concepto se refiere a la irritabilidad, capacidad para el trabajo, disturbios del sueño, cansancio o fatiga, disturbios del apetito, disturbios de peso, preocupaciones con la salud, y desinterés sexual.

Cognitivo – afectivo: Según Beck dentro de este concepto se refiere a la tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de punición, auto-descontento, auto-culpa, pensamientos o deseos suicidas, lloro, abstinencia, indecisión, y con relación a la apariencia física.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1. Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

La calidad de vida se relaciona significativa y de manera inversa con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.

3.1.2. Hipótesis secundarias

Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo somático – motivacional con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017

Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo cognitivo - afectivo con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1. Variables

Variable 1: Calidad de vida

Dimensiones: Componente salud física y componentes salud mental.

Variable 2: Depresión

Dimensiones:

- ✓ Somático – motivacional
- ✓ Cognitivo – afectivo

3.2.2. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
CALIDAD DE VIDA	Pérez (1992), señala que calidad de vida es: “Una situación personal y social que permite complacer los requisitos humanos en todas sus necesidades como: básicas, espirituales y sociales”.	Se da a través del instrumento de Escala de Calidad de vida, adaptado a J. Alonso y cols (2003) a partir de la puntuación dimensional función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.	Componentes de la salud física:	Función Física	Ordinal
				Rol Físico	
				Dolor Corporal	
				Salud General	
			Componentes de la salud mental	Vitalidad	
				Función Social	
				Rol Emocional	
				Salud Mental	

<p style="text-align: center;">DEPRESION</p>	<p>Beck (1979), la depresión “es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático”.</p>	<p>El instrumento a utilizar es la Escala de Depresión segunda versión BDI – II (1996) a partir de la puntuación dimensional somatico-motivacional y cognitivo-afectivo, que se divide en 21 subescalas que son irritabilidad, capacidad para el trabajo, disturbios del sueño, cansancio o fatiga, disturbios del apetito, disturbios de peso, preocupaciones con la Salud, y desinterés sexual, tristeza,</p>	<p>Somático – motivacional</p>	<p>Irritabilidad Capacidad para el trabajo Disturbios del sueño Cansancio o fatiga Disturbios del apetito Disturbios de peso Preocupaciones con la salud Desinterés sexual</p>	<p style="text-align: center;">Ordinal</p>
--	--	---	------------------------------------	--	--

		<p>pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de punición, auto-descontento, auto-culpa, pensamientos o deseos suicidas, lloro, abstinencia, indecisión, y con relación a la apariencia física.</p>	Cognitivo – afectivo	<p>Tristeza</p> <p>Pesimismo</p> <p>Fracaso</p> <p>Pérdida de placer</p> <p>Sentimientos de culpa</p> <p>Sentimientos de punición</p> <p>Auto-descontento</p> <p>Auto-culpa</p> <p>Pensamientos o deseos suicidas</p> <p>Lloro</p> <p>Abstinencia</p> <p>Indecisión</p> <p>Apariencia física</p>	
--	--	---	----------------------	--	--

CAPITULO IV: METODOLOGÍA.

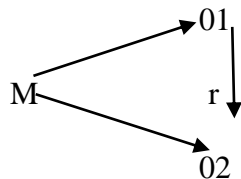
4.1. Diseño metodológico.

La investigación se enmarcó dentro del diseño no experimental, según Hernández S. Roberto y Baptista, (2010). Dicen que “La investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido; por lo tanto en la presente investigación lo que se pretende es no manipular las variables calidad de vida y tampoco los niveles de depresión que puedan estar presentando los adultos mayores.

La presente investigación es de tipo descriptiva, correlacional - transversal. Descriptiva; porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas, correlacional; ya que busca caracterizar las propiedades y características importantes del fenómeno de estudio y los correlacionales asocian variables mediante un patrón predecible en una

muestra o población y transversal, ya que la información se recoge tal y como está en el medio. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, pp.80-81).

El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Adulto mayor

O1 = Calidad de vida

O2 = Depresión

r = Relación.

4.2. Diseño Muestral.

4.2.1. Población:

La población de la investigación “es el conjunto de todos los casos que concuerden con una serie de especificaciones, o en sí, la serie de unidades o fuentes de datos que conforman un todo” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La población estuvo conformada por los 105 adultos mayores del que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura.

4.2.2. Muestra:

Es una colección de individuos extraídos de la población a partir de algún procedimiento específico para su estudio o medición directa. Una muestra es una

fracción o segmento de una totalidad que constituye la población. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico intencionado, ya que se trabajó con los 60 adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor que tiene el centro de salud; además es una población que no genera dificultades para colaborar con el estudio.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confidencialidad.

Para la presente investigación se utilizó como técnica la “Encuesta”, constituye un escrito que el investigador formula a un grupo de personas para estudiar constructos como percepciones, creencias, preferencias, actitudes, etc. (Bernal, 2000, p.222).

4.3.1. Instrumentos:

El instrumento que se utilizó fue la Escala de SF-36 Calidad de vida de Health Survey 1996 adaptado por J. Alonso y Cols. (2003) a partir de la puntuación dimensional Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. La escala constó de 36 preguntas. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100. Resulta útil disponer de valores normalizados de referencia en población general.

En nuestro país, el estudio de Salazar y Bernabé (2012) realizado con 4334 sujetos peruanos, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 64 años, posee una validez de

constructo analizada a partir de un análisis factorial confirmatorio a nivel de ítems. Este muestra que el SF-36 tiene un mejor ajuste con 8 factores de primer orden y 2 factores de segundo orden al presentar un índice de ajuste comparativo (CFI) de .96 y una raíz media de error cuadrático de aproximación (RMSEA) de .05. Además, se encuentra que la prueba es capaz de discriminar entre grupos definidos, en función de ciertas características sociodemográficas clave. Asimismo, muestra una confiabilidad de .83 para el total y un rango de .66 y .92 para las dimensiones.

En la ciudad de Piura el instrumento obtuvo propiedades psicométricas para el adulto mayor en la Universidad César Vallejo, con la cual se obtuvo los siguientes resultados, la consistencia resultó satisfactoria para todas las dimensiones: en función física (.94), función social (.89), vitalidad (.87), salud general (.80), dolor (.92), salud mental (.86), rol físico (.71) y rol emocional (.62). Del mismo modo, en el componente físico se obtuvo una consistencia de .92 y en el componente mental de .88.

Respecto al presente estudio el instrumento fue sometido a la prueba de consistencia interna, en los dos componentes importantes: Componente físico obtuvo un alfa de ,820 y el componente salud mental; un alfa de ,850 esto nos indica que el instrumento si es confiable para ser aplicado a la población estudiada.

El Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II) es un instrumento autoadministrado de 21 ítems, cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3. Si un examinado hizo elecciones múltiples para un ítem, se

utiliza la alternativa con el valor más alto. Se suman los 21 ítems y esto da una puntuación total. La puntuación máxima es 63. Una puntuación de 0 a 3 indica un nivel de depresión mínimo, puntajes entre 4 y 19 un nivel leve, puntuaciones de 20 a 28 un nivel moderado y de 29 a 63 un nivel de depresión grave. En caso de que el evaluado puntúe 0, este será interpretado como un nivel mínimo de depresión, así lo establecen los criterios de la prueba expuestos en líneas precedentes. En cambio, si la persona puntúa 63, dicho resultado será interpretado como la presencia de depresión grave (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1993).

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

Para efectos del análisis estadístico, después de la aplicación de los instrumentos se procedió a vaciar todas los instrumentos aplicados a una base de datos de Excel la cual se construyó para poder procesar los datos, se vaciaron los datos teniendo en cuenta las indicaciones de las fichas técnicas de cada uno de los instrumentos aplicados.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.

Para efectos del análisis estadístico, y teniendo que comprobar las hipótesis planteadas en la presente investigación teniendo en cuenta que son puntajes ordinales se aplicó un análisis de correlación de Pearson el cual nos conllevó a demostrar las hipótesis empleadas y a través de la regresión lineal se evaluó el grado de influencia. Todo ello se realizó con el programa IBM SSPSS versión 21 y como medio auxiliar el programa Excel 2012.

4.6. Aspectos éticos.

En primer lugar, dentro de los aspectos éticos se considera importante respetar la confidencialmente los nombres de los participantes en el estudio, así mismo, se consideró necesario elaborar un consentimiento informado previo a esto se explicó a cada uno de la muestra la intención de la investigación (Informe de Belmont, 1979).

CAPITULO V: RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivos

Tabla 01.

Nivel de calidad de vida del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura.

		Niveles							
		Inadecuada		Regular		Adecuada		Total	
		fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Dimensiones	Salud física	43	71.7%	13	21.7%	4	6.7%	60	100.0%
	Salud mental	7	11.7%	40	66.7%	13	21.7%	60	100.0%
	Calidad de vida	47	78.3%	13	21.7%	0	0.0%	60	100.0%

Fuente: Instrumento calidad de vida aplicada al adulto mayor

Interpretación:

En la tabla 01, se muestra que el nivel de calidad de vida según la evaluación realizada al adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia; como se evidencia el 78.3% considera como inadecuada su calidad de vida y el 21.7% como regular; respecto a las dimensiones el 71.7% señaló que tiene una inadecuada salud física y el 66.7% considera tener una regular salud mental.

Tabla 02.

Nivel de depresión del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura

		Niveles									
		No depresión		Leve		Moderada		Severa		Total	
		fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Dimensiones	Somático/ motivacional	5	8.3%	40	66.7%	13	21.7%	2	3.3%	60	100.0%
	Cognitivo – afectivo	7	11.7%	45	75.0%	6	10.0%	2	3.3%	60	100.0%
	Depresión	5	8.3%	42	70.0%	11	18.3%	2	3.3%	60	100.0%

Fuente: Instrumento de depresión aplicado a los adultos mayores

Interpretación:

En la tabla 02, se muestra que el nivel de depresión según la evaluación realizada al adulto mayo que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia; como se evidencia el 70% presentó nivel leve de depresión, un 18.3% un nivel modera, un 8.3% no presentó depresión sólo el 3.3% tuvo un nivel de depresión severo. Respecto a sus dimensiones tanto lo somático – motivacional (66.7%) y cognitivo – afectivo (75%) se presentaron en un nivel leve seguido de un nivel moderada.

Establecer la relación entre la calidad de vida y lo somático – motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017.

Tabla 03.

Relación entre la calidad de vida y la dimensión somática - motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura

		Calidad de vida							
		Inadecuada		Regular		Adecuada		Total	
		fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Somático motivacional	No depresión	3	5.0%	2	3.3%	0	0.0%	5	8.3%
	Leve	31	51.7%	9	15.0%	0	0.0%	40	66.7%
	Moderada	11	18.3%	2	3.3%	0	0.0%	13	21.7%
	Severa	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%
	Total	47	78.3%	13	21.7%	0	0.0%	60	100.0%

Fuente: Instrumento de calidad de vida y depresión aplicado a los adultos mayores.

INTERPRETACION

La tabla 03, nos muestra que los adultos mayores que puntuaron niveles leves de depresión en su dimensión somático motivacional 66.7%; son aquellos que consideran tener una inadecuada calidad de vida en un 51.7% de los evaluados seguido de un 15% como regular calidad de vida. Respeto al grupo que puntuó niveles moderados de depresión somático motivacional 21.7% son aquellos que consideran tener un nivel inadecuado y regular de calidad de vida con el 18.3% y 3.3% respectivamente.

Identificar la relación entre la calidad de vida y lo cognitivo – afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017.

Tabla 04.

Relación entre la calidad de vida y la dimensión cognitivo - afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura

		Calidad de vida							
		Inadecuada		Regular		Adecuada		Total	
		fi	%	fi	%	Fi	%	fi	%
Cognitivo – afectivo	No depresión	5	8.3%	2	3.3%	0	0.0%	7	11.7%
	Leve	35	58.3%	10	16.7%	0	0.0%	45	75.0%
	Moderada	5	8.3%	1	1.7%	0	0.0%	6	10.0%
	Severa	2	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	2	3.3%
	Total	47	78.3%	13	21.7%	0	0.0%	60	100.0%

Fuente: Instrumento de calidad de vida y depresión aplicado a los adultos mayores

INTERPRETACION

La tabla 04, nos muestra que los adultos mayores que puntuaron niveles leves de depresión en su dimensión cognitivo – afectivo 75%; son aquellos que consideran tener una inadecuada calidad de vida en un 58.3% de los evaluados seguido de un 16.7% como regular calidad de vida. Respeto al grupo que puntuó niveles moderados de depresión cognitivo - afectivo 10% son aquellos que consideran tener un nivel inadecuado y regular de calidad de vida con el 8.3% y 1.7% respectivamente.

5.2. Análisis inferencial

Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo somático – motivacional con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.

Tabla 05

Relación entre la calidad de vida y lo somático – motivacional y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia

		Calidad de vida	Somático motivacional
Correlación	Coefficiente de correlación	1.000	-.465*
de Pearson	Sig. (unilateral)	.	.04
	N	60	60

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

INTERPRETACION:

En la tabla N° 5, se aprecia que según los resultados estadísticos de correlación de Pearson, se encuentra que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,465$, $P=0.04$) de la calidad de vida en la dimensión somática – motivacional y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia; señalándose que en la medida que la calidad de vida sea la adecuada se presentaran menos casos de depresión en su dimensión somático motivacional en este grupo. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación

Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo cognitivo - afectivo y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.

Tabla 06

Relación de la calidad de vida en la dimensión cognitivo – afectivo y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia

			Calidad de vida	Cognitivo - afectivo
Correlación		Coefficiente de correlación	1.000	-.480*
de Pearson	Calidad	Sig. (unilateral)	.	.03
	de vida	N	60	60

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

INTERPRETACION:

En la tabla N° 6, se aprecia que según los resultados estadísticos de correlación de Pearson, se encuentra que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,480$, $P=0.03$) de la calidad de vida en la dimensión cognitivo afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia; señalándose que en la medida que la calidad de vida sea la adecuada se presentaran menos casos de depresión en la dimensión cognitivo afectivo este grupo. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación.

Hipótesis general

La calidad de vida se relaciona de manera inversa con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.

Tabla 07

Relación de la calidad de vida en lo somático – motivacional y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia

		Calidad de vida	Depresión
Correlación	Coefficiente de correlación	1.000	-.460*
de Pearson	Sig. (unilateral)	.	.03
	N	60	60

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

INTERPRETACION:

En la tabla N° 7, se aprecia que según los resultados estadísticos de correlación de Pearson, se encuentra que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,460$, $P=0.03$) entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia; señalándose que en la medida que la calidad de vida sea la adecuada se presentaran menos casos de depresión en este grupo. Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación

5.3. Comprobación de hipótesis

Según los resultados encontrados y después del análisis inferencial se comprueban las siguientes hipótesis

1. Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo somático – motivacional y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017, dado que se encontró una relación inversa ($r=-0,465$, $P=0.04$).
2. Existe relación significativa inversa entre la calidad de vida en lo cognitivo - afectivo y la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017, ya que se encontró una correlación inversa ($r=-0,480$, $P=0.03$).
3. La calidad de vida se relaciona de manera inversa con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017, dado que se encontró ($r=-0,460$, $P=0.03$)

5.4. Discusión y conclusiones

5.4.1 Discusión

En cuanto al nivel de calidad de vida del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura, se evidencia el 78.3% considera como inadecuada su calidad de vida y el 21.7% como regular; respecto a las dimensiones el 71.7% señaló que tiene una inadecuada salud física y el 66.7% considera tener una regular salud mental; esto quiere decir que el adulto mayor no cuenta con un buen estilo de vida que debería tener actualmente. Resultados diferentes se encontró en el estudio de Teyssier, M (2015), “*Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México*” Universidad de Santiago de Compostela. Como resultado se encontró, alta Calidad de Vida en mujeres de 60 a 65 años (sur y norte) y hombres de 66 a 70 años (oriente). Coincide con lo mencionado por Ramírez (2000) “que define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual”; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar de cada uno.

Con respecto al nivel de depresión del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura, se evidencia el 70% presentó nivel leve de depresión. Respecto a sus dimensiones tanto lo somático – motivacional (66.7%) y cognitivo – afectivo (75%) se presentaron en un nivel leve seguido de un nivel moderada; esto quiere decir que la mayoría del adulto mayor se siente muy satisfecho con su

condición de vida. Resultados similares se encontró en la investigación de Licas, M (2015), *“Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”* Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve. En cuanto a Beck (1979), menciona que la depresión “es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático”.

De acuerdo con la relación entre la calidad de vida y lo somático – motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017, nos muestra que los adultos mayores que puntuaron niveles leves de depresión en su dimensión somático motivacional 66.7%; son aquellos que consideran tener una inadecuada calidad de vida en un 51.7%. Respecto al grupo que puntuó niveles moderados de depresión somático motivacional 21.7% son aquellos que consideran tener un nivel inadecuado de calidad de vida con el 18.3%. Asimismo se encontró que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,465$, $P=0.04$) de la calidad de vida en la dimensión somática – motivacional de la depresión en el adulto mayor; esto quiere decir que los adultos mayores sienten que llevan un incorrecto estilo de vida pero que a pesar de esto no se deprimen ya que encuentran en otros aspectos como puede ser la fe la tranquilidad y la paz. Resultados diferentes se encontró en el estudio de Eras, Lucia (2015), *“Relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes en el programa del adulto mayor del centro de salud los algarrobos. Piura, 2014”* Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Resultados se encontró que existe correlación entre el clima social familiar

y la calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor del centro de salud Los Algarrobos, Piura 2014, ya que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). Concuerta con lo que dice Natalicio J (2002), que “la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica”. Por otro lado Beck habla sobre lo somático – motivacional de la depresión, dentro de este concepto se refiere a la irritabilidad, capacidad para el trabajo, disturbios del sueño, cansancio o fatiga, disturbios del apetito, disturbios de peso, preocupaciones con la salud, y desinterés sexual. Beck A., Steer, R., y Brown, G. (1996)

En cuanto a la relación entre la calidad de vida y lo cognitivo – afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017, nos muestra que los adultos mayores que puntuaron niveles leves de depresión en su dimensión cognitivo – afectivo 75%; son aquellos que consideran tener una inadecuada calidad de vida en un 58.3%. Respeto al grupo que puntuó niveles moderados de depresión cognitivo - afectivo 10% son aquellos que consideran tener un nivel inadecuado de calidad de vida con el 8.3%. Asimismo se encontró que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,480$, $P=0.03$) de la calidad de vida en la dimensión cognitivo afectivo de la depresión en el adulto mayor; esto quiere decir que el adulto mayor percibe su situación personal y social como inadecuada, pero a pesar de esto no se siente decaído, ni pesimista. Resultados diferentes se encontró en la investigación de Orosco, C (2015), “*Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*” Universidad de Lima. Por los resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa e

inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares. Concuerd a con lo que mencionado por Oblitas, (2008), que la calidad de vida se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona, lo que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. Además Beck sobre lo cognitivo – afectivo de la depresión, dentro de este concepto se refiere a la tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de punición, auto-descontento, auto-culpa, pensamientos o deseos suicidas, lloro, abstinencia, indecisión, y con relación a la apariencia física. Beck A., Steer, R., y Brown, G. (1996)

Con respecto hipótesis general: La calidad de vida influye significativamente en la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017, se encuentro que existe relación inversa moderada y significativa ($r=-0,460$, $P=0.03$) de la calidad de vida en la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia; señalándose que en la medida que la calidad de vida sea la adecuada se presentaran menos casos de depresión en este grupo. Ajusta con lo dicho por Ardila (2003, citado en León, 2009) que la calidad de vida “es un estado de satisfacción general, derivada de la realización de las potencialidades de la persona”. Posee aspectos subjetivos y objetivos, en donde se incluyen como aspectos subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud; y como aspectos objetivos se consideran: el

bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida. Por otro lado Beck (1979), refiere que la depresión “es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático”.

5.4.2 Conclusiones

- ❖ El nivel de calidad de vida del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia, se evidencia el 78.3% considera como inadecuada su calidad de vida; respecto a las dimensiones el 71.7% señaló que tiene una inadecuada salud física y el 66.7% considera tener una regular salud mental. Tabla N°1.

- ❖ El nivel de depresión del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia, se evidencia el 70% presentó nivel leve de depresión; respecto a sus dimensiones tanto lo somático – motivacional (66.7%) y cognitivo – afectivo (75%) se presentaron en un nivel leve. Tabla N°2.

- ❖ Existe relación significativa inversa entre la calidad de vida y la depresión somática motivacional, ya que se obtuvo $r=-0,465$, $P=0.04$, asimismo se encontró que los adultos mayores que puntuaron niveles leves de depresión en su dimensión somático motivacional 66.7%; son aquellos que consideran tener una inadecuada calidad de vida en un 51.7%.

- ❖ Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en la dimensión cognitivo afectivo de la depresión, se obtuvo $r=-0,480$, $P=0.03$, asimismo se encontró que el adulto mayor que puntuaron niveles leves de depresión en su dimensión cognitivo – afectivo 75%; son aquellos que consideran tener una inadecuada calidad de vida en un 58.3%.

- ❖ La calidad de vida se relaciona significativamente e inversa con la depresión dado que se obtuvo $r=-0,460$, $P=0.03$.

5.4.3 Recomendaciones

- ❖ A la Directora del Centro de Salud, solicitar el apoyo de organizaciones que puedan ofrecer terapia ocupacional a los adultos mayores.

- ❖ A la Directora del Centro de Salud, coordinar con el departamento psicológico para que elabore estrategias de abordaje que permitan disminuir el nivel de depresión de los adultos mayores.

- ❖ Al departamento psicológico del Centro de Salud, mejorar e implementar estrategias que contribuyan a la salud emocional y mental del adulto mayor.

- ❖ Al adulto mayor, dentro de sus actividades diarias, incluir caminar al menos 15 minutos diarios para ejercitar las extremidades.

REFERENCIAS

- Arévalo, M (2008) *Soledad en las personas mayores*. En: Yuste, N. Rubio, R. y Aleixandre, M. Introducción a la psicogerontología. España: Pirámide.
- Ávila, A. (1990). *Psicodinámica de la depresión*. Consultado el 22 de agosto 2014 en Revista Anales de Psicología de la Universidad de Murcia, España 6(1), 37-58. <http://revistas.um.es/analesps/search/results>.
- Ayuso J. (2008) *La depresión en la tercera edad. Avances en Psiquiatría Biológica*, [Internet]. España, [citado 2012 Jun 02]; 12(10): 26- 40. Disponible en: http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol9/4_la_depreccion_en_la_tercera_edad.pdf.
- Barrio, V (2006). *La depresión infantil*. Malaga: ALJIBE.
- Beck, A (1976). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacionales.

Beck, T, Rush, J, Shaw, F, & Emery, G (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. (20a ed.). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Beck, A., Steer, R., A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory II-*. (2.a ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Nueva York: Guilford Press.

Recuperado abril del 2014 en línea:

<http://terapiacognitivabogota.blogspot.pe/2011/05/reestructuracion-cognitiva-en-depresion.html>.

Burton, P (1987) *La naturaleza afectiva del dolor crónico*. *Psicothema*. 2002; 14:511-5.

Bronfenbrenner, U. (1979) *La ecología del Desarrollo Humano*, Editorial Paidós, España.

Cabrera, S. (2001) *La calidad de vida en adolescentes consumidoras de cocaína*. Tesis de licenciatura, México: UNAM. Iztacala.

Cordova, N (2010) *Calidad de Vida del adulto mayor, Hospital de la policía Nacional del Perú Chiclayo, Tesis de la policía Nacional del Perú, Chiclayo, 2010*, publicado Chiclayo 2012. Disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/87/1/TM_Cordova_Calle_Nery.pdf

ENASEM (2012). *Estudio nacional de salud y envejecimiento*. Boletín de prensa 389/13:1-21. Recurso disponible y descargado en

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enasem/doc/enasem2013_09.pdf.

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

- http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/101/ERAS_ERAS_LUCIA_PATRICIA_CLIMA_SOCIAL_FMILIAR_CALIDAD_VIDA.pdf?sequence=1
- Fernández, L. & Yániz, B. (2002) *Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en esquizofrenias; Informaciones psiquiátricas*, 169, en:
http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm
- Fernández, R. (2002) *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fundación FES social. (2003) *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Documento de revisión*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004. 7112. *Ibíd.*, p.36.
- Freeman, A. y Oster, C. (1997). *Terapia cognitiva de la depresión*. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI
- Galvanovskis A, y Villar E. (2000) *Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación*. *Geriatrka*; 16 (10): 380-387.
- Gendreau, K. (1998) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 1996
- González, A; Rangel, C. (2006) *Calidad de Vida del Adulto Mayor*. México. Disponible en:
http://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR.
- González A. (2005) *¿Cómo mejorar la calidad de vida y en bienestar subjetivo de los ancianos? En Garduño, Salinas & Rojas (coordinadores)*. *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés.
- Haaga, D, Dyck, M y Ernst, D (1991). *Estado empírico de la teoría cognitiva de la depresión*. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista P. (2010). *Metodología de Investigación*. México D.F.: McGraw - Hill.

- INEGI (2013). *Resultados definitivos Censos y conteo de población y vivienda 2010 datos de Puebla*. México: INEGI. Recurso disponible y descargado en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/comunicados/default.aspx?c=17181&s=est>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2015) *Día mundial de la población*. Tomado de http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf. (Revisado el 25/09/20149)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, (2015); *Población del Adulto Mayor* Disponible en: http://geografia2015fatima.blogspot.pe/2015_11_01_archive.html.
- Leal, Q y Mendoza, V. (1997) *Hacia una Medicina más humana*. Colombia. Ed. Médica Internacional Panamericana. p. 204 – 205; 210 – 211.
- León, R. (2009) *Validación de la Encuesta de Pensamientos Automáticos Positivos y Negativos de Poseel, Seemann & Hautzinger, y de una Escala de Bienestar Subjetivo, en una muestra de universitarios de Lima Metropolitana*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Lewinsohn, P (1975). *El estudio conductual y el tratamiento de la depresión*. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progreso en la modificación del comportamiento*, vol. 1 (págs. 19-5). Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P, Youngren, M y Grosscup, S (1979). *Refuerzo y depresión*. En R.A. Depue (dir.), *La psicobiología de los trastornos depresivos: Implicaciones para los efectos del estrés* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P, Muñoz, R, Youngren, M y Zeiss, A (1986). *Controle su depresión*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall

- Licas, M (2015) “*Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014*”.
- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf.
- Marcos, A. (2012). *Bioética y derechos humanos*. Madrid: Universidad de Educación a Distancia.
- Márquez, R (1990). *Tratamiento natural de la depresión*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Martín, J. (2008) *Psicoterapia en la edad tardía*. Clínica y salud. España; Masson
- Melguizo, E; Acosta, A y Castellano, B Pérez (2012) “*Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena (Colombia)*”.
- <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a08.pdf>.
- Montes De La Oca, V. (2006). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. México: UNAM.
- Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. En
- http://www.amapsi.org/portal/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=103
- Natalicio, J (2002) *Calidad de vida en la tercera edad*. En: Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología. Clínica. Vol. 3, No 9. (2000).
- Nance C. (2010) *Depresión en el adulto mayor*. Instituto de Geriatria, [Internet] México, [Citado 2012 Jun 01], ISBN 978-607-460-121-3, 2010; pp. 239-248. disponible en:
- <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- Navarro, S. (2004). *Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina*. Chile: Naciones Unidas.
- Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud y calidad de vida (2da. ed.)*. México: Thomson.

- Organización Mundial de la Salud (2012) *Informe: La Depresión una crisis mundial*.
- Recuperado el 12 de marzo del 2014, en línea en:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización de las Naciones Unidas, ONU (2007) *Estudio económico y social mundial, 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*. Disponible en:
www.un.org/esapolicy/wesswess2007filesoserverviewlanguagesvreview_sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2003). *Guía Clínica para Atención Primaria a las personas adultas mayores*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Orosco, C (2015) “*Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*” *Universidad de Lima*”.
<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/viewFile/500/474>.
- Pablo, J (2016) “*Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales; los Olivos Lima 2016”*”.
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf.
- Pérez, C (2004) *La psicología del desarrollo*. España. McGraw Hill.
- Pérez, L (1995) *Psicología del desarrollo*. México: McGraw Hill.
- Pérez de Cabral, M (1992) *Psicología "Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001*
en www.galeon.com - Psicología del Envejecimiento y la Vejez
- Quintanilla, M. (2000) *Causas y consecuencias del envejecimiento; en enfermería geriátrica: cuidados integrales en el anciano*. Barcelona: Mons.

- Ramírez, M. (2000). *Significado de calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio ambulatorio*. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. México D.F: Síntesis.
- Rosa, E y López, E (2011). *La depresión: nuevas herramientas psicoterapéuticas*. (1a ed.). México: trillas.
- Schallock, R (2002). *La calidad de la vida*. En A. H. FINE Y N. M. FINE (Eds.), *Recreación terapéutica: Permítanme entrar, quiero jugar* (2ª ed.), (Pp. 83-94). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Schallock, R y Verdugo, M (2002) *El concepto de calidad de vida en los servicios humanos: Manual para profesionales del servicio humano*. Ed .: Asociación Americana de Retraso Mental. Washington D.C. (Traducido al castellano en 2003 por Verdugo, M.A. y Jenaro, C. Alianza Editorial)
- Teyssier, M (2015) “*Estudio de la calidad de vida de las personas mayores en la ciudad de Puebla México*”. [file:///C:/Users/Maribel%20Diaz/Downloads/rep_1036%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Maribel%20Diaz/Downloads/rep_1036%20(1).pdf).
- Torres, G, (2012) “*Factores asociados a la depresión en pacientes con atención primaria de la salud en Cusco y Abancay*”.
- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/567>.
- Vázquez, L. F., Muñoz, F. R., & Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX*. *Psicología conductual, volumen 8* (3). 417 – 449. Recuperado el 20 de abril del 2016, desde: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>.
- Verosine L (1985) *Las Depresiones. Progresos en su diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Toray.

Verdugo, M. A., Gómez, L. E. y Arias, B. (2009). *La escala integral de calidad de vida: desarrollo y estudio preliminar de sus propiedades psicométricas*. Siglo Cero, 38(4), 37-56.

ANEXOS

Anexo 01 Matriz de consistencia

PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO	MUESTRA	INSTRUMENTO
¿Qué relación existe entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia - Piura, 2017?	<p>Hipótesis general La calidad de vida se relaciona significativa y de manera inversa con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.</p> <p>Hipótesis Secundarias Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo somático - motivacional con la depresión en el adulto mayor que asiste al</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación entre la calidad de vida y depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia-Piura, 2017.</p> <p>Objetivos Específicos: Establecer la relación entre la calidad de vida y lo somático - motivacional de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4</p>	<p>Variable 1 : Calidad de vida Componente salud física Componente salud mental</p> <p>Variable 2: Depresión Somático - motivacional. Cognitivo - afectivo</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental,</p> <p>Tipo: Correlacional</p>	<p>Población: Es estuvo conformada por los 105 adultos mayores del que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura.</p> <p>Muestra Se utilizó el muestreo no probabilístico intencionado, ya que se trabajó con los 60 adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor que tiene el centro de</p>	<p>Escala calidad de vida SF - 36</p> <p>El Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II)</p>

	<p>centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.</p> <p>Existe relación significativa inversa de la calidad de vida en lo cognitivo - afectivo con la depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia - Piura 2017.</p>	<p>Santa Julia – Piura, 2017.</p> <p>Identificar la relación entre la calidad de vida y lo cognitivo – afectivo de la depresión en el adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-4 Santa Julia – Piura, 2017.</p>			<p>salud; además es una población que no genera dificultades para colaborar con el estudio.</p>	
--	--	---	--	--	---	--

FICHA TÉCNICA

- ✓ **Nombre:** International Quality of Life Assessment –IQOLA- Project
- ✓ **Autores:** HealthSurvey 1996
- ✓ **Adaptado:** J. Alonso y cols. 2003.
- ✓ **Baremación:** Se encuentra adaptado en nuestro país por Alonso y Cols la validez de la versión española ha sido analizada por Ayuso-Mateos.
- ✓ **Baremación en Piura:** Universidad César Vallejo Piura – 2016.
- ✓ **Administración:** Individual y Colectiva.
- ✓ **Duración:** Variable (20 minutos Aproximadamente)
- ✓ **Significación:** Evalúa las características socio ambientales y las relaciones personales en salud física y emocional
- ✓ **Tipificación:** Baremos para la forma individual o grupal, Dimensiones que mide:
Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud.
- ✓ **Validez.** Utilizando el Coeficiente alfa de Cronbach se determinó la validez de las escalas del cuestionario con un rango entre 0,76 a 0,92 para escalas que componen el cuestionario.

INSTRUMENTO: SF- 36/CALIDAD DE VIDA

Nombres y apellidos: _____ Fecha: _____

Las preguntas que siguen se refieren a lo que Ud. Piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra Ud. y hasta qué punto es Ud. capaz habitual de hacer sus actividades. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta por favor conteste lo que más le parece.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente () Muy buena ()
Regular () Mala ()

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

() Mucho mejor ahora que hace un () Algo mejor ahora que hace un año
() Mas o menos igual que hace un año () algo peor ahora que hace un año
() Mucho peor ahora que hace un año.

3. ¿Su salud actual le limita a hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?

Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()

4. Su salud actual ¿le limita a hacer esfuerzos moderados, tales como mover un mesa, pasar una aspiradora, caminar por más de una hora?

Si me limita mucho () si me limita un poco ()
no me limita en nada ()

5. Su salud actual, ¿le limita a cargar la bolsa de compras de un supermercado?

Si me limita mucho () si me limita un poco ()

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
12. Su salud actual ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
 Si me limita mucho () si me limita un poco ()
 no me limita en nada ()
- **LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O ACTIVIDADES COTIDIANAS**
13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 Si () No ()
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
 Si () No ()

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en actividades cotidianas, a causa de su salud física?
Si () No ()
16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas; por ejemplo le costó más de lo normal), a causa de su salud física?
Si () No ()
17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?(como estar triste, deprimido o nervioso)
Si () No ()
18. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?
Si () No ()
19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o en sus actividades cotidianas, tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)
Si () No ()
20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
Nada () un poco () regular ()
bastante () mucho ()
21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas
No, ninguno () si muy poco () si un poco ()
si moderado () si, mucho () Si, muchísimo ()
22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto de dolor le ha dificultado su trabajo habitual(incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)
Nada () un poco () regular ()
bastante () mucho ()
- **LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A COMO SE HA SENTIDO (COMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ULTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE MAS LE PARECE A COMO SE HA SENTIDO**
23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
Siempre () casi siempre ()
muchas veces () algunas veces ()
solo alguna vez () nunca ()
24. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
Siempre () casi siempre ()
muchas veces () algunas veces ()
solo alguna vez () nunca ()

25. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
26. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
27. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
28. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
29. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
30. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
31. Durante las 4 últimas semanas ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |
32. Durante las 4 últimas semanas ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- | | | | |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| Siempre | () | casi siempre | () |
| muchas veces | () | algunas veces | () |
| solo alguna vez | () | nunca | () |

➤ **POR FAVOR DIGA SI LE PARECE CIERTO O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

Totalmente cierta	()	bastante cierta	()
no lo sé	()	bastante falsa	()
totalmente falsa	()		

34. Estoy tan sano como cualquiera

Totalmente cierta	()	bastante cierta	()
no lo sé	()	bastante falsa	()
totalmente falsa	()		

35. Creo que mi salud va a empeorar?

Totalmente cierta	()	bastante cierta	()
no lo sé	()	bastante falsa	()
totalmente falsa	()		

36. Mi salud es excelente?

Totalmente cierta	()	bastante cierta	()
no lo sé	()	bastante falsa	()
totalmente falsa	()		

Ficha técnica

Inventario de Depresión de Beck segunda versión (BDI-II)

- ✓ **Nombre:** Inventario de Depresión
- ✓ **Autoras:** Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.
- ✓ **Adaptado en el Perú:** Carranza, Renzo (Universidad Peruana Unión – 2009)
- ✓ **Duración:** variable aproximadamente: 20 – 25.
- ✓ **Formas de administración:** individual y colectiva.
- ✓ **Ámbito de aplicación:** 13 en adelante (adolescentes y adultos).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - ADAPTADO (BDI-IIA)

Edad: _____ Sexo: **Masculino** **Femenino** Universidad: _____

“Este inventario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo; el que mejor describa el modo cómo se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque o encierre el número correspondiente al enunciado elegido.”

1. Tristeza

- 0) No me siento triste.
- 2) Me siento triste gran parte del tiempo.
- 1) Estoy triste todo el tiempo.
- 3) Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0) No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estar.
- 2) No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera deseado.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0) No me siento particularmente culpable.
- 1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3) Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0) No siento que estoy siendo castigado.
- 1) Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2) Espero ser castigado.
- 3) Me siento castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0) Me siento conforme conmigo mismo.
- 1) Hay cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
- 2) Existen muchísimas cosas en las que no estoy conforme conmigo mismo.
- 3) No estoy conforme conmigo mismo.

8. Autocrítica

- 0 Siempre que me critico lo hago para mejorar.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estar.
- 2 Me critico a mí mismo la mayor parte del tiempo.
- 3 Me critico a mí mismo todo el tiempo.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0) No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
- 1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2) Desearía matarme.
- 3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0) No he llorado últimamente.
- 1) Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2) Lloro la mayor parte del tiempo.
- 3) Lloro todo el tiempo.

11. Agitación

- 0) En general, no suelo estar inquieto.
- 1) Me siento más inquieto de lo habitual.

- 2) Estoy inquieto la mayor parte del tiempo.
- 3) Estoy tan inquieto todo el tiempo.

12 Pérdida de interés

- 0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3) Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0) Siento que soy valioso.
- 1) No me considero tan valioso como solía considerarme.
- 2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3) Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0) Tengo la misma energía de siempre.
- 1) Tengo menos energía que la que suelo tener.
- 2) No tengo suficiente energía para hacer las cosas.
- 3) No tengo energía para nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0) No he tenido cambios en mis hábitos de sueño.
- 1a) Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b) Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a) Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b) Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a) Duermo la mayor parte del día.
- 3b) Por lo general, duermo muy pocas horas.

17. Irritabilidad

- 0) No me irrito con facilidad.
- 1) Me irrito de vez en cuando.
- 2) Suelo irritarme con frecuencia.
- 3) Estoy irritado todo el tiempo.

18. Cambios de apetito

- 0) No he tenido cambios en mi apetito.
- 1a) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a) Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a) No tengo apetito en absoluto.
- 3b) Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

- 0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1) No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.
- 2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

- 0) No me siento cansado ni fatigado.
- 1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2) Me siento fatigado o cansado para hacer las cosas que solía hacer.
- 3) Me siento demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Perdida de interés en el sexo

- 0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
- 2) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3) He perdido completamente el interés por el sexo.