

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL EL COLLAO - ILAVE - 2019**

TESIS

PRESENTADA POR:

LEYDI GIANELA DONGO MAMANI

SOL MARGORET CRUZ SOSA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PUNO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO

FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL EL COLLAO - ILAVE - 2019

PRESENTADA POR:

LEYDI GIANELA DONGO MAMANI
SOL MARGORET CRUZ SOSA

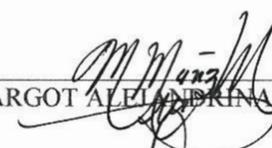


PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

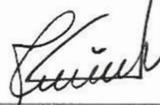
LICENCIADA EN ENFERMERIA

APROBADA POR:

PRESIDENTE:


Lic. MARGOT ALEJANDRA MUÑOZ MENDOZA

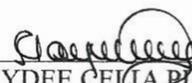
PRIMER MIEMBRO:


M. Sc. CARMEN ROSA CALCINA CONDORI

SEGUNDO MIEMBRO:


M. Sc. JULIETA CHIQUE AGUILAR

DIRECTOR / ASESOR:


Dr. Cn. HAYDEE CEILA PINEDA CHAIÑA

Área : SALUD DEL ADULTO

Tema : DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 30 de Diciembre del 2019

DEDICATORIA

A Dios por su guía y protección constante, por iluminarme en mis decisiones, por brindarme paciencia, sabiduría y concederme el valor para seguir adelante frente a las adversidades, pido hoy y siempre su bendición y me conduzca al éxito en mi desarrollo personal y profesional.

A mis padres que son las personas que me enseñaron a ser quien soy: mi papito Abraham y a mi mamita Beatriz quienes, con su amor, paciencia, llamadas de atención, supieron guiarme e impulsarme a ser mejor.

A mis hermanas Danai y Meryl quienes nunca dejaron de confiar en mí y siempre me apoyaron quienes fueron mis confidentes y mejores amigas, gracias por nunca dejarme sola.

A mi novio Yeison quien me acompañó en toda mi carrera universitaria a quien nunca le faltó una palabra de apoyo hacia mí y siempre logro hacerme reír aun en los momentos más desesperantes.

A linda que siempre me escucho y me dio muchos momentos de alegría

DEDICATORIA

A Dios nuestro creador, por haberme dado la oportunidad de lograr mis metas, por ser mi guía y luz en el camino y por darme fortaleza para enfrentar las adversidades y seguir adelante.

Con mucho cariño a mis padres Francisco y Zonia, quienes nunca dejaron de creer en mí, me brindaron sus consejos, su motivación y apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida permitiéndome ser una persona de bien, gracias por todo su esfuerzo, sus enseñanzas y su inmenso amor.

A mi familia y a todos mis seres queridos quienes me brindaron su ánimo, compañía, compartiendo conmigo los buenos y malos momentos. Muchas gracias.

Leydi

AGRADECIMIENTO

- A Nuestra Alma Mater, Universidad Nacional del Altiplano - Puno por acogernos en toda nuestra formación profesional.
- A la Facultad de Enfermería, a toda su plana docente y administrativa por los conocimientos y enseñanzas impartidas durante nuestra vida académica, para desempeñarnos profesionalmente en el campo laboral.
- Nuestro reconocimiento a la presidenta de jurado Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza y a los miembros de jurado M. Sc. Carmen Rosa Calcina Condori y M. Sc. Julieta Chique Aguilar, por las sugerencias y aportes brindados para el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.
- Nuestro reconocimiento especial a nuestra asesora de tesis Dr. Haydee Celia Pineda Chaiña, por su paciencia, orientación y apoyo incondicional brindado durante todo el proceso de elaboración del presente trabajo de investigación.
- A la coordinadora del Programa Pensión 65 por su colaboración, comprensión y tiempo otorgado al presente trabajo de investigación.

Sol y Leydi

ÍNDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS.....	8
ACRÓNIMOS	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCIÓN	12
1.1. Problema de Investigación:.....	12
1.2. Objetivos	16
1.3. Hipótesis.....	16
CAPÍTULO II	17
REVISIÓN DE LITERATURA.....	17
2.1. Marco teórico – conceptual.....	17
2.2. Antecedentes	34
CAPÍTULO III.....	40
MATERIALES Y MÉTODOS.....	40
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	40
3.2. Ámbito de Estudio.....	41
3.3. Población y Muestra	41
3.4. Variables y su operacionalización	43
3.5. Técnica e Instrumentos de recolección de Datos	44
3.6. Procedimiento de recolección de Datos	48
3.7. Procesamiento y análisis de Datos.....	50
CAPÍTULO IV	51
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1. Resultados.....	51
4.2. Discusión	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS	62
ANEXOS	69

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1. Relación de la Depresión y la Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.....	78
FIGURA N° 2. Nivel de Depresión según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.....	79
FIGURA N° 3. Nivel de Calidad de vida según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao – Ilave - 2019....	80

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. Relación de la Depresión y la Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.....	51
TABLA N° 2. Correlaciones de Rho de Spearman entre las Dimensiones (Cognitivo Afectivo Y Somático) de Depresión y la Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao – Ilave - 2019.....	53
TABLA N° 3. Nivel de Depresión según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019	58
TABLA N° 4. Nivel de Calidad de vida según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave – 2019.....	59

ACRÓNIMOS

OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
NBLBI	: Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre.
BDI-II	: Inventario de Depresión de Beck-II.
MINSA	: Ministerio de Salud.
O.G.	: Objetivo General.
O.E.	: Objetivo Específico.

RESUMEN

El presente estudio enfatiza la problemática del adulto mayor con respecto a la presencia de la Depresión como un Trastorno Psicológico, el cual es más frecuente y más grave en adultos mayores que mantienen una inadecuada calidad de vida. La presente investigación, tiene como objetivo determinar la relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019. El estudio es de tipo descriptivo- correlacional y su diseño es no experimental de corte transversal; la población estuvo conformada por 2352 adultos mayores y la muestra fue de 331. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la encuesta y como instrumentos el cuestionario Inventario de Depresión de Beck- II (BD I-II) para Depresión y el Test Estilos de vida "FANTASTICO" para calidad de vida. Para el análisis de la información se utilizó los programas de estadística "R" y "Excel". Se obtuvieron los siguientes resultados; el 86.4% de adultos mayores no presentan depresión, el 6.3% presenta depresión leve, con la misma cantidad de 6.3% depresión moderada, y solamente 0.9% depresión grave; con respecto a los grupos de calidad de vida el 79.2% de adultos mayores se encuentra en algo bajo podrías mejorar, el 16.9% se clasifica en adecuado, estas bien y en muy bajos porcentajes el 2.1% tiene Buen trabajo estas en el camino correcto, el 1.8% una calidad de vida estas en zona de peligro y el 0% reveló una calidad de vida "FANTASTICO". No obstante, en la relación de variables se encontró un alto porcentaje de 68.7% de adultos mayores que no presentan depresión, pero tienen una calidad de vida algo bajo podrías mejorar, del mismo modo el 4.8% depresión leve y el 5.1% depresión moderada tienen una calidad de vida algo bajo podrías mejorar. Por tanto, se acepta la hipótesis alterna que afirma la relación entre los niveles de depresión leve, moderada, grave y la variable calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao- Ilave - 2019, asumiendo que esta relación no es muy significativa, pero se evidencia la existencia de adultos mayores que sufren depresión y a la vez tienen un nivel calidad de vida algo bajo, podrías mejorar. Se concluye que el adulto mayor con mayores niveles de depresión es de género femenino y el adulto mayor predisponente a una calidad de vida estas en zona de peligro es de género femenino. Finalmente se verifica la hipótesis con la Prueba Exacta de Fisher con p-valor = 0.01646 que es menor a un nivel de significancia de 0.05 y por la prueba Chi-cuadrado con p-valor = 0.0000102, que es menor a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Palabras Clave: Adulto mayor, Depresión y Calidad de vida

ABSTRACT

The present study emphasizes the problem of the elderly with respect to the presence of Depression as a Psychological Disorder, which is more frequent and more serious in older adults who maintain an inadequate quality of life. The purpose of this research is to determine the relationship between depression and the quality of life of the elderly beneficiaries of Pension 65 of the Provincial Municipality of El Collao - Ilave - 2019. The study is descriptive-correlational and its design is not experimental cross-section; The population consisted of 2352 older adults and the sample was 331. For the data collection, the survey technique was applied and as instruments the Beck-II Depression Inventory (BDI-II) questionnaire for Depression and the Test "FANTASTIC" lifestyles for quality of life. The "R" and "Excel" statistical programs were used to analyze the information. The following results were obtained; 86.4% of older adults have no depression, 6.3% have mild depression, with the same amount of 6.3% moderate depression, and only 0.9% severe depression; Regarding the quality of life groups, 79.2% of older adults are somewhat low, you could improve, 16.9% are classified as adequate, you are well and in very low percentages 2.1% have a good job, you are on the right track, 1.8% a quality of life you are in danger zone and 0% revealed a "FANTASTIC" quality of life. However, a high percentage of 68.7% of older adults who do not have depression were found in the relation of variables, but they have a somewhat low quality, you could improve, in the same way, 4.8% mild depression and 5.1% moderate depression have a quality You could improve something low in life. Therefore, the alternative hypothesis that affirms the relationship between the levels of mild, moderate, severe depression and the variable quality of life of the elderly beneficiaries of Pension 65 of the provincial Municipality of el Collao-Ilave - 2019 is accepted, assuming that this The relationship is not very significant, but it is evident the existence of older adults who suffer from depression and at the same time have a somewhat low quality of life, you could improve. It is concluded that the elderly with higher levels of depression are female and the elderly predisposing to a quality of life are in danger zone is female. Finally, the hypothesis is verified with Fisher's Exact Test with p-value = 0.01646 which is less than a significance level of 0.05 and by the Chi-square test with p-value = 0.0000102, which is less than a significance level of $\alpha = 0.05$

Keywords: Elderly, Depression and Quality of life

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Problema de Investigación:

En el Perú como en otros países se viene registrando el aumento de la longevidad de las personas, estadísticamente en el Perú se espera que la población de 60 años a más crezca de un 10,4% en el 2018 a un 16,1% en el 2050 (1), actualmente la población adulta mayor es de 3 345 552 habitantes, la cual evidentemente incrementa al pasar de los años. Según las proyecciones demográficas estimadas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el año 2020 se espera que la cantidad de adultos peruanos de más de 60 años aumente a 3 593 054 personas. (2)

El departamento de Puno consta de una población total de 1 226 936 habitantes, en donde 76 157 911 habitantes son adultos mayores representando un 12,87% de la población total de 77 dicho departamento. La provincia el Collao - Ilave consta de una población total de 68 78 402 habitantes, de las cuales 12 135 habitantes son Adultos mayores que hacen un 17,74% 79 de la población total de la provincia el Collao - Ilave. (3)

Según el INEI en el departamento de Puno se ha identificado y georreferenciado los 10 distritos con el mayor número de Adultos mayores que viven solos. Encabezando la lista el distrito de Ilave con una población total de 2880 adultos mayores. (4)

La etapa adulta mayor se sitúa como la última en la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los seres humanos tienen como perspectiva el fin de la vida; durante la cual ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, la forma de reaccionar ante estos cambios dependerá de la historia y la personalidad de cada ser. (5) Se presentan también cambios a nivel biológico pues su salud se deteriora, En cuanto a los cambios a nivel psicológico la memoria se ve disminuida y en lo que respecta al nivel social se refleja por la pérdida de actividades que realizaban en su entorno, siendo en muchos casos la familia el único apoyo que reciben. (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el 25% de las personas adultas mayores padece de algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión la más frecuente, estimando que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y muerte prematura. (7) Se afirma también que la depresión ha ido acrecentándose y se ha convertido en un trastorno mental frecuente.

En el Perú se reporta 9.8% de personas con depresión en la comunidad. En una revisión reciente hecha por Calderón se encontró que la depresión es más frecuente y más grave en adultos mayores con menor calidad de vida. (8)

Actualmente los problemas de salud más importantes documentados en la norma técnica del Ministerio de salud son las Enfermedades transmisibles prevalentes, Enfermedades no Transmisibles (depresión, violencia, suicidios, entre otros). (9)

En el ámbito de Enfermedades no transmisibles específicamente depresión se realizó un diagnóstico psicosocial de los adultos mayores rurales en la región de Puno con el objetivo de identificar la situación social, salud y económica, los resultados en la zona el Collao-Ilave con mayor relevancia fueron: El mayor porcentaje de adultos mayores presentó una tendencia emocional negativa que influye en su estado mental, con el alto riesgo de producirse una depresión que afecte su bienestar. (10)

Por otro lado, la calidad de vida según la OMS 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 que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (11)

Ciertamente cuando hablamos de una alta calidad de vida nos referimos a estar en un estado óptimo, en donde cada factor predominante en nuestra vida este en equilibrio, para el adulto mayor que posee ciertas características especiales, como cambios fisiológicos, cambios en la estructura familiar, cambios laborales y psicológicos que tienen relación al tratar de mantener una alta calidad de vida.

Varios estudios realizados se han dedicado a demostrar la importancia y el grado de depresión que sufren las personas adultas mayores en diferentes ámbitos. No obstante, son pocos los estudios de investigación encontrados que pretendan mostrar la relación de depresión y la calidad de vida del adulto mayor como:

Apaza M. en su investigación titulada “Calidad de vida y depresión en asistentes al Centro integral de atención al Adulto mayor, Puno – 2017” obtuvo que él; 66.7% de los adultos mayores perciben una mala calidad de vida y el 65.2% presentan depresión severa. Concluyendo que la calidad de vida está relacionada con la depresión en el adulto mayor de la ciudad de Puno. (12)

Los adultos mayores beneficiarios del Programa social pensión 65 de la provincia el Collao-Ilave no son ajenos a estas situaciones ya que están expuestos a distintos problemas que se presentan en esta etapa de vida como: El abandono que sufren algunos adultos mayores por parte de la migración de sus hijos a ciudades grandes, que ocasiona tristeza, abatimiento y preocupación, siendo el momento exacto en donde la red familiar a la que está acostumbrado sufre una gran transformación, las enfermedades y discapacidades propias de su edad como son: pérdida de la visión (catarata), pérdida de la audición, problemas articulares, tumoraciones.

Las investigadoras parten de esta problemática ya que durante las prácticas pre-profesionales realizadas en el Collao - Ilave se observó que en mayoría los adultos mayores que acudían a una consulta, recibían una atención enfocada en el aspecto físico y biológico, y muchas veces pasaban por alto los problemas de Salud Mental que podrían estar afectando al adulto mayor como es la Depresión. Los adultos mayores que acudían a estas consultas en ocasiones evidenciaban llanto, tristeza refiriendo que era producido por que estaban solos, debido al abandono de sus hijos por diversos motivos a otras ciudades o por la muerte de su conyugue, también algunos expresaban sentimiento de culpabilidad y sentían ser una “carga” para su familia. Todo ello impedía en ocasiones la realización de sus actividades normales, siendo todo lo mencionado un factor que haya podido estar afectando el tipo de calidad de vida de los adultos mayores de esta zona.

Habiendo analizado las estadísticas presentes en el adulto mayor. El fin de la realización del presente estudio es encontrar la relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores y así poder comprobar la existencia o no de tal relación. Así mismo dar a conocer la situación actual de este grupo etario, reconociendo uno de los factores que puede ser el causante de dicho Trastorno Psicológico y a largo plazo poder ser referencia para el hallazgo de otros factores que de igual manera estén relacionados directa o indirectamente con la calidad de vida y en efecto poder contribuir con la solución del Problema en la Población del Collao – Ilave.

1.1.1. Formulación del Problema

Por tanto, teniendo en cuenta la problemática antes mencionada. La siguiente investigación busca responder a la siguiente interrogante:

- ¿Existe relación entre la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019?

1.1.2. Justificación del estudio:

La vejez es una etapa de vida vulnerable, ya que el adulto mayor es propenso a sentir soledad, exclusión de la sociedad, el desgaste de su cuerpo debido al paso de los años y el abandono de sus hijos, esto provoca en gran parte de la población adulta mayor episodios de Depresión que al pasar del tiempo ocasionan la enfermedad como tal, que ocasiona desde Trastornos en la Alimentación hasta el suicidio.

Muchos estudios realizados con resultados similares demuestran que existe relación entre la depresión y la calidad de vida, ya que la no presencia de depresión contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, es por esa razón que debemos identificar este factor y otros factores que impidan que los adultos mayores disfruten de una óptima calidad de vida.

La presente investigación toma importancia ya que los resultados obtenidos resaltarán la presencia de los diferentes niveles de Depresión y calidad de vida en los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 y esta información será proporcionada al Municipio y a las autoridades pertinentes, para una toma de decisiones en cuanto a las acciones o medidas a realizar en el Programa Social Pensión 65, además podrán ser utilizadas como fuente de referencia en otros estudios.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

- Determinar la relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.

1.2.2. Objetivo específico

- Determinar la correlación de las dimensiones de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.
- Identificar el nivel de depresión según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.
- Identificar el nivel de calidad de vida según género de los Adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.

1.3. Hipótesis

1.3.1. Hipótesis Alterna:

H_a: Existe relación entre los niveles de depresión leve, moderada, grave y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.

1.3.2. Hipótesis Nula:

H₀: No existe relación entre los niveles de depresión leve moderada, grave y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. Marco teórico – conceptual

2.1.1. Adulto Mayor:

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se denominan grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. (13)

La etapa adulta mayor se sitúa como la última en la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los seres humanos tienen como perspectiva el fin de la vida; durante la cual ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, la forma de reaccionar ante estos cambios dependerá de la historia y la personalidad de cada ser. (5) Se presentan también cambios a nivel biológico pues su salud se deteriora, presentando problemas como deterioro de los sistemas sensoriales, cambios en los sistemas orgánicos. En cuanto a los cambios a nivel psicológico la memoria se ve disminuida, se ven cambios a nivel cognitivos. (6) Erickson considera las ocho crisis que corresponden a los cambios de la etapa vital, explica que En la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Si no se produce esa aceptación, se llega a la desesperación. Por último, en lo que respecta a nivel social está reflejado por la pérdida de actividades que realizaban en su entorno, siendo en muchos casos la familia el único apoyo que reciben. (14)

2.1.2. Programa social pensión 65:

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65, se creó el 19 de octubre del 2011 mediante Decreto Supremo N° 081-2011-PCM, con la finalidad de otorgar protección a los adultos a partir de los 65 años de edad a más que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia. Pensión 65 surge como una respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable de la población, y les entrega una subvención económica de 250 soles bimestrales por persona y con este beneficio contribuye a que ellos y ellas tengan la seguridad de que sus necesidades básicas serán atendidas, que sean revalorados por su familia y su comunidad, y contribuye también a dinamizar pequeños mercados y ferias locales. (15)

2.1.3. Depresión:

La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo. Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana. (16)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. (17)

La OMS afirma que cerca de 50 millones de personas en la Región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005, La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. (18)

2.1.4. Depresión en el adulto mayor:

La depresión es un trastorno mental de mayor prevalencia en el adulto mayor, en el Perú se reporta 9.8% de personas con depresión en la comunidad. La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socioeconómica, en una revisión reciente encontraron que la depresión es más frecuente y más grave en adultos mayores con menor calidad de vida. (8)

Muchas personas creen que la depresión es normal en la vejez, lo cual es una equivocación. Por esta razón, la depresión en los adultos mayores no se considera un sufrimiento que debiera ser aliviado y que es innecesario para él y para su familia. La situación empeora cuando muchos adultos mayores que van a buscar ayuda por diversos problemas de salud, no mencionan su desesperanza y tristeza y sólo describen sus problemas físicos. El adulto mayor puede no querer hablar de su falta de interés por las actividades que normalmente deberían resultarle placenteras, o de sus penas o el dolor de la muerte de un ser querido, aunque el duelo se haya prolongado durante mucho tiempo. (19)

- ◆ **Signos y síntomas:**

Los signos y síntomas de la depresión pueden ser diferentes o menos evidentes en los adultos mayores entre ellos tenemos:

Tristeza abundante, irritabilidad, pérdida de interés y falta de placer al realizar sus actividades, autoestima baja, culpabilidad, disminución del sueño y del apetito, escasa concentración y cansancio. Este trastorno podría hacerse crónico y dificultar el afrontamiento de la vida diaria, siendo su consecuencia más grave el suicidio. (6)

- ◆ **Dimensiones:**

Según Vázquez, Hernangomez, Herbas y Nieto la depresión es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas que se pueden agrupar en 5 niveles, pero solo se mencionaran 2 de los más importantes: (20)

- **Nivel Cognitivo – Afectiva**

Los pensamientos automáticos negativos, creencias disfuncionales (“para ser feliz tengo que hacerlo todo bien”) y estilo atribucional ante sucesos negativos se presentan como dificultades en la fase de recuperación de recuerdos positivos y el alto nivel de focalización atencional en uno mismo puede ocasionar ideación suicida, dificultad para tomar decisiones, dificultades de concentración y problemas de memoria que simbolizan el grado de afeción que tiene la depresión sobre un individuo determinado.

- ◆ **Tristeza:** La tristeza es una de las seis emociones básicas (no natales) del ser humano según Paul Ekman, junto con el miedo, la ira, el asco, la felicidad y la sorpresa. Es una clase de dolor emocional o estado afectivo provocado por un decaimiento espiritual y expresado a menudo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, la lasitud etc. A menudo nos sentimos tristes cuando nuestras expectativas no se ven cumplidas o cuando las circunstancias de la vida son más dolorosas que alegres. El sentimiento opuesto es la alegría. La tristeza puede ser también un síntoma del trastorno médico de la depresión o la distimia, que se caracteriza, además de por un abatimiento general de la persona, por el descenso de la autoestima. (21)

- ◆ **Pesimismo:** Pesimismo, es un estado de ánimo y una doctrina filosófica que sostiene que vivimos en el peor de los mundos posibles, un mundo donde el dolor es perpetuo y nuestro destino es tratar de obtener lo que nunca tendremos. El pesimismo niega el progreso de la civilización y de la naturaleza humana. Desde el punto de vista tanto

psicológico, como psiquiátrico, constituye uno de los rasgos o síntomas más señalados de la enfermedad conocida como depresión. (22)

- ♦ **Fracaso:** Consiste en la no realización del objetivo de la acción, en la interrupción de las tareas comenzadas, en el abandono de los ideales y de los proyectos. No siempre podemos alcanzar los fines que nos habíamos propuesto: por eso fracasamos. Cabe preguntarse: y esto, ¿por qué sucede? La respuesta es muy sencilla: la inseguridad, el riesgo y la incertidumbre son elementos constitutivos de la vida humana, no se pueden suprimir de ninguna manera; lo más que puede hacerse es tratar de reducirlos. Frente a una magnífica previsión, surgen datos nuevos, frente a una perfecta planificación, las circunstancias cambian. (23)
- ♦ **Perdida de placer:** o anhedonia es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos, como, por ejemplo, en algunos casos de demencias (Alzheimer) y el trastorno esquizoide de la personalidad. (24)
- ♦ **Sentimientos de culpa:** La culpa es la emoción que se siente cuando se ha cometido algún acto en el que se ha dañado a alguien o algo, o bien se ha roto algún código moral. También es un sentimiento que se puede sentir, no porque se ha dañado o roto algo, sino ante el temor a ser castigado por haber infringido alguna norma impuesta por terceros. (25)
- ♦ **Autocrítica:** Una autocrítica es un examen crítico de los comportamientos y obras propios. Puede producirse durante una reflexión personal o una discusión en grupo, pero también en juicios y disculpas públicas. (26)
- ♦ **Pensamientos o deseos suicidas:** Se consideran pensamientos suicidas todos aquellos pensamientos que tiene un individuo referente a quitarse la vida de forma intencional y planificada. Estos pensamientos pueden ir desde el mero deseo de morir a la realización activa de planes concretos para la puesta en marcha de la autolisis. Esta última, en que el sujeto ha elaborado el cómo, dónde y cuándo, es la más peligrosa y proclive al realizar del acto. (27)
- ♦ **Llanto:** El llanto es una expresión emocional típicamente humana, una respuesta de todo el organismo en su complejidad fisiológica, cognitiva y socioemocional que ha recibido poca atención de las ciencias de la conducta. (28)

▪ Nivel somático

En el análisis realizado nivel somático el cual califica como dolencias o sensaciones que son exclusivamente físicas se evidencian a través de la depresión como alteración del sueño (insomnio o hipersomnias, alteraciones de apetito, disminución del deseo sexual y molestias físicas), también siendo evidenciados por eventos internos como recuerdos, pensamiento reflexiones desencadenando sensaciones somáticas como opresión en el pecho esquemas latentes que tienden a determinar el progreso de la depresión.

♦ **Sentimiento de castigo:** El ser humano al sentir “conciencia de culpa” realiza un “juicio moral” el cual se basa en juzgar las acciones realizadas o incluso de sus propios pensamientos. En los adultos mayores es frecuente el sentimiento de castigo ya que a lo largo de su vida realizaron acciones que podrían ser para ellos injustos o inadecuados para con su entorno familiar y social. Por ello sienten remordimiento y suelen interpretar como un “castigo” las situaciones negativas que sufren durante su vejez o a veces que aun así no es suficiente. (29)

♦ **Disconformidad con uno mismo:** El ser humano en algún momento de su vida demuestra estar insatisfecho consigo mismo, demostrando rechazo con su propia esencia y desencadenando un sentimiento de vergüenza con su entorno. La gran parte de la población adulta mayor por los diferentes cambios físicos y psicológicos se sienten inferiores, débiles o imperfectos, originando una “baja autoestima” en el adulto mayor, quien tendrá que soportar una carga interminable de escondimiento demostradas a través de sus expresiones como bajar o evitar la mirada, ocultación del rostro y acompañada de sentimientos de insignificancia como “soy débil”, “estoy viejo” o “no sirvo para nada”. Demostrando así su disconformidad consigo mismo hacia la sociedad. (30)

♦ **Agitación:** La agitación se define como un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador. En ocasiones se asocia a manifestaciones de agresividad y puede acompañarse de inquietud, confusión, desorientación, etc., configurándose como una entidad sindrómica. (31) Puede, además, ser un síntoma y/o un signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Son más frecuentes en adultos mayores, sobre todo en aquellos con deterioro cognitivo por lo que es preciso descartar las causas potencialmente letales como: hipoxia, hipoglucemia, arritmias, encefalopatía hipertensiva, intoxicaciones y meningitis. (32)

- ♦ **Perdida de interés:** El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando existe un trastorno del estado de ánimo, el individuo pierde el control sobre su estado de ánimo, evidenciando malestar. La pérdida de interés por las diferentes actividades o por el mundo exterior provoca una falta de esperanza por el futuro, el cual modifica negativamente la funcionalidad del sujeto pudiendo desencadenar distintos trastornos como la distimia que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido que se mantiene la mayor parte del día y la mayoría de los días; no es lo suficientemente grave como para considerarse como episodio depresivo. (33)
- ♦ **Indecisión:** Se define como una falta de determinación ante una situación, la incapacidad que presenta el individuo ante una problemática con dos alternativas, evidenciando inseguridad y falta de valor para escoger una. En los adultos mayores es importante tener en cuenta que la gran parte expresa el dolor psíquico a través de la depresión, evidenciando por ello una disminución de la capacidad para pensar, concentrarse e indecisión, síntoma claro de la enfermedad. (34)
- ♦ **Desvalorización:** La desvalorización en el individuo se define como una percepción de inferioridad de sí mismo respecto a su entorno, considera que no posee la suficiente capacidad y habilidad para actuar del mismo modo que otros. En los adultos mayores los prejuicios y las actitudes sociales indican dos campos de acción absolutamente antagónicos: Por un lado, la indiferencia y el olvido de las personas conlleva al desapego, además de una desvalorización del conocimiento y la experiencia que son fruto del olvido social e implican la destrucción de la historia individual y colectiva que forjó la persona adulta mayor durante toda su existencia dándose así una autovaloración negativa del adulto mayor. Y por el otro, el compromiso y el respeto conducen al apego y a la autovaloración. (35)
- ♦ **Perdida de energía:** La pérdida de energía es experimentada por todos los seres humanos en varios momentos de su vida. Sin embargo, la pérdida de energía y vigor es mucho más común en el adulto mayor por lo cual busca atención primaria. Los cambios físicos que sufren los adultos mayores dan como resultados problemas de salud como: dolores óseos, dolores en las articulaciones, dolores musculares y debilidad, los cuales provocan la pérdida de energía y vigor para realizar sus actividades cotidianas. (36)
- ♦ **Cambios en los hábitos de sueño:** El patrón del sueño describe la capacidad del individuo para conseguir dormir o descansar, incluyendo también la calidad y cantidad de sueño que percibe el individuo. El adulto mayor a medida que envejece suele notar cambios en su ciclo normal de sueño, asociado también a un descenso en la calidad y la

cantidad de sueño. Estos cambios pueden ser provocados por cambios físicos como: Problemas de salud (Diabetes, Problemas de próstata, dolores en articulaciones), su estilo de vida (hábitos de beber alcohol o fumar), consumo de fármacos, etc., o por cambios psicológicos como: Duelo, Angustia, Depresión, Ansiedad, etc. (37)

- ♦ **Cambios de apetito:** Los cambios de apetito pueden originarse por distintos motivos y pueden evidenciarse con Trastornos en la alimentación como una hiporexia (Disminución del apetito) o una hiperfagia (El comer en exceso continuamente o de forma episódica). Estos trastornos son más comunes en la vejez ya que los adultos mayores son propensos a los cambios fisiológicos y a las alteraciones psiquiátricas como la depresión que es más probable que se manifieste con la disminución del apetito y la pérdida de peso. (38)
- ♦ **Irritabilidad:** La irritabilidad es una alteración en el comportamiento del ser humano, usualmente relacionada con episodios de agresividad, hostilidad o mal temperamento. En los adultos mayores que son afectados por Trastornos Psicológicos como Depresión o presentan episodios depresivos es más frecuente. Sin embargo, los adultos mayores sin un diagnóstico médico pueden sufrir episodios de ira con comportamientos agresivos (golpes, gritos, patadas, empujones) o no agresivos (deambulación incesante, movimientos persistentes y repetitivos, inquietud) que finalmente pueden ser indicio de un problema psicológico. (39)
- ♦ **Dificultad de concentración:** Los problemas de concentración son la incapacidad para centrarnos y atender al estímulo que debemos atender. La concentración puede definirse como la capacidad de focalizar de manera eficaz nuestra atención en la tarea que estamos llevando a cabo. Además, con una buena concentración seremos capaces de bloquear los elementos distractorios que nos lleguen, como sonidos irrelevantes o nuestros propios pensamientos, Cuando nuestros niveles de concentración están en un estado óptimo, nos encontramos con que nuestro trabajo es más fácil, más rápidamente recordado, nos toma menos tiempo y tendemos a cometer menos errores. (40)
- ♦ **Cansancio o fatiga:** El cansancio es la falta de fuerzas después de realizar un trabajo físico, intelectual o emocional, o por la falta de descanso. Pero puede ser síntoma de una enfermedad, si no hay una actividad previa que lo justifique. El cansancio es normal cuando se presenta en situaciones normales de la vida por causa de aburrimiento, infelicidad, desilusión, hastío, tedio, fastidio, carencia de sueño, o trabajo duro. En este caso se trata del cansancio considerado normal, ya que es una respuesta importante y normal tras un esfuerzo físico, tensión emocional, o carencia de sueño; y desaparece

después de un periodo adecuado de descanso. También se puede definir como una sensación subjetiva de falta de energía física o intelectual o de ambas. Es patológico cuando es conocido como astenia, agotamiento o letargo. Existe un cansancio patológico, anormal y desproporcionado que se presenta sin haber trabajado de forma excesiva, y que es conocido con el nombre de fatiga crónica. La fatiga crónica puede ser el síntoma que delata a un paciente hipotiroideo, porque las personas con esta enfermedad se sienten cansadas o agotadas. (41)

♦ **Perdida de interés en el sexo:** La pérdida de interés en el sexo puede ser ocasionada por distintos factores físicos y psicológicos. Sin embargo, en el adulto mayor es más frecuente la disminución de la actividad sexual atribuida a los cambios fisiológicos como son en las mujeres: los cambios hormonales, el déficit estrogénico afectando a las estructuras internas (útero, estructuras ligamentosas de apoyo de los órganos pélvicos) y también la falta de lubricación en la vagina, En los hombres los cambios fisiológicos inician con la baja producción de testosterona relacionando con la disminución del deseo y la potencia sexual, una disfunción nerviosa y vascular del pene que se manifiesta con la disminución de la sensibilidad y con una lentitud en el tiempo de respuesta a estímulos ambientales. Por otra parte, la actividad sexual en los adultos mayores no es necesariamente genitalidad, sino también se trata del placer de un contacto corporal, una interacción, comunicación, así como la seguridad emocional que da el sentirse querido. (42)

♦ **Clasificación:**

Las Adultos mayores pueden experimentar diferentes grados de depresión según las características personales (psicológicas y biológicas) y sociales.

- **No presenta depresión:** algunos adultos mayores no presentan ningún síntoma que afecte su vida cotidiana, sin la presencia de la enfermedad o discapacidad, adoptando en estilo de vida saludables que se compromete activamente con la vida.
- **Depresión leve:** los adultos mayores presentan dos o tres de los indicadores mencionados anteriormente; y aunque el adulto mayor puede sentirse angustiado, sigue realizando la mayoría de sus actividades sin grandes dificultades. (19)
- **Depresión moderada:** los adultos mayores pueden llegar a presentar más signos y síntomas que pueden ocasionar una incapacidad general.
- **Depresión grave:** Los adultos mayores presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son

frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. (43)

2.1.2. Calidad de vida en adultos mayores

La calidad de vida tiene distintas definiciones al punto de que por ese motivo no se ha logrado llegar a un acuerdo para definir las propiedades que convierten al término “vida” en valiosa, sin embargo, mencionaremos los conceptos más aceptados.

Según la Organización Mundial de la Salud, 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 que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (11)

Shin y Jonhson (1978), en Ramos y Jiménez (1999) consideran la calidad de vida como “la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización, la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás”. (44)

Podemos afirmar entonces que la calidad de vida es un estado de bienestar físico, mental en el que el individuo está satisfecho con sus actividades, necesidades.

Según Natalicio J. 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. (45). Sin embargo, en el presente estudio se trabajará los aspectos: Familia, amigos, Actividad Física y asociatividad, Nutrición y alimentación, Tabaco, Alcohol, Sueño y estrés, Trabajo y personalidad, Introspección, Control de Salud y sexualidad, Otros.

Al referirnos a la calidad de vida de las personas adultas mayores que poseen algunas características especiales, como el retiro laboral, enfermedades crónicas, cambios en las estructuras familiares, etc. En la actualidad existe una gran cantidad de adultos mayores que forman parte de este grupo etario y también se observa que tienen que enfrentar a una sociedad donde prevalece la juventud, la belleza y las condiciones de salud como los predominantes. (46)

♦ **Dimensiones:**

- **Familia y amigos:** las relaciones sociales constituyen el fundamento para una buena salud emocional. No importa cuánto tiempo se dedique a la mejora de la salud mental y emocional es fundamental la compañía de otros seres humanos para sentirse pleno ya que somos criaturas sociales con una necesidad emocional de realizar conexiones positivas con los demás. (47)

Los seres humanos no están diseñados para vivir en soledad ya que conformamos una sociedad.

- ♦ **Soy escuchado:** Ser escuchado es un acto de liberación, pero también de catarsis. No cabe duda que hablar bien o escribir correctamente exige un arduo esfuerzo, pero también lo exige la práctica de la escucha, pues se interponen un sinnúmero de obstáculos en el proceso de escuchar. Sin embargo, no se valora del mismo modo.

Cuando uno es escuchado, experimenta una liberación interior; pues aquella pesadumbre vivida aisladamente es compartida y, al serlo, pesa menos, se comparte su densidad y, por ello, la misma expresión ya es, de por sí, higiénica y liberadora. (48)

- ♦ **Doy y recibo cariño:** Los seres humanos tenemos la necesidad de sentirnos amados ya que somos un ser social no podemos ni debemos aislarnos.

La vida de la mayor parte de las personas adultas mayores se enriquece por la presencia de las personas que comparten su día a día o la mayor parte de sus momentos con ellos. La gran mayoría de las veces ese hueco lo ocupa la familia, que es nuestra fuente primaria de apoyo emocional y juega un papel fundamental, proporcionando sentimientos de arraigo, seguridad, capacidad, autoestima, confianza y apoyo social. (49)

La soledad es un sentimiento que se presenta a lo largo de la vida y que no se puede evitar en ninguna etapa de la vida. Así mismo la soledad se deriva de una pérdida en la percepción del afecto o cariño que se recibe de los demás, particularmente que son valiosos para la persona en cuestión. (50)

- ♦ **Amabilidad:** La amabilidad es el acto y/o comportamiento que realiza una persona con respeto y educación hacia otras personas. Amabilidad se define como “calidad de amable”, y una persona amable es aquella que “por su actitud amable, complaciente y afectuosa es digna de ser amada”. (51)

- **Asociatividad, actividad física:** la actividad física se define como cualquier movimiento

corporal producido por los músculos esqueléticos que dan como resultado el gasto de energía. (47). Los seres humanos tenemos la aptitud de interacción y movimiento con nuestro entorno. Según la Organización Mundial de la Salud Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. (52)

- ♦ **Participo en actividades de la comunidad:** La participación en actividades sociales durante nuestra vida adulta y si cabe más aun en la tercera edad, es importante para que podamos mantener nuestra conexión con otras personas. Una vez que nuestros días como trabajador a tiempo completo llegan a su fin, es fácil caer en la desconexión con la sociedad. Esto en los adultos mayores aboca irremediamente a un deterioro mayor tanto física como mentalmente. (53)
- ♦ **Actividad:** Siempre está ligada a cierta necesidad que provoca la búsqueda. Durante la realización de la actividad colectiva e individual tiene lugar el reflejo psíquico de la realidad y se forma la conciencia. La actividad humana consciente tendiente hacia una finalidad es la sustancia de la conciencia humana porque es un proceso objetivo tanto como todos los procesos de la naturaleza. (54)
- ♦ **Sedentarismo:** El sedentarismo se define como la realización de actividad Física durante menos de 15 minutos y menos de tres veces por semana durante el último trimestre. Es importante lograr la individualización en el momento de definir este marcador de riesgo, y tener en cuenta la sistematicidad con que la persona ha realizado ejercicios físicos con anterioridad. (55)
- **Nutrición:** se refiere a los nutrientes con los que se compone la comida y el entorno de los procesos involuntarios como la absorción y la eliminación. (56)

La dieta para el adulto mayor debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito, apetecible, de fácil masticación y digestión. Para ello es importante consumir alimentos variados, que contengan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, sales minerales y vitaminas, e incorporar regularmente alimentos ricos en fibras. Consumir preferentemente carnes

blancas, como pollo, pavo o pescado, o carnes rojas magras. Preferir los alimentos preparados al horno, asados, a la plancha o cocidos al vapor. Evitar el uso excesivo de sal y azúcar, e incluir un consumo mínimo de dos litros de agua diarios. La última comida debe ingerirse entre las 19:00 y 20:00 horas y permanecer activo, a lo menos, hasta una hora antes de acostarse. Evitar los ayunos prolongados; ingiriendo, en lo posible, cuatro comidas diarias. Mantener su peso ideal, de acuerdo a su talla, edad y estatura. (57)

- ♦ **Alimentación equilibrada:** La alimentación es un proceso voluntario y por tanto educable, a través del cual introducimos los alimentos que contienen a los diferentes nutrientes. La nutrición es un proceso involuntario y por tanto no modificable voluntariamente, a través del cual el organismo transforma los nutrientes de los alimentos en energía y va ligada a una dieta (alimentación) equilibrada, la cual depende de: (58)
 - a. La disponibilidad y accesibilidad a los alimentos.
 - b. El poder adquisitivo de este colectivo (adultos mayores con pensiones limitadas).
 - c. Los gustos, creencias y conocimientos sobre los alimentos que posean los adultos mayores.
- ♦ **Peso corporal:** también puede definirse como índice de masa corporal que es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo. (59)

En los adultos mayores los valores normales son: (60)

Clasificación	IMC
Delgadez	$\leq 23,0$
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

- **Tabaco:** el consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo según la OMS cada año el tabaquismo causa a 3 millones 500 mil, alrededor del mundo. (47)
- **Alcohol:** es un depresor de SNC que pertenece al grupo de sedantes, el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades no transmisibles, además de los efectos sociales, mentales y emocionales que ocasionan. (47)
- **Sueño, estrés:**

Sueño: El sueño es un estado temporario, fisiológico y reversible, de desconexión parcial de la conciencia, con aumento del umbral de respuesta a los estímulos exteriores, es una necesidad fisiológica que juega múltiples roles en los seres humanos y presenta características especiales que varían con la edad y el medio ambiente. (61)

A medida que el adulto mayor envejece la cantidad total de tiempo que se invierte en el sueño reduce y en consecuencia aumenta el tiempo de sueño ligero. En general los adultos mayores tardan más tiempo en dormirse y se despiertan con más facilidad en comparación de un adulto joven que concilia un sueño más prolongado y profundo. Los adultos mayores experimentan frecuentes despertares por la noche y a primera hora de la mañana lo que les hace más predispuestos a echar siestas durante el día. Estos cambios pueden conllevar a un menor nivel de alerta y vigilancia diurna, excesiva tendencia a dormir durante el día, cambios de humor y un aumento en el riesgo de caídas. (62)

No obstante, el Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre (National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI), afirma que las cantidades de horas de sueño necesarias varía según la persona y cambia a lo largo del ciclo de vida. Pero algunas personas creen que los adultos necesitan dormir menos a medida que envejecen, no existe evidencia de ello. Por tal motivo una persona anciana también necesita de 7 y 8 horas de sueño. (63)

♦ **Calidad de Sueño**

La calidad del sueño no alude únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino también incluye un buen funcionamiento diurno, que nos permita llevar adecuadamente nuestras actividades diarias, disminuyendo el estrés y equilibrando nuestro estado de ánimo.

Al dormir adecuadamente nuestro cuerpo reposa permitiendo recobrar energía y vitalidad para las jornadas que llevamos a cabo, además el organismo entra en un estado de reposo uniforme que se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica (presión sanguínea, respiración, latidos del corazón) y por una respuesta menor ante los estímulos externos, así mismo se regeneran y oxigenan las células que componen el organismo, favoreciendo a el control de enfermedades como la hipertensión y diabetes. Dormir es la actividad a la que más tiempo dedicamos a lo largo de nuestras vidas (aproximadamente el 35%), por lo que constituye una parte muy importante de nuestro día a día y de su calidad dependen muchos aspectos de la salud permitiéndonos tener buena calidad de vida. (44)

♦ **Estrés**

La OMS define estrés como “El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”.

Así mismo Cazabat y Costa lo definen como los: “Procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas, y cuando el fracaso en lograrla

tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto”. (64) En los adultos mayores al ser uno de los sectores de la sociedad más vulnerables, esto se agrava a la luz de las crisis, los prejuicios aun presentes en la sociedad tienden a marginarlos, a subestimarlos en sus distintas capacidades como aprender, crear, enseñar, mantener su sexualidad, transmitir experiencias válidas de su pasado, estar inserto en la sociedad en actividades varias. Además de tener que hacer frente a sus propios cambios (corporales, psicológicos, sociales), estar sometidos a duelos constantes (muertes de familiares y/o amigos), y aceptar su menor vitalidad y su mayor necesidad de cuidados en su salud por las enfermedades recurrentes durante el envejecimiento como son los dolores óseos y articulares, disminuciones sensoriales y el control permanente de la presión arterial. (65)

♦ **Relajación**

La relajación es una técnica que tiene muchos efectos beneficiosos sobre nuestra salud física, mental y emocional. Se trata de una técnica que contribuye a reducir los niveles de tensión corporal y mental. (66)

Cabe destacar que más allá de una simple relajación muscular, se busca un estado somato-psíquico-espiritual, buscado-encontrado voluntariamente por el individuo para experimentar sus consecuencias beneficiosas. Así mismo una práctica habitual de la relajación logra efectos positivos como la reducción del nivel basal de ansiedad, el mejor afrontamiento de situaciones de estrés, la mejora de trastornos somáticos (hipertensión arterial, asma, migraña úlcera duodenal), la inmuno-estimulación, ayudando a alcanzar una personalidad más madura y equilibrada. (67)

▪ **Trabajo, tipo de personalidad:**

♦ **Trabajo**

El trabajo es aquella actividad propiamente humana, que hace uso de nuestras facultades tanto físicas como morales e intelectuales; conducentes a obtener un bien o servicio necesario para la satisfacción propia. (68)

Cuando el adulto mayor envejece, la sociedad ya tiene una visión automática de la vejez, viéndolo como un grupo poblacional supuestamente homogéneo caracterizado por la inactividad, improductividad y dependencia. A causa de todo ello condicionan el rol social y modifican la fuerza de trabajo en el mercado laboral de los adultos mayores. (69)

♦ **Productividad en el trabajo**

La productividad laboral es un indicador económico importante, estrechamente vinculado al crecimiento económico, la competitividad, y el nivel de vida de los países. No obstante,

“producción” no es solo un valor económico sino también es un generador de relaciones interpersonales. (70)

A pesar de que el envejecimiento y la producción sean vistos como opuestos para la sociedad, se ha planteado el “envejecimiento productivo” que es toda actividad desarrollada por un adulto mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, y desarrolla capacidades para producirlos. Teniendo como esencia el contribuir con su familia y sociedad. (69)

◆ **Personalidad**

La personalidad es el resultado de la articulación dinámica de los aspectos psicológicos (intelectuales, afectivos, cognitivos) y biológicos (fisiológicos y morfológicos) característicos de cada persona y que le distinguen de las demás. El individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condicionará el desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona. (71)

◆ **Cambio de Humor**

Todos los seres humanos pueden a travesar episodios de cambios de humor ocasionadas por diferentes situaciones, pero conforme uno envejece los hábitos y costumbres cambias, al igual que el comportamiento que podemos considerarlo como una adaptación a la vejez. Los trastornos psicológicos son una de las causas de cambios en el humor ya que presentan cambios en su forma de ser, en su relación con los demás, tienen pérdida de interés en sus actividades recreativas habituales e inestabilidad en su carácter el cual es impredecible para su entorno. (72)

▪ **Introspección:**

La introspección se designa como una auto-exploración que realiza el sujeto sobre sí mismo durante toda su vida, una búsqueda de consciencia sobre su cuerpo y su estado mental basada en reflexión, una percepción interna en la que el sujeto puede llegar a ser consciente de forma inmediata de sus propios estados emocionales mediante su capacidad reflexiva. (73)

◆ **Optimismo**

El optimismo se define como la actitud de esperar que sucedan cosas buenas, llenas de ilusiones y fantasías. Pero también debemos tener en cuenta que una persona optimista tiene una visión ajustada de la realidad y es capaz de darse cuenta de las desventajas de una decisión o de la gravedad de un problema. (74)

- ◆ **Pesimismo**

Pesimismo se define como la actitud de esperar que sucedan cosas negativas, al ser frecuente esta actitud provoca consecuencias negativas en la persona como “carácter depresivo, resignación, angustia”. Sobre todo, los adultos mayores desarrollan esta actitud negativa ya que tienen bajas expectativas de un futuro satisfactorio, ya sea por su edad o por factores como la soledad. (74)

- **Control de la salud**

La OMS define a la promoción de la salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos. (75)

- ◆ **Autocuidado**

El autocuidado según Dorothea Orem (1994), se define como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Algunos de los factores son modificables para evitar la aparición de enfermedades crónicas como: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular, la reducción del consumo de alcohol y sal, la ingesta adecuada de potasio y una alimentación idónea. (76)

- ◆ **Cuidado Familiar**

Es una actividad realizada por un cuidador el cual brinda ayuda y da atenciones a una persona dependiente o independiente ya sea familia o esté dentro de su núcleo. El adulto mayor es la que recibe más el cuidado de la familia, ello es parcialmente cierto y ocurre, sobre todo, aquellos con serios problemas de salud. Sin embargo, existen adultos mayores que son cuidadoras de los otros miembros de la familia, ya sea que cuidan a otros adultos mayores, o niños (a sus nietos). (77)

- **Conducta sexual**

La conducta sexual se define como una forma de intimidad física. No obstante, no solo es contacto físico sino también incluye todas las formas de expresión, desde la aproximación, el tacto, la intimidad emocional, la compañía. Es una parte importante y siempre posible entre el hombre y la mujer, que en la vejez debe continuar siendo una fuente de placer y no una fuente de inquietud y frustración. (42)

- **Otras conductas:**

- ♦ **Objetivo de vida**

Un objetivo de vida de traza a través de un proyecto de vida que sirve como herramienta que pretende apoyar el crecimiento personal, identificando las metas que deseamos conseguir y reconocer las capacidades que poseemos. (78)

Por otro lado, en la actualidad los adultos mayores están optimizando sus oportunidades, no serán en un 100% pero el participar en actividades contribuye a encontrar un objetivo de vida.

- **Clasificación**

Según el instrumento FANTASTICO el estilo de vida se clasifica en:

- ♦ **Fantástico:** hace referencia a un estilo de vida excelente.

El adulto mayor que presenta un estilo de vida excelente es aquella que no presenta signos y síntomas que son atribuibles a patologías agudas y que el adulto mayor no realiza acciones que representen algún tipo de peligro para su bienestar.

- ♦ **Buen trabajo:** hace referencia a un estilo de vida bueno.

El adulto mayor que presenta un estilo de vida bueno mantiene acciones que no son nocivas para su salud, sin embargo, también puede estar predispuesto a actividades de riesgo.

- ♦ **Adecuado:** hace referencia a un estilo de vida aceptable.

El adulto mayor que mantiene un estilo de vida adecuado es aquel que realiza actividades que contribuyen a su cuidado, no obstante, realiza también actividades que no son buenas y/o adeudas para su vida.

- ♦ **Algo bajo, podrías mejorar:** hace referencia a un estilo de vida bajo.

El adulto mayor que mantiene un estilo de vida algo bajo podrías mejorar realiza actividades que no son adecuadas para su cuidado y representa un riesgo para su salud sin embargo trata de realizar actividades que contribuyen en algunos aspectos con su cuidado

- ♦ **Estas en zona de peligro:** hace referencia a un estilo de vida deficiente.

El adulto mayor que mantiene un estilo de vida estas en zona de peligro realiza actividades que son nocivas para su cuidado que actúan como factores de riesgo para su salud.

2.2.

2.3. Antecedentes

2.3.1. Antecedentes A Nivel Internacional

Flores M. en su investigación realizada en México – Guadalajara titulada, “ANSIEDAD Y DEPRESIÓN COMO INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES-2012” tuvo como objetivo evaluar la ansiedad y depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida. Fue un estudio de tipo descriptivo y diseño transversal, se aplicó el instrumento breve de Evaluación de la Calidad de vida (WHOQOL-BREF) de la OMS. Se evaluaron a 333 adultos mayores. El 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 17.7% evalúan como regular y el 5.7% muy mala, el 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, las mujeres tuvieron altos puntajes de depresión 70% y el 30% como normal (rasgo) y 67.7% como depresión alta y el 31.9% como normal (estado), la edad fue determinante para la buena calidad de vida. (79)

Shirley. R. en su investigación realiza En Cartagena – Colombia se realizó otro estudio titulado “CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN CARTAGENA, COLOMBIA” que tuvo como objetivo determinar factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores, el método de estudio fue transversal, con una población de 107 604 adultos mayores que estimó una muestra de 660 personas, se emplearon los test de Pfeiffer, encuesta sociodemográfica, escala de depresión de Yesavage, cuestionario de salud auto percibida, escala de Barthel, Lawton y Brody, Índice Multicultural de Calidad de Vida, cuestionario Duke- UNC-11. Los resultados obtenidos fueron; en cuanto al apoyo social se evidenció que el 89,5 %, percibieron contar con normal apoyo social y el 10,5 %, reportó un bajo apoyo social; en cuanto a la Depresión el 86,9 % no presentan síntomas depresivos, el 11,7 % reportó depresión leve y 1.3 % mostraron síntomas depresivos de importancia clínica y en su auto-percepción de calidad general de vida, 87,4% lo considera excelente y el 12,6 % mala. Se concluye que la calidad de vida se asoció positivamente al percibir apoyo social adecuado y no presentar depresión. (80)

2.3.2. Antecedentes A Nivel Nacional

Reyes J. en su investigación realizada en Lima, titulada “DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO DIOS ES AMOR – SAN MIGUEL 2016” tuvo como objetivo determinar el nivel de la depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor – San Miguel fue un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, teniendo como instrumento la Escala de Yesavage, los resultados fueron: Del 100% de la población adulto mayor, el 54%, presenta depresión leve; 40% depresión severa y normal en el 6%. Conclusión La depresión del adulto mayor institucionalizado es leve, ligeramente superior a una depresión severa. (81)

Loje R. en su investigación realizada en Chimbote, titulada “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH, CHIMBOTE – 2018”, tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote – 2018. El tipo de investigación fue básica, cuantitativa de nivel descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por 380 adultos mayores y la muestra fue de 136. Para el recojo de la información se utilizaron como instrumentos: El inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida en personas mayores de Verdugo, Gómez y Arias, modificado por el autor. En los resultados se evidencian que el 31.6% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 27.2% depresión moderada, el 25% depresión grave y el 16.2% no presentan depresión; con respecto a la calidad de vida el 51.4% presentan nivel medio, el 26.5% nivel alto y el 22.1% nivel bajo de calidad de vida. La relación entre depresión y calidad de vida se encontró altamente significativa (.000) $p < 0.05$ aceptándose la hipótesis alternativa; concluyendo que existe relación entre la depresión y la calidad de vida. (46)

Monteagudo C. en su investigación realizada en Arequipa, titulada “DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER. MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017 “ tuvo como objetivo identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club del adulto Mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor Arequipa, 2017. El estudio fue de tipo

descriptiva de campo observacional, analítico y transversal. Se desarrolló en un total de 122 adultos mayores hombres y mujeres de 65 a más años que acudieron al Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación durante el periodo de 02 de enero de 2017 al 02 de marzo de 2017. La recolección de datos se realizó mediante la toma de la ficha que además contenía la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test de Yesavage. Los resultados muestran que de los adultos mayores evaluados predomina el grupo de edad entre los 65-69 años con 33.6%. También que el género femenino es el predominante con 66.4% de ellos, en cuanto a la procedencia el 36.1% proceden de Puno y el 35.2% proceden de Arequipa y del total de adultos mayores el 70.5% padecen depresión, del cual se muestra que el género de los adultos mayores con y sin depresión presentó diferencia estadística significativa; el 72.1% del total de adultos mayores con depresión son mujeres, frente al 27.9% de adultos mayores con depresión son varones y Por último se muestra que la procedencia en los adultos mayores con y sin depresión no presentó diferencias estadísticas significativas; se muestra que de los que padecen depresión el 38.4% proceden de Puno, 36.0% proceden de Arequipa. Concluyéndose el perfil predominante del adulto mayor con depresión es de 65 a 69 años de edad, de sexo femenino y procedente de la ciudad de Puno. (82)

Álvarez L. en su investigación realizada en Arequipa, titulada “REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS, AREQUIPA 2015”, tuvo como objetivo determinar la repercusión de depresión en los Adultos Mayores, Identificar la Calidad de Vida en la población de Adultos Mayores y Establecer la repercusión de la depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores. La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores La Técnica empleada fue la Entrevista para ambas variables, el instrumento fue: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage para determinar el nivel de depresión en los Adultos Mayores y la Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Los resultados fueron que el mayor porcentaje de adultos mayores presentó un Nivel de Depresión moderada 45%, el 25% Depresión Leve, 10% Depresión Severa y un 20% no presentó Depresión. De lo que se deduce que el más de la mitad (80%) de Adultos Mayores se encuentran con un Nivel de Depresión de leve a Severa y en cuanto a calidad de vida se encontró que el 65% tiene una Mala Calidad de Vida y un 35.0% una Buena Calidad de Vida. Se concluye así que casi la mitad de la población que padece Depresión entre Moderada y Severa a la vez tienen una mala calidad de vida,

demostrando la relación de Depresión sobre Calidad de Vida y según la prueba de Chi Cuadrado se aprecia que el Nivel de Depresión y calidad de vida presenta Relación Estadística Significativa ($p < 0.05$). (83)

Román A. en su investigación realizada en Piura, titulada, “CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO DE SALUD I-4 SANTA JULIA - PIURA 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y depresión en el adulto mayor. La investigación fue de tipo descriptivo - correlacional, la muestra está conformada por 105 adultos mayores, 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. Según los resultados se aprecia que el 78.3% considera como inadecuada su calidad de vida y el 21.7% considera tener un estilo de vida regular, además se evidencia que el 70% presentó nivel leve de depresión, 18,3% depresión moderada, 3.3% depresión severa y solo el 8.3% no presenta depresión. Se concluye que la calidad de vida se relaciona significativamente con el nivel de depresión. (84)

2.3.3. Antecedentes A Nivel Local

Mamani D. en su investigación realizada en Puno, titulada “DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR ALBERGADO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DE LA PROVINCIA DE PUNO Y CHUCUITO. AGOSTO – OCTUBRE DEL 2016”, tuvo como objetivo determinar la influencia de la depresión, ansiedad y el Estado Nutricional del Adulto Mayor Albergado en los Centros de Atenciones Residenciales de la Provincia de Puno y Chucuito. La metodología fue; el método descriptivo . La población y muestra estuvo constituido por 27 adultos mayores, la técnica fue la entrevista y el instrumento para Depresión fue la encuesta Escala resumida de Yesavage; para ansiedad se utilizó la escala de William Zung, y finalmente para el estado nutricional se aplicó el Test Mini Nutritional Assessment (Ficha de valoración nutricional para la persona adulta mayor). Se obtuvo como resultado en el CARPAM (Centro de atención residencial para el adulto mayor) SAN SALVADOR y VIRGEN DEL ROSARIO ;En un nivel de depresión severa con mayor porcentaje y depresión moderada en menor porcentaje. El Nivel de Ansiedad fue en mayor porcentaje con ansiedad severa, y un menor porcentaje con ansiedad moderada.

El estado nutricional, el mayor porcentaje presenta malnutrición. Se concluye que los niveles de depresión y ansiedad influyen en el estado nutricional del adulto mayor. (85)

Pacompia A. en su investigación realizada en la ciudad de Puno, en el Centro de Salud Simón Bolívar, titulada “CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR PUNO, 2014”, tuvo como objetivo determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno. De tipo descriptivo ; la Muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores de ambos sexos. Para la obtención de datos se utilizó la técnica de entrevista con el instrumento de guía de entrevista basada en la valoración clínica para adultos mayores (VACAM). Los resultados muestran que los adultos mayores poseen un nivel funcional independiente en el 67.5% a pesar de que el indicador de incontinencia urinaria es el más afectado; el estado cognitivo está considerado como deterioro cognitivo moderado en 55% de ellos, y el indicador más afectado es el estado afectivo que está caracterizado por la presencia de depresión severa en el 62.5%, resultando con la presencia de insatisfacción de las necesidades y restricción de oportunidades de desarrollar sus habilidades. (86)

Apaza M. en su investigación realizada en la ciudad de Puno, titulada “CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ASISTENTES AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, PUNO – 2017” tuvo como objetivo establecer la relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor; el tipo de estudio fue correlacional, con diseño transversal; la población estuvo conformada por 512 adultos mayores y una muestra de 138; para la recolección de datos se utilizó los instrumentos el cuestionario de Whoqol Bref para calidad de vida, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Para la contrastación de la hipótesis se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado. Obteniendo los siguientes resultados; el 66.7% de los adultos mayores perciben una mala calidad de vida, seguido de 32.6% con regular calidad de vida y sólo 0.7 % de los adultos mayores con buena calidad de vida; el 65.2% presentan depresión severa, el 27.5% moderada y el 7.3% no presentan depresión. En la dimensión salud física; el 55.8% perciben regular calidad, seguido del 42.0 % con mala calidad y solo el 2.2 % buena calidad; en la dimensión salud psicológica; el 60.9% perciben mala calidad , seguido de 37.7% con regular calidad y el 1.4% buena calidad: en la dimensión relaciones sociales

el 64.5% perciben regulares relaciones sociales, el 28.3% buenas relaciones sociales y el 7.2 % malas relaciones sociales; y en la dimensión medio ambiente el 61.6% perciben regular condición, seguido del 34.1% mala condición y solo el 4.3% como buena condición. Por lo tanto, se concluyó que la calidad de vida está relacionada con la depresión en el adulto mayor de la ciudad de Puno; todos con un nivel de significancia $P < 0,05$. (87)

Valdez J. en su investigación realizada en San Román – Puno, titulada "FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES RELACIONADOS A LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, CENTRO DE SALUD CONO SUR I-4, SAN ROMÁN 2017", tuvo como objetivo determinar la relación de los factores psicológicos y sociales con la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud I-4 Cono Sur, San Román. La investigación fue de tipo descriptivo no experimental de corte transversal y diseño correlacional; la población y muestra estuvo constituida por 40 adultos mayores de ambos sexos, la recolección de datos se realizó mediante la técnica de la entrevista y los instrumentos validados que se utilizaron fueron: el cuestionario de Rosenberg sobre autoestima, el cuestionario de factores sociales, y el cuestionario de Salud (SF-36). Para la prueba de hipótesis se empleó el estadístico Ji Cuadrado de asociación. Los resultados fueron: La calidad de vida del adulto mayor se encuentra en mala calidad de vida el 55% y en regular calidad de vida el 45%. El factor psicológico se encuentra en nivel bajo de autoestima el 45%, en nivel medio de autoestima el 43% y el nivel elevado de autoestima 12%. Los factores sociales, la edad predominante es de 68 a 75 años 43%, el grado de instrucción más frecuente es analfabeto 70%, el sexo femenino representa el 80%, el estado civil más frecuente es viudo 40%. Se determinó relación estadística para el factor psicológico con la calidad de vida ($p=0.032$). Para la relación de factores sociales con la calidad de vida, se determinó que la edad muestra relación estadística ($p < 0.05$), es decir a mayor edad la calidad de vida tiende a ser mala, y el grado de instrucción también muestra relación estadística con la calidad de vida. (88)

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

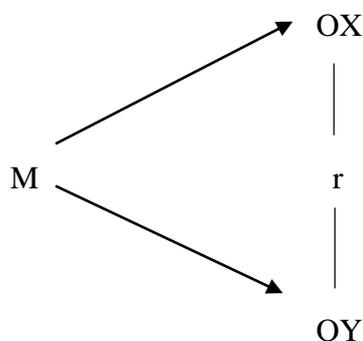
Tipo

La presente investigación según su enfoque es de tipo cuantitativo ya que la recolección de datos tiene como fin comprobar la hipótesis, aplicando el análisis estadístico y según su alcance es descriptiva-correlacional ya que tuvo como fin describir el nivel de depresión, el nivel de calidad de vida y establecer la relación entre estas dos variables. (89)

Diseño

El diseño que se utilizó es el no experimental ya que no se manipulo las variables y de corte transversal por que se recolectaron datos en un solo momento y en un tiempo único. (89)

Se representa a través del siguiente diagrama:



Donde:

M : adultos mayores del programa pensión 65

OX : depresión

OY : calidad de vida

R : relación de variables

3.2. **Ámbito de Estudio**

El siguiente trabajo de investigación se realizó en el Municipio de la Provincia Collao-Ilave, en el Programa Social PENSIÓN 65. La provincia de El Collao tiene como capital la ciudad de Ilave Capital de la Gran Nación Aymara. La provincia tiene una población aproximada de 21 000 habitantes de las cuales más de dos mil habitantes son adultos mayores provenientes de diferentes centros poblados y comunidades. (90)

Limita por el norte con el Lago Titicaca; por el este con la Provincia de Chucuito; por el sur con la Provincia de Candarave (Tacna); y, por el oeste con la Provincia de Mariscal Nieto (Moquegua) y la Provincia de Puno. (90)

El Municipio Collao-Ilave es una entidad pública que presta atención a la población cuenta con distintos programas sociales como PENSION 65 que surge como respuesta del Estado ante la necesidad de brindar protección a un sector especialmente vulnerable, y les entrega una subvención económica de s/. 250 soles bimestrales por persona, para cubrir gastos de necesidades básicas.

3.3. **Población y Muestra**

Población:

En la población de estudio se consideró a todos los Adultos mayores beneficiarios del Programa Social PENSIÓN 65 de la provincia el Collao- Ilave haciendo un total de 2352 beneficiarios. El programa pensión 65 tiene como beneficiario a todo adulto mayor de 65 años a más que este clasificado como pobre o extremo pobre.

Zona Lago		Zona Media		Zona Alta		Zona Urbana		Total	
Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
455	416	328	301	281	259	162	150	1226	1126
871		629		540		312		2352	

Muestra:

El tipo de muestra que se empleo es Probabilístico por MAS (Muestreo aleatorio simple - estratificado), siendo 331 beneficiarios de pensión 65 de la cual 173 adultos mayores fueron mujeres y 158 fueron varones, la muestra fue obtenida a través de la siguiente fórmula estadística.

Zona Lago		Zona Media		Zona alta		Zona Urbana		Total	
123		88		76		44		331	
Femeni no	Masculi no								
64	59	46	42	40	36	23	21	173	158

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{2352 \cdot (1.96 \cdot 1.96) \cdot 50\% \cdot 50\%}{((5\% \cdot 5\%) \cdot (2352 - 1) + (1.96 \cdot 1.96) \cdot 50\% \cdot 50\%)}$$

$$n = \frac{2.258}{6.83}$$

$$n = 331$$

Donde:

N = Población total

Z = Parámetro estadístico

P = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

Q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

E = Error de estimación máximo aceptado

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores inscritos en el Programa Social PENSION 65.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores no inscritos en el Programa Social PENSION 65.

3.4. Variables y su operacionalización

<u>VARIABLE</u>	<u>DIMENSIÓN</u>	<u>INDICADORES</u>	<u>ÍNDICE</u>
<p>VARIABLE 1:</p> <p>Depresión:</p> <p>La depresión es un trastorno mental de mayor prevalencia en el adulto mayor cuyas características se evidencian en las dimensiones cognitiva- afectiva y somática.</p>	Cognitiva – afectiva.	Tristeza	• 0
		Pesimismo	• 1
		Fracaso	• 2
		Perdida de placer	• 3
		Sentimientos de culpa	
		Autocrítica	
		Pensamientos o deseos suicidas	
		Llanto	
	Somática.	Sentimiento de castigo	
		Disconformidad con uno mismo	
		Agitación	
		Perdida de interés	
		Indecisión	
		Desvalorización	
		Perdida de energía	
		Cambios en los hábitos de sueño	
		Irritabilidad	
		Cambios de apetito	
		Dificultad de concentración	
Cansancio o fatiga			
Perdida de interés en el sexo			
<p>VARIABLE 2:</p> <p>Calidad de vida</p>	Familia y amigos.	Soy escuchado	<ul style="list-style-type: none"> • Casi nunca • A veces • siempre
		Doy y recibo cariño	
		Amabilidad	

La calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas	Asociatividad, Actividad física.	Participo en actividades de la comunidad
		Actividad
		Sedentarismo
	Nutrición y alimentación.	Alimentación equilibrada
		Peso corporal
	Tabaco.	Consumo de sustancias nocivas
	Alcohol, Otras drogas.	Consumo de sustancias nocivas
	Sueño y Estrés.	Calidad de sueño
		Relajación
	Trabajo. Tipo de personalidad.	Productividad en el trabajo
		Cambio de humor
	Introspección.	Optimismo
		Pesimismo
	Control de salud y Conducta sexual.	Autocuidado
Cuidado familiar		
Otras conductas.	Objetivo de Vida	

3.5. Técnica e Instrumentos de recolección de Datos

Técnica

La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta ya que la recolección de datos de la muestra seleccionada se dio a través de la aplicación de dos instrumentos, en donde cada uno de ellos evalúa las variables correspondientes.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II) y el TEST DE ESTILOS DE VIDA “FANTÁSTICO”.

Inventario De Depresión De Beck-II (BDI-II)

♦ **Descripción del Instrumento**

El Inventario de Depresión de Beck fue creado por Aaron Beck en el año 1961, en los Estados Unidos. esta primera versión del instrumento se realizó en el idioma inglés. Sin embargo, en el año 2011 un grupo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid publicó la primera adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), una adaptación del instrumento en una versión en español, la cual tras su aplicación proporciona de igual manera la información sobre la presencia y/o gravedad de depresión en adultos o personas mayores de 13 años. (46)

El inventario de depresión de Beck II (BDI-II) también fue utilizado en un estudio realizado por Loje (2018) titulado “Depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote- 2018” cuyo objetivo fue determinar la relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor. (46)

Calificación del Instrumento

El inventario está compuesto por 21 ítems de tipo Likert con respuestas ordenadas que se codifican de 0 hasta 3, en donde el rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. en las cuales los ítems (1,2,3,4,5,8,9,10) pertenecen a la dimensión cognitivo afectivo, y los ítems (6,7,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21) pertenecen a la dimensión somática. Cuanta más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: (91)

- ♦ 0 - 13 = No presenta depresión
- ♦ 14-19 = Depresión leve
- ♦ 20-28 = Depresión moderada
- ♦ 29-63 = Depresión grave

- ♦ **Validez Y Confiabilidad:**

La adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) fue validada por Sanz J. y Vázquez C. a través de un análisis de sus propiedades psicométricas, realizó una validez convergente obtenida a partir de la relación de dos instrumentos de medida que evalúan lo mismo para demostrar la existencia de una interrelación o correspondencia entre ambos instrumentos.

Para ello, se utilizó, junto al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), la versión española de la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (SDS) en estudiantes de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La SDS fue aplicada entre 3 y 4 meses después de haberse aplicado el BDI -II. A pesar del intervalo temporal entre la administración de los dos instrumentos, en ambos casos los coeficientes de correlación entre el BDI -II y la SDS fueron altos, positivos y estadísticamente significativos, comprobando de esta manera su validez y en cuanto a la confiabilidad del instrumento se obtuvo un coeficiente de 0.83 por Alpha de Cronbach, siendo aceptable (92)

Test de Estilos de Vida “Fantástico”

- ♦ **Descripción del Instrumento**

El Test Estilos de vida “FANTASTICO” fue diseñado en la Universidad McMaster de Hamilton (Canadá), estaba compuesto originalmente por 9 dimensiones y 25 preguntas. Sin embargo, la propuesta del cuestionario Test de Estilos de vida “FANTASTICO” fue adaptado en un estudio titulado “ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL TEST FANTÁSTICO PARA MEDIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN TRABAJADORES EVALUADOS POR EL PROGRAMA “REFORMA DE VIDA” DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD - LIMA” (93), el cual es un cuestionario breve y sencillo que permite identificar y medir los estilos de vida de una población, a través de 10 dimensiones (**F**amilia, **a**migos, **A**ctividad Física y asociatividad, **N**utrición y alimentación, **T**abaco, **A**lcohol, **S**ueño y estrés, **T**rabajo y personalidad, **I**ntrospección, **C**ontrol de Salud y sexualidad, **O**tros) propuestas en 26 preguntas con 3 opciones de respuesta con valores de 0 a 2 puntos.

♦ **Calificación del Instrumento**

El cuestionario compuesto por 26 preguntas, las cuales se codifican de 2 hasta 0, considerando que CASI SIEMPRE es 2, A VECES es 1, CASI NUNCA es 0, exceptuando las preguntas 3, 8, 10, 12, 14, 18, 21, 22, que son codificadas de 0 hasta 2 donde CASI SIEMPRE es 0. A VECES es 1, CASI NUNCA es 2.

Los ítems (1,2,3) pertenecen a la dimensión Familia, amigos, los ítems (4,5,6) pertenecen a la dimensión Actividad Física y asociatividad, los ítems (7,8,9) pertenecen a la dimensión Nutrición y alimentación, los ítems (10,11,12) pertenecen a la dimensión Tabaco, los ítems (13,14) pertenecen a la dimensión Alcohol, los ítems (15,16,17) pertenecen a la dimensión Sueño y estrés, los ítems (18,19) pertenecen a la dimensión Trabajo y personalidad, los ítems (20,21,22) pertenecen a la dimensión Introspección, los ítems (23,24,25) pertenecen a la dimensión Control de Salud, sexualidad y el ítem (26) pertenece a la dimensión de Otros).

La puntuación es de tipo Likert en donde el puntaje final se multiplica por 2.

Calificándose de la siguiente manera: (93)

- ♦ De 0-46 : Estas en zona de peligro.
- ♦ De 47-72 : Algo bajo, podrías mejorar.
- ♦ De 73-84 : Adecuado, estas bien.
- ♦ De 85-102 : Buen trabajo, estas en el camino correcto
- ♦ De 103-120 : Felicitaciones, tienes un estilo de vida “FANTASTICO”

♦ **Validez Y Confiabilidad:**

El cuestionario “FANTASTICO” fue validada por Villar M., Ballinas Y., Gutiérrez C., Angulo Y., a través de en un estudio realizado en adultos, por el método de máxima verosimilitud para la extracción de las preguntas con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. En cuanto a la confiabilidad del instrumento se obtuvo un coeficiente de 0,778 por Alfa de Cronbach. (93)

3.6. Procedimiento de recolección de Datos

a) De la coordinación

Se presentó una solicitud a la Decana de la Escuela Profesional de Enfermería con el propósito de obtener carta de presentación para la ejecución del proyecto.

Seguidamente se presentó una solicitud al alcalde de la Municipalidad provincial del Collao- Ilave para obtener autorización para la aplicación del instrumento.

b) De la selección y obtención de la muestra

Los adultos mayores fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron en la investigación.

El número de adultos mayores se limitó a la cantidad especificada por zonas en la muestra.

c) De la aplicación del instrumento

Para la aplicación del instrumento se contó con el apoyo de la Lic. Beatriz Sosa Morales trabajadora de la Municipalidad provincial el Collao- Ilave quien nos ayudó a comunicarnos con los adultos mayores que solo hablan aymara, para proceder con la explicación y a la vez solicitar su consentimiento informado.

Consentimiento Informado:

Consistió:

a) En brindar la información, los objetivos y la explicación necesaria de la investigación, con un lenguaje claro y sencillo.

b) Entrega del formato “consentimiento informado” para su aceptación o deserción.(ANEXO B)

La encuesta se realizó de manera individual, en el momento de la recolección de datos las investigadoras explicaron los instrumentos de la manera más sencilla para la fácil comprensión.

La recolección de datos se realizó en 4 días, una zona por día, se entrevistó a cada adulto mayor durante 10 minutos.

Finalizado el llenado se procedió a hacer la medición de peso y talla de los adultos mayores, se agradeció la cooperación de los adultos mayores y de la licenciada acompañante.

d) Para la medición de la talla:

Para realizar la medición de la talla se ejecutó la medición por extensión de brazos, por lo que se utilizó de instrumento una cinta métrica flexible, no elástica, posteriormente: (94)

- Se ubicó a la persona adulta mayor de pie, con los brazos extendidos a los lados, a la altura de los hombros y con la palma de la mano hacia delante procurando que la extensión total de los brazos se mantenga horizontal, sobre los omóplatos y la horquilla esternal.
- Se procedió a colocar el extremo en (0) de la cinta métrica sobre el extremo del dedo medio (excluyendo las uñas que sobresalen del dedo) de la mano.
- Se extendió la cinta métrica hasta el extremo del dedo medio de la otra mano, pasando sobre los omóplatos y la horquilla esternal.
- Se observa y registra la medida obtenida.

e) Para la medición del peso

Para realizar la toma del peso se utilizó una balanza de baño, con una capacidad de 140 kilos, dicho instrumento fue correctamente calibrado previamente a su uso y posteriormente:

- ◆ Se instaló la balanza en una superficie plana horizontal y firme para colocarla.
- ◆ Se calibró la balanza antes de empezar el procedimiento.
- ◆ La medición se realizó con la menor ropa posible y sin zapatos.
- ◆ Se pidió a la persona adulta mayor que suba a la balanza colocando los pies paralelos en el centro, de frente al evaluador.
- ◆ Se le pidió al adulto estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.

3.7. Procesamiento y análisis de Datos

Luego de la ejecución y obtención de los datos se procedió con:

- La codificación y organización de los instrumentos.
- La revisión de los cuestionarios verificando las respuestas y comprobando que estén completos.
- El traslado manual de la información al sistema digital, se utilizó el programa Microsoft Excel, para luego procesar la información en el programa R con la ayuda de un Ingeniero en Estadística.
- Se elaboró tablas de doble entrada, teniendo en cuenta los objetivos.
- Se realizó figuras para la mejor visualización de los resultados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

O.G.

TABLA N° 1.

**RELACIÓN DE LA DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA MUNICIPALIDAD
PROVINCIAL EL COLLAO - ILAVE - 2019.**

CALIDAD DE VIDA	DEPRESIÓN									
	No presenta		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estas en zona de peligro	2	0.6%	3	0.9%	1	0.3%	0	0%	6	1.8%
Algo bajo, podrías mejorar	227	68.7%	16	4.8%	16	5.1%	3	0.6%	262	79.2%
Adecuado, estas bien	50	15.1%	2	0.6%	4	1.2%	0	0%	56	16.9%
Buen trabajo, estas en el camino correcto	7	2.1%	0	0%	0	0%	0	0%	7	2.1%
Felicitaciones, tienes un estilo de vida FANTASTICO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0.0%
TOTAL	286	86.5%	21	6.3%	21	6.6%	3	0.6%	331	100.0%

Fuente: Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck (BDI-II) y TEST de estilos de vida Fantástico.

En la Tabla N° 1, según los puntajes agrupados de los instrumentos, se observa que, de 331 adultos mayores encuestados, en un alto porcentaje, 227 (68.7%) adultos mayores no presentan depresión y tienen una calidad de vida muy baja, asimismo 50 (15.1%) adultos

mayores que no mostraron depresión mantuvieron tener una calidad de vida adecuada, y escasamente 7 (2.1%) adultos mayores no presentaron depresión y están en un camino correcto referente a su calidad de vida. Los 16 (4.8%) y 17 (5.1%) adultos mayores que presentaron una depresión leve y moderada respectivamente, revelaron tener una calidad de vida algo baja y que podría mejorar. Los adultos mayores que presentaron una depresión grave, que suman un total de 3, revelaron tener una calidad de vida algo bajo, podrías mejorar.

Tabla 1.1

**PRUEBA PARA VERIFICAR LA RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE
DEPRESIÓN Y LA VARIABLE DE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA MUNICIPALIDAD
PROVINCIAL EL COLLAO - ILAVE - 2019**

ESTADÍSTICO DE PRUEBA	VALOR	GL	P-VALOR
Prueba exacta de Fisher			0.01646
Prueba Chi-cuadrado	39.294	9	0.0000102

Fuente: Resultados de la prueba de relación entre variables; gl = grados de libertad.

En la Tabla 1.1, se observa la probabilidad asociado a los estadísticos de prueba. Como el p-valor = 0.01646 de la prueba Exacta de Fisher es menor a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), aceptamos la hipótesis alterna (H_1), según la prueba Chi-cuadrado (p-valor = 0.0000102) también consigue aceptar la hipótesis alterna. Concluimos que los niveles de depresión y calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de PENSIÓN 65 de la Municipalidad Provincial el Collao Ilave están relacionadas.

Regla de Decisión:

El nivel de significancia fue $\alpha = 0.05$ y correspondientemente el nivel de confianza es del 95%

Rechazar H_0 si : p valor $< \alpha = 0.05$

Aceptar H_0 si : p valor $> \alpha = 0.05$

Como el p valor = $0.01646 < \alpha = 0.05$ Se rechaza H_0 y se acepta la H_a , declarando que existe relación entre los niveles de depresión leve, moderada, grave y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019.

O.E.1

TABLA N° 2.

CORRELACIONES DE RHO DE SPEARMAN ENTRE LAS DIMENSIONES (COGNITIVO AFECTIVO Y SOMÁTICO) DE DEPRESIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL EL COLLAO - ILAVE - 2019

SHAPIRO-WILK				
Variable	W	p-valor	1	2
1. Dimensión Cognitivo Afectivo	0.71645	2.20E-16		
2. Dimensión Somática	0.94494	9.11E-10	0.597**	
3. Calidad de vida (Fantástico)	0.90593	1.72E-13	-0.199	- 0.450**

Fuente: Resultados de la prueba de correlación de rho spearman; W es el estadístico de prueba de normalidad de Shapiro-Wilk; los números en negrita son correlaciones; ** indica que la correlación es significativa.

De la tabla N° 2, no se asume la normalidad de los puntajes totales obtenidos en las Dimensiones y la Calidad de vida (Fantástico), porque el p valor correspondiente a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk no es mayor a un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%); se utilizó la correlación de Rho de Spearman dado que los puntajes totales obtenidos de las variables no se aproximan a una distribución normal. La correlación entre las dimensiones de Cognitivo Afectivo y Somático es de 0.597, confirmamos que se tiene una correlación positiva moderada, dado que son dimensiones que pertenecen a la variable Depresión, también se tiene una correlación (-0.45) negativa moderada entre los puntajes totales de la dimensión Somática y Calidad de vida (Fantástico), donde a mayor puntaje total de la dimensión Somática menor es el puntaje total de la variable Calidad de vida, y la correlación (-0.199) entre los puntajes totales de la dimensión Cognitivo Afectivo y Calidad de vida es casi nula.

O.E. 2

TABLA N° 3.

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS ADULTOS MAYORES
BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL EL
COLLAO - ILAVE - 2019**

DEPRESIÓN	GÉNERO					
	Femenino		Masculino		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
No presenta	137	41.4	149	45.0	286	86.4
Depresión leve	18	5.4	3	0.9	21	6.3
Depresión moderada	16	4.8	5	1.5	21	6.3
Depresión grave	2	0.6	1	0.3	3	0.9
Total	173	52.3	158	47.7	331	100

Fuente: Resultados de la aplicación Inventario de depresión Beck (BDI-II).

De la Tabla N° 3, de los adultos mayores que no presentan depresión, 149 (45%) son de género masculino y 137 (41.4%) son de género femenino, y con depresión leve, encontramos a 18 (5.4%) adultos mayores de género femenino y 3 (0.9%) adultos mayores de género masculino respectivamente. En los grupos que presentan alguna depresión, observamos que las mujeres la padecen en mayoría a comparación de los varones.

O.E. 3

TABLA N° 4.

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA SEGÚN GÉNERO DE LOS ADULTOS
MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65 DE LA MUNICIPALIDAD
PROVINCIAL EL COLLAO - ILAVE – 2019**

CALIDAD DE VIDA	GENERO				Total	%
	FEMENINO		MASCULINO			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Estas en zona de peligro	5	1.5%	1	0.3%	6	1.8%
Algo bajo, podrías mejorar	130	39.3%	132	39.9%	262	79.2%
Adecuado, estas bien	35	10.6%	21	6.3%	56	16.9%
Buen trabajo, estas en el camino correcto	3	0.9%	4	1.2%	7	2.1%
Felicitaciones, tienes un estilo de vida FANTASTICO	0	0%	0	0%	0	0.0%
Total	173	52.3%	158	47.7%	331	100.0%

Fuente: Resultados de la aplicación TEST de estilos de vida Fantástico.

De la Tabla N° 4 anterior se observa que del total de encuestados, el grupo que tiene una calidad de vida algo baja, 132 (39.9%) adultos mayores son de género masculino y con un porcentaje similar, 130 (39.3%) son de género femenino, en el grupo donde tienen una calidad de vida adecuada hay un margen cercano en la cantidad entre adultos mayores de género femenino (10.6%) y masculino (6.3%), y en los demás grupos de calidad de vida restantes, las diferencias de cantidad entre mujeres y varones son mínimas.

4.2. Discusión

La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo, en el adulto mayor la depresión es un trastorno mental de mayor frecuencia. Se considera a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por: tristeza abundante, irritabilidad y falta de placer al realizar sus actividades, este trastorno podría hacerse crónico y dificultar el afrontamiento de la vida diaria en el adulto mayor. Calderón refiere que la depresión es más frecuente y más grave en adultos mayores con menor calidad de vida.

La calidad de vida tiene tantos significados que sin duda aún no se ha podido llegar a un consenso sobre su significado, sin embargo podríamos mencionar que es una relación de buscar recursos para satisfacer ciertas necesidades, podría decirse también que es disfrutar de una buena calidad de vida, es estar en un equilibrio tanto emocional como físico y social, si disfrutamos de una buena salud mental, los otros factores serán más fáciles de satisfacer, el problema en si aparece cuando tenemos algún tipo de enfermedad mental ya que esta no nos permitirá satisfacer las demás necesidades.

A partir de los resultados obtenidos, aceptamos la hipótesis alterna que afirma la existencia de la relación entre los niveles depresión leve, moderada, grave y la calidad de vida, a través de los datos estadísticos generados se obtiene la relación entre ambas variables sin embargo los resultados obtenidos no presentan un alto nivel de significancia.

Se evidencian estos datos con la prueba exacta de Fisher que mostro un p- valor= 0.01646, siendo este menor al nivel de significancia establecido (<0.05) también se utilizó la prueba chi- cuadrado que mostro un p- valor = 0.0000102 siendo este valor menor al nivel de significancia establecido (<0.05).

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene Apaza M. (87) que concluye que una mala calidad de vida está relacionada con la presencia de depresión severa, señalando de esta manera que calidad de vida está relacionada con la depresión con un nivel de significancia de $p<0.05$, ello es similar con el presente estudio que revela la relación con los niveles de depresión y la calidad de vida.

Shirley. R. (80) concluye que la calidad de vida se asocia positivamente al no presentar depresión, señala en sus resultados que los adultos mayores que no tienen depresión presentan una calidad de vida óptima que difieren con los resultados de este estudio que muestra que los adultos mayores que no presentan depresión tienen una calidad de vida algo bajo, podrías mejorar.

En el estudio de Alvares L. (83) se concluye que la mitad de la población que padece depresión entre moderada y severa a la vez tiene una mala calidad de vida, en comparación al presente estudio que señala que los adultos mayores que presentan depresión leve, moderada, grave mantienen una calidad de vida algo bajo podrías mejorar y estas en zona de peligro, demostrando una similitud entre los resultados.

En cuanto a la tabla N°2, En lo que respecta a la correlación de las dimensiones de la depresión con la calidad de vida, Se muestra un grado de correlación negativa moderada (-0,45) entre los puntajes de la dimensión somática y calidad de vida esto quiere decir que a mayor puntaje en la dimensión somática de la variable depresión, menor es el puntaje de la variable calidad de vida, resultado similar al estudio de Loje (46) que muestra un grado de correlación negativa débil (- 0,443) entre depresión y calidad de vida, esto quiere decir que a menor nivel de depresión, mayor será la calidad de vida.

La relación entre las dimensiones cognitivo - afectivo se basan en las creencias disfuncionales “para ser feliz tengo que hacerlo todo bien” provocando en el adulto mayor pensamientos como ideación suicida y dificultad para tomar decisiones que a largo plazo simbolizan el grado de afección de la depresión en el adulto mayor y en cuanto a la dimensión somática las molestias o cambios biológicos propios del adulto mayor dificultan el desenvolvimiento en su vida diaria.

El presente estudio evidencia la existencia de la relación de la depresión con la calidad de vida, en la actualidad la depresión es un trastorno mental presente en muchos grupos etarios y aun que en muchos lugares no se le da la importancia necesaria es una realidad.

Los resultados pueden estar atribuidos a que los adultos mayores al no padecer depresión por el escenario en el que se encuentran, realizan distintas actividades en su tiempo libre como son: arado de chacras, criado de animales, intercambio de productos, reuniones sociales debido al Programa pensión 65 que permite la socialización entre adultos mayores. No obstante, una parte de adultos mayores revelaron tener niveles de depresión leve moderada y grave, que puede ser ocasionado por la soledad y el alejamiento de sus hijos, teniendo en cuenta que la familia es una fuente primaria de apoyo emocional que juega un papel fundamental en la vida, ya que proporciona sentimientos de seguridad, autoestima y confianza.

Así mismo presentaron una calidad de vida algo bajo, podrías mejorar que puede ser ocasionada por los cambios biológicos propios del envejecimiento lo cual impide al

adulto mayor, la realización de actividades que son adecuadas para mantener un óptimo cuidado de su salud. Sin embargo, la adecuada interacción con el entorno que mantienen estos adultos mayores ayudan a tener una calidad de vida “Adecuado”, que hace referencia a un estilo de vida aceptable, que al pasar del tiempo podría mejorarse hasta alcanzar una calidad de vida considerada como “FANTASTICO”.

Erickson plantea en su teoría las ocho crisis que corresponden a los cambios en la etapa vital, explica que en la octava etapa se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el adulto mayor ha seguido (integración) y si esta aceptación no se produce, se llega a la desesperación lo que podría ocasionar el comienzo de un episodio de depresión que afectaría de forma negativa a su calidad de vida.

En cuanto a la tabla N° 3, hablamos de depresión por género. Monteagudo (82) evidencia en su investigación que el género femenino presenta depresión en una cantidad mayor que el género masculino estos datos coinciden con la presente investigación que revelan que el sexo femenino padece mayor depresión en comparación al sexo masculino.

Esto puede ser atribuido a que el género femenino a nivel afectivo es más cercana a los hijos y cuando ellos migran a ciudades grandes la red familiar a la que está acostumbrada se rompe y en consecuencia la mujer adulta mayor tiene que afrontar distintos cambios en su vida, asumir nuevos roles, situaciones a las que si no puede adaptarse entra en un estado de anhedonia, pérdida de interés, empieza a sentir sentimientos de culpa, tristeza que al ser una de las 6 emociones básicas del ser humano y combinarse con los indicadores ya mencionados puede provocar depresión..

Los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 realizan actividades sociales como eventos y reuniones considerando también que la subvención económica bimestral recibida aliviana la preocupación económica de estos adultos mayores. También se atribuye a que los adultos mayores de nuestra población viven en la zona rural y periurbana lo que conlleva a la realización de diferentes actividades, por ejemplo, pajeo de ganado, arado de chacras, trueque con los productos que producen, todos estos factores contribuyen a la distracción del adulto mayor.

En cuanto a la tabla N° 4, hablamos de calidad de vida según género, Valdez (88) refiere que el 50% de la población femenina evidencia una mala calidad de vida en comparación al género masculino. Estos resultados son similares con la presente investigación ya que el 39.3% de la población femenina presenta una calidad de vida algo baja podrías mejorar

en comparación al género masculino que presenta un 39.9%, existiendo un margen cercano entre los porcentajes.

Cabe resaltar que el género femenino se destaca en la clasificación de estas en zona de peligro presentando un 1.5% en comparación al género masculino que presenta un 0.3% en estas en zona de peligro.

Los resultados pueden ser atribuidos al escenario de estudio, ya que en la zona urbana existen factores estresantes como son; el ruido y el ajetreo de la ciudad que en algunos casos puede predisponer al adulto mayor al estrés y la ansiedad, además por la individualidad de las personas (todo el mundo está tan enfocado en sus vidas), lo cual limita las relaciones sociales con los adultos mayores. Sin embargo, en la zona rural existe menor exposición a dichos factores, la cercanía con la naturaleza es vigorizante, la paz y el espacio propio de los adultos mayores tiene un efecto muy positivo en su salud, pero los adultos mayores beneficiarios de Pensión 65 en este ámbito también carecen de condiciones básicas para su subsistencia, ya que estas catalogados como pobres y/o extremos pobres, lo cual puede ocasionar algunos cambios en su calidad de vida, añadiendo a ello los cambios biológicos propios de su edad como son : pérdida de la visión, pérdida de audición, problemas articulares, etc., impiden en ocasiones la realización normal de sus actividades y en consecuencia mantengan una calidad de vida algo bajo, podrías mejorar.

El género femenino es más predisponente a presentar una calidad de vida estas en zona de peligro esto puede ser atribuido al cambio en su estructura a nivel familiar provocando estrés y tensión que el género femenino no es capaz de manejar, además podría generar ansiedad provocando el consumo indiscriminado de alimentos altos en grasas y ricos en carbohidratos se conoce también que en la zona rural el género femenino se dedica a labores del hogar que no implican demasiado esfuerzo físico por tanto no existe desgaste adecuado que equilibre el consumo excesivo de alimentos con la actividad física lo que provoca aumento de peso en este grupo etario.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Se determinó que existe relación entre los niveles depresión leve, moderada, grave y la calidad de vida sin embargo esta no es muy significativa, el cual se afirma con la prueba de Fisher (p valor = 0.01646), Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a .
- SEGUNDA** : Se determinó que, a mayor puntaje de las dimensiones de la depresión, menor es el puntaje total de la Calidad de vida. Lo que representa una correlación negativa moderada.
- TERCERA** : Se identificó que el género femenino y masculino en mayor porcentaje no presentan depresión, sin embargo, el género femenino presenta mayores niveles de depresión leve, moderada y grave en comparación del género masculino.
- CUARTA** : Se identificó que el género más predisponente a presentar una calidad de vida estas en zona de peligro es el género femenino.

RECOMENDACIONES

A La Municipalidad Provincial El Collao – Ilave y al Programa Social Pensión 65

- Realizar las coordinaciones pertinentes con los Profesionales de Salud para la concientización de los adultos mayores, con respecto a la depresión que pueda afectar a largo plazo a su calidad de vida.
- Implementar estrategias que propicien la participación de la población adulta mayor en actividades recreativas que contribuyan al mejoramiento de su Salud Mental.
- Planificar actividades que permitan al adulto mayor mejorar su integración social y familiar, motivando a sus familiares a compartir espacios con sus adultos mayores y a través de ello dar la importancia adecuada a este grupo etario, para así poder disminuir el porcentaje de adultos mayores con depresión grave.
- Organizar actividades de sensibilización a los adultos mayores enfocadas en el género femenino con la intención de brindar información con respecto a la Depresión y así poder disminuir dicho Trastorno Psicológico.
- Realizar las coordinaciones pertinentes con los Profesionales de Salud, con el fin de promover estilos de vida saludable que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática.gob. [Online].; 2013. Acceso 29 de septiembre de 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1095/libro.pdf
2. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe Técnico. Lima: INEI, Lima.2.
3. INEI. REDATAM. [Online].; 2017. Acceso 1 de Julio de 2019. Disponible en: <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>
4. INEI. INEI.gob. [Online].; 2018. Acceso 1 de Julio de 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1577/Libro_01.pdf
5. Crespo J. studylib.es. [Online].; 2011. Acceso 29 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://studylib.es/doc/8149439/determinar-la-prevalencia-de-la-depresi%C3%B3n-en-adultos-mayo>
6. Sanchez R, Shica A. Renati. [Online].; 2019. Acceso 25 de Abril de 2019. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/30346/sanchez_br.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. OMS. Who.int. [Online].; 2006. Acceso 1 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf
8. Calderon D. Epidemiología de la Depresión en el Adulto Mayor. Med Hered. 2018; 182-191(29).
9. Salud Md. Minsa.gob.pe. [Online].; 2006. Acceso 01 de Diciembre de 2019. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/Especial/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
10. Molina R, Choquejaua C, Carmen C. Caritas. [Online].; 2012. Acceso 01 de Diciembre de 2019. Disponible en: https://issuu.com/caritas_puno/docs/caritas_adultos_mayores
11. EcuRed. EcuRed. [Online].; 2012. Acceso 20 de Septiembre de 2019. Disponible en: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida
12. Apaza M. Repositorio Unap. [Online].; 2018. Acceso 22 de Septiembre de 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11022/Apaza_Velez_Mariela_Roc%c3%ado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Catarina. Catarina.Udlap. [Online].; 2013. Acceso 01 de Diciembre de 2019. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

14. Spain. Spain. [Online].; 2017. Acceso 01 de Diciembre de 2019. Disponible en: <http://spain-s3-mhe-prod.s3-website-eu-west-1.amazonaws.com/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
15. UDESIGNS. Pension 65.gob.pe. [Online]; 2016. Acceso 20 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/>
16. Avlia-T. Avlia-T. [Online].; 2007. Acceso 23 de Septiembre de 2019. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/DepresionInfanciaadolescencia.pdf>
17. OMS. Organizacion Mundial De La Salud. [Online]; 2017. Acceso 3 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>
18. OPS. Organizacion Panamericana De La Salud. [Online]; 2017. Acceso 4 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
19. MINSAs. MINSAs.gob. [Online].; 2005. Acceso 2 de Octubre de 2019. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
20. Vasquez C, Hernangomez L, Gonzalo H, Nieto M. ResearchGate. [Online].; 2014. Acceso 8 de Mayo de 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228557600_EVALUACION_DE_LA_DEPRESION
21. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2010. Acceso 6 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Tristeza>
22. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2010. Acceso 9 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Pesimismo>
23. Yepes R. UNIVSORUM.org. [Online].; 2017. Acceso 10 de Octubre de 2019. Disponible en: http://www.univforum.org/sites/default/files/646_Yepes_Exito_fracaso_1111_ESP.pdf
24. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2016. Acceso 5 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Anhedonia>
25. Ruiz J. formacionib.org. [Online].; 2016. Acceso 15 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.formacionib.org/articulosverguenza.pdf>
26. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2014. Acceso 20 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Autocr%C3%ADtica>
27. Castellero O. psicologiaymente.com. [Online]; 2017. Acceso 21 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/pensamientos-suicidas>
28. Majluf A. LLanto del Adulto. Revista de Psicología de la PUCP. 1998; XVI(2).
29. Juarez S. uaeh.edu.mx. [Online]; 2004. Acceso 23 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n4/e18.html>

30. Fernandez V. Institucional.us. [Online].; 2000. Acceso 24 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/themata/25/21%20fernandez%20puig.pdf>
31. Garcia J, Bugarin R. agamfec.com. [Online].; 2012. Acceso 30 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf
32. udocentepsiquiou. udocentepsiquiou.files. [Online].; 2017. Acceso 29 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://udocentepsiquiou.files.wordpress.com/2014/12/agitacion-en-el-paciente-anciano-1.pdf>
33. Baena A, Sandoval M, Urbinas C, Helen N, Villaseñor S. Los trastornos del estado de animo. Revista digital universitaria. 2005; 6(11).
34. Lacub R, Sabatini B. Desarrollosocial.gob. [Online].; 2015. Acceso 2 de Noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>
35. Rodriguez M. La percepcion de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. Revista pensamiento actual. 2008; 8(11).
36. OPS/OMS. sld.cu. [Online].; 2016. Acceso 30 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia16.pdf>
37. FamilyDoctor. FamilyDoctor.org. [Online]; 2016. Acceso 11 de Septiembre de 2019. Disponible en: <https://es.familydoctor.org/cambios-en-el-sueno-de-las-personas-en-estado-de-edad-avanzada/>
38. Chavez D. Anorexia y desnutricion en el adulto mayor. Revista soc.Peru med interna. 2011; 24(2).
39. OPS/OMS. Sld.cu. [Online].; 2016. Acceso 23 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia03.pdf>
40. Garcia A. Cognifit.com. [Online]; 2017. Acceso 5 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/problemas-de-concentracion/>
41. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2016. Acceso 6 de Septiembre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Cansancio>
42. Esguerra I. Sexualidad despues de los 60 años. Avances de enfermeria. 2007; XXV(2).
43. CENETEC. Educads.salud. [Online].; 2015. Acceso 3 de Noviembre de 2019. Disponible en: <http://educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/Depresi%C3%B3n/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20del%20trastorno%20depresivo%20en%20el%20adulto%20-%20GER.pdf>
44. Ramos F. Dialnet.unirioja. [Online].; 2001. Acceso 26 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/743587.pdf>
45. Natalicio J. Ayuda Humana. [Online]; 1999. Acceso 29 de Abril de 2019. Disponible en: http://www.ayudahumana.com/nota_detalle.php?id=1

46. Loje Cantinett RA. Renati. [Online].; 2018. Acceso 20 de Abril de 2019. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5970/DEPRESION_CALIDAD_DE_VIDA_LOJE_CANTINETT_RICARDO_ALCIDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Delgado R. Repositorio UNSA. [Online].; 2017. Acceso 17 de Junio de 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4337/ENMdeolrr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Francesc R. proyectohombre.es. [Online].; 2012. Acceso 4 de Noviembre de 2019. Disponible en: <https://es.slideshare.net/MarceloMuller2015/el-placer-de-ser-escuchado-55298702>
49. Garcia S. Gaes.es. [Online]; 2017. Acceso 31 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.gaes.es/gaestecuida/noticias/detalle/importancia-relaciones-familiares-tercera-edad>
50. Menjura L, Reyes M. Repository.ucatolica.edu.co. [Online].; 2015. Acceso 9 de Septiembre de 2019. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2816/1/Caracterizaci%C3%B3n%20de%20v%C3%ADnculos%20afectivos%20y%20sociales%20en%20los%20adultos%20mayores%20Fundaci%C3%B3n%20Cobos.pdf>
51. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2011. Acceso 4 de Noviembre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Amabilidad>
52. OMS. OMS. [Online]; 2013. Acceso 7 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
53. Vitalia. Vitalia.es. [Online]; 2014. Acceso 10 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://vitalia.es/n1672/razones-por-las-mayores-deben-participar-en-actividades-sociales>
54. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2006. Acceso 8 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Actividad>
55. Alvarez F. Sedentarismo y Actividad física. Revista científica medica de cienfuegos. 2010; 10(Especial).
56. Ibazeta A. Repositorio UPSJB. [Online].; 2018. Acceso 17 de Junio de 2019. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1502/T-TPMC-%20Annie%20Giovanna%20Ibazeta%20Valdivieso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
57. SERNAC. Fiapam.org. [Online].; 2004. Acceso 6 de Noviembre de 2019. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>.
58. Álvarez J, Cuellas A, Gomez F, Lopez M, Mañas C, Ruiz DySB. Segg.es. [Online].; 2017. Acceso 4 de Noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/GU%C3%8DA%20ALIMENTACI%C3%93N%20Y%20NUTRICI%C3%93N%20SALUDABLE.pdf>.

59. Wikipedia. Wikipedia.org. [Online]; 2016. Acceso 10 de Octubre de 2019. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal.
60. MINSA. BVS.Minsa. [Online].; 2013. Acceso 19 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2858.pdf>.
61. Shliapochnik J. Psi.uba. [Online].; 2012. Acceso 16 de Octubre de 2019. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/sueno.pdf.
62. Echevarri C. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. S.cielo. 2007; 30(1).
63. Nhlbi. Nhlbi.nih. [Online].; 2014. Acceso 20 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/sleep/In_Brief_YG_to_Sleep_Spanish_Final.pdf
64. gobierno des. Salud.gob. [Online].; 2016. Acceso 13 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf
65. Viguera V. Psicomundo.com. [Online]; 2000. Acceso 22 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/tiempo/cvepe2/clase11.htm>
66. Aecc. Aecc.es. [Online].; 2008. Acceso 16 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/folleto-relajacion.pdf>
67. Tappe J. Sld.q. [Online].; 2008. Acceso 25 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/relajacion.pdf>
68. Anonimo. Capacitacion. Edu. [Online].; 2019. Acceso 11 de Noviembre de 2019. Disponible en: http://www.capacitacion.edu.uy/files/medios/cd_prosoc09/sitio/lecturas/Modulo_1/El%20Trabajo.pdf
69. Miralles I. Dilnet.unirioja. [Online].; 2010. Acceso 6 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3702472.pdf>
70. Anonimo. Ilo.org. [Online].; 2019. Acceso 12 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.ilo.org/ilostat-files/Documents/description_PRODY_SP.pdf.
71. Salvaggio D, Sicardi E. Dspace.uces. [Online].; 2014. Acceso 12 de Octubre de 2019. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2410/La%20personalidad.pdf?sequence=1>
72. Colin R, Mena R. Revista ciencia.amc. [Online].; 2016. Acceso 16 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/62_1/PDF/06_MenteRecuerdos.pdf

73. Rubio F. Riunet.upv. [Online].; 2015- 2016. Acceso 8 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/73929/RUBIO%20%20INTROSPECCI%C3%93N.pdf?sequence=2>
74. Gimenez M. Dialnet.unirioja. [Online].; 2005. Acceso 14 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1370895.pdf?>
75. OPS/OMS. OPS. [Online]; 2016. Acceso 14 de Octubre de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es
76. Anonimo. Tesis.uson. [Online].; 2012. Acceso 13 de Noviembre de 2019. Disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22398/Capitulo2.pdf>
77. Serrano J. Fiapam.org. [Online].; 2013. Acceso 10 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>
78. Iriberry A. moodle2.unid. [Online].; 2014. Acceso 14 de Octubre de 2019. Disponible en: https://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos mdl/lic/AE/VC/AM/AF/proyecto de vida nuevo.pdf
79. Flores M, Cervantes G, Gonzales G, Vega M, Valle M. Dialnet. [Online].; 2012. Acceso 21 de Abril de 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154971.pdf>
80. Shirley R, Vargas R, Melguizo E. s.cielo. [Online].; 2017. Acceso 01 de Diciembre de 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n4/0124-0064-rsap-19-04-00549.pdf>
81. Reyes J. Renati. [Online].; 2017. Acceso 21 de Abril de 2019. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE-%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
82. Monteagudo C. Tesis.ucsm. [Online].; 2017. Acceso 17 de Noviembre de 2019. Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6306/70.2213.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
83. Alvarez L, Begazo M. Concytec.web. [Online].; 2015. Acceso 02 de Diciembre de 2019. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3141>
84. Roman A. Repositorio UAP. [Online].; 2017. Acceso 02 de Diciembre de 2019. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/8168>
85. Mamani D. Repositorio UNAP. [Online].; 2017. Acceso 17 de junio de 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5056/Mamani_Huanca_Diana_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
86. Pacompia A. Repositorio UNAP. [Online].; 2015. Acceso 17 de Junio de 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2426/Pacompia_Sucapuca_Ana_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

87. Apaza M. Repositorio UNAP. [Online].; 2018. Acceso 30 de Octubre de 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11022/Apaza_Velez_Mariela_Roc%c3%ado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
88. Valdez J. Repositorio.unap. [Online].; 2018. Acceso 18 de Noviembre de 2019. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6975/Valdez_Condori_Jackeline_Vanesa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
89. Hernandez R, Zapata N, Mendoza C. Metodologia de la Investigacion. Primera ed. Perez I, editor. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2013.
90. Wikipedia. Wikipedia. [Online]; 2005. Acceso 1 de Mayode 2019. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_El_Collao
91. Carranza R. Propiedades Psicometricas del Inventario de Depresion. Psicol. trujillo. 2013; 2(15).
92. Sanz J, Vasquez C. Flabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresion de Beck. Psicothema. 2014; X(2).
93. Villar M, Vallinas YGC, Angulo Y. Analisis de la Confiabilidad del Test Fantastico Para Medir Estilos de Vida Saludables en Trabajadores Evaluados por el Programa "Reforma de Vida" del Seguro Social de salud (ESSALUD). Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2016; 2(1).
94. Aguilar L, Contreras Mariela DcJ, Vilchez W. Guia tecnica par la valoracion nutricional antropoetrica del la persona adulta mayor salud INd, editor. Lima: Ministerio de Salud; 2013.

ANEXOS

ANEXO A

Matriz De Consistencia

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN	PLANTEAMIENTO O DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO	HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN
Depresión y su relación con la calidad de vida de los Adultos Mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao-Ilave - 2019	<ul style="list-style-type: none"> ¿Existe relación entre la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao? 	<p><u>OBJETIVO GENERAL:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao- Ilave - 2019. <p><u>OBJETIVO ESPECÍFICO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la correlación de las dimensiones de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao- Ilave - 2019 Identificar el nivel de depresión según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la 	<p><u>HIPÓTESIS ALTERNA</u></p> <p>H_a: Existe relación entre los niveles de depresión leve, moderada, grave y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao- Ilave -2019.</p> <p><u>HIPÓTESIS NULA:</u></p> <p>H₀: No existe relación entre los niveles de depresión leve moderada, grave y la calidad de vida de los</p>	<p><u>VARIABLE 1:</u></p> <p>Depresión.</p> <p><u>VARIABLE 2:</u></p> <p>Calidad de Vida.</p>	<p><u>TIPO</u></p> <p>El estudio corresponde al tipo cuantitativo, según su alcance es “Descriptiva – correlacional”.</p> <p><u>DISEÑO</u></p> <p>El diseño fue “No experimental” de corte transversal.</p>

		<p>Municipalidad provincial el Collao- Ilave - 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de calidad de vida según genero de los Adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao-Ilave – 2019. 	<p>adultos beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao- Ilave -2019.</p>	
--	--	---	---	--

ANEXO B

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO****FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Para protección de los derechos éticos de los participantes se proporcionan la información para el estudio denominado: “Depresión y su relación con la calidad de vida de los Adultos Mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao-Ilave - 2019”, Realizado por las Bachilleres CRUZ SOSA, Sol Margoret y DONGO MAMANI, Leydi Gianela de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano.

La participación es totalmente voluntaria y anónima, de modo que no es necesario que indique su nombre, ni que se identifique de ninguna otra forma. Asimismo, se le comunica que la información que proporcione será utilizada solo para fines de la realización de este estudio, conservando siempre su confiabilidad y que nuestra intervención no tendrá ningún costo. Entendiendo que el objetivo de esta investigación es determinar la relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad Provincial el Collao - Ilave - 2019, que como parte de la investigación debo dar mi autorización mediante la firma de este consentimiento informado, y debo responder a cada pregunta existente que me plantearán las encuestadoras.

La presente investigación no tiene riesgos que pueda producir incomodidad por el tipo de preguntas, y que los beneficios que se esperan obtener al terminar el estudio son de carácter científico.

FIRMA DEL PARTICIPANTE.....

FIRMA DE LA RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN.....

ANEXO C

Instrumento 1:**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI - II)**

Autor: Aarón Beck

Sexo: Edad: Fecha:

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

1. (0) No me siento triste
 - (1) Me siento triste
 - (2) Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
 - (3) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2. (0) No me siento especialmente desanimado/a ante el futuro
 - (1) Me siento desanimado/a con respecto a mi futuro
 - (2) Siento que no tengo nada que esperar
 - (3) Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. (0) No creo que sea un fracaso
 - (1) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
 - (2) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - (3) Creo que soy un fracaso absoluto como persona
4. (0) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes
 - (1) No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
 - (2) Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
 - (3) Estoy insatisfecho/a o aburrido/a de todo
5. (0) No me siento especialmente culpable
 - (1) Me siento culpable una buena parte del tiempo
 - (2) Me siento bastante culpable casi siempre
 - (3) Me siento culpable siempre
6. (0) No creo que este siendo castigado/a
 - (1) Creo que puedo ser castigado/a
 - (2) Espero ser castigado/a
 - (3) Creo que estoy siendo castigado/a

7. (0) No me siento decepcionado/a de mí mismo/a
 - (1) Me siento decepcionado de mí mismo/a
 - (2) Estoy disgustado/a conmigo mismo/a
 - (3) Me odio
8. (0) No creo ser peor que los demás
 - (1) Me critico por mis debilidades o errores
 - (2) Me culpo siempre por mis errores
 - (3) Me culpo por todo lo malo que sucede
9. (0) No pienso en matarme
 - (1) Pienso en matarme, pero no lo haría
 - (2) Me gustaría matarme
 - (3) Me mataría si tuviera la oportunidad
10. (0) No lloro más que de costumbre
 - (1) Ahora lloro más que antes
 - (2) Ahora lloro todo el tiempo
 - (3) Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar, aunque quiera
11. (0) Las cosas no me irritan más que de costumbre
 - (1) Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
 - (2) Estoy bastante irritable una buena parte del tiempo
 - (3) Ahora me siento irritable todo el tiempo
12. (0) No he perdido el interés por otras personas
 - (1) Estoy menos interesado/a en otras personas que de costumbre
 - (2) He perdido casi todo el interés por otras personas
 - (3) He perdido todo mi interés por otras personas
13. (0) Tomo decisiones casi como siempre
 - (1) Ahora pospongo mucho la toma de decisiones
 - (2) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
 - (3) Ya no puedo tomar decisiones
14. (0) No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
 - (1) Me preocupa el hecho de parecer viejo/a sin atractivos
 - (2) Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a
 - (3) Creo que me veo feo/a

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

Asegúrese de contestar todos los enunciados

ANEXO D

Instrumento 2:

TEST ESTILOS DE VIDA “FANTÁSTICO”

Sexo:..... Edad:..... Fecha:.....

1. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí
 Casi siempre a veces casi nunca
2. Doy y recibo cariño
 Casi siempre a veces casi nunca
3. Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento
 Casi siempre a veces casi nunca
4. Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales
 Casi siempre a veces casi nunca
5. Realizo actividad física por 30 min
 Casi siempre a veces casi nunca
6. Camino al menos 30 min diariamente
 Casi siempre a veces casi nunca
7. Como dos porciones de frutas y tres de verduras
 Casi siempre a veces casi nunca
8. A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra, o grasas
 Casi siempre a veces casi nunca
9. Estoy pasado en mi peso ideal
 de 0 a 4 Kg de 5 a 8 Kg más de 8 Kg
10. Fumo cigarrillos
 Casi siempre a veces casi nunca
11. Cigarros fumados por día
 Ninguno de 1 a 10 más de 10
12. Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me auto medico
 Casi siempre a veces casi nunca
13. Bebo ocho vasos con agua cada día
 Casi siempre a veces casi nunca

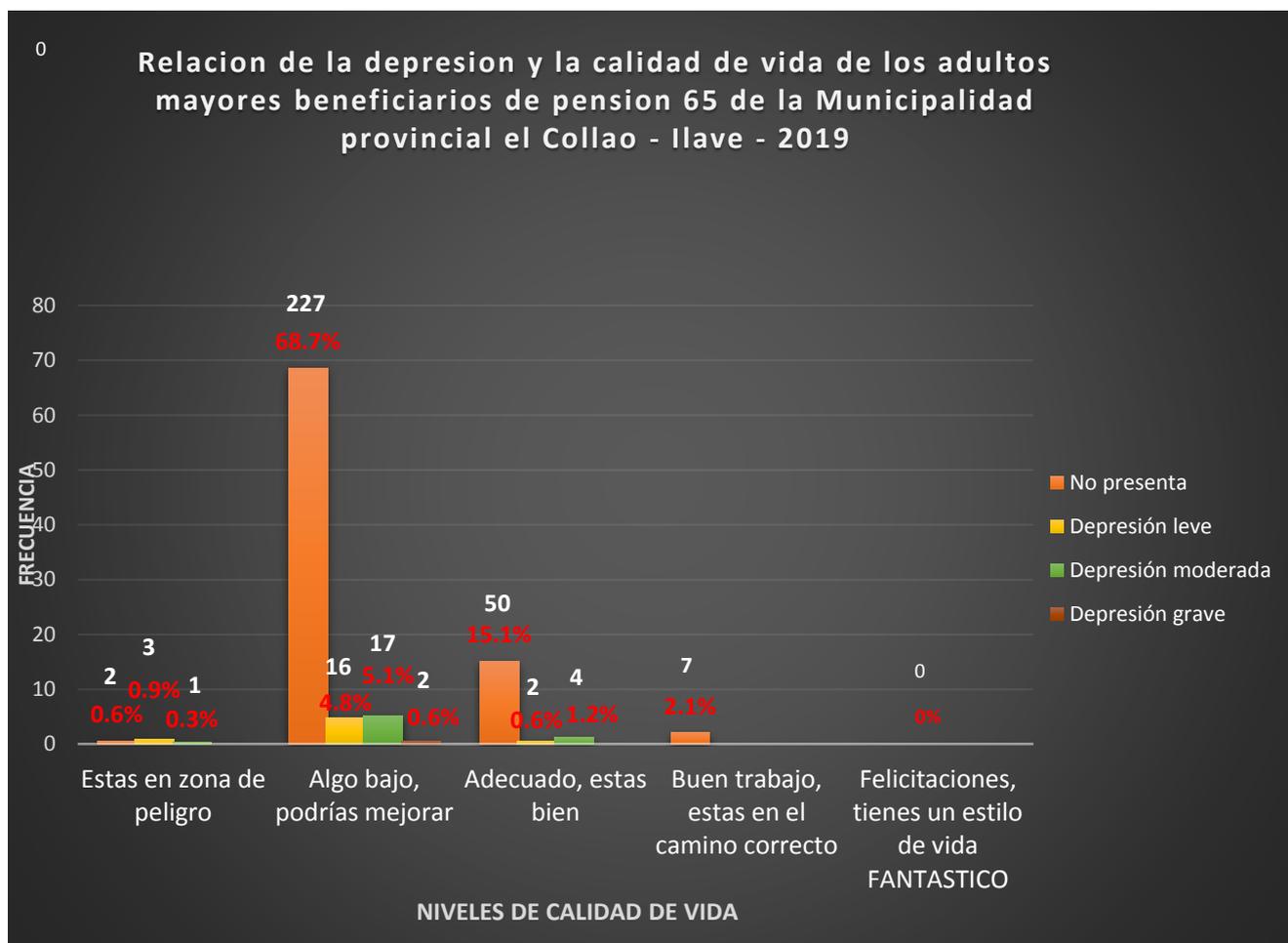
14. Bebo té, café, cola, gaseosa
 Casi siempre a veces casi nunca
15. Duermo bien y me siento descansado
 Casi siempre a veces casi nunca
16. Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida
 Casi siempre a veces casi nunca
17. Me relajo y disfruto mi tiempo libre
 Casi siempre a veces casi nunca
18. Me siento enojado o agresivo
 Casi siempre a veces casi nunca
19. Me siento contento con mi trabajo y actividades
 Casi siempre a veces casi nunca
20. Soy un pensador positivo
 Casi siempre a veces casi nunca
21. Me siento tenso o abrumado
 Casi siempre a veces casi nunca
22. Me siento deprimido o triste
 Casi siempre a veces casi nunca
23. Me realizo controles de salud en forma periódica
 Casi siempre a veces casi nunca
24. Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad
 Casi siempre a veces casi nunca
25. En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi
Pareja
 Casi siempre a veces casi nunca
26. Tengo claro el objetivo de mi vida
 Casi siempre a veces casi nunca

Gracias por su Participación

ANEXO E

FIGURA N° 1.

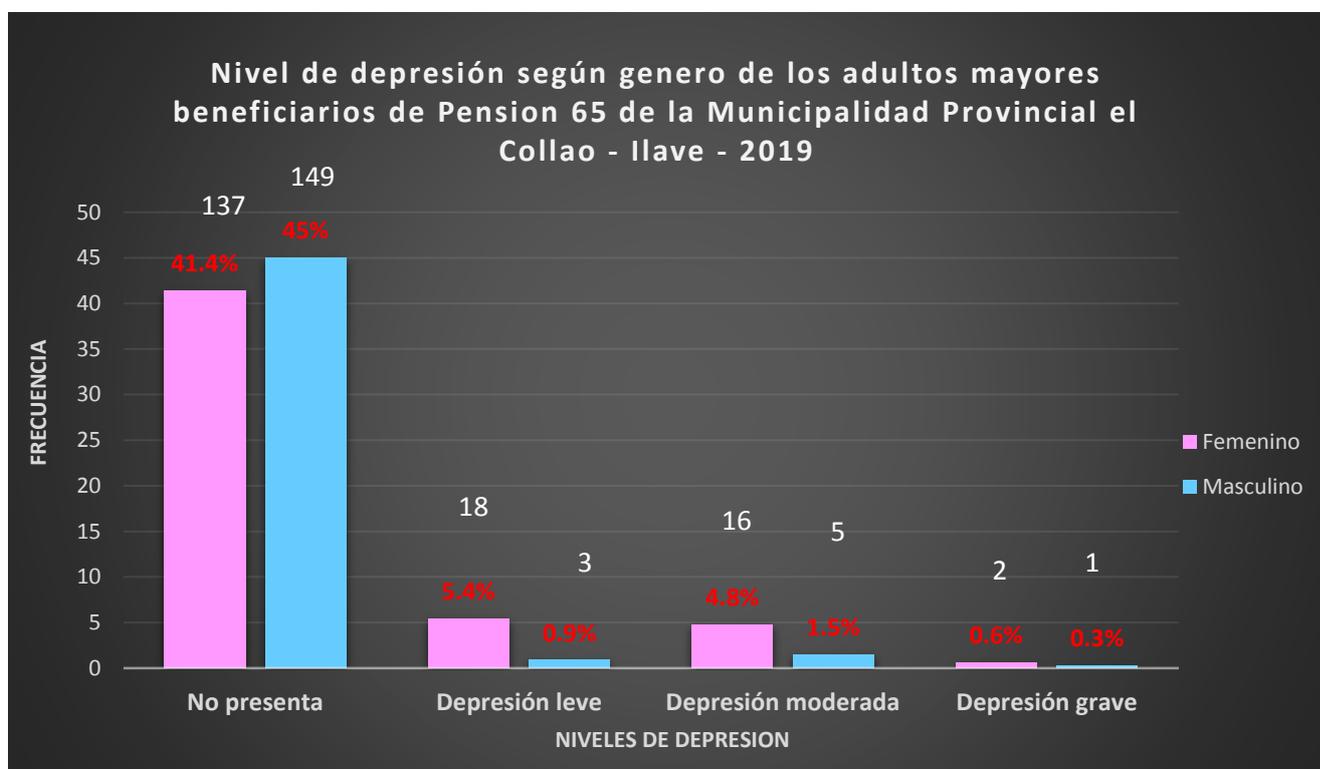
Relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave - 2019



Fuente: Elaboración Propia

FIGURA N°2.

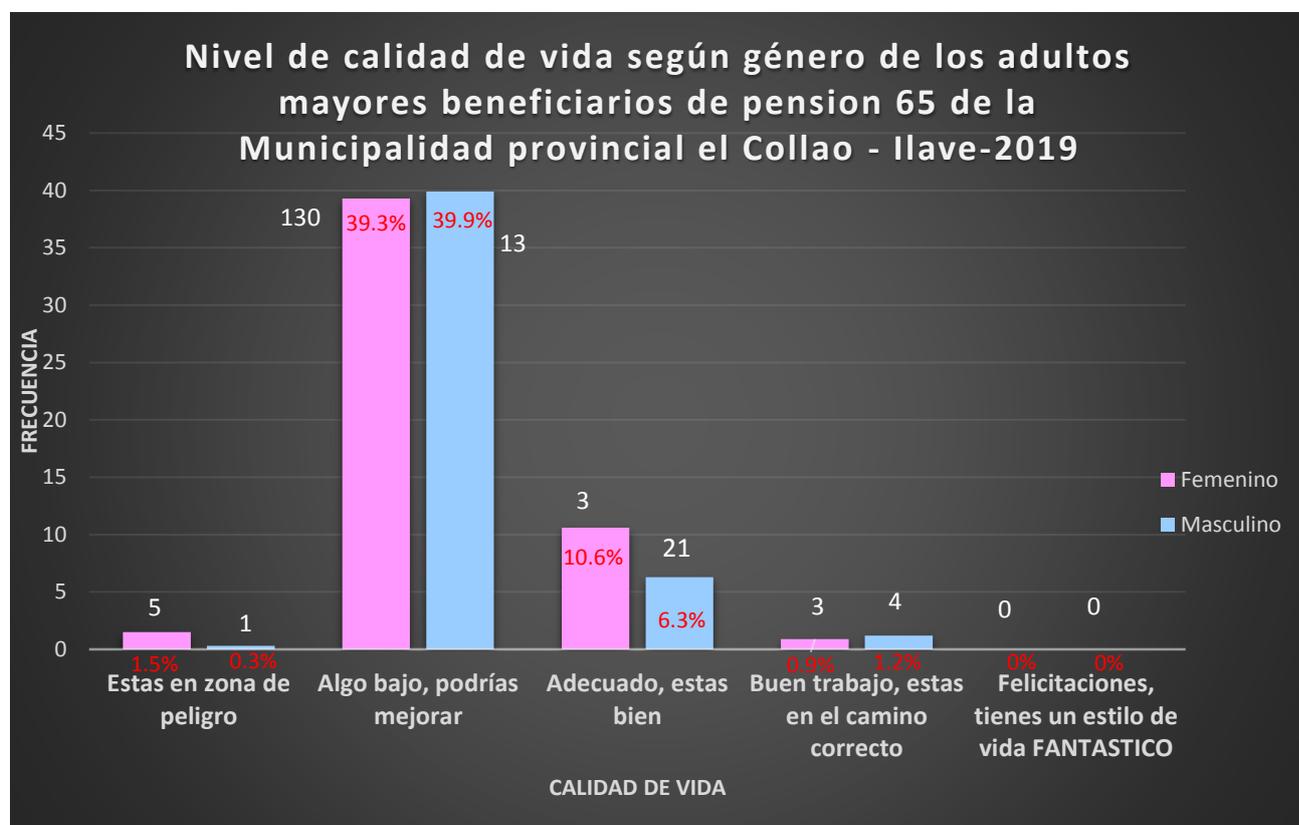
Nivel de Depresión según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave – 2019



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA N° 3

Nivel de calidad de vida según género de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial el Collao - Ilave-2019



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO F

Procesamiento de datos

Código R:

```

#### Cargar paquetes
library(tidyverse)

#### Cargar datos
load("df.Rdata")

#### Sexo

stab <- df %>%
  group_by(sexo) %>%
  summarise(n = n()) %>%
  mutate(prop = round(n/sum(n), 3),
         porc = paste0(round(n/sum(n)*100, 1), "%"))
stab

plot <- ggplot(stab, aes(x = sexo, y = n)) +
  geom_bar(stat = "identity") +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.2, size = 5) +
  geom_text(aes(label = porc), vjust=1.5, colour="tomato", size=5) +
  labs(x = "Género", y = "Frecuencia")
plot

#### Depresion

dtab <- df %>%
  group_by(d) %>%
  summarise(n = n()) %>%
  mutate(prop = round(n/sum(n), 3), porc = paste0(round(n/sum(n)*100, 1), "%"))
dtab

plot <- ggplot(dtab, aes(x = d, y = n)) +
  geom_bar(stat = "identity") +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.2, size = 5) +
  geom_text(aes(label = porc), vjust=1.5, colour="tomato", size=5) +
  labs(x = "Depresión", y = "Frecuencia")
plot

#### Fantastico

ftab <- df %>%
  group_by(f) %>%
  summarise(n = n()) %>%
  mutate(prop = round(n/sum(n), 3), porc = paste0(round(n/sum(n)*100, 1), "%"))
ftab

```

```
plot <- ggplot(ftab, aes(x = f, y = n)) +
  geom_bar(stat = "identity") +
  scale_x_discrete(drop = FALSE) +
  geom_text(aes(label = n), vjust = -0.2, size = 5) +
  geom_text(aes(label = porc), vjust=1.5, colour="tomato", size=5) +
  labs(x = "Calidad de vida", y = "Frecuencia") +
  theme(axis.text.x = element_text(angle = 5, hjust = 1))
plot
```

```
### Depresion*Sexo
```

```
dxtab <- df %>%
  group_by(sexo, d) %>%
  summarise(n = n()) %>%
  mutate(prop = round(n/331, 3),
          porc = paste0(round(prop*100, 1), "%"))
dxtab
```

```
plot <- ggplot(dxtab, aes(d, n, fill=sexo)) +
  geom_bar(stat="identity", position="dodge") +
  geom_text(aes(label = porc), vjust=1.5,
            position=position_dodge(.9), size=5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust=-0.2,
            position=position_dodge(.9), size=5) +
  labs(x = "Depresión", y = "Frecuencia", fill="Género")
plot
```

```
tabla <- with(df, table(d, sexo))
tabla
```

```
chisq.test(tabla)
fisher.test(tabla)
```

```
### Fantastico*Sexo
```

```
fxtab <- df %>%
  group_by(sexo, f) %>%
  summarise(n = n()) %>%
  mutate(prop = round(n/331, 3),
          porc = paste0(round(prop*100, 1), "%"))
fxtab
```

```
plot <- ggplot(fxtab, aes(f, n, fill=sexo)) +
  geom_bar(stat="identity", position="dodge") +
  scale_x_discrete(drop = FALSE) +
  geom_text(aes(label = porc), vjust=1.5,
            position=position_dodge(.9), size=5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust=-0.2,
```

```

    position=position_dodge(.9), size=5) +
  labs(x = "Calidad de vida", y = "Frecuencia", fill="Género") +
  theme(axis.text.x = element_text(angle = 5, hjust = 1))
plot

tabla <- with(df, table(f, sexo))
tabla

chisq.test(tabla)
fisher.test(tabla)

#### Tabla de contingencia fantastico*depression

fdtab <- df %>%
  group_by(f, d) %>%
  summarise(n = n()) %>%
  mutate(prop = round(n/331, 3),
         porc = paste0(round(prop*100, 3), "%"))
fdtab

plot <- ggplot(fdtab, aes(f, n, fill=d)) +
  geom_bar(stat="identity", position="dodge") +
  scale_x_discrete(drop = FALSE) +
  geom_text(aes(label = porc), vjust=1.5,
            position=position_dodge(.9), size=5) +
  geom_text(aes(label = n), vjust=-0.2,
            position=position_dodge(.9), size=5) +
  labs(x = "Calidad de vida", y = "Frecuencia", fill="Depresión") +
  theme(axis.text.x = element_text(angle = 5, hjust = 1))
plot

tabla <- with(df, table(f, d))
tabla
tab <- tabla[1:4, 1:4]
tab

#### Pruebas estadísticas

Xsq <- chisq.test(tab)
Xsq

fisher.test(tabla)

#### Correlaciones Dimesiones de Depresión y Calidad de vida

load("dimd.f.RData")
cor(dimd.f[, 2:4], method = c("spearman"))

plot <- ggplot(dimd.f, aes(dim.s, f, colour = Género)) +
  geom_point() +

```

```
geom_smooth(se = FALSE, method = lm) +  
labs(x = "Dimensión Somática",  
     y = "Calidad de vida (Fantástico)")  
plot
```

```
### Análisis de Correspondencia
```

```
plot(ca(tab))
```