



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE,
2021.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. JUDITH SAYDA CHURA ARO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2021



DEDICATORIA

*A Dios por ser mi guía y fortaleza y
concederme salud, por darme la oportunidad de
concretar uno de mis objetivos de vida.*

*A mis padres Lorenza y Rolando, las
personas más importantes en mi vida, quienes,
con su amor, paciencia, comprensión,
motivación y sobre todo el apoyo
incondicional que me dieron hicieron posible
mi formación profesional.*

*A mi hermano Franz quien llena de
alegrías y sonrisas todos los días para empezar
un buen día, gracias por el amor fraterno que
me brindas día a día.*

*A mi novio Osmar quien me
acompañó gran parte de mi carrera
universitaria, siempre está para escucharme y
brindarme apoyo, gracias por acompañarme
en cada momento.*

Judith Sayda



AGRADECIMIENTOS

Con eterna gratitud a mi alma mater, Universidad Nacional del Altiplano Puno, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente y haberme brindado la oportunidad de lograr esta meta.

A la Facultad de Enfermería; a toda su plana docente por impartirnos conocimientos teóricos y prácticos e incluido valores durante toda mi formación para desempeñarme como profesional, agradeceré y recordaré toda mi vida.

A mi apreciada asesora, Dra. Ángela Rosario Esteves Villanueva, por su valiosa orientación, apoyo incondicional, paciencia durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

A los miembros del jurado calificador: Dra. Frida Judith Malaga Yanqui, M.Sc. William Harold Mamani Zapana, M.Sc. Doris Charaja Jallo, por sus sugerencias y orientación que me brindaron, para la culminación del presente trabajo de investigación.

Al Jefe del Establecimiento de Salud I-3 Metropolitano de a ciudad de Ilave, y al personal de salud por las facilidades y valiosa colaboración brindada, para la realización de la presente investigación.

A los adultos mayores que participaron voluntariamente en la investigación, por su tiempo y paciencia durante la ejecución de la investigación.

Judith Sayda



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

ACRÓNIMOS

RESUMEN 12

ABSTRACT..... 13

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 18

1.1.1. Objetivo General 18

1.1.2. Objetivos específicos..... 18

1.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 18

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO..... 19

2.1.1. Depresión..... 19

2.1.2. Depresión en el adulto mayor..... 19

2.1.3. Calidad de vida 25

2.1.4. Calidad de vida e hipertensión 26

2.1.5. Adulto mayor e hipertensión arterial..... 29

2.2. MARCO CONCEPTUAL 30

2.2.1. Depresión..... 30

2.2.2. Calidad de vida 30



| | |
|---|-----------|
| 2.2.3. Adulto mayor..... | 31 |
| 2.2.4. Hipertensión arterial..... | 31 |
| 2.2.5. Cognitivo- afectivo..... | 31 |
| 2.2.6. Somático..... | 31 |
| 2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 31 |
| 2.3.1. A nivel internacional..... | 31 |
| 2.3.2. A nivel nacional..... | 32 |
| 2.3.3. A nivel local..... | 35 |
| CAPÍTULO III | |
| MATERIALES Y MÉTODOS | |
| 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 36 |
| 3.1.1. Tipo de investigación..... | 36 |
| 3.1.2. Diseño de investigación..... | 36 |
| 3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO..... | 37 |
| 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 37 |
| 3.3.1. Población..... | 37 |
| 3.3.2. Muestra..... | 37 |
| 3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN | 39 |
| 3.4.1. Variable independiente: Depresión..... | 39 |
| 3.4.2. Variable dependiente: Calidad de vida..... | 39 |
| 3.4.3. Operacionalización de variables..... | 39 |
| 3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ... | 41 |
| 3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS..... | 42 |
| 3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 43 |
| 3.7.1. Coordinación..... | 43 |



| | |
|---|-----------|
| 3.7.2. Aplicación de los instrumentos | 43 |
| 3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 44 |
| CAPÍTULO IV | |
| RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| 4.1. RESULTADOS..... | 45 |
| 4.2. DISCUSIÓN..... | 48 |
| V. CONCLUSIONES..... | 52 |
| VI. RECOMENDACIONES | 53 |
| VII. REFERENCIAS BIBLOGRÁFICAS | 54 |
| ANEXOS..... | 74 |

Área : Salud del adulto

Tema : Depresión y calidad de la vida

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 02 de setiembre, 2021.



ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1. Depresión y calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 81 |
| FIGURA 2. Depresión en su dimensión cognitivo- afectivo y calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 82 |
| FIGURA 3. Depresión en su dimensión somática y calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 83 |
| FIGURA 4. Resultados de la variable calidad de vida del adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 87 |
| FIGURA 5. Características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial respecto a edad y sexo atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 87 |
| FIGURA 6. Características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial respecto a al estado civil y sexo atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 88 |
| FIGURA 7. Resultados de la variable depresión de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 89 |
| FIGURA 8. Resultados de la depresión en su dimensión cognitivo afectivo de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 90 |



FIGURA 9. Resultados en su dimensión somática de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021..... 91



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1. Depresión y calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 45 |
| TABLA 2. Depresión en su dimensión cognitivo- afectivo y calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 46 |
| TABLA 3. Depresión en su dimensión somática y calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 47 |
| TABLA 4. Características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 84 |
| TABLA 5. Depresión en los adultos mayores con hipertensión arterial, según sus características sociodemográficas..... | 85 |
| TABLA 6. Calidad de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial, según las características sociodemográficas..... | 86 |
| TABLA 7. Resultados de la variable calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 88 |
| TABLA 8. Resultados de la variable depresión de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021 | 89 |
| TABLA 9. Resultados de la depresión en su dimensión cognitivo – afectivo de los adultos | |



| | |
|--|----|
| mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021..... | 90 |
| TABLA 10. Resultados de la depresión en su dimensión somática de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021..... | 91 |
| TABLA 11. Resultados del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) en su dimensión cognitivo-afectivo | 92 |
| TABLA 12. Resultados de BDI-II en su dimensión somática | 93 |
| TABLA 13. Resultados del Mini cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (MINICHAL) en su dimensión estado de ánimo..... | 94 |
| TABLA 14. Resultado de MINICHAL en su dimensión manifestaciones somáticas | 95 |
| TABLA 15. Resultado de la prueba de confiabilidad del instrumento BDI-II | 96 |
| TABLA 16. Resultado de la prueba de confiabilidad del instrumento MINICHAL | 97 |



ACRÓNIMOS

CVRS: Calidad de Vida Relacionada a Salud

BDI-II: Cuestionario Inventario de Depresión de Beck-II.

EPP: Equipo de Protección Personal.

EESM: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental.

f: Frecuencia

GDS: Escala de Depresión Geriátrica.

HTA: Hipertensión Arterial.

H₀: Hipótesis Nula.

H_a: Hipótesis Alternativa.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

MINICHAL: Mini Cuestionario de Calidad de vida en Hipertensión Arterial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SPSS: Statistical Package for Social Sciences.

UNA: Universidad Nacional del Altiplano.

X_c^2 : Chi calculado

X_t^2 : Chi tabulado

WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life.



RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación de la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021. Estudio de tipo de cuantitativo descriptivo de corte transversal y diseño correlacional, por muestreo probabilístico; la población estuvo conformada por 100 y la muestra por 78 adultos mayores con hipertensión arterial (HTA). La técnica fue la entrevista para ambas variables, se emplearon dos instrumentos el BDI-II y MINICHAL. Para datos fueron procesados por el software “SPSS versión 22” y para contrastar de la hipótesis se realizó a través de la prueba estadística de Chi cuadrada de Pearson. Los resultados obtenidos indican que del 78.2% de los adultos mayores con calidad de vida regular el 50% tiene depresión moderada y el 19.2% grave; asimismo del 14.1% con mala calidad de vida mala el 10.3% tiene depresión moderada y el 3.8% grave; solo el 7.7% con buena calidad de vida y el 3.8% tiene depresión leve. Concluyéndose que existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, con significancia $p\text{-valor}=0.001$.

Palabras clave: Depresión, calidad de vida, adulto mayor e hipertensión arterial.



ABSTRACT

The present research work was carried out with the objective of determining the relationship between depression and quality of life of the elderly with arterial hypertension treated in the Metropolitan Health Establishment I-3, Ilave, 2021. Study of a quantitative descriptive cut-off type cross-sectional and correlational design, by probability sampling; the population consisted of 100 and the sample of 78 older adults with arterial hypertension (HT). The technique was the interview for both variables, two instruments were used: BDI-II and MINICHAL. For data, they were processed by the software "SPSS version 22" and to contrast the hypothesis it was carried out through the statistical test of Pearson's Chi-square. The results obtained indicate that of the 78.2% of older adults with a regular quality of life, 50% have moderate depression and 19.2% severe; Likewise, of the 14.1% with a poor quality of life, 10.3% have moderate depression and 3.8% severe; only 7.7% with a good quality of life and 3.8% have mild depression. Concluding that there is a relationship between depression and quality of life of the elderly with arterial hypertension, with significance $p\text{-value} = 0.001$.

Key words: Depression, quality of life, elderly and arterial hypertension.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas mayores de 60 años está incrementando rápidamente en casi todos los países (1). Este ascenso es el resultado de las mejores condiciones de vida y avances en la ciencia y tecnología médica, pero en unos años será una población envejecida (2). Para el 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones (3), en América Latina y el Caribe crecerá en un 26% del total de la población (4). Asimismo, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales fenómenos demográficos más importantes en el mundo, Perú no es ajeno a este incremento, en el 2020 hubo más de 4 millones de personas adultas mayores que representaron el 12,7%, y se estima que en el 2050 será 8,700,000 habitantes es decir el 22% de la población total (5,6). Esta etapa se sitúa como la última de la vida del ser humano, proceso durante el cual ocurren cambios paulatinos, modificando su salud física y también el aspecto psicológico (7).

La depresión en el adulto mayor es uno de los problemas salud pública frecuentes a nivel global (15), la tasa de prevalencia de depresión es de 7.9% y en América Latina 5.8% según OMS (8). En esta misma línea, a nivel nacional Estudios Epidemiológicos de Salud Mental (EESM) en el 2020 indican que el 20% de esta población padece depresión, y con mayor prevalencia en las ciudades de Ayacucho, Puno, Pucallpa, entre otras (9,10). Algunos estudios reportan que la prevalencia de depresión es alta y los factores sociodemográficos como el sexo femenino, carecer de instrucción, edad mayor de 75 años, vivir en zona rural, ser pobre (11), tener problemas físicos e incapacidad están relacionados (12). También, el Instituto Nacional de Estadística e Informática



(INEI) señala que los adultos mayores de la provincia El Collao, viven solos o con una persona (cónyuge o pariente) de su mismo grupo etario (13). Este hecho de vivir solos genera condiciones de vulnerabilidad a padecer depresión, siendo la soledad uno de los grandes enemigos del bienestar (14).

Asimismo, la alteración cognitiva y afectiva se caracteriza por la dificultad concentrarse, incapacidad para llevar a cabo tareas habituales, pérdida de placer, pensamientos suicidas, los mismos que generan las principales causas de discapacidad (15). Asociadas al deterioro somático por los cambios en el apetito, trastorno de sueño, pérdida de energía, irritabilidad, pueden explicar en parte la menor esperanza de vida (16). Las consecuencias no atendidas son progresivas y de variable intensidad, que van desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio (17).

Por otra parte, la calidad de vida a nivel mundial, Numbeo (18) indica que los países como Suiza, Dinamarca, Finlandia, entre otros tienen un Índice de Calidad de Vida (ICV) alto, mayor a 180.27 puntos, que indica el bienestar percibido por la población respecto a la salud. Perú está ubicado en el último lugar con 81.29 puntos de ICV (19). Levis J, et al. (20) evidenció que el 83% de los adultos mayores limeños presentan calidad de vida promedio. En el departamento de Puno, Apaza M (21) y Dongo L, et al. (22) indicaron que el 66.7% perciben una mala calidad de vida y la mujer es más predisponente.

La Calidad de Vida Relacionada a Salud (CVRS) en el adulto mayor es utilizada para evaluar la repercusión e impacto que la enfermedad crónica que produce en la vida cotidiana, lo que aporta una información adicional de gran relevancia al simple diagnóstico y fundamental para la atención integral (23). También, es el mejor indicador de su estado somático y estado de emocional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones en sus actividades instrumentales de la vida diaria (preparar



comida, lavar ropa, usar el transporte, ser responsable de su medicación) (24). El riesgo de perder esta autonomía y funcionalidad es elevado, por lo que demandará atención y cuidado para llevar una calidad de vida satisfactoria (25).

Los principales problemas de salud que enfrentan los adultos mayores son las enfermedades crónicas que van deteriorando la salud con el pasar del tiempo como la HTA y está unida al trastorno psicológico como depresión que puede producir un resultado negativo en la calidad de vida (26,27), afectando el estado general y anímico; por esta razón, el inadecuado control de esta enfermedad influye directamente en el deterioro de las capacidades físicas y psicológicas (28). Dado que la prevalencia de la HTA se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento (29).

El Establecimiento de salud Metropolitano de nivel I-3, no es ajeno a la problemática en los últimos años ha ido incrementando las tasas de prevalencia de depresión e HTA en los de adultos mayores, según el registro de atención diaria en el primer semestre del 2021, se evidenció 23 casos de depresión y 35 casos de HTA en este grupo etario entre 60 a 80 años (30).

El motivo de estudio surgió del problema planteado anteriormente y de las experiencias vividas a lo largo de las practicas pre profesionales realizadas en los diferentes centros de salud de primer nivel. En la etapa de valoración de enfermería al adulto mayor con HTA, se mostraban tristes, frustrados, apáticos, pesimistas, etc., y en las visitas domiciliarias se observó un ambiente de desamparo, descuido, aislados de la sociedad, perturbados por la falta de interés de la familia en su cuidado, preocupados por su enfermedad ya que en ciertas oportunidades olvidaban tomar su medicina y fechas de control, otros lloraban repentinamente y mencionaban no tener apetito ni sueño durante días.



La investigación toma importancia porque durante la etapa de vida del adulto mayor ocurren cambios significativos en el aspecto físico y psicológico, frecuentemente va acompañado de una enfermedad crónica degenerativa como la hipertensión arterial, y cobra aún más el interés porque la presencia de depresión trae como consecuencia el deterioro cognitivo - afectivo y somático que afecta directamente la calidad de vida, por esa razón este estudio pretendió indagar sobre cómo se relaciona la depresión en sus dimensiones a la calidad de vida del adulto mayor con HTA, siendo la variable depresión y sus dimensiones que condicionen a la calidad de vida. Mediante la información obtenida se podrá realizar intervenciones de prevención, asimismo el personal de enfermería y otros profesionales de la salud ayudaran a la detección oportuna de la depresión en este grupo etario para salvaguardar la salud psicológica y física del adulto mayor. El propósito es brindar información valiosa a la comunidad científica que viene investigando en esta población.

Planteándose la siguiente interrogante: ¿Existe relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021?



1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021.

1.1.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo - afectivo y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.
- Identificar la relación entre la depresión en su dimensión somática y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.

1.2. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

a) Hipótesis alterna

- **H_a**: Existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021.

b) Hipótesis Nula

- **H₀**: No existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Depresión

Según la OMS es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (31). Es una enfermedad que debe ser tratada, puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado, si no se trata puede desencadenar deterioro cognitivo, físico y social (4).

Asimismo, es entendida como un fenómeno adaptativo, el desánimo y los síntomas asociados contribuyen al manejo de situaciones inadecuadas o potencialmente dañinas, por ejemplo, comunicando una necesidad de ayuda o actuando como señal de sumisión en conflictos sociales (32).

2.1.2. Depresión en el adulto mayor

La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros (33).

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, psicológicos y ambientales (34). Factores anatómicos tratan de explicar el daño que causa la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, corteza prefrontal, complejo amigdaliano (35,36). El hipocampo, encargado de la generación de



nuevas neuronas, del aprendizaje y la memoria (37). La corteza prefrontal sirve como el área cortical altamente responsable de la planificación motora, la organización y la regulación (38). La lesión amigdalina da lugar a una incapacidad para expresar somáticamente la respuesta autónoma correspondiente y pérdida de recuerdos emocionales (39).

Además, es un trastorno mental frecuente que se genera por el padecimiento de maltrato físico, sexual, psicológico, emocional sobre todo al abandono y falta de atención el cual influye en el desarrollo de enfermedades mentales (11).

2.1.2.1. Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor

Entre ellas tenemos:

- **Sexo:** Uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es la mujer, ya que tienen más probabilidad de vivir sola y sentir soledad, padecer enfermedades médicas dolorosas, sufrir trastornos de sueño, contar con escaso o nulo apoyo social, autoestima baja, disponer de escaso recurso económico (40).
- **Comorbilidad:** La depresión en el adulto mayor frecuentemente va acompañada de trastornos mentales y varias enfermedades crónicas (diabetes, HTA, artritis, entre otros) asimismo aumenta el riesgo de discapacidad y dependencia (41).
- **Apoyo social:** El apoyo social tanto familiar es un factor fundamental en el adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social y falta de compañerismo (42).
- **Estresores de la vida:** En el adulto mayor se evidencian altos niveles de estrés, causados por la jubilación, pérdida de las funciones físicas, enfermedad, dependencia, aislamiento familiar, de este modo se reduce



la vida social y al mismo tiempo disminuye sus capacidades motoras mentales (43).

2.1.2.2. Signos y síntomas de la depresión en los adultos mayores

En personas adultas mayores que presentan indicios de depresión, muestran las siguientes características clínicas como la preocupación, el insomnio, la apatía que es falta de emociones e interés en las cosas, la disfunción cognitiva de predominio frontal que al ser afectada ocurre una dificultad para mantener temporalmente la información disponible para su procesamiento (denominada memoria de trabajo), la reducción en la fluidez del habla, dificultad de concentración y enlentecimiento motor (44). En algunas ocasiones el seguimiento de pacientes con depresión de inicio tardío se presencia lesiones estructurales en el tejido cerebral y van desarrollando demencia (45).

2.1.2.3. Dimensiones de la depresión

Entre ellas tenemos:

a) Niveles cognitivos-afectivos:

Se refiere a las respuestas cognitivas como los pensamientos, la memoria, razonamiento, etc., y afectivas como emociones, sentimientos y estado de ánimo que forman una relación (46), esta se divide en:

- **Tristeza:** Es un estado de ánimo displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, con pensamientos rígidos y estereotipados mostrándose incapaces de valorar opciones alternativas (7).
- **Pesimismo:** Es una actitud negativa ante las situaciones de la vida cotidiana, la persona tiene la sensación de que todo le saldrá mal, es un síntoma frecuente de la depresión (47).
- **Sentimientos de culpa:** Es la emoción que siente la persona cuando ha



cometido algún acto en el que ha dañado a alguien, es decir una sensación interna que le impide seguir (48).

- **Autocrítica:** Es un examen crítico de los comportamientos y obras propias que produce una reflexión personal o hundimiento de sí mismo (49).
- **Pensamientos o deseos suicidas:** Son aquellos pensamientos que tiene un individuo referente a quitarse la vida de forma intencional y planificada, puede ir desde el deseo de morir a la realización activa de planes concretos (50).
- **Llanto:** Es una expresión emocional típicamente humana, una respuesta de todo el organismo en su complejidad fisiológica, cognitiva y socioemocional de la conducta, pero llorar más de lo normal es otro signo de una posible depresión (51).

b) Niveles somáticos:

Califica como dolencias o sensaciones que son exclusivamente físicas de la depresión como alteración del sueño (insomnio, alteraciones de apetito, disminución del deseo sexual y molestias físicas), también los eventos internos como recuerdos, pensamiento, etc. desencadena sensación de opresión de pecho (52).

- **Sentimiento de castigo:** El ser humano al sentir “conciencia de culpa” realiza un “juicio moral” el cual se basa en juzgar las acciones realizadas. En los adultos mayores es frecuente 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” (53).
- **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.



En la persona adulta mayor por los diferentes cambios físicos y psicológicos se sienten inferiores, débiles o imperfectos, originando una “baja autoestima” (54).

- **Agitación:** Es un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador, se asocia a manifestaciones de agresividad y puede acompañarse de inquietud, confusión, desorientación (55), son frecuentes en adultos mayores, sobre todo en aquellos con deterioro cognitivo (56).
- **Perdida de interés:** Por diferentes actividades o por el mundo exterior provoca una falta de esperanza por el futuro, la cual modifica negativamente la funcionalidad de la persona pudiendo desencadenar un estado de ánimo deprimido que se mantiene en el día (57).
- **Indecisión:** Es la falta de determinación ante una situación e incapacidad para decidir una problemática con dos alternativas, evidenciando inseguridad y falta de valor para escoger. Los adultos mayores con depresión disminuye la capacidad (pensar, concentrarse) (58).
- **Desvalorización:** Es 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, los prejuicios y las actitudes sociales indican indiferencia y el olvido que conlleva al desapego e implica la destrucción de la historia individual y colectiva en el adulto mayor (59).
- **Perdida de energía:** En el adulto mayor por la existencia de cambios físicos y problemas de salud como dolores óseos, dolores en las articulaciones, musculares y debilidad, provoca pérdida de energía y vigor para realizar sus actividades cotidianas (60).
- **Cambios en los hábitos de sueño:** En el adulto mayor a medida que envejece



suele notar cambios en el ciclo normal del sueño, ya que existe a un descenso en la calidad, pueden ser provocados por cambios físicos como problemas de salud, estilo de vida o por cambios psicológicos como depresión, duelo, angustia, ansiedad (61).

- **Cambios de apetito:** Pueden originarse por distintos motivos y evidenciarse con trastornos en la alimentación como una hiporexia (disminución del apetito) o una hiperfagia (comer en exceso continuamente). Es común en esta edad los cambios fisiológicos y alteraciones psiquiátricas como la depresión puede manifestarse con la disminución del apetito y la pérdida de peso (62).
- **Irritabilidad:** Es una alteración en el comportamiento del ser humano y va relacionada con episodios de agresividad, hostilidad o mal temperamento. El adulto mayor con depresión puede sufrir episodios de ira y comportamientos agresivos (golpes, gritos, patadas, empujones) o no agresivos (deambulación movimientos persistentes y repetitivos, inquietud) (63).
- **Dificultad de concentración:** La causa principal es el cansancio y estrés emocional, preocupación excesiva, cansancio y sueño deficiente (64).
- **Cansancio o fatiga:** Es la manifestación neuro-cerebral ligada al hecho de vivir en una edad donde no se recuperan energías bajo la acción del reposo con la misma facilidad a diferencia de otras etapas de la vida. El envejecimiento cerebral se expresa con un agotamiento progresivo de las capacidades intelectuales y funcionales (65).
- **Perdida de interés en el sexo:** Es más frecuente la disminución de la actividad sexual atribuida a los cambios fisiológicos en ambos géneros, pero en el adulto mayor la actividad sexual no es necesariamente de genital, sino de placer de un contacto corporal, una interacción, comunicación, así como la seguridad



emocional que recibe (66).

2.1.2.4. Valoración de la depresión

Los adultos mayores pueden experimentar diferentes grados de depresión según las características personales ya sea psicológicas y somáticas (67,68). A continuación, tenemos las siguientes:

- **No presenta depresión:** Es cuando no presentan ningún síntoma que afecte su vida cotidiana, ausencia de la enfermedad.
- **Depresión leve:** Presenta de dos a tres indicadores como bajo ánimo, llanto fácil, alteraciones del sueño, del apetito, aislamiento familiar o social, pero sigue realizando la mayoría de sus actividades sin grandes dificultades.
- **Depresión moderada:** Puede llegar a presentar varios signos y síntomas depresivos que pueden ocasionar una incapacidad general. Asociado al estado de ánimo deprimido, incapacidad de disfrutar las actividades, reducción de la energía que produce una disminución de la actividad.
- **Depresión grave:** Presentan síntomas marcados y preocupantes, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. Son frecuentes los pensamientos suicidas, alucinaciones y delirios.

2.1.3. Calidad de vida

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas. Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física, estado psicológico, nivel independencia, relaciones sociales y el entorno (69).

Así mismo, abarca los siguientes significados como la felicidad, satisfacción



de su vida y entorno, capacidad para enfrentar los problemas, plenitud, también es definida como la apreciación completa de la vida en su conjunto (70).

Por otro lado también la calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual y ocupacional que permite a la persona satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (69).

2.1.3.1. Calidad de vida del adulto mayor

Es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación) cada una contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, también la adaptación influye en su salud física, fallas de memoria y el temor, el abandono y la soledad (71).

Además, es definida como una vida satisfactoria de bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye a una buena vida; indagando sobre cómo da sentido a su propia vida (72).

2.1.4. Calidad de vida e hipertensión

La calidad de vida asociada a la ocurrencia de HTA está condicionada por factores considerados como no-modificables (herencia genética, la edad, el sexo y la etnia) y modificables, ambos repercuten de forma negativa en la calidad de vida en aspectos como estado general de salud; desempeño físico, emocional y social; dolor, vitalidad y salud mental (28).

Por otro lado, la hipertensión arterial es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo (73).



2.1.4.1. Dimensiones de calidad de vida

Entre ellas tenemos:

- a) **Estado emocional:** Se refiere a cómo percibe la persona de las cosas que le pasa y cómo se comporta ante el entorno e individualmente (74).
- **Miedo:** Es una emoción caracterizada por una sensación desagradable provocada por la percepción de un peligro, real u opuesto, presente o futuro e incluso pasado (75).
 - **Inseguridad:** Es una sensación de nerviosismo o temeridad asociado a multitud de contextos, que puede ser desencadenada por la percepción de que uno mismo es vulnerable, o inestabilidad que amenaza a la propia autoimagen, así mismo puede promover estados de timidez y aislamiento social (76).
 - **Frustración:** Es el sentimiento que se produce cuando una persona no logra alcanzar el deseo planeado para satisfacer una necesidad, ante este tipo de situaciones, la persona suele reaccionar a nivel emocional con expresiones de ira, ansiedad o disforia (77).
 - **Interacción social:** Es un intercambio voluntario y explícito de lenguaje que puede ser transmitido en mensajes entre dos a más personas (78).

b) **Manifestaciones somáticas:**

Son aquellas dolencias físicas de alguna parte del organismo como agitación, dolor de pecho, entumecimiento de alguna parte del cuerpo, palpitaciones, frecuencia al orinar, hinchazón de tobillos, sequedad de boca, etc. (79). Desde un punto subjetivo la CVRS se valora criterios del estado físico, emocional y social, refleja el grado de satisfacción con una situación personal, a nivel fisiológico, emocional y social (80).

- **Sintomatología general:** Se presenta por una afección médica, esta puede ser



lenta o rápida según la enfermedad. Los síntomas en la depresión pueden ser diferente o menos evidentes en los adultos mayores como problemas de memoria o cambios de la personalidad, dolores físicos, fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño (52).

- **Discapacidad funcional:** Es la limitación de la actividad y/o restricción en la participación social, también repercute negativamente en la funcionalidad y autonomía del adulto mayor las enfermedades crónicas, vivir solo y falta de ocupación y otros, es vulnerable a cambio fisiológicos que conduce al deterioro de las funciones del cuerpo (81).
- **Alimentación:** Es un fenómeno complejo que abarca cambios moleculares celulares, fisiológico y psicológicos, en el adulto mayor existe cambios que afectan de manera diferente, algunos se vuelven frágiles, disminuyendo la función visual, incremento de alteraciones cognitivas y trastornos del equilibrio o marcha (82).
- **Ejercicios:** Es afectada por la fragilidad, caracterizado por la disminución de fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas. Un signo alarmante es la pérdida de peso al menos 5%, baja actividad física, lenta velocidad de la marcha y debilidad muscular (83).
- **Sueño:** Es una necesidad biológica que permite restablecer las funciones físicas y psicológicas (84). En el adulto mayor el insomnio es altamente prevalente y se asociado a la disminución de la capacidad física, problemas de concentración y atención (85).
- **Respuesta sexual:** Repercute de manera importante en la calidad de vida del adulto mayor, influyendo en la sexualidad de manera negativa como por la falta de interacción, afecto e intimidad (86).



- **Usos de tiempo libre:** El adulto mayor de la actualidad ha vivido una historia donde se limitaban a seguir adelante en un intento de sobrevivencia. Ese estilo de vida se ha delimitado sin duda su realidad, ha crecido en un ambiente donde el trabajo era el único medio y fin de sus vidas ahora pudiendo resultar difícil adaptarse el tiempo libre (87).

2.1.4.2. Valoración de calidad de vida

Tenemos las siguientes:

- **Calidad de vida buena:** Es cuando el adulto mayor percibe que en la dimensión de estado ánimo y manifestaciones somáticas es adecuado, está satisfecho y se siente feliz.
- **Calidad de vida regular:** Es cuando el adulto mayor percibe que al menos una dimensión (estado de ánimo o manifestaciones somáticas) es inadecuado y se siente feliz y satisfecho, mientras que en la otra dimensión (estado de ánimo o manifestaciones somáticas) es inadecuada y no se siente feliz ni satisfecho.
- **Calidad de vida mala:** Es cuando el adulto mayor percibe que en la dimensión (estado de ánimo y manifestaciones somáticas) es inadecuado, no se siente feliz ni satisfecho (21).

2.1.5. Adulto mayor e HTA

La HTA es una enfermedad crónica, de causa múltiple que produce daño vascular e incrementa la morbilidad y mortalidad de diversas enfermedades cardiovasculares, según la OMS es causante del 45% de muertes por cardiopatías y el 80% de problemas cardiovasculares (88). De la misma manera en la población adulta mayor la hipertensión arterial es un problema salud común, el riesgo de prevalencia aumenta a casi 60-80 % en mayores de 60 a 65 años (89).

Según la fisiopatológica la presión arterial muestra un cambio progresivo



donde se observa que la presión arterial sistólica tiende a incrementar de manera continua mientras que la presión diastólica comienza a declinar, el cual contribuye a desarrollar eventos cardiovasculares a partir de los 50 años en ambos sexos (90,91).

Las paredes arteriales se endurecen con el envejecimiento, por lo que son menos elásticas y ofrecen una mayor resistencia al flujo sanguíneo, causando la necesidad de que el corazón tenga que bombear con más fuerza para mantener la circulación de la sangre donde puede provocar una angina de pecho, infarto de miocardio, etc. (92).

Además en la mujer adulta mayor cuando se inician los 50 años la menopausia aumenta la rigidez arterial en la fase posmenopáusica temprana, este aumento esta probablemente relacionado al déficit estrogénico, también pueden influir otros factores como el aumento de peso, alimentación inadecuada o el sedentarismo (93).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Depresión

Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (31).

2.2.2. Calidad de vida

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas. Se trata de un concepto muy amplio que está influido por la salud física, estado psicológico, nivel independencia, relaciones sociales y el



entorno (69).

2.2.3. Adulto mayor

Es aquella persona mayor de 60 años a más (94), tiene mayor morbilidad a padecer enfermedades especialmente crónicas tanto físicas y mentales (95).

2.2.4. Hipertensión arterial

Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de unos niveles elevados en la presión de la sangre, por encima de los requerimientos metabólicos del organismo (73).

2.2.5. Cognitivo- afectivo:

Se refiere a las respuestas cognitivas como los pensamientos, la memoria, razonamiento, etc., y afectivas como emociones, sentimientos y estado de ánimo que forman una relación (46).

2.2.6. Somático:

Califica como dolencias o sensaciones que son exclusivamente físicas de la depresión como alteración del sueño (insomnio, alteraciones de apetito, disminución del deseo sexual y molestias físicas), también los eventos internos como recuerdos, pensamiento, etc. desencadena sensación de opresión de pecho (52).

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.3.1. A nivel internacional

Poblete F, et al. su investigación tuvo como objetivo de escribir los parámetros de deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en adultos mayores activos pertenecientes a la ciudad de Valdivia en Chile. Metodología de tipo



descriptivo de corte transversal y diseño no experimental, la muestra conformada por 30 adultos mayores en el que se aplicó el test de escala de depresión geriátrica Yesavage, Minimental y calidad de vida. Los resultados indican que el 26.7% depresión leve y 56.7% está en categoría normal, en cuanto al deterioro cognitivo un 86.7% presenta déficit leve y 13,3% normal, el promedio en dimensión de calidad de vida es de 71.2% se clasifica como óptima. Concluyendo el ejercicio físico sistemático es importante en la mantención de los parámetros de deterioro cognitivo depresión y autopercepción de la calidad de vida a pesar del proceso de envejecimiento (96).

Flores M, et al. realizaron una investigación con el objetivo evaluar la ansiedad y depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida. Metodología de tipo descriptivo y diseño transversal, se evaluaron a 333 adultos mayores, se aplicó el instrumento breve de evaluación de la calidad de vida (WHOQOL-BREF) de la OMS, Los resultados muestran que el 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 17.7% evalúan como regular y el 5.7% muy mala, 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, el 67.7% de las mujeres tuvieron depresión alta, la edad fue determinante para la buena calidad de vida. Concluyéndose que los indicadores significativos asociados a la calidad de vida es el sexo y edad (59).

2.3.2. A nivel nacional

Loje R. su investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial. La metodología de tipo cuantitativo de nivel descriptivo-correlacional, la muestra conformada por 136 adultos mayores, se utilizó como instrumentos el inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida. Los resultados



evidencian que el 31.6% de adultos mayores presentan depresión leve, el 27.2% moderada, el 25% grave, con respecto a la calidad de vida el 51.4% presentan nivel medio, el 26.5% nivel alto y el 22.1% nivel bajo. Concluyendo que existe relación entre la depresión y la calidad de vida (97).

Román A. efectuó una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y depresión en el adulto mayor asistente al centro de salud. La metodología de tipo descriptivo - correlacional, la muestra conformada por 105 adultos mayores, se utilizó el instrumento de escala de SF-36 calidad de vida, y el BDI-II. Los resultados evidencian que el 78.3% considera como inadecuada su calidad de vida y el 21.7% considera tener un estilo de vida regular, el 70% presentó depresión leve, 18,3% depresión moderada, 3.3% depresión severa. Concluyendo que la calidad de vida se relaciona significativamente con el nivel de depresión (98).

Monteagudo C. realizó su investigación con el objetivo identificar la frecuencia de depresión en el adulto. La metodología de investigación fue de tipo descriptivo de campo observacional, analítico y transversal, la muestra conformada por 122 adultos mayores hombres y mujeres de 65 años a más; se utilizó el instrumento Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test de Yesayage. Los resultados muestran los adultos mayores evaluados, el 72.1% del total con depresión son mujeres, frente al 27.9% que presenta los varones y el 38.4% padecen depresión que proviene de Puno, y el 36.0% 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 (99).

Reyes J. su investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de la depresión en el adulto mayor. La metodología cuantitativa de tipo descriptivo de



corte transversal, la muestra conformada por 50 adultos mayores; se utilizó como instrumento la Escala de Yesavage. Los resultados indican del 100% de la población adulto mayor, el 54%, presenta depresión leve; 40% depresión severa. Concluyendo que la depresión del adulto mayor institucionalizado es leve, ligeramente superior a una depresión severa (100).

Herrera J. su investigación tuvo como objetivo determinar la calidad de vida del adulto mayor con HTA. La metodología de investigación fue descriptiva de corte transversal, la muestra conformada por 120, se utilizó el MINICHAL. Los resultados indican que el 77.5% presentan mejor calidad de vida y 22.5% peor calidad de vida, el 88.3% mejor nivel de salud en la dimensión estado de ánimo y 84.2% mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas. Concluyendo que los adultos mayores hipertensos a nivel global y en las dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas presentan mejor calidad de vida (101).

Badillo R, et al. (102) su estudio tuvo como objetivo identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, para orientar la planeación de estrategias de intervención educativa. La metodología de descriptivo-transversal-correlacional ejecutado en 252 adultos mayores de ambos sexos. Instrumentos utilizados Test de Yesavage y Mini-mental analizados con SPSS versión 18, mediante correlación de Spearman. Los resultados muestran al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Concluyendo que los valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron asociación en el sentido esperado.



2.3.3. A nivel local

Apaza M. su investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre la calidad de vida y la depresión en el adulto mayor. La metodología de tipo correlacional con diseño transversal; la muestra conformada por 138; se utilizó el cuestionario de Whoqol Bref para calidad de vida, y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados evidencian que el 66.7% de los adultos mayores perciben una mala calidad de vida, seguido de 32.6% con calidad de vida regular; el 65.2% presenta depresión severa, el 27.5% moderada. Concluyendo que la calidad de vida está relacionada con la depresión en el adulto mayor (21).

Dongo L & Cruz S. su investigación tuvo como objetivo determinar la relación de la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores. La metodología de tipo descriptivo-correlacional y diseño no experimental de corte transversal; la muestra fue de 331 de distintas zonas (lago, media, alta y urbana), se utilizó como instrumentos el BDI-II para depresión y el test estilos de vida “Fantástico” para calidad de vida. Los resultados evidencian que el 86.4% no presentan depresión, 6.3% leve, 6.3% moderada; con respecto a la calidad de vida el 79.2% se encuentra en algo bajo, el 16.9% se clasifica en adecuado. Concluyendo 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 (22).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

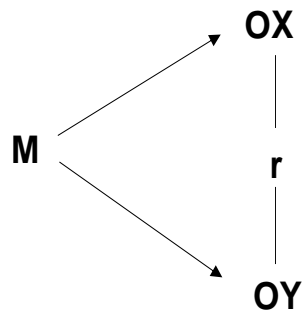
3.1.1. Tipo de investigación

Es de tipo cuantitativo descriptivo porque permitió cuantificar y describir las variables (103), y corte transversal porque se recolectaron datos en un solo momento (104).

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño es correlacional, porque pretende conocer la relación entre las dos variables en un contexto particular (105).

Se representa a través del siguiente diagrama:



Donde:

M : Es la muestra del estudio (adultos mayores con hipertensión arterial)

OX : Representa a la variable (depresión)

OY : Representa a la variable (calidad de vida)

r : Simboliza la correlación entre ambas variables



3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Establecimiento de Salud Metropolitano de nivel I-3 de la provincia de El Collao, distrito de Ilave, capital de la gran nación aimara, del departamento Puno. Se encuentra ubicado en el Jr. 28 de Julio con Jr. Zepita donde ofrece atención al público (106). Asimismo, la provincia El Collao 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).

Los adultos mayores con HTA que acceden al Establecimiento de Salud Metropolitano de nivel I-3, sus edades oscilan entre 60 a 85 años, en su mayoría son de sexo femenino, procedentes de la misma ciudad y algunas zonas rurales cercanas a la jurisdicción.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo conformada por 100 adultos mayores de ambos sexos diagnosticados con hipertensión arterial y son atendidos en el establecimiento de salud Metropolitano Ilave (107).

3.3.2. Muestra

La muestra fue constituida por 78 adultos mayores con HTA. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, aleatorio simple, aplicando la fórmula de la población finita, con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95% (108).

Mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{100 * (1.96 * 1.96) * 0.5 * 0.5}{(0.05 * 0.05) * (100 - 1) + (1.96 * 1.96)0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{385 * 0.25}{0.2475 + 0.96}$$

$$n = 78$$

Donde:

N : Tamaño de la población= 100

E : Margen de Error del 5% E= 0.05

Z_{1- α} : Nivel de confianza 95%= 1.96

p : Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (p=0,5)

q : Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado (q=1- p=0,5)

a) Criterios selección

Fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión.

a. Inclusión

- Adultos mayores con HTA atendidos en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave.
- Adultos mayores que acepten participar voluntariamente en la investigación y firmen o usen su huella digital para el consentimiento informado.

b. Exclusión

- Adultos mayores con problemas auditivos y habla.
- Adultos mayores con alteraciones mentales.



3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

3.4.1. Variable independiente: Depresión

Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (31).

a) Dimensiones:

1. Cognitivo – afectivo
2. Somática

3.4.2. Variable dependiente: Calidad de vida

Es la percepción que tiene una persona de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y sobre todo en relación con sus propios objetivos, expectativas en el que influye su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y del entorno (109), entre ellas tenemos:

b) Dimensiones:

1. Estado emocional
2. Manifestaciones somáticas

3.4.3. Operacionalización de variables

Matriz de operacionalización de ambas variables

| VARIABLES | DIMENSIÓN | INDICADORES | ÍNDICE |
|--|----------------------|-----------------------|----------------|
| Variable Independiente: Depresión: Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la | Cognitiva - afectiva | Tristeza | 0 – 13 = No |
| | | Pesimismo | presenta |
| | | Fracaso | depresión |
| | | Pérdida de placer | 14 – 19 = |
| | | Sentimientos de culpa | Depresión leve |
| | | Autocritica | 20 – 28 = |
| | | Pensamientos o deseos | Depresión |



| | | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <p>presencia de tristeza, pérdida de interés, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (31).</p> | | suicidas | moderada | |
| | | Llanto | | 29 – 63 = |
| | Somáticas | | Sentimientos de castigo | Depresión grave |
| | | | Disconformidad con uno mismo | |
| | | | Agitación | |
| | | | Pérdida de interés | |
| | | | Indecisión | |
| | | | Desvalorización | |
| | | | Pérdida de energía | |
| | | | Cambios en los hábitos de sueño | |
| | | | Irritabilidad | |
| | | | Cambios de apetito | |
| | | | Dificultad de concentración | |
| | | | Cansancio o fatiga | |
| | Pérdida de interés en el sexo | | | |
| <p>Variable Dependiente: Calidad de vida: Es la percepción que tiene una persona de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y sistema de valores en</p> | Estado emocional | Sentimientos de tristeza | 0 – 16= Buena calidad de vida | |
| | | | | Sentimientos de miedo |
| | | | | Inseguridad |
| | | | | Frustración |
| | Manifestaciones somáticas | | Interacciones sociales | 17 – 32= Regular calidad de vida |
| | | | Sintomatología general | 33 – 48= Mala calidad de vida |
| | | | Discapacidad funcional | |
| | | | Alimentación | |



| | |
|---|-----------------------|
| los que vive y sobre todo en relación con sus propios objetivos, expectativas en el que influye su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y del entorno (109). | Ejercicios |
| | Sueño |
| | Respuesta sexual |
| | Usos del tiempo libre |

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A) Para el logro del primer objetivo se utilizó la técnica entrevista y el instrumento fue:

El Inventario de Depresión de BECK-II (BDI-II) el cual está compuesto por 21 ítems, las respuestas se obtienen en una escala Likert que mide la intensidad y frecuencia de los síntomas y signos de la depresión, se codifican de 0 a 3.

Asimismo, valora la dimensión cognitivo-afectivo que está constituida por los ítems (1,2,3,4,5,8,9,10) y el rango de puntuaciones va de 0 a 24 puntos; la dimensión somática por los ítems (6,7,11,12,13,14,15,16,17,18,19, 20, 21) y su puntuación va 0 a 39 puntos. La calificación total se adquiere mediante la suma de ambas dimensiones y se interpreta según la valoración de la depresión: (Anexo C)

- 0 - 13 = No presenta depresión
- 14-19 = Depresión leve
- 20-28 = Depresión moderada
- 29-63 = Depresión grave (110).

B) Para la variable calidad de vida la técnica utilizada es la entrevista y el instrumento fue: El Mini Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (MINICHAL), que está integrado por 16 ítems divididos en dos dimensiones, y las posibilidades de



respuesta se codifican en escala Likert: 0 (No, en absoluto), 1 (si, poco), 2 (si, bastante), 3 (sí, mucho). Además, la valoración de la dimensión estado de ánimo va de 0 (mejor nivel) a 30 (peor nivel) obtenidas de los diez primeros ítems; la dimensión manifestaciones somáticas el rango de puntaje va de 0 (mejor nivel) a 18 (peor nivel) adquiridas por seis últimos ítems. El resultado final se obtiene mediante la suma de todos los ítems y se interpreta según la valoración de calidad de vida (111). (Anexo D)

- 0 – 16: Buena calidad de vida
- 17 – 32: Regular calidad de vida
- 33– 48: Mala calidad de vida.

3.6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

A) Validez

Para la variable independiente, el instrumento BDI-II, fue creado por Sanz J & Vázquez C. en España (112). Validado por Vega J, et al. en Perú, con una consistencia interna por coeficiente alfa de Cronbach = 0.88 (113). Asimismo, para la variable dependiente, el MINICHAL fue validado por Roca C (114), en España en el 2002. El MINICHAL se realizó con el objetivo de mejorar su aplicabilidad y factibilidad en la práctica habitual y presenta una confiabilidad en función al coeficiente alfa de Cronbach = 0,82 y 0,75 (115).

B) Confiabilidad de los instrumentos

Se sometió a una prueba piloto en una población similar al estudio, conformado por 20 adultos mayores con hipertensión arterial del Establecimiento de Salud Maquercota, obteniendo una confiabilidad en función al coeficiente alfa de Cronbach de 0.85 para el instrumento BDI-II y 0.90 para el instrumento MINICHAL asimismo no hubo observaciones de los ítems por lo



que no fue necesario modificar las preguntas. (Anexo J)

C) Consideraciones éticas

Antes de iniciar con la recolección de datos, se dio a conocer el tema de estudio para la obtención del consentimiento libre e informado, guardando la confidencialidad de la información. (Anexo B)

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.7.1. Coordinación

- Se solicitó a decanatura de la Facultad de Enfermería la carta de presentación dirigido al Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave.
- Se presentó el documento al jefe del establecimiento de salud, quién autorizó la ejecución del trabajo de investigación.
- Se presentó la autorización al personal de salud encargado de la estrategia de enfermedades no transmisibles, para que me facilite el registro de atención diaria de adultos mayores con HTA.
- Mediante el registro brindado se coordinó con algunos adultos mayores por vía telefónica para que accedan al control mensual, también se realizó visitas domiciliarias a adultos mayores con problemas de movilidad y distancia cumpliendo protocolos de bioseguridad en el marco Covid19.

3.7.2. Aplicación de los instrumentos

- Para conformar la muestra se aplicó la técnica aleatoria simple que consistió en elegir por sorteo mediante el registro de adultos mayores con HTA.
- Se ejecutó durante un mes y dos días, la investigadora estuvo en el establecimiento de salud a las 7:45 a.m. con su material de bioseguridad y Equipo de Protección Personal (EPP).



- Se inició con la presentación personal con cada adulto mayor, seguidamente se dio lectura al consentimiento informado y una vez obtenida se concluye con la firma y/o huella digital. (Anexo B)
- Para aplicar los instrumentos se optó en realizar antes o después de la atención médica, y en las visitas domiciliarias se hizo previa coordinación por vía telefónica con los familiares del adulto mayor.
- La entrevista tuvo una duración de 20 a 30 minutos. Además, algunas preguntas se adecuaron de forma verbal al idioma aimara con el fin de un mejor entendimiento por el/la entrevistado (a).

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para ello se desarrolló los siguientes pasos:

- Se digito la información que se obtuvo de los instrumentos aplicados al programa Excel de Microsoft.
- Se procedió a elaborar una base de datos haciendo el uso de programa “SPSS versión 22” un software libre que permite análisis estadísticos.
- Con los datos obtenidos se elaboraron tablas de doble entrada, teniendo en cuenta los objetivos, también se agregó figuras.
- Seguidamente se interpretó los resultados obtenidos de cada objetivo.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 1:

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021

| | | DEPRESIÓN | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|--------------|--|
| CALIDAD DE VIDA | No presenta | | Leve | | Moderada | | Grave | | Total | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % | |
| Buena | 3 | 3.8 | 3 | 3.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 7.7 | |
| Regular | 0 | 0.0 | 7 | 9.0 | 39 | 50.0 | 15 | 19.2 | 61 | 78.2 | |
| Mala | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 8 | 10.3 | 3 | 3.8 | 11 | 14.1 | |
| Total | 3 | 3.8 | 10 | 12.8 | 47 | 60.3 | 18 | 23.1 | 78 | 100.0 | |

Chi-cuadrado de Pearson:

Donde: $X_c^2 = 49,531$ es mayor a $X_t^2 = 32,543$

Sig. p valor= 0.001

Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II y MINICHAL.

La tabla muestra que del 78.2% de los adultos mayores con calidad de vida regular el 50% tiene depresión moderada; asimismo del 14.1% con mala calidad de vida el 10.3% tiene depresión moderada.

Según la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson, se acepta la hipótesis alterna y rechaza la hipótesis nula, demostrando que existe relación.

TABLA N° 2:

**DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN COGNITIVO- AFECTIVO Y CALIDAD
DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-
3, ILAVE, 2021**

| | | COGNITIVA- AFECTIVA | | | | | | | |
|--------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|--------------|--|
| CALIDAD DE VIDA | No presenta | | Leve | | Moderado | | Total | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | |
| Buena | 6 | 7.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 6 | 7.7 | |
| Regular | 20 | 25.6 | 37 | 47.4 | 4 | 5.1 | 61 | 78.2 | |
| Mala | 1 | 1.3 | 9 | 11.5 | 1 | 1.3 | 11 | 14.1 | |
| Total | 27 | 34.6 | 46 | 59.0 | 5 | 6.4 | 78 | 100.0 | |

Chi-cuadrado de Pearson:

Donde: $X_c^2 = 52,546$ es mayor a $X_t^2 = 33,441$

Sig. p valor= 0.001

Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II.

La tabla muestra que del 78.2% de los adultos mayores con calidad de vida regular el 47.4% tiene depresión leve; asimismo del 14.1% con mala calidad de vida el 11.5% tiene depresión leve.

De acuerdo a la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson se demostró que existe relación.

TABLA N° 3:**DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN SOMÁTICA Y CALIDAD DE VIDA EN
LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS
EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021**

| | | SOMÁTICA | | | | | | | |
|--------------------|-------------|----------|------|-------|----------|-------|-------|--------|--|
| CALIDAD DE VIDA | No presenta | | Leve | | Moderado | | Total | | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | |
| Buena | 2 | 2.6% | 4 | 5.1% | 0 | 0.0% | 6 | 7.7% | |
| Regular | 0 | 0.0% | 49 | 62.8% | 12 | 15.4% | 61 | 78.2% | |
| Mala | 0 | 0.0% | 10 | 12.8% | 1 | 1.3% | 11 | 14.1% | |
| Total | 2 | 2.6% | 63 | 80.8% | 13 | 16.7% | 78 | 100.0% | |

Chi-cuadrado de Pearson:Donde: $\chi^2_c = 28,867$ es mayor a $\chi^2_t = 21,189$

Sig. p valor= 0.001

Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II.

La tabla muestra que del 78.2% de los adultos mayores con calidad de vida regular el 62.8% tiene depresión leve; asimismo del 14.1% con mala calidad de vida y el 12.8% tiene depresión leve.

Conforme a la prueba estadística de chi cuadrado de Pearson se demostró que existe relación.



4.2. DISCUSIÓN

La depresión en el adulto mayor es un problema de salud pública (15), que altera el estado de ánimo y evita la ejecución de actividades diarias, las consecuencias no atendidas son progresivas y de variable intensidad, que va desde la alteración cognitiva, afectiva y somática hasta el deterioro de la calidad de vida (17).

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la prueba estadística chi cuadrada de Pearson se encontró significancia de $p\text{-valor} = 0.001$, que demuestra la existencia de relación entre la depresión y calidad de vida en los adultos mayores con HTA; similar a los hallazgos de Loje R (97), Román A (98) y Apaza M (21) quienes encontraron relación de la depresión y calidad de vida del adulto mayor. En base a estos resultados podríamos denotar que la depresión repercute en la calidad de vida del adulto mayor.

Además, se evidencia que la mayoría de adultos mayores con HTA tienen depresión moderada y regular calidad de vida. Entonces se puede inferir que la depresión moderada dispone a una calidad de vida de regular; por el contrario, si la depresión es leve, la calidad de vida será buena. Datos que se asemejan a Loje R (97) quien evidenció depresión leve y calidad de vida de nivel medio, también una depresión grave y calidad de vida de nivel bajo. Sin embargo, difiere con Apaza M (21) quien halló mala calidad de vida y depresión severa, y Monteagudo C (99) identificó una inadecuada calidad de vida y depresión leve. Los hallazgos encontrados por Dongo L & Cruz S (22) indican que la población no presenta depresión y tienen calidad de vida algo bajo. Estos resultados pueden diferir porque los adultos mayores de esta investigación tienen una enfermedad crónica, diagnosticada en particular, contrario a los anteriores estudios que fueron seleccionados de manera general, también puede deberse al entorno familiar y social en el cual vive el adulto mayor o al distinto instrumento utilizado para



su medición.

En cuanto a las características sociodemográficas (Anexo F), el sexo femenino, viudos (as) y edades comprendidas entre 75 a 84 años mostraron mayor nivel depresión con una calidad de vida regular. Parecidos a Monteagudo C (99) y Dongo L & Cruz S (22) donde el sexo femenino mostró mayor nivel depresión que el sexo masculino, y es más predisponente a una calidad de vida mala. Entonces el hecho de ser mujer, ser viuda (o) y estar entre las edades de 75 a 84 años implica mayor susceptibilidad a presentar depresión y tener calidad de vida regular; el adulto mayor que ha enviudado puede percibir un ambiente de soledad cuyos vínculos sociales se ven mermados por la muerte y la lejanía de familiares y amigos afectando su estado emocional.

La literatura indica que la depresión en los adultos mayores confluye los factores psicosociales como la pobreza, soledad, poco soporte socio familiar, enfermedades físicas y discapacidad (116). Factores anatómicos tratan de explicar el daño que causa la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, corteza prefrontal, complejo amigdaliano (35,36). Las consecuencias no atendidas lleva al deterioro cognitivo, afectivo y somático (17). También puede dirigir al aislamiento, desinterés en la ejecución de sus actividades de la vida diaria (117). Además, la mujer tiene más probabilidad a vivir sola, padecer enfermedades médicas dolorosas, sufrir trastornos de sueño y contar con escaso apoyo social (40). En la perimenopausia aumenta el riesgo de recurrencia de depresión (118). Asimismo, la depresión constante o de inicio tardío ocasiona lesiones estructurales en el tejido cerebral y van desarrollando demencia (45).

Con respecto, a la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y calidad de vida, se encontró relación positiva con $p\text{-valor}=0.001$. Similar a Badillo D, et al. (102) que identificaron correlación entre la depresión y función cognitiva. Además, en los resultados obtenidos la gran parte de los adultos mayores con HTA presenta depresión



leve y regular calidad de vida. Mientras difiere con Poblete F, et al. (96) y Flores M, et al. (59) quienes evidenciaron déficit leve del deterioro cognitivo y calidad de vida óptima. Badillo R, et al. (102) encontró función cognitiva íntegra en más de la mitad de su población. Entonces la depresión leve establece claramente una calidad de vida regular, sobresaliendo por su frecuencia la tristeza, pesimismo, llanto y pérdida de placer (Anexo H).

La disminución en el rendimiento cognitivo podría ser explicada por la presencia de sintomatología depresiva aguda, especialmente por la reducción en los tiempos de reacción, memoria y funcionamiento ejecutivo (16). Además, es un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y la posterior conversión a demencia, especialmente la de tipo Alzheimer (119). Si bien es cierto, la tristeza es un estado de ánimo displacentero motivado por alguna adversidad de la vida (7) pero también afecta el estado somático, comprometiendo a los pulmones, porque una persona triste deja caer la columna vertebral sobre ella, y acompañado de un bloqueo del diafragma y músculo de la respiración, dando lugar a una respiración agitada, superficial, entrecortada y muchas veces el propio organismo intenta equilibrar la respiración mediante suspiros (120). El pesimismo se rige a una actitud negativa, el adulto mayor tiene la sensación de que todo le saldrá mal (47), los músculos se tensan causando dolor de cabeza, cuello, migrañas y rigidez en los hombros (121). Mientras el llanto, es una respuesta emocional a una situación de sufrimiento, pero al ser frecuente y constante es un fenómeno psicopatológico (122) y la pérdida de placer en la realización de actividades diarias es un signo claro de depresión (60).

En relación, a la depresión en su dimensión somática y calidad de vida, se encontró que existe relación positiva $p\text{-valor}=0.001$. Donde la gran parte presenta depresión leve y regular calidad de vida; por consiguiente, la depresión leve establece una calidad de vida



regular, primordialmente por la pérdida de interés en el sexo, pérdida de energía, irritabilidad, cambios en los hábitos de sueño y desvalorización (Anexo H). Resultado que difiere con Herrera J (101) quien concluyo mejor nivel de salud en la dimensión manifestaciones somáticas de los adultos mayores con HTA. Hallazgos que pueden atribuirse directamente a la sintomatología que manifiestan los adultos mayores como sentirse tristes, bajos de ánimo, deprimidos, también a síntomas físicos como dolores, cansancio, fatiga, pérdida de apetito, etc. asimismo a la carencia de apoyo familiar ya que este actúa como catalizador de los problemas físicos y psicológicos que enfrenta el adulto mayor.

Por otro lado, la pérdida de interés en el sexo en el adulto mayor se debe a cambios fisiológicos en ambos sexos, pero la actividad sexual no es necesariamente genital, sino es más del contacto corporal, de una interacción, comunicación y seguridad emocional que recibe (66). La pérdida de energía se presenta a la existencia de cambios físicos y problemas de salud como dolores en las articulaciones musculares y debilidad, lo que provoca disminución de vigor al realizar sus actividades (60). La irritabilidad se da en episodios de ira puede ser de tipo agresivo y no agresivos como (deambulación movimientos persistentes y repetitivos e inquietud) frecuentes en la depresión (63). También, alteración en los hábitos de sueño, provocando más sueño por las mañanas que por las noches (61). Otro aspecto no menos importante es la desvalorización que se debe una percepción de inferioridad de sí mismo respecto a su entorno (59).



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: Según la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson p -valor=0.001, se demostró que existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave aceptando la hipótesis alterna y rechazando la nula.

SEGUNDA: En cuanto a la depresión en su dimensión cognitivo – afectivo y la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, existe relación con una significancia de p -valor=0, 001.

TERCERA: Referente a la depresión en su dimensión somática y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, se identificó que existe relación con una significancia de p -valor=0, 001.



VI. RECOMENDACIONES

A LA ENFERMERA RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA CRÓNICO DEGENERATIVO - COMPONENTE HTA, DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE

- Identificar durante la entrevista de enfermería en el adulto mayor síntomas de depresión como tristeza, llanto, pesimismo, pérdida de placer y alteración en los hábitos de sueño y derivar al área de psicología con la finalidad de prevenir cuadros depresivos.
- Buscar estrategias de afrontamiento que puedan mejorar la calidad de vida como el ejercicio físico, buena alimentación, meditación, baile, etc.
- Implementar talleres de interacción social que permitan el diálogo de saberes, experiencias, entre otras, para estimular la actividad cognitiva.
- Sensibilizar a la familia del adulto mayor para que genere condiciones dignas, saludables y buena calidad de vida a través del acompañamiento y afecto, para garantizar el bienestar físico y emocional.

A LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Realizar intervenciones de enfermería en los adultos mayores que presentan indicios de alteración somática y cognitivo- afectivo.

A LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Realizar estudios cualitativos sobre la depresión en su dimensión cognitivo-afectivo y somático en los adultos mayores que presentan hipertensión arterial.
- Desarrollar estudios longitudinales para identificar el declive cognitivos-afectivo en el adulto mayor en establecimientos de salud de primer nivel.
- Efectuar estudios de cuasi-experimentales en adultos mayores con regular y mala calidad de vida.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Repercusión mundial del envejecimiento en la Salud [Internet]. OMS. 2007. [citado el 23 de agosto del 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html> R
2. Salud C. América Latina en 2025 crecerá en un 26% población adulto mayor. Noticia [Internet]. 2021; p. 1-3 [citado el 23 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/america-latina-en-2025-crecera-en-un-26-poblacion-adulto-mayor/>
3. OMS. Envejecimiento [Internet]. 2017. p. 1-2. [citado el 23 de agosto del 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
4. Arango N, Satanpini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2018. p. 5-10 [citado el 24 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú tiene más de cuatro millones de adultos mayores. Andina [Internet]. 2020; p. 1-3. [citado el 20 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-inei-peru-tiene-mas-cuatro-millones-adultos-mayores-811396.aspx>
6. Cáceres J. Hipertensión arterial y estilos de vida a nivel regional [Internet]. Universidad Nacional mayor de San Marcos; 2014. [citado el 20 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323346204.pdf>



7. Martínez A. Depresión. Colección de tesis digitales [Internet]. 2008; p.11-2. [citado el 20 de setiembre del 2020] Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo_4.html
8. OMS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2017. p. 11-7. [citado el 22 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
9. Ministerio de salud. Lineamientos de política sectorial en Salud mental. Bibl Nac del Perú [Internet]. 2018; p. 17-20. [citado el 20 de setiembre del 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
10. Ministerio de salud. Plan de salud mental Perú, 2020-2021 en el contexto covid19. Documento Técnico [Internet]. 2020; p. 20-1. [citado el 28 de setiembre del 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
11. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa L. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev Fac Med Hum. 2019;19(4):47-52.
12. Paz V. Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de Lima metropolitana y Callao. An Salud Ment [Internet]. 2010;26(1):30-5. [citado el 28 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-648152>
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población por grupos quintiles de edad [Internet]. Perú; 2018. [citado el 22 de setiembre del 2020]. Disponible en:



- https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1577/Libro01.pdf
14. Palacios A. La soledad en el adulto mayor [Internet]. FIAPAM. 2016. p. 1-3. [citado el 29 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://fiapam.org/la-soledad-en-el-adulto-mayor/>
 15. Tipos de depresión [Internet]. Portal de Salud. 2021. p. 1-3. [citado el 2 de octubre del 2020] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/tipos-depresion>
 16. González P, Buonanotte F, Cáceres M. Deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al Constructo. *Neurol Arg.* 2015;1(7):51-8.
 17. Organización Mundial de la Salud. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [Internet]. 2010. [citado el 23 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/15v1rcW>
 18. Índice de Calidad de Vida por País 2021 Mitad de año [Internet]. NUMBEO. 2021. p. 1-4. [citado el 25 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://es.numbeo.com/calidad-de-vida/clasificaciones-por-país>
 19. RPP. Perú ocupa el puesto 77 en el ranking de calidad de vida, uno de los más bajos a nivel mundial. Noticia [Internet]. 2021; p. 1-3. [citado el 21 de octubre del 2020] Disponible en: <https://rpp.pe/economia/economia/peru-ocupa-el-puesto-77-en-el-ranking-de-calidad-de-vida-uno-de-los-mas-bajos-a-nivel-mundial-noticia-1347149>



20. Levis J, Castillo F, Villa E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. *Rev Investig Univ.* 2015;4(2):57-63.
21. Apaza M. Calidad de vida y depresión en asistentes al Centro integral de atención al Adulto mayor, Puno, 2017 [Internet]. Repositorio Institucional; 2017. [citado el 20 de diciembre del 2020]. Disponible en: [http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11022#:~:text=Se obtuvieron los siguientes resultados,el 7.3%25 no presentan depresión.](http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/11022#:~:text=Se%20obtuvieron%20los%20siguientes%20resultados,el%207.3%25%20no%20presentan%20depresion.)
22. Dongo L, Cruz S. Depresión y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios de pensión 65 de la Municipalidad provincial El Collao [Internet]. Repositorio Institucional UNAP; 2019. [citado el 10 de setiembre del 2020] Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/12968>
23. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. 1ra ed. Jarpyo, editor. Madrid; 2000. 19-33 p.
24. Jiménez B, Baillet L, Ávalos F, Campos L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Elsevier [Internet]. 2016;23(4):129-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X>
25. Tamez B, Ribeiro M. El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar. *Rev Latinoam Estud Fam.* 2012;4:11-30.
26. Crespo J. Determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar. 2011:1-2. [citado el 5 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>



27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [Internet]. Vol. 2, Informe técnico. 2018. p. 1-8. [citado el 26 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
28. Machado G, Pierin A. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. Acta paul enferm [Internet]. 2005;18(3):269-5. [citado el 13 de octubre del 2020]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002005000300007&script=sci_abstract&tlng=pt
29. Planeación integral en salud. formulación de los Planes Territoriales de Salud con acciones en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles de acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
30. Establecimiento de salud Metropolitano I-3. Registro de Atención diaria. 2011-2021.
31. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. OMS. 2017. p. 15-2. [citado el 26 de julio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/#:~:text=Qué es la depresión,durante al menos dos semanas.>
32. Nessen R. Is depression an adaptation? Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2000;57(1):14-7. [citado el 13 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10632228/>
33. Klung G, Lacruz M, Emeny R. Aging without depression: a cross sectional study.



- Psychodyn Psychiatry. 2014;42(1):5-22.
34. Mitjams M, Arias B. La genética de la depresión:¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? Actas Esp Psiquiatr. 2012;40(2):70-83.
 35. Taki Y, Kinomura S, Awata S. Male elderly subthreshold depression patients have smaller volume of medial part of prefrontal cortex and precentral gyrus compared with age-matched normal subjects: a voxel-based. J Affect Disord. 2005;88(3):313-20.
 36. Zhou H, Li R, Ma Z, Rossi S, Zhu X, Li J. Smaller gray matter volume of hippocampus/parahippocampus in elderly people with subthreshold depression: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2016;16:219.
 37. Los efectos de la depresión en el cerebro [Internet]. Instituto Clínico. 2020. p. 1-3. [citado el 25 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://psiquefunciona.com/los-efectos-de-la-depresion-en-el-cerebro/>
 38. Áreas y funciones cerebrales V: Corteza Prefrontal Dorsolateral [Internet]. NEPSA. 2016. [citado el 28 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://nepesa.es/areas-y-funciones-cerebrales-v-corteza-prefrontal-dorsolateral/#:~:text=La corteza prefrontal dorsolateral sirve,la función y acción intelectual.>
 39. Ledo M, Giménez J, Llamas A. El complejo amigdalino humano y su implicación en los trastornos psiquiátricos. An Sist Sanit Navar. 2007;30(1):61-5.
 40. Lorenzo T, Maseda A, Millán J. La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al hábitat.



- Biblioteca Digital del SID [Internet]. 1° ed. España; 2008. p. 29-53. [citado el 23 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://sid.usal.es/version-imprimir/libros/discapacidad/22020/8-1/la-dependencia-en-las-personas-mayores-necesidades-percibidas-y-modelo-de-intervencion-de-acuerdo-al-genero-y>
41. Drid D. Principles og Geratric Medicine and Geontology. MD Bibliogr [Internet]. 2003;20:481-3. [citado el 20 de julio del 2020]. Disponible en: https://journals.lww.com/shockjournal/fulltext/2003/11000/principles_of_geriatric_medicine_and_gerontology,.16.aspx
42. Acuña A. Apoyo social en la vejez [Internet]. Grupo Retiro. Madrid; 2015. p. 1-2. Disponible en: <https://www.gruporetiro.com/blog/apoyo-social-en-la-vejez/>
43. Buitrago L, Cordon L, Cortes R. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condicion de abandono [Internet]. Rev. Asociación Latinoamericana. 2006. p. 10-3. [citado el 23 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://integracion-academica.org/anteriores/27-volumen-6-numero-17-2018/203-niveles-de-ansiedad-y-estres-en-adultos-mayores-en-condicion-de-abandono-familiar>
44. Kolb B, Whishaw I. Neuropsicología Humana, lóbulos frontales: funciones cognitivas [Internet]. 5°. Madrid; 2014. p. 763 [citado el 16 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/lobulos-frontales-funciones>
45. González J, Váldez M, Iglesias S, García M, Gonzáles D. La depresión en el Anciano. Rev N Punto [Internet]. 2018;1(8). [citado el 20 de julio del 2020]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>



46. Gorostegui M, Dörr A, Bascuñan M. Procesos cognitivos. Psicología general y evolutiva. 2008; p. 36-42.
47. Fierens H. La tristeza contemporanea [Internet]. 1.^a ed. Biblioteca de la Universidad de Sevilla. Madrid, 2000; p. 20-4. [citado el 21 de setiembre del 2020]. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-tristeza-contemporanea--ensayo-sobre-las-grandes-corrientes-morales-e-intelectuales-del-siglo-xix/>
48. Ruiz J. Vergüenza y culpa [Internet]. Psicoterapia y formacion. 2015; p. 10-3. Disponible en: <https://www.formacionib.org/articulosverguenza.pdf>
49. De Rosa L, Dalla A. Perfeccionismo y autocrítica: consideraciones clínicas. Rev Argentina Clínic Psicológ [Internet]. 2012;21(3):209-15. [citado el 20 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281929021003.pdf>
50. Castellero O. Pensamientos suicidas: causas, síntomas y terapia. Psicología y mente [Internet]. 2013. p. 22-3. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/pensamientos-suicidas>
51. Majluf A. LLanto del Adulto. Rev Psicol PUCP [Internet]. 1998;16(2):15-3. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/7376>
52. Depresión, trastorno depresivo mayor [Internet]. Clinic org. 2018; p. 1-3. [citado el 29 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
53. Juárez S. Culpa y castigo. Revistas y Boletines Científicos [Internet]. 2004; p. 10-3. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa4/n4/e18.html>



54. Fernandez V. Vergüenza profunda. Dialnet [Internet]. 2000;25:203-5. [citado el 13 de junio del 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=621832>
55. Álvarez M, Gómez C. Funcionamiento familiar, actividad de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Rev agamfec [Internet]. 2018;24(1):40-9. [citado el 13 de junio del 2020]. Disponible en: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2018/12/24-1-ORIXINAIS_1.pdf
56. Gómez I. Agitación psicomotriz en pacientes anciano. Rev Psiquiatr [Internet]. 2014;10-2. [citado el 3 de julio del 2020]. Disponible en: <https://udocentepsiquiou.wordpress.com/2014/12/17/agitacion-psicomotriz-en-paciente-anciano/>
57. Baena A, Sandobal M, Urbinas C. Los trastornos del estado de ánimo. Repositorio Institucional UNAM [Internet]. 2005;6(11):3-6. [citado el 23 de junio del 2020] Disponible en: <https://www.ru.tic.unam.mx/handle/123456789/997>
58. Lacub R, Sabatini B. Psicología de la mediana edad y vejez. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional [Internet]. 2015; p. 17-28. [citado el 13 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>
59. Flores M, Cervantes G, Gonzalez G. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Rev Psicol [Internet]. 2012;4(1):649-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154971.pdf>
60. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Fatiga



- y pérdida de vigor. Guía de diagnóstico y manejo [Internet]. 2016; p. 280-3. [citado el 12 de junio del 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia16.pdf>
61. Trastornos del sueño en ancianos [Internet]. Biblioteca Nacional de Salud de los EE.UU. 2017. p. 1-3. [citado el 25 de junio del 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000064.htm>
62. Chavez D. Anorexia y desnutrición en el adulto mayor. Rev Soc Perú Med. Interna [Internet]. 2011;24(2):71-9. [citado el 3 de julio del 2020]. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rspmi/v24n2/a4.pdf>
63. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alteraciones del comportamiento [Internet]. OMS. 2006; p. 1-3. [citado el 15 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/38/es/#:~:text=R%3A Un trastorno mental o,interferencia con las funciones personales.>
64. Garcia A. Problemas de concentración [Internet]. Salud Cerebro y Neurociencia. 2017. p. 25-7. [citado el 13 de julio del 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/36074522/Problemas_de_concentración_Qué_son_síntomas_causas_y_11_consejos
65. Guevara A. El cansancio persistente en personas de la Tercera edad: La Geriastenia [Internet]. Ecuador; 2004. p. 1-3. [citado el 13 de junio del 2020]. Disponible en: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/cansancio_persistente_geriasteni
66. Esguerra I. Sexualidad después de los 60 años. Av enferm [Internet].



- 2007;25(2):124-9. [citado el 13 de julio del 2020]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v25n2/v25n2a12.pdf>
67. Universidad Nacional Cayetano Heredia, Dirección Gneral de Promoción de la Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. La depresión. Ministerio de Salud [Internet]. 2005;6:50-7. [citado el 3 de junio del 2020]. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
68. Unidad de atención médica. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto [Internet]. Guía de Práctica. 2009. p. 16-7. [citado el 8 de octubre del 2020]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
69. Maldonado I. Calidad en la atención del adulto mayor en Medicina familiar. Rev Med del Inst Mex. 2000;38(2):125-9.
70. Veenhoven R. Calidad de vida y felicidad: No es exactamente lo mismo. Rev Antropología Experimental de salud y calidad de vida [Internet]. 1998;336-10. Disponible en: <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub2000s/2001e-fulls.htm>
71. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med [Internet]. 2007;3(68):284-7. [citado el 15 de julio del 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
72. O'Shea E. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Universidad Nacional de Irlanda [Internet]. 2003; p. 60-2. [citado el 28 de junio del 2020]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/mejoradecalidad.pdf>



73. Vinaccia S, Montoya J, Quiceno Á, Gómez L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. Univ San Buenaventura [Internet]. 2007;3:20-2. [citado el 5 de julio del 2020]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-
74. Thayer R. El estado de ánimo [Internet]. Asociación de mentes abiertas. New York; 2001. p. 1-3. Disponible en: <https://www.mentesabiertas.org/trastornos-del-estado-de-animo/depresion/bipolar/tratamiento-psicologico/psicologos/terapia-adultos-infantil/asociacion-psicologia-madrid>
75. De La Torre J. Fisiología del miedo [Internet]. Mi Superación Personal. 2020. p. 1-3. [citado el 29 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://misuperacionpersonal.com/fisiologia-del-miedo-y-la-ansiedad/>
76. La revista. Inseguridad emocional. La revista el universo [Internet]. 2013; p. 10-3. [citado el 20 de julio del 2020]. Disponible en: <http://www.larevista.ec/orientacion/psicologia/inseguridad-emocional>
77. Kamenetzky G, Cuenya L, Elgier A, López F. Respuestas de frustración en humano. Inst Investig Médicas [Internet]. 2009;27(2):191-8. [citado el 13 de junio del 2020]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200005#:~:text=Amsel define la frustración o,magnitud \(Amsel%2C 1992\).](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200005#:~:text=Amsel define la frustración o,magnitud (Amsel%2C 1992).)
78. Rodríguez A. Interacción social [Internet]. 2020. p. 1-4. [citado el 23 de julio del 2020]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/interaccion-social/#:~:text=Una interacción social o interacción,de manera implícita o explícita.>



79. Perales C, Duschek S, Reyes del Paso G. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. Rev Soc Española Nefrol [Internet]. 2015;36(3):276-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-69952016000300009
80. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud. Cienc enferm [Internet]. 2003;9(2):9-14. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002
81. Mejia M, Rivera P, Urbina M, Alger J. Discapacidad en el adulto mayor. Rev Méd Honduras [Internet]. 2014;82(4):168-9. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2014/pdf/Vol82-4-2014-9.pdf>
82. Ministerio de salud. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. Horiz Med [Internet]. 2016;17(3):58-64. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010#:~:text=Sobre la particularidad de la,consumo de agua \(47\)](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010#:~:text=Sobre la particularidad de la,consumo de agua (47)).
83. Ministerio de salud. Alerta con la fragilidad en el adulto mayor. Noticias Minsa [Internet]. 2016. p. 1-2. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14834-minsa-alerta-con-la-fragilidad-en-el-adulto-mayor>
84. Instituto del sueño. ¿Qué es el Sueño? [Internet]. Instituto del sueño. Madrid; 2019. p. 25-4. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.iis.es/que-es>



como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/

85. D'hyver C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Departamento de Geriátrica, Facultad de Medicina, UNAM [Internet]. 2018;61(1):10-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
86. Guadarrama R, Ortiz Z, Moreno C, González P. Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida. Rev Esp Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2010;15(2):72-9. [citado el 23 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?>
87. Montorio I, Pérez G. Jubilación y tiempo libre en la vejez. Universidad de Salamanca [Internet]. 2006;40-5. [citado el 20 de setiembre del 2020]. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/9.pdf>
88. Organización Mundial de la Salud: una enfermedad que mata en silencio una crisis de salud pública. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Technical Documents. 2013. p. 8-14.
89. De la Caridad V, Romero M, Arteaga M, Castillo A. Suicidio en el adulto mayor. Rev Hab Med [Internet]. 2012;11(5):699-8. [citado el 29 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2012/hcms125q.pdf>
90. Aronow W. Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation. 2011;(123):2434-506.
91. Chobanian A. Isolated Systolic Hypertension in the Eldery. N Engl J Med.



2007;(357):789-96.

92. Sanitas. Hipertensión arterial en personas mayores [Internet]. Biblioteca de Salud. 2020. p. 10-4. [citado el 3 de junio del 2020]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/cardiologia/problemas-corazon/sin012203wr.html>
93. La Universidad en Internet. Hipertensión Arterial [Internet]. Super Cuidadores. 2021. p. 2-3. [citado el 13 de junio del 2020]. Disponible en: <https://cuidadores.unir.net/informacion/enfermedades/raras/299-quien-puede-padecer-de-hipertension#:~:text=Con la edad%2C se incrementa,alimentación inadecuada o el sedentarismo.>
94. Dionne M. Centro de recreación para adultos mayores [Internet]. Colección de Tesis Digitales. Biblioteca UDLAP; 2004. [citado el 23 de julio del 2020]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/
95. Programa regional de caritas a favor de las personas adultas mayores (PRAM). Envejecimiento con dignidad y derechos. Desafío caritas [Internet]. 2012;13-8. [citado el 23 de noviembre del 2020]. Disponible en: https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/dignidad_y_derechos.pdf
96. Poblete F, Marus C, Díaz E, Vidal P, Ayala M. Depresión, Cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. Rev Ciencias la Act Física UCM [Internet]. 2015;16(2):71-7. [citado el 29 de noviembre del 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/289250168_Depresion_Cognicion_y_C



alidad_de_Vida_en_Adultos_Mayores_Activos

97. Loje R. Depresión y calidad de vida en usuarios del centro de salud del adulto mayor de la red asistencial [Internet]. Repositorio Institucional; 2018. [citado el 2 de junio del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/5970>
98. Román Á. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor que asiste al centro de salud I-4 Santa Julia. Repositorio Institucional [Internet]. 2017. [citado el 29 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/8168>
99. Monteagudo C. Depresión en el adulto mayor club del adulto mayor Hunter mesa de concentración, Arequipa, 2017 [Internet]. Repositorio UCSM; 2017. [citado el 14 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/6306/70.2213.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
100. Reyes J. Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es Amor [Internet]. Repositorio UPSJB; 2016. [citado el 23 de octubre del 2020]. Disponible en: [http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE Jenifer Rosario Reyes Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE_Jenifer_Rosario_Reyes_Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
101. Herrera J. Calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial Essalud - distrito de Chota, 2017 [Internet]. Repositorio UNC; 2017. [citado el 23 de octubre del 2020] Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/3504>



102. Badillo D, Aguilar M, Martínez L, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Univ* [Internet]. 2013;10(2):36-42. [citado el 23 de agosto del 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v10n2/v10n2a2.pdf>
103. Hernández R. *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. Macgraw H, editor. Mexico; 2014. 128-30 p.
104. *Metodología de la investigación* [Internet]. Técnicas de estudio. 2018. [citado el 13 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.tecnicas-de-estudio.org/investigacion/investigacion38.htm>
105. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la investigación*. 1ra ed. Mc Graw-Hill, editor. México; 2018. 154-8 p.
106. Gerencia de desarrollo urbano rural. Plano general ciudad de Ilave. Repositorio UNAP [Internet]. 2018;10-5. [citado el 23 de junio del 2020]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4282/PLANO_URBANO_DE_LA_CIUDDAD_DE_ILAVE.pdf?sequence=20&isAllowed=y
107. Oficina de Estadística e Informática- Red El collao. *Enfermedades no transmisibles: hipertensión arterial*. Puno; 2020-2021
108. Instituto Tecnológico de Chihuahua. *Pruebas Chi-cuadrada* [Internet]. Instituto Tecnológico de Chihuahua. 2003. Disponible en: <http://www.itchihuahua.edu.mx/academic/industrial/estadistica1/toc.html>
109. Rodríguez A. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medicoquir* [Internet]. 2012;4(1):245-7. [citado el 23 de noviembre del



- 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/imq-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>
110. Beck A, Steer R, Brown G. Evaluación del inventario BDI-II. Consejo general de colegios oficiales de Psicólogos [Internet]. 2011;3-4. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
111. Guarín G, Pinilla A. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, D.C. 2013-2014. Rev Fac Med [Internet]. 2016;64(4):654-5. [citado el 13 de julio del 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112016000400651&script=>
112. Sanz J, Perdígón A, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Redalyc Clínic Salud [Internet]. 2003;14(3):249-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
113. Vega J, Coronado O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2014;77(4):95-103. [citado el 23 de noviembre del 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000200006&script=sci_abstract
114. Dalfó A, Badia X, Roca A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Elsevier [Internet]. 2002;29:116-21. [citado el 23 de julio del 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230#:~:text=El>
Cuestionario de Calidad de, CVRS y las variables clínicas.



115. Badia X, Roca A, Dalfó A, et al. Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther* [Internet]. 2002;12(21):37-9. [citado el 8 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12581551/>
116. Guerra M. Principios de la Geriatria y Gerontología. Depresión en el adulto mayor. 1ra ed. Varela L, editor. Lima; 2003. 350 p.
117. Ávila J, Melano E, Payette H, et al. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2007;49(5):367-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500007
118. Kessler R, McGonagle K, Swartz M, Blazer D, Nelson C. Sex and depression in the National Comorbidity survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* [Internet]. 1993;29(2-3):85-96. [citado el 13 de julio del 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8300981/#:~:text=Consistent with previous research%2C women,12-month depression than men.>
119. Diniz B, Butters M, Albert S, Dew M, Reynolds C. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):329-35.
120. Blazer D, Burchett B, Service C, George L. The association of age and depression among the elderly: : an epidemiologic exploration. *J Gerontol*. 1991;46:210-5.
121. Suh T, Gallo J. Symptom profiles of depression among general medical service



users compared with specialty mental health service users. *Psychol Med.*
1997;27:1051-63.

122. Alegría M. Llanto del adulto. *Rev Psicol.* 1998;14(2):199-203.



ANEXOS

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA INVESTIGACIÓN

| Depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021. | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|---|
| ENUNCIADO DEL PROBLEMA | OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | HIPOTESIS | VARIABLES ES INDICADORES | TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO | POBLACION Y MUESTRA | TECNICA Y INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| ¿Existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021? | <p>a. Objetivo general Determinar la relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021.</p> <p>b. Objetivos específicos - Identificar la relación entre la depresión en su dimensión cognitivo- afectivo y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial. - Identificar la relación entre la depresión en su dimensión somática y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial.</p> | <p>a. Hipótesis alterna Existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el establecimiento de salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021.</p> <p>b. Hipótesis Nula No existe relación entre la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el establecimiento de salud Metropolitano I-3, Ilave, 2021.</p> | <p>a. variable independiente La depresión Indicadores: -Cognitiva-afectiva -Somática b. variable dependiente calidad de vida Indicadores: -Estado de ánimo -Manifestaciones somáticas.</p> | <p>a. Tipo Cuantitativo descriptivo b. Diseño Correlacional</p> | <p>a. Población El estudio estuvo conformado por 100 adultos mayores con hipertensión arterial entre mujeres y varones atendidos en el establecimiento de salud Metropolitano I-3, Ilave b. Muestra Se empleará de tipo probabilístico por muestreo aleatorio simple, conformado por 78 adultos mayores</p> | <p>a. Técnica - Se utilizó la entrevista b. Instrumento - Inventario de depresión de BECK-II (BDI-II) - Mimi Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (MINICHAL).</p> |



ANEXO B



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO



FACULTAD DE ENFERMERIA

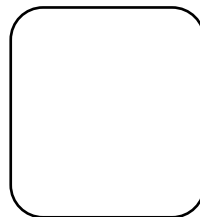
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Por medio del presente documento expreso mi voluntad, Yo.....acepto en participar en la investigación titulada: “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021. Realizado por la Bachiller Chura Aro, Judith Sayda de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. Que tiene como objetivo determinar la relación de la depresión y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial. Luego de haber conocido y comprendido en su totalidad la información sobre dicha investigación entiendo que:

- Mi participación es totalmente voluntaria.
- Se guardará estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos de la colaboración en el estudio.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable a mi persona y salud.
- No hare ningún gasto ni recibiré alguna colaboración en el estudio.
- Puedo solicitar más información actualiza en el transcurso de la investigación a la investigadora responsable.
- Puedo pedir ayuda en la lectura de este documento para mi participación.

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.



HUELLA DIGITAL

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

.....

FIRMA DE LA INVESTIGADORA



ANEXO C

INSTRUMENTO N° 01

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI - II)

Edad: Sexo: Femenino () Masculino () Estado civil:.....

INSTRUCCIONES: Escuche atentamente a la investigadora para el llenado del presente cuestionario y se marcara con un **ASPA(X)**

- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor? ¿cómo se ha sentido durante esta última semana, incluyendo el día de hoy?

| | | |
|----------|---|--|
| 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 está 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 |



ANEXO D

INSTRUMENTO N° 02

MINI CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN

ARTERIAL (MINICHAL)

Edad:Sexo: Femenino () Masculino () Estado civil:

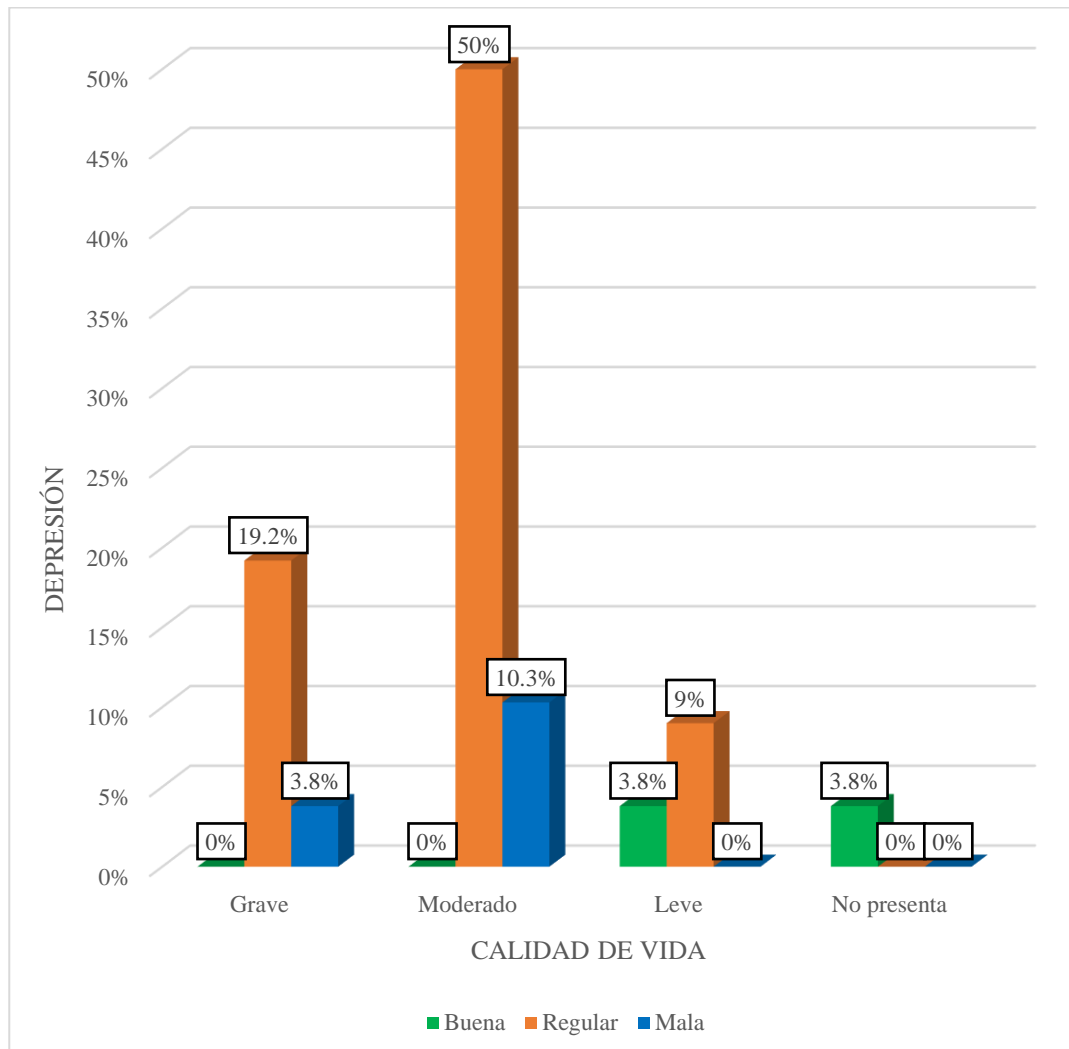
INSTRUCCIONES: Escuche atentamente a la investigadora para el llenado del presente cuestionario y se marcara con un **ASPA(X)**

- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor? ¿cómo se ha sentido durante esta última semana, incluyendo el día de hoy?

| N° | Pregunta | No, en absoluto | Si, algo | Si, bastante | Sí, mucho |
|----|--|-----------------|----------|--------------|-----------|
| 1 | ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño? | | | | |
| 2 | ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales? | | | | |
| 3 | ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente? | | | | |
| 4 | ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida? | | | | |
| 5 | ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas? | | | | |
| 6 | ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? | | | | |
| 7 | ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua? | | | | |
| 8 | ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día? | | | | |
| 9 | ¿Se ha sentido agotado (a) y sin fuerzas? | | | | |
| 10 | ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo (a)? | | | | |
| 11 | ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente? | | | | |
| 12 | ¿Se le han hinchado los tobillos? | | | | |
| 13 | ¿Ha notado que orina más a menudo? | | | | |
| 14 | ¿Ha notado sequedad de boca? | | | | |
| 15 | ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo? | | | | |
| 16 | ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo? | | | | |

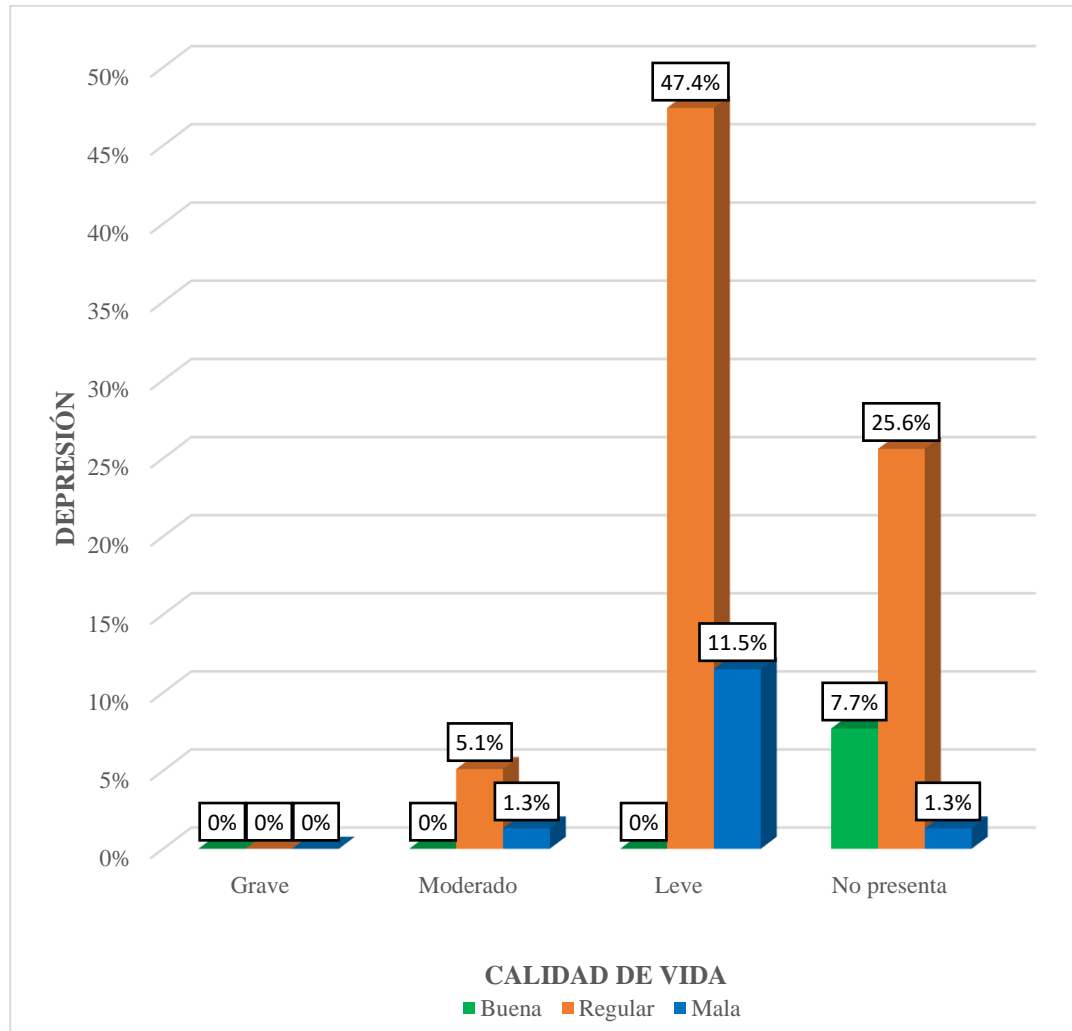
ANEXO E

FIGURA N° 1: DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



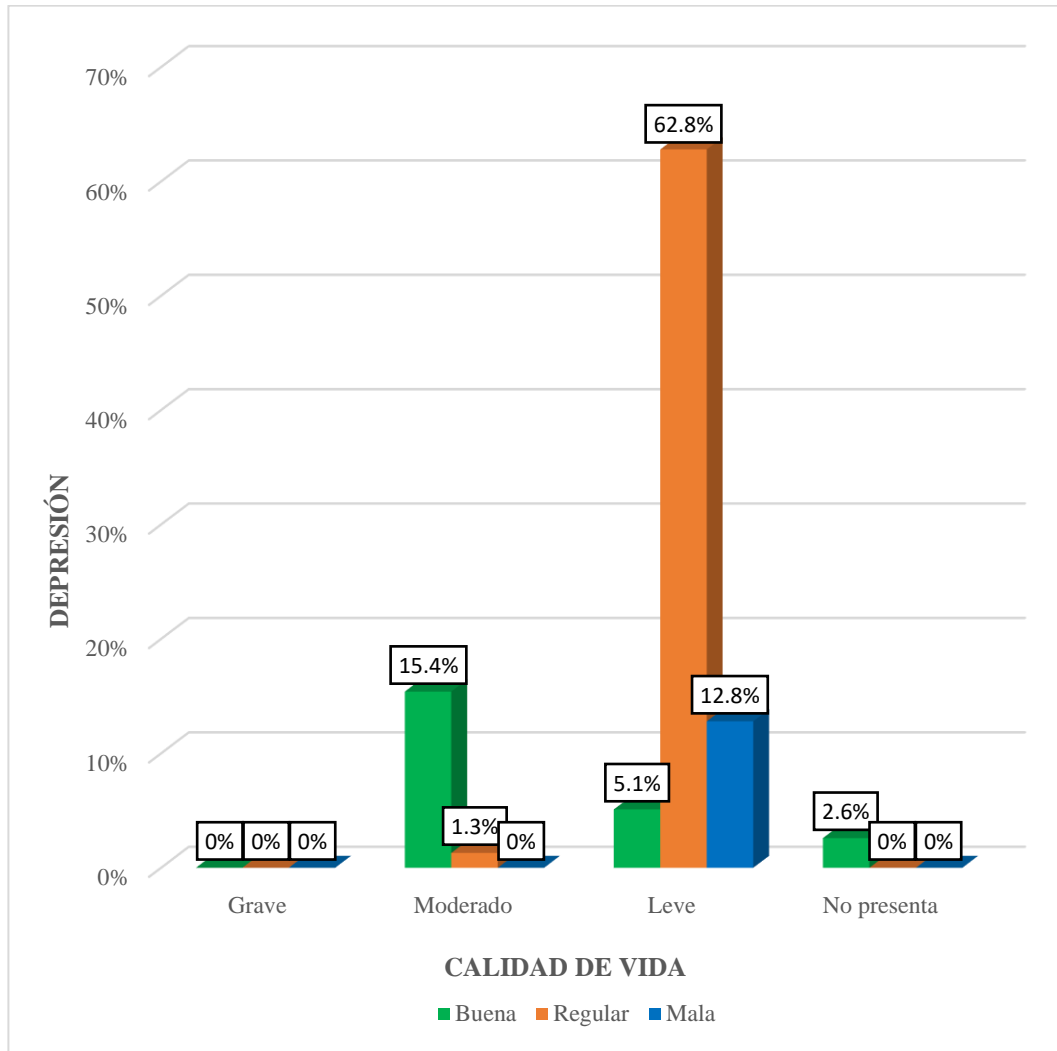
Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II y MINICHAL.

FIGURA N° 2: DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN COGNITIVO-AFECTIVO Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II y MINICHAL.

FIGURA N° 3: DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN SOMÁTICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II y MINICHAL.

ANEXO F

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 4: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021

| Descripción | | SEXO | | | | | |
|---------------------|---------|----------|------|-----------|------|-------|-------|
| | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | f | % | f | % | f | % |
| Edad | 60-74 | 16 | 20.5 | 18 | 23.1 | 34 | 43.6 |
| | 75-84 | 21 | 26.9 | 16 | 20.5 | 37 | 47.4 |
| | 85-99 | 5 | 6.4 | 2 | 2.6 | 7 | 9.0 |
| Estado Civil | Casados | 15 | 19.2 | 24 | 30.8 | 39 | 50.0 |
| | Viudos | 27 | 34.6 | 12 | 15.4 | 39 | 50.0 |
| Totales | | 42 | 53.8 | 36 | 46.2 | 78 | 100.0 |

Fuente: Base de datos de la investigación.

La tabla muestra las características sociodemográficas del adulto mayor con hipertensión arterial, donde el 53,8% fue del género femenino y 46,2 % masculino, según la edad el 47,4% se encontraba entre 75 y 84 años, 43,6% entre 60 y 74 años, y sólo el 9% entre 85 y 99 años. Así mismo el 50% fue casado y 50% viudo.

TABLA N° 5: DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

| | | DEPRESIÓN | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|-------------|-----|------|------|----------|------|-------|------|-------|-------|
| | | No presenta | | Leve | | Moderada | | Grave | | Total | |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Edad | 60-74 | 3 | 3.8 | 8 | 10.3 | 21 | 26.9 | 2 | 2.6 | 34 | 43.6 |
| | 75-84 | 0 | 0.0 | 2 | 2.6 | 23 | 29.5 | 12 | 15.4 | 37 | 47.4 |
| | 85-99 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 3.8 | 4 | 5.1 | 7 | 9.0 |
| Sexo | Femenino | 1 | 1.3 | 6 | 7.7 | 25 | 32.1 | 10 | 12.8 | 42 | 53.8 |
| | Masculino | 2 | 2.6 | 4 | 5.1 | 22 | 28.2 | 8 | 10.3 | 36 | 46.2 |
| Estado Civil | Casado | 3 | 3.8 | 9 | 11.5 | 20 | 25.6 | 7 | 9.0 | 39 | 50.0 |
| | Viudo | 0 | 0.0 | 1 | 1.3 | 27 | 34.6 | 11 | 14.1 | 39 | 50.0 |
| Total | | 3 | 3.8 | 1 | 12.8 | 47 | 60.3 | 18 | 23.1 | 78 | 100.0 |
| | | | | 0 | | | | | | | |

Fuente: Base de datos de la investigación.

En la tabla muestra que el 29.5% de los adultos mayores con HTA de 75 a 84 años presentaron depresión moderada, el 15.4% presento depresión grave en el mismo rango de edades, el 10.3% mostró depresión leve entre las edades de 60 a 74 años y el 3.8% que no presento depresión entre 60 a 74 años.

En cuanto al sexo y la depresión, el 32.1% del sexo femenino manifestó depresión moderada, el 12.8% presentaron depresión grave y también fue del mismo sexo, además el 7.7% del sexo femenino manifestaron depresión leve y el 2.6% de los adultos que no manifestaron depresión fueron del sexo masculino.

Respecto al estado civil y la depresión, el 34.6% presentaron depresión moderada y fueron viudos, el 14.1% presentaron depresión grave y también viudos, el 11.5% manifestaron depresión leve y fueron casados y el 3.8% que no presentaron depresión y también fueron casados.

TABLA N° 6: CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

| | | Calidad de vida | | | | | | Total | |
|---------------------|-----------|-----------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | | Buena | | Regular | | Mala | | | |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Edad | 60-74 | 6 | 7.7 | 26 | 33.3 | 2 | 2.6 | 34 | 43.6 |
| | 75-84 | 0 | 0.0 | 31 | 39.7 | 6 | 7.7 | 37 | 47.4 |
| | 85-99 | 0 | 0.0 | 4 | 5.1 | 3 | 3.8 | 7 | 9.0 |
| Sexo | | | | | | | | | |
| | Femenino | 4 | 5.1 | 32 | 41.0 | 6 | 7.7 | 42 | 53.8 |
| | Masculino | 2 | 2.6 | 29 | 37.2 | 5 | 6.4 | 36 | 46.2 |
| Estado Civil | | | | | | | | | |
| | Casado | 6 | 7.7 | 30 | 38.5 | 3 | 3.8 | 39 | 50.0 |
| | Viudo | 0 | 0.0 | 31 | 39.7 | 8 | 10.3 | 39 | 50.0 |
| Total | | 6 | 7.7 | 61 | 78.2 | 11 | 14.1 | 78 | 100.0 |

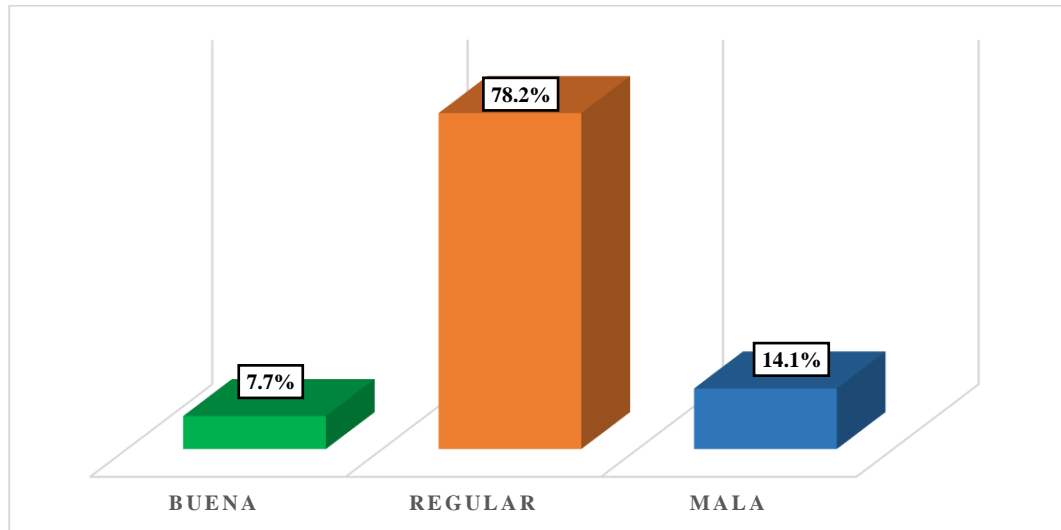
Fuente: Base de datos de la investigación

La tabla muestra que el 39.7% de los adultos mayores con HTA presento una calidad de vida regular y era entre las edades de 75 a 84 años, el 7,7% presento una mala calidad de vida las mismas edades, el 7,7% presento una buena calidad de vida tuvo una edad entre 60 y 74 años.

En cuanto al sexo y la calidad de vida, el 41% del sexo femenino presento una calidad de vida regular, así mismo el sexo femenino evidencio el 7,7% de mala calidad de vida y 5,1% mostraron una buena calidad.

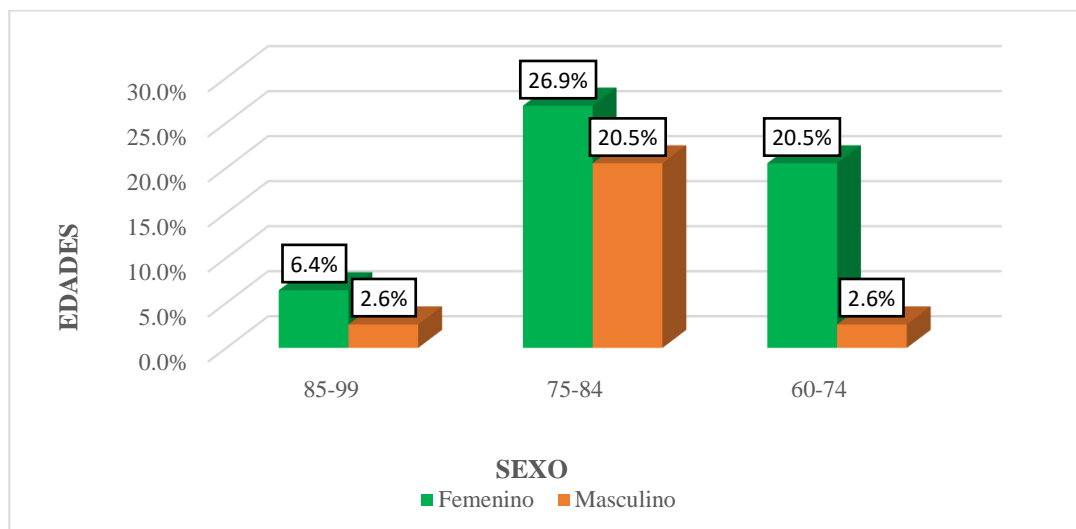
Respecto al estado civil y la calidad de vida, el 39,7% de los adultos mayores con HTA viudos evidenciaron una calidad de vida regular, el 10,3% presentaron una mala calidad de vida y también fueron viudos, el 7,7% mostraron tener una buena calidad de vida y fueron casados.

FIGURA N° 4: RESULTADOS DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA DEL ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Base de datos de la investigación Mini cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (MINI CHAL).

FIGURA N° 5: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESPECTO A EDAD Y SEXO ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Base de datos de la investigación

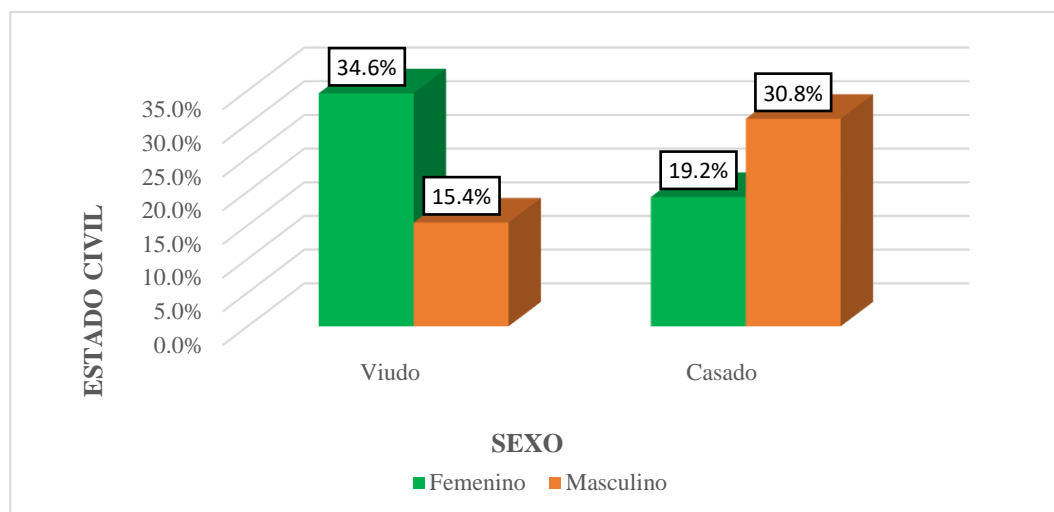
TABLA N° 7: RESULTADOS DE LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021

| Calidad de vida | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje (%) | |
|-----------------|------------|--------------|----------------|-----------|
| | | | válido | acumulado |
| Buena | 6 | 7.7 | 7.7 | 7.7 |
| Regular | 61 | 78.2 | 78.2 | 85.9 |
| Mala | 11 | 14.1 | 14.1 | 100.0 |
| Total | 78 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de datos de la investigación MINICHAL.

En cuanto a la calidad de vida al 78,2% evidencio una calidad de vida regular, el 14,1% una mala calidad de vida y sólo el 7,7% una buena calidad de vida.

FIGURA N° 6: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESPECTO A AL ESTADO CIVIL Y SEXO ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Base de datos de la investigación

ANEXO G

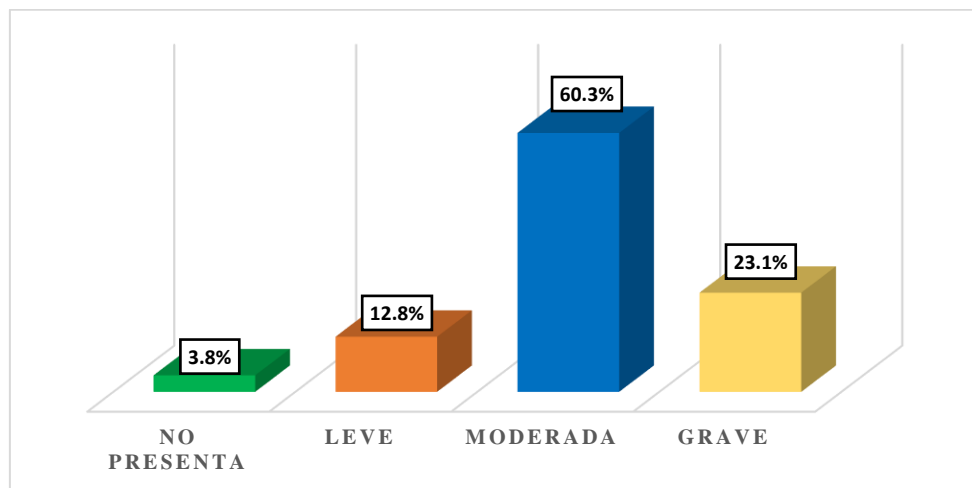
TABLA N° 8: RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021

| Depresión | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje Válido | Porcentaje Acumulado |
|-------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| No presenta | 3 | 3.8 | 3.8 | 3.8 |
| Leve | 10 | 12.8 | 12.8 | 16.7 |
| Moderada | 47 | 60.3 | 60.3 | 76.9 |
| Grave | 18 | 23.1 | 23.1 | 100.0 |
| Total | 78 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de datos de la investigación BDI-II.

En la tabla se puede observar que el 60,3% de los adultos mayores con hipertensión arterial presentó depresión moderada, el 23,1% depresión grave y solo el 3,8% no presento depresión.

FIGURA N° 7: RESULTADOS DE LA VARIABLE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Base de datos de la investigación de BDI-II.

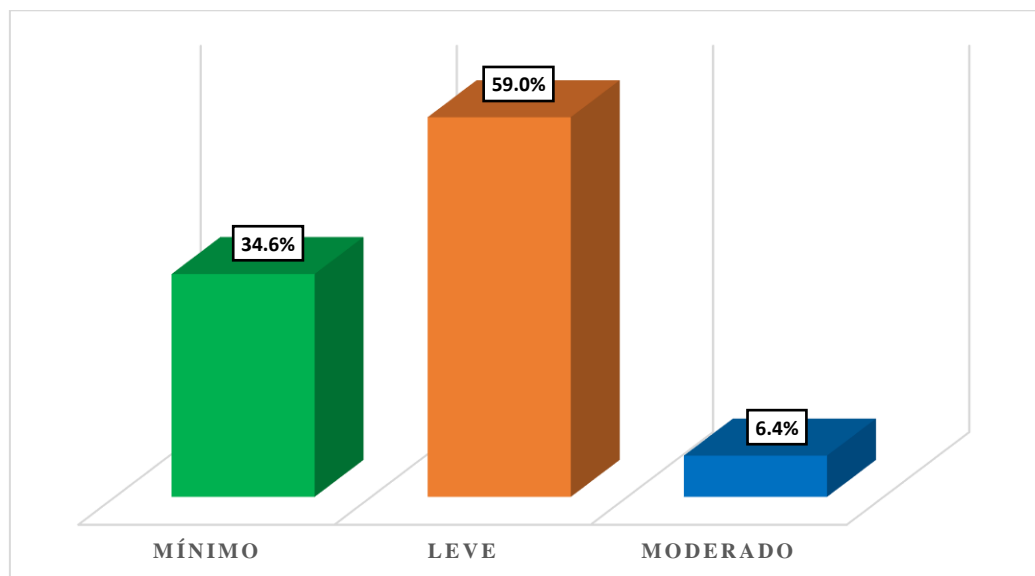
TABLA N° 9: RESULTADOS DE LA DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN COGNITIVO – AFECTIVO DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021

| Cognitiva-afectiva | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Mínimo | 27 | 34.6 | 34.6 | 34.6 |
| Leve | 46 | 59.0 | 59.0 | 93.6 |
| Moderado | 5 | 6.4 | 6.4 | 100.0 |
| Total | 78 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de datos de la investigación Inventario de depresión de Beck

En el gráfico se puede observar la dimensión cognitiva-afectiva de la depresión el 59% de los adultos mayores manifiesta una depresión leve, el 34,6% mínimo y el 6,4% moderado.

FIGURA N° 8: RESULTADOS DE LA DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN COGNITIVO AFECTIVO DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Base de datos de la investigación de BDI-II.

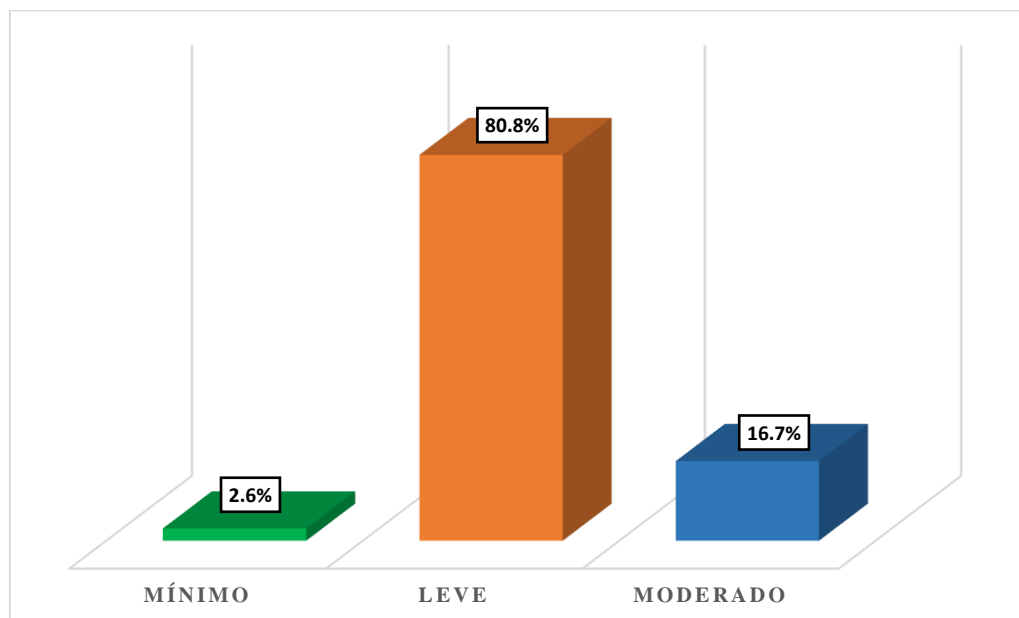
TABLA N° 10: RESULTADOS DE LA DEPRESIÓN EN SU DIMENSIÓN SOMÁTICA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021

| Somáticas | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| | | | válido | acumulado |
| Mínimo | 2 | 2.6 | 2.6 | 2.6 |
| Leve | 63 | 80.8 | 80.8 | 83.3 |
| Moderado | 13 | 16.7 | 16.7 | 100.0 |
| Total | 78 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de datos de la investigación BECK-II.

En la tabla se puede observar la dimensión somática donde el 80% de los adultos mayores con hipertensión arterial mostraron una depresión leve, el 16.7% moderado y el 2.6% mínimo.

FIGURA N° 9: RESULTADOS EN SU DIMENSIÓN SOMÁTICA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3, ILAVE, 2021



Fuente: Base de datos de la investigación de BDI-II.

ANEXO H

RESULTADOS DEL INSTRUMENTO BECK-II

TABLA N° 11: RESULTADO DE BDI-II EN SU DIMENSIÓN COGNITIVO-AFECTIVO

| Dimensión | Ítem | <i>Escala de intensidad de los síntomas depresivos</i> | | | | | | | | Total | |
|------------------------|-----------------------------------|--|------|----|------|----|------|---|-----|-------|-------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | f | % |
| | | f | % | f | % | f | % | f | % | | |
| Cognitiva -afectiva | Tristeza | - | - | 52 | 66.7 | 24 | 30.8 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| | Pesimismo | 7 | 9.0 | 56 | 71.8 | 13 | 16.7 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| | Fracaso | 25 | 32.1 | 43 | 55.1 | 10 | 12.8 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Pérdida de placer | 5 | 6.4 | 56 | 71.8 | 17 | 21.8 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Sentimiento de culpa | 34 | 43.6 | 33 | 42.3 | 11 | 14.1 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Autocrítica | 22 | 28.2 | 47 | 60.3 | 9 | 11.5 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Pensamientos o deseos suicidas | 32 | 41.0 | 40 | 51.3 | 6 | 7.7 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Llanto | 8 | 10.3 | 57 | 73.1 | 12 | 15.4 | 1 | 1.3 | 78 | 100.0 |

Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II.

La tabla muestra, los resultados del Inventario de depresión de Beck de la dimensión cognitivo-afectivo, los Ítems que resaltaron por su intensidad y frecuencia son la tristeza, pesimismo, llanto y pérdida de placer.

TABLA N° 12: RESULTADO DE BDI-II EN SU DIMENSIÓN SOMÁTICA

| Dimensión | Ítem | Escala de intensidad de los síntomas depresivos | | | | | | | | Total | |
|------------------|---------------------------------|---|------|----|------|----|------|----|------|-------|-------|
| | | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | f | % |
| Somáticas | | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| | Sentimiento de castigo | 50 | 64.1 | 22 | 28.2 | 3 | 3.8 | 3 | 3.8 | 78 | 100.0 |
| | Disconformidad con uno mismo | 40 | 51.3 | 32 | 41.0 | 6 | 7.7 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Agitación | 4 | 5.1 | 49 | 62.8 | 24 | 30.8 | 1 | 1.3 | 78 | 100.0 |
| | Pérdida de interés | 51 | 65.4 | 22 | 28.2 | 4 | 5.1 | 1 | 1.3 | 78 | 100.0 |
| | Indecisión | 10 | 12.8 | 45 | 57.7 | 23 | 29.5 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Desvalorización | 2 | 2.6 | 22 | 28.2 | 53 | 67.9 | 1 | 1.3 | 78 | 100.0 |
| | Pérdida de energía | 2 | 2.6 | 42 | 53.8 | 23 | 29.5 | 11 | 14.1 | 78 | 100.0 |
| | Cambios en los hábitos de sueño | 2 | 2.6 | 16 | 20.5 | 58 | 74.4 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| | Irritabilidad | 3 | 3.8 | 59 | 75.6 | 13 | 16.7 | 3 | 3.8 | 78 | 100.0 |
| | Cambio de apetito | 5 | 6.4 | 58 | 74.4 | 15 | 19.2 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Dificultad de concentración | 7 | 9.0 | 55 | 70.5 | 16 | 20.5 | - | - | 78 | 100.0 |
| | Cansancio o fatiga | 1 | 1.3 | 44 | 56.4 | 31 | 39.7 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| | Pérdida de interés en el sexo | - | - | - | - | 8 | 10.3 | 70 | 89.7 | 78 | 100.0 |

Fuente: Resultados de la aplicación de BDI-II.

En la tabla muestra los resultados del Inventario de depresión de Beck de la dimensión somático, los ítems que sobresalieron por su intensidad y frecuencia fueron pérdida de interés en el sexo, pérdida de energía, irritabilidad, cambios en los hábitos de sueño y desvalorización.

ANEXO I

RESULTADO DEL INSTRUMENTO MINICHAL

TABLA N° 13: RESULTADO DE MINICHAL EN SU DIMENSIÓN ESTADO DE ÁNIMO

| Ítems | 0 No, en absoluto | | 1 Sí, algo | | 2 Si, bastante | | 3 Sí, mucho | | Total | |
|---------|-------------------------|------|---------------|------|-------------------|------|----------------|------|-------|-------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Ítem 1 | 1 | 1.3 | 19 | 24.4 | 53 | 67.9 | 5 | 6.4 | 78 | 100.0 |
| Ítem 2 | 5 | 6.4 | 14 | 17.9 | 55 | 70.5 | 4 | 5.1 | 78 | 100.0 |
| Ítem 3 | 8 | 10.3 | 38 | 48.7 | 30 | 38.5 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| Ítem 4 | | | 15 | 19.2 | 58 | 74.4 | 5 | 6.4 | 78 | 100.0 |
| Ítem 5 | 6 | 7.7 | 19 | 24.4 | 46 | 59.0 | 7 | 9.0 | 78 | 100.0 |
| Ítem 6 | 1 | 1.3 | 39 | 50.0 | 33 | 42.3 | 5 | 6.4 | 78 | 100.0 |
| Ítem 7 | | | 11 | 14.1 | 62 | 79.5 | 5 | 6.4 | 78 | 100.0 |
| Ítem 8 | 2 | 2.6 | 18 | 23.1 | 40 | 51.3 | 18 | 23.1 | 78 | 100.0 |
| Ítem 9 | 1 | 1.3 | 17 | 21.8 | 31 | 39.7 | 29 | 37.2 | 78 | 100.0 |
| Ítem 10 | 3 | 3.8 | 21 | 26.9 | 47 | 60.3 | 7 | 9.0 | 78 | 100.0 |

Fuente: Resultados de la aplicación de MINICHAL.

La tabla muestra los resultados del Mini cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial en su dimensión estado de ánimo, en el cual se encuentra a una escala (no, en absoluto; si, algo; si, bastante y sí, mucho) que viene a ser de menor a mayor intensidad.

Los ítems que resaltaron por su intensidad y frecuencia fueron: el “ítem 9” los adultos mayores con HTA evidenciaron sentirse agotados (as) y sin fuerzas, el “ítem 8” el 23.1% incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día y el “ítem 5” el 9.0% mostraron sentirse incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas, el “ítem 7” sensación de que la vida es una lucha continua y “ítem 2” dificultad para continuar con relaciones habituales.

**TABLA N° 14: RESULTADO DE MINICHAL EN SU DIMENSIÓN
MANIFESTACIONES SOMÁTICAS**

| Ítems | 0 No, en absoluto | | 1 Si, algo | | 2 Si, bastante | | 3 Sí, mucho | | Total | |
|---------|-------------------------|------|---------------|------|-------------------|------|----------------|------|-------|-------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Ítem 11 | 9 | 11.5 | 37 | 47.4 | 30 | 38.5 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| Ítem 12 | 12 | 15.4 | 27 | 34.6 | 35 | 44.9 | 4 | 5.1 | 78 | 100.0 |
| Ítem 13 | 2 | 2.6 | 23 | 29.5 | 50 | 64.1 | 3 | 3.8 | 78 | 100.0 |
| Ítem 14 | 2 | 2.6 | 34 | 43.6 | 40 | 51.3 | 2 | 2.6 | 78 | 100.0 |
| Ítem 15 | 6 | 7.7 | 34 | 43.6 | 35 | 44.9 | 3 | 3.8 | 78 | 100.0 |
| Ítem 16 | 2 | 2.6 | 18 | 23.1 | 39 | 50.0 | 19 | 24.4 | 78 | 100.0 |

Fuente: Resultados de la aplicación de MINICHAL.

La tabla muestra los resultados del Mini cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial en su dimensión manifestaciones somáticas, en el cual se encuentra a una escala (no, en absoluto; si, algo; si, bastante y sí, mucho) que viene a ser de menor a mayor intensidad.

Las puntuaciones que sobresalieron por su intensidad y frecuencia fueron: el “ítem 16” donde los adultos mayores con HTA notaron sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo, el “ítem 12” han notado hinchazón de tobillos, “ítem 13” frecuencia al orinar y “ítem 14” sequedad de la boca.



ANEXO J

TABLA N° 15: RESULTADO DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE

BDI-II.

| Estadísticas de fiabilidad | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
| 0.857 | 21 |

| Instrumento I | | |
|---------------------------------|----------|-----------------|
| | f | Varianza |
| Item 1 | 20 | .261 |
| Item 2 | 20 | .134 |
| Item 3 | 20 | .303 |
| Item 4 | 20 | .155 |
| Item 5 | 20 | .358 |
| Item 6 | 20 | .261 |
| Item 7 | 20 | .253 |
| Item 8 | 20 | .303 |
| Item 9 | 20 | .345 |
| Item 10 | 20 | .168 |
| Item 11 | 20 | .168 |
| Item 12 | 20 | .408 |
| Item 13 | 20 | .345 |
| Item 14 | 20 | .432 |
| Item 15 | 20 | .134 |
| Item 16 | 20 | .168 |
| Item 17 | 20 | .050 |
| Item 18 | 20 | .305 |
| Item 19 | 20 | .450 |
| Item 20 | 20 | .197 |
| Item 21 | 20 | .095 |
| N válido (por lista) | 20 | |

Fuente: Resultados de la Prueba Piloto

Después de realizar la prueba piloto del Inventario de Depresión de BECK-II (BDI-II) se obtuvo $p=0.857$ es bueno; por tanto, se considera el instrumento confiable para su aplicación.



**TABLA N° 16: RESULTADO DE LA PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE
MINICHAL**

| Estadísticas de fiabilidad | |
|----------------------------|-----------------|
| Alfa de Cronbach | N° de elementos |
| 0.900 | 16 |

| Instrumento II | | |
|---------------------------------|----|----------|
| | f | Varianza |
| Item 1 | 20 | .432 |
| Item 2 | 20 | .471 |
| Item 3 | 20 | .766 |
| Item 4 | 20 | .221 |
| Item 5 | 20 | .555 |
| Item 6 | 20 | .358 |
| Item 7 | 20 | .105 |
| Item 8 | 20 | .421 |
| Item 9 | 20 | .737 |
| Item 10 | 20 | .471 |
| Item 11 | 20 | .379 |
| Item 12 | 20 | .555 |
| Item 13 | 20 | .684 |
| Item 14 | 20 | .358 |
| Item 15 | 20 | .555 |
| Item 16 | 20 | .618 |
| N válido (por lista) | 20 | |

Fuente: Resultados de la Prueba Piloto

Después de realizar la prueba piloto del Mini cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (MINI CHAL). Se obtuvo $p=0.9$ es excelente; por tanto, se considera el instrumento confiable para su aplicación.



ANEXO K

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE TESIS



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

RED DE SALUD
EL COLLAO

CONSTANCIA

POR MEDIO DE LA PRESENTE, DEJO CONSTANCIA QUE LA Srta. ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO-PUNO, DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA. JUDITH SAYDA CHURA ARO, IDENTIFICADO CON DNI N° 71831719, HA REALIZADO LA EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION DE TESIS "DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD METROPOLITANO I-3 ILAVE-2020", DESDE 8 DE FEBRERO AL 10 DE MARZO DEL 2021. MOSTRANDO RESPONSABILIDAD Y EFICIENCIA EN LA EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.

EXPEDIMOS ESTA CONSTANCIA A SOLICITUD DEL INTERESADA EN HONOR A LA VERDAD PARA LOS FINES QUE CREA CONVENIENTE.

ILAVE, 26 DE MARZO 2021


Yuri Barreda Arp
CEP 60004
JEFE C.S. METROPOLITANO



ANEXO L
EVIDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN
FOTOGRAFÍA N° 1



Descripción: La investigadora realizando la entrevista al Sr. F.T.A.R. en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3 Ilave.

Fuente: Elaboración propia.

FOTOGRAFÍA N° 2



Descripción: La investigadora realizando la entrevista a la Sr. F.T.A.R. en el Establecimiento de Salud Metropolitano I-3 Ilave.

Fuente: Elaboración propia.

FOTOGRAFÍA N°3



Descripción: La investigadora realizando la entrevista a la Sra. F.M.R. durante las visitas domiciliarias en la ciudad de Ilave.

Fuente: Elaboración propia.

FOTOGRAFÍA N°4



Descripción: La investigadora realizando la entrevista al Sr. R.A.M. durante las visitas domiciliarias en la ciudad de Ilave.

Fuente: Elaboración propia.

FOTOGRAFIA N°5



Descripción: La investigadora realizando la entrevista al Sr. F.T.A.R. durante las visitas domiciliarias en la ciudad de Ilave, Urb Nuestra señora del Carmen

Fuente: Elaboración propia.