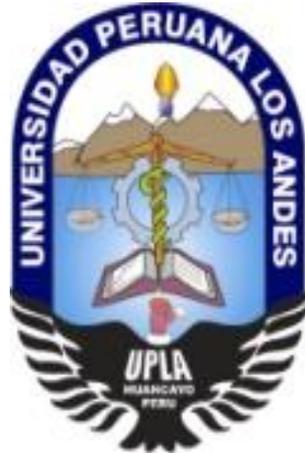


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

- Título** : Depresión y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de La Victoria 2018.
- Para Optar** : El Título Profesional de Psicóloga.
- Autores** : Bach. Kiara Georgina Figueroa Jarrín.
Bach. Hellen Josselyn Reyes Galeano.
- Asesor** : Romero Crocche, Jesus Percy.
- Línea de Investigación** : Salud Mental en Contextos Pluri y multiculturales.
- Fecha de Inicio y Culminación:** Agosto 2018-Agosto 2019.

Lima-Perú

2019

ASESOR

DR. Romero Croce Jesus Percy

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dedicado ante todo a Dios quien nos guió en todo el proceso de nuestro trabajo dándonos la fuerza y sabiduría para terminar dicha investigación.

A mi madre Patricia que desde el cielo me ha cuidado y guiado para el proceso de mi felicidad y estudios alcanzados, y a mi abuelita y padre por motivarme hacer mejor persona cada día.

A mi abuelita quien me cuidó desde pequeña y me enseñó a no rendirme ante las adversidades de la vida, también agradecer a mis padres por el cariño y apoyo económico.

Finalmente, dedicamos este trabajo a nuestros amigos, por el apoyo al proceso de desarrollo de nuestra tesis.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

Este trabajo va dirigido a la Universidad Peruana los Andes por acogernos en su morada y a la participación de los docentes por la enseñanza, paciencia y dedicación en nuestro proceso de aprendizaje, pues sin ellos no habríamos logrado la culminación de esta tesis.

Esta investigación no se hubiera llevado a cabo sin la participación y colaboración de los adultos mayores del distrito de la Victoria, quienes a pesar de sus dificultades físicas asistieron a las evaluaciones.

Así mismo el agradecimiento especial a nuestro asesor el DR. Jesus Percy Romero Croce, por su metodología y experiencia para hacer posible la realización de este trabajo.

Las autoras

CONTENIDO

caratula	i
Asesor.....	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Contenido	v
Contenido de tablas.....	viii
Contenido de figuras	ix
Contenido de anexos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
CAPITULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Descripción de la Realidad Problematica.....	12
1.2 Delimitación del problema	15
1.3 Formulación del Problema	16
1.3.1 problema General.	16
1.3.2 Problemas Específicos.....	16
1.4 Justificación.....	17
1.4.1. Social	17
1.4.2. Teórica.....	17
1.4.3 Metodológica.	18
1.5 Objetivos.	19
1.5.1 Objetivo General.	19
1.5.2 Objetivos Específicos.	19
CAPITULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 Antecedentes	20
2.2 Bases teóricas	26
2.2.1 Calidad de vida.....	26
2.2.2 Modelo teórico de la calidad de vida.....	27
2.2.2.1 Modelo multidimensional	27

2.2.2.2	Modelo de calidad de vida y felicidad	28
2.2.2.3	Modelo de la calidad de vida instrumental.....	29
2.2.2.4	Modelo de la calidad de vida sustantivo.	29
2.2.2.5	Modelo de la calidad de vida ética.....	29
2.2.2.6	Modelo de la Calidad de Vida Según Olson & Barnes.....	30
2.2.3.	Dimensiones de la Calidad de Vida	30
2.2.3.1	Dimensión Hogar y Bienestar Económico.	31
2.2.3.2	Dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad.....	31
2.2.3.3	Dimensión Vida Familiar y Familia Extensa	31
2.2.3.4	Dimensión Educación y Ocio.	32
2.2.4.	Elementos de la calidad de vida.....	32
2.2.4.1	Elementos objetivos.	32
2.2.4.2	Elementos subjetivos.....	32
2.2.5	Depresión.	32
2.2.5.1	Tipos de depresión	33
2.2.5.2	Depresión en la vejez.	34
2.2.5.3	Modelo teorico de depresion Estado-Rasgo (IDER) según Spielberger.	35
2.2.5.4	Factores de la depresión en ancianos.	36
2.2.5.5	Enfoques teóricos de la depresión.	37
2.2.5.6	Enfoque endógeno	37
2.2.5.7	Enfoque exógeno	38
CAPITULO III		39
HIPOTESIS		39
3.1	Hipótesis General.....	39
3.2	Hipótesis Específicas.....	39
3.3	Variables (definición conceptual y operacional)	40
CAPITULO IV		41
METODOLOGÍA.....		41
4.1	Metodo de Investigacion	41
4.2	Tipo de Investigacion.	41
4.3	Nivel de Investigacion.....	42

4.4	Diseño de investigación.....	42
4.5	Población y Muestra	43
4.6	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	44
4.7	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	46
4.8	Procedimiento a seguir para probar las hipótesis.....	46
4.8	Aspectos Eticos de la Investigacion	47
	CAPITULO V.....	48
	RESULTADOS	48
5.1	Descripción de resultadsos.....	49
5.2	Contrastación de Hipótesis.....	62
	ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
	CONCLUSIONES.....	76
	RECOMENDACIONES.....	77
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
	ANEXOS.....	83

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la población de adultos mayores del CAM de la Victoria	43
Tabla 2	Distribución de la muestra, según sexo y edad	49
Tabla 3	Confiabilidad del inventario de depresión Estado-Rasgo.....	49
Tabla 4	Confiabilidad de la escala de calidad de vida	50
Tabla 5	Prueba de KMO y Bartlett del inventario de Depresión Estado Rasgo.....	50
Tabla 6	Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Calidad de Vida	51
Tabla 7	Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión de la muestra.....	52
Tabla 8	Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según el sexo de la muestra	53
Tabla 9	Frecuencia y porcentaje de nivel de depresión estado	54
Tabla 10	Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión rasgo.	55
Tabla 11	Frecuencia y porcentaje del nivel de calidad de vida en la muestra	56
Tabla 12	Porcentaje del nivel de calidad de vida, según el sexo de la muestra	57
Tabla 13	Frecuencia y porcentaje del factor hogar y bienestar económico	58
Tabla 14	Frecuencia y porcentaje del facto amigos, vecindario y comunidad	59
Tabla 15	Frecuencia y porcentaje del factor Vida familiar y vida extensa	60
Tabla 16	Frecuencia y porcentaje del factor educación y ocio	61
Tabla 17	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	62
Tabla 18	Correlación de Pearson entre depresión y calidad de vida.	63
Tabla 19	Correlación de Pearson entre depresión y el factor Hogar y Bienestar económico ...	64
Tabla 20	Correlación de Pearson entre depresión y el factor amigo, vecindario y comunidad	65
Tabla 21	Correlación de Pearson entre depresión y el factor Vida familiar y vida extensa	66
Tabla 22	Correlación de Pearson entre depresión y el factor Educación y ocio	67
Tabla 23	Matriz de consistencia	84
Tabla 24	Operacionalización de la variable depresión y calidad de vida	86
Tabla 25	Matriz de operacionalización de los instrumentos	87
Tabla 26	Análisis factorial exploratorio del inventario de depresión estado rasgo.....	96
Tabla 27	Análisis factorial exploratorio de la escala calidad de vida.....	97

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 Porcentaje del nivel de depresión de la muestra de estudio.	52
Figura 2 Porcentaje del nivel de Depresión según el sexo de la muestra.	53
Figura 3 Porcentaje del nivel de Depresión Estado de la muestra.	54
Figura 4 Porcentaje del nivel de Depresión rasgo de la muestra.....	55
Figura 5 Porcentaje del nivel de Calidad de vida de la muestra.....	56
Figura 6 Porcentaje del nivel de Calidad de vida según el sexo de la muestra	57
Figura 7 Porcentaje del nivel de factor Hogar y bienestar económico.	58
Figura 8 Porcentaje del nivel de factor Amigos, vecindario y comunidad.	59
Figura 9 Porcentaje del nivel de factor vida familiar y vida extensa.....	60
Figura 10 Porcentaje del nivel de factor Educación y ocio.....	61

CONTENIDO DE ANEXOS

ANEXO 1 Matriz de consistencia	84
ANEXO 2 Operacionalización de las variables depresión y calidad de vida.....	86
ANEXO 3 Matriz de operacionalización de los instrumentos	87
ANEXO 4 Inventario de depresión estado – rasgo (IDER).	89
ANEXO 5 Escala de calidad de vida de Olson & Barnes	90
ANEXO 6 Evidencia de instrumento aplicado: IDER inventario de estado - rasgo	92
ANEXO 7 Evidencia de instrumento aplicado: Escala de calidad de vida.....	93
ANEXO 8 Evidencia de consentimiento informado.....	95
ANEXO 9 Análisis factorial exploratorio del inventario de depresión estado rasgo.	96
ANEXO 10 Análisis factorial exploratorio de la escala calidad de vida.	97
ANEXO 11 Base de datos.....	96
ANEXO 12 Consentimiento informado para la ejecución de pruebas psicológicas de depresión y calidad de vida en adultos	102
ANEXO 13 Fotos o evidencias de la aplicación	103

RESUMEN

El objetivo del presente estudio tuvo como propósito principal determinar la relación existente entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria 2018; la población estuvo constituida por 80 Adultos Mayores entre hombres y mujeres que asisten al Centro del Adulto Mayor en el distrito de La Victoria 2018.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia de tipo censal, el tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo transversal y no experimental de nivel correlacional y el diseño fue descriptivo-correlacional. Los instrumentos que se utilizaron fueron: el Inventario de Depresión Estado / Rasgo (IDER) y Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes instrumento adaptado a nuestra realidad por Mirian Grimaldo. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS22 y se hizo uso de estadísticos descriptivos e inferenciales paramétricos o no paramétricos de acuerdo a la normalidad del grupo de estudio. Señalando como resultados que existe relación estadísticamente significativa entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores, así como se demostró que el mayor porcentaje que realizó dicha investigación fueron mujeres (78%), seguidamente de los varones (22%), además se ve que el 76% de adultos mayores no presentan depresión mientras que el 24% si presenta depresión, también se puede ver que la mayoría de adultos mayores tienen una mala calidad de vida (30%), finalmente podemos ver que el género que predomina la mala calidad de vida es el sexo femenino (24%), seguidamente de los varones (6%).

Palabras Claves: Depresion, Calidad de Vida, Adulto Mayor.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to determine the relationship between depression and quality of life in older adults of the Center for the Elderly (C.A.M) of the district of La Victoria 2018; The population was constituted by 80 Older Adults among men and women who attend the Center for the Elderly in the district of La Victoria 2018.

The sampling was non-probabilistic for convenience of census type, the type of study was quantitative, descriptive cross-sectional and non-experimental correlational level and the design was descriptive-correlational. The instruments used were: the State / Trait Depression Inventory (IDER) and the Quality of Life Scale of Olson and Barnes, an instrument adapted to our reality by Mirian Grimaldo. For the processing of the data the SPSS22 program was used and descriptive and inferential parametric or non-parametric statistics were used according to the normality of the study group. Noting as a result that there is a statistically significant relationship between depression and quality of life in older adults, as well as showing that the highest percentage that carried out this research were women (78%), followed by men (22%), besides that 76% of older adults do not have depression, while 24% have depression, you can also see that the majority of older adults have a poor quality of life (30%), we can finally see that the predominant gender is poor quality of life is female (24%), followed by males (6%).

Key words: Depression, Quality of Life, Elderly

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La población de personas adultos mayores se ha incrementado a nivel mundial, conllevando esta situación a una serie de cambios no solo a lo referente a aspectos físicos, laborales, familiares sino también a nivel psicológico.

Se estima que para el 2015 y 2050 habra una población mayor en los adultos mayores, la proporción será de 12 a 22%. En números absolutos, el crecimiento pronosticado es de 900 millones a 2 000 millones de adultos mayores de 60 años. Se señala que la población de personas mayores sufrirían problemas tanto físicos como mentales. Las estadísticas actuales refiere que uno de cada 10 Adultos Mayores sufren de maltrato. Al hablar de maltrato no sólo nos referimos a lo físico sino también a problemas psíquicos crónicos, como la Depresión. El trastorno depresivo causa grandes sufrimientos y afecta a la vida cotidiana, el 7% de la población de ancianos en general se ven afectados y dentro de este porcentaje un 5.7% de los años vividos con la discapacidad se ve en personas de 60 años y mayores. La OMS conjuntamente con el gobierno ayuda a mejorar la Salud Mental de los Adultos Mayores mediante centros de apoyos en diferentes lugares de la localidad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Los Adultos Mayores aún siguen aportando valiosas enseñanzas a los miembros de su familia y entorno social. Pues su experiencia en el trascurso de su vida hace acreedor de un aprendizaje modelo. A pesar de ello no es ajeno a correr riesgos de deterioros en su salud

mental y esto conlleva a un estado de depresión y abandono. Los adultos mayores no son realmente conscientes de lo que es un problema de salud mental, en consecuencia dichas personas son reacias a buscar ayuda.

Por otro lado, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Perú al tercer trimestre del año 2016, un 38,5% de las familias del país presentaban entre sus integrantes al menos un adulto mayor de 60 años en adelante. En el área rural observamos el 41,9 % con algún adulto mayor. Y en Lima Metropolitana, las viviendas con 40,4% con un integrante adulto mayor. Así mismo en el área urbana (el cual no incluye Lima Metropolitana) con el 35,2%, existe una persona de este grupo etario. Del total de viviendas del país, el 25,7% tiene como jefe del hogar a una persona mayor. Según el estudio indica que son las mujeres quienes prevalecen en ser el sostén o cabeza del hogar. En consecuencia de todos los hogares que son conducidos por las mujeres el 32,0% son adultas mayores, y 23,5% son varones. Esto nos señala que en el Perú existe una necesidad, de implementar el apoyo psicológico a todas las zonas tanto urbanas como rurales enfocadas en mejorar su calidad de vida.

Poblete-Valderrama y otros (2015) El concepto de calidad de vida es multidimensional que incluye variables físicas, psicológicas y sociales provenientes tanto de una perspectiva objetiva como subjetiva a lo cual ha dado lugar a la utilización de instrumentos que incluyen aspectos de la salud tanto física como mental debido a la importancia que tiene para comprender su situación y orientar su tratamiento. (p.72). La calidad de vida es un término lingüístico subjetivo lo cual nos refiere que está ligada con la personalidad, bienestar y la satisfacción de las personas y básicamente está relacionada según la experiencia del ser humano (Vera, 2007, p.285).

Según, Velandia(1994) la calidad de vida del adulto mayor es el resultado de la interacción entre las características de la existencia humana (el cual cuenta con vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); todo ello ayuda a tener un mejor estado de bienestar, a su vez siempre considerando el proceso evolutivo del envejecimiento, la adaptación del individuo, tanto en su medio psicosocial como biológico van a ser volubles, ya que los cambios que se presentan en su salud física, fallas en la memoria, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez van a ser considerados para su calidad de vida.

Según, Muñoz (2006). Distinguir la patología de la normalidad es un ejercicio muy difícil para algunos, la enfermedad es un estado claramente diferenciado de la salud, para otros la patología y la normalidad son dos polos de un continuo. Por tanto, al tratarse de una cuestión de grado resulta difícil diferenciar un estado depresivo mayor de un estado depresivo leve. Para determinar el concepto de depresión utilizaremos los criterios del DSM- IV, que menciona como un trastorno afectivo acompañado de un conjunto de síntomas de intensidad y duración variable, pudiendo diferenciar el episodio de depresión mayor, la distimia y la depresión atípica. Así, la depresión es un trastorno del estado de ánimo cuya severidad puede ser variable.

La depresión es una de las diversas patologías que afectan a la población de adultos mayores, siendo este el contribuyente del problema de salud mental, por su mayor gravedad e incrementando su riesgo de suicidios y a la influencia que tiene sobre otras patologías orgánicas. La depresión es muy frecuente en los países desarrollados, la prevalencia es de entre 10% y el 15% y se dice que hasta de un 50% en residencias geriátricas. Suele estar infra diagnosticado: se estima que solo un 25% de los adultos mayores que sufren de depresión reciben tratamiento. La consecuencia de la depresión tiene gran relación con la calidad de vida, se vuelve menos funcional es decir pierde autonomía y se vuelve dependiente. Existe una mayor mortalidad entre los adultos mayores que sufren de depresión porque vienen sufriendo escaso soporte social, es decir no reciben cuidados, desnutrición por pérdida del apetito, y la pérdida de motivación para su propio autocuidado (Noriega, 2010, p.66-67).

Una de las características que está vinculado a esta etapa del desarrollo humano (la vejez) conlleva a una pérdida o disminución de facultades (memoria, actitudes laborales, económicas, actitudes familiares, etc.), lo cual impacta en la calidad de vida que estas personas perciben en su vida cotidiana, esta sensación está relacionada a estados emocionales como tristeza, melancolía, nostalgia, hipocondría, entre otros.

Estos estados de tristeza, melancolía, nostalgia, hipocondría también pueden estar relacionados con episodios depresivos o con estados de rasgos mucho más marcados. De lo cual podemos colegir que las personas de la tercera edad se pueden sentir más o menos deprimida cuando mayor o menor sea la capacidad de su calidad de vida.

1.2 Delimitación del problema

Delimitación Teórico-Conceptual

La depresión es el trastorno afectivo más habitual en el adulto mayor y una de las principales consultas médicas, a pesar de que puede pasar desapercibida, ya que no forma parte del envejecimiento normal. Afecta la calidad de vida del adulto mayor y esto puede conllevar a una discapacidad, complicando el tratamiento de las enfermedades y incrementándolas más.

Leon, Rojas y Campos (2010) refieren que la calidad de vida es la importancia de la satisfacción de las necesidades fundamentales; esta es la base para empezar a examinar cualquier planteamiento que involucre el mejoramiento de la calidad de vida en los adultos mayores. Sin embargo, es importante acentuar que la determinación de estas necesidades fundamentales está influenciada por factores sociales y culturales.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” (2007) menciona que la población del Perú está envejeciendo y el número de adultos mayores es cada vez mayor. Estos adultos mayores demandarán mayor número de atenciones de los sistemas de salud y mayores cuidados de parte de sus familiares. Esta situación planteará un reto a los gobiernos para que implementen programas de salud integral para la atención de miembros de la familia; y dando prioridad a los adultos mayores, brindándoles una mejor calidad de vida. También se considera que la depresión se continúa mostrando, en mayor cantidad a mujeres y ellas tienen una expectativa de vida mayor que los varones. Por ello es preciso conocer los niveles de depresión y calidad de vida de los adultos mayores y establecer la relación existente entre ellos, en el Centro del Adulto Mayor del Distrito de La Victoria, ya que el mencionado Distrito requiere apoyo, pues es una población con muchas carencias (económicas, afectivas, abandono de los familiares, entre otros).

El Distrito de La Victoria cuenta con centros del Adulto Mayor (C.A.M), donde es un lugar de concentración con el propósito de mejorar su condición de vida y orientar las diferentes etapas de vida, desarrollando programas de integración familiar, intergeneracional, sociocultural, recreativo, productivo para un envejecimiento activo. Esta institución que está

conformado por personas de 60 años en adelante, tiene como finalidad brindar a los residentes del centro calidad de vida y cuidado en los últimos años de vida.

Delimitación Espacial.

El estudio se limitará al ámbito de acción del Centro del Adulto Mayor del Distrito de La Victoria seleccionados intencionalmente.

Delimitación Temporal.

El estudio cubrirá un período de 11 meses, de Setiembre del 2017 a Julio del 2018.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1 problema General.

¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del distrito de La Victoria, 2018?

1.4 Justificación

1.4.1. Social

El presente trabajo de investigación, se justificó porque según el INEI (2017) la población peruana fue de 31 millones de habitantes, de los cuales 4.7% tenían más de 65 años, para el 2025, se estima que la población de personas adultas mayores con más de 65 años será de 8.6%. El análisis de estos datos muestra que la población peruana en la próxima década muestra una gradual transición demográfica hacia el envejecimiento. De acuerdo a este análisis se hace imprescindible que el estado, la sociedad y las familias tengan en cuenta esta realidad y estén preparados para enfrentar los cambios físicos psicológicos y laborales que plantea esta condición de vida en nuestra población. El conocer cual es el estado actual de la calidad de vida que tienen nuestros ancianos y que características del estado de ánimo presentan, es importante para adoptar las medidas que permitan superar las deficiencias que puedan estar presentando.

En nuestro medio existe ausencia de políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones laborales, económicas, familiares, de salud y recreativas de las personas de la tercera edad que les permitan tener una vejez digna. Este estudio pretende conocer cual es la realidad de un grupo de personas de la tercera edad que conviven en una institución para adultos mayores. El conocer cuáles son los niveles de depresión vinculadas a su estado de ánimo y cuál es la percepción que tienen de su actual calidad de vida, va a permitir que la institución y las familias puedan disponer de una información que les ayude a adoptar las medidas más convenientes para que este sector de la población pueda afrontar de manera más adecuada los efectos que tiene el envejecimiento.

1.4.2. Teórica.

El presente trabajo de investigación actualizó el conocimiento que se tiene de la vejez y que ha estado ligado a una concepción negativa de deterioro y pérdida de funciones. Es cierto que en las personas de la tercera edad se hace evidente ciertos cambios en los planos físicos y psicosociales. Desde el plano físico hay una gradual pérdida de las capacidades biológicas y mayor vulnerabilidad a las enfermedades, desde el plano psicosocial, el

envejecimiento conlleva a la pérdida de algunos roles sociales y la presencia alteraciones en el estado de ánimo, que no es necesariamente igual en todas las personas. La vejez no es una enfermedad, es consecuencia de un proceso biológico pero es también una construcción cultural, por lo tanto el presente estudio pretende recalcar que los adultos mayores son también personas que requieren al igual todos los ciudadanos de gozar de una calidad de vida que le proporcione una vejez digna, Una persona es considerada como vieja, cuando las demás socialmente así la consideran. La vejez por lo tanto no significa necesariamente que las personas tengan un deterioro en su calidad de vida, sino al contrario, un mejoramiento de las condiciones que determinan su calidad de vida les va a permitir afrontar más convenientes las limitaciones propias de su edad y disfrutar de una vejez humanamente digna.

1.4.3. Metodológica.

El presente trabajo de investigación posibilitó a demostrar la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida en los Adultos Mayores, asimismo, permitirá establecer si existe una relación entre la depresión y los diferentes factores de la calidad de vida. Esta investigación favorece a todos los alumnos y profesionales de la psicología, como también a los trabajadores del sector salud que se encuentran al cuidado de esta población, los resultados obtenidos permitirán afirmar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud mental, ya que al conocer descriptivamente los dominios de la calidad de vida que se asocian a la presencia de estados depresivos en esta población se podrán planificar y elaborar actividades preventivas promocionales para solucionar la problemática encontrada y así buscar estrategias con las organizaciones gubernamentales en favor de esta población vulnerable.

Por lo mencionado anteriormente y tomando en cuenta la importancia del psicólogo en la promoción, prevención y diagnóstico de la salud mental, y viendo los factores de riesgo, podemos argumentar la realización del estudio, teniendo en cuenta que para poder elaborar las actividades, tenemos que tener bastante conocimiento y preparación sobre la calidad de vida asociados a la depresión, para ello presentaremos siete dominios psicosociales que permiten identificar a nuestra población adulta mayor de Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del Distrito de La Victoria.

1.5 Objetivos.

1.5.1 Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.

1.5.2 Objetivos Específicos.

- Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.
- Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.
- Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.
- Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Nacionales y locales.

Alvarado (2018) realizó la investigación “Calidad de Vida y Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud-Chiclayo”. El estudio tuvo como objetivo hallar la relación existente entre la calidad de vida y depresión en adultos mayores de un Centro de Salud de Chiclayo. El estudio fue de tipo no experimental y diseño descriptivo-correlacional. Para la cual se consideró un total de 130 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. Las técnicas e instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario WHOQOL-BREF (la Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se obtuvo como resultado la correlación significativa entre las variables generales con un valor $p < 0.05$, lo que determina la asociación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores, concluyendo que ciertos aspectos del estado de ánimo como el optimismo y la felicidad se verán afectados, viéndose reflejado en la manifestación de sentimientos de tristeza.

Loje (2018) realizó la investigación “Depresión y Calidad de Vida en Usuarios del Centro del Adulto Mayor de la Red Asistencial Ancash, Chimbote-2018”. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre Depresión y Calidad de Vida en los usuarios del Centro del Adulto Mayor de la Red Asistencial Ancash, Chimbote-2018. El tipo de

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

Mogrovejo (2018) realizó la investigación “Calidad de Vida y Depresión en Adultos Mayores Víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018”. El objetivo de la tesis es determinar la relación que existe entre las variables calidad de vida y depresión en los adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018. El estudio fue descriptivo-correlacional. Se trabajó con 222 adultos mayores que asisten a los distintos CEDIF de Lima Norte. Se utilizó los siguientes instrumentos: WHOQOL BREF (1998) para evaluar la calidad de vida y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (1982) para evaluar la depresión. resultados encontrados fueron que entre la variable calidad de vida y la variable depresión existe una relación inversamente significativa ($p < 0.032$) y una correlación negativa débil (-.144). Se concluyó que los hombres presentan una peor calidad de vida en relación a las mujeres y que solo las dimensiones de salud física, salud psicológica y relaciones sociales se relacionan con la depresión.

Torres y Torres (2013) realizaron la tesis “Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor de la Ciudad de Chiclayo-2013”. La presente tesis tuvo como objetivo establecer la relación entre depresión y la calidad de vida de los adultos mayores del CAM (Centro del Adulto Mayor) del Distrito de la Victoria, Chiclayo. El estudio fue descriptivo-correlacional. Se trabajó con 84 adultos mayores, que asisten constantemente al CAM. Se utilizó los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck BDI-II y la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, señalando como resultados que no existe correlación entre ambas

variables; así mismo se demostró que el sexo femenino tiene mayor depresión, además que la categoría tendencia a Calidad de Vida Buena es la que predomina en los Adultos Mayores. También se confirmó que los factores que determinan la Calidad de Vida con Hogar y Bienestar Económico y Amigos, Vecindario & Comunidad.

Alvarez y Begazo (2015) realizaron la tesis “Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015”. Esta tesis tuvo como objetivo determinar la repercusión de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, identificar la Calidad de Vida en la población de Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús y establecer la repercusión de la depresión en la calidad de vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús. La muestra estuvo formada por 40 Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús. El estudio fue de tipo descriptiva – explicativo. Los instrumentos que se utilizaron fueron: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage y La Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Primero: Los resultados muestran el grupo etareo que predomina es de 78 años a más y de sexo masculino, la mayoría proceden de los departamentos de Arequipa y Puno, son solteros y viudos, y no tienen familiares responsables, y los niveles de Depresión encontrados en la población de estudio son Moderada y Severa. Segunda: Se encontró una Mala Calidad de Vida en los Adultos Mayores. Tercera: Los Niveles de Depresión encontrados influyen en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Gálvez (2014) investigó las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de Essalud, Arequipa. El objetivo de la tesis fue determinar las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de Es salud en Arequipa, 2014. Su estudio fue descriptivo, transversal, para ello entrevistaron a 170 adultos mayores aplicando la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala EuroQol.5D. la población comprendía entre 62 y 78 años, con una participación alta de 79.4% del sexo femenino. El 61.2% casados y 61.8% con nivel superior. En la evaluación el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa. Y en la calidad de vida una autopercepción como muy buena de 50.6% y un 22.4% como regular. Al relacionarla ambas variables encontramos una relación significativa negativa ($p < 0.001$), concluyendo que a mejor

calidad de vida menor nivel de depresión y que a menos edad, estar casado y la convivencia familiar se relaciona con menor nivel de depresión.

Bartra y Carranza (2013) realizaron la investigación la enfermedad del siglo XXI y la calidad de vida en adultos mayores de Tarapoto. Esta investigación tuvo como objetivo determinar en que medida están relacionadas la depresión y la calidad de vida en los adultos del puesto de salud Huayco-Tarapoto. Se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de depresión de Beck (BDI.II) conformada por 21 ítems y el formato de evaluación integral del adulto mayor del ministerio de salud (sección de calidad de vida), conformada por 33 ítems. Se obtuvo como resultado que existe una relación negativa y altamente significativa entre depresión y la calidad de vida ($r = -0.432, p < 0.01$). Lo que indicó, que cuanto mayor sea la depresión, la calidad de vida se verá afectada.

Antecedentes Internacionales

Acosta-Tanori y otros (2017) llevaron a cabo la investigación “Soledad, Depresión y Calidad de Vida en adultos mayores Mexicanos”, el objetivo de este estudio fue analizar el efecto independiente de la soledad, edad, presencia o no de enfermedades, presencia o no de parejas y vivir solo o con otros como predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores. Participaron 489 adultos mayores entre 60 y 97 años del sur del estado de Sonora (México). Se les administraron las siguientes pruebas: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD para medir su calidad de vida. Los resultados indican que son las percepciones negativas hacia las vivencias en la etapa de vida de la vejez, en conjunto con la percepción de soledad social y familiar, las dimensiones de soledad que principalmente explican los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, así como una mayor edad, la presencia de enfermedades y ausencia de una pareja.

Poblete-Valderrama y otros (2015) llevaron a cabo la investigación “Depresión, Cognición y Calidad de Vida en Adultos Mayores”. El estudio fue realizado a los ciudadanos mayores activos pertenecientes a la ciudad de Valdivia, Chile. La población fue intencionada contando con 30 adultos mayores de los clubes sociales. Siendo el objetivo de este estudio descubrir los parámetros de deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida. Fue un estudio

descriptivo de corte transversal y diseño no experimental. Se les administraron tres pruebas. Para ver el área de deterioro cognitivo se utilizó la Escala Minimal de Folstein, para el área de la calidad de vida se aplicó el cuestionario de calidad de vida SF- 36 y por último la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, para ver el área de depresión. En los resultados obtenidos se pudo apreciar que un 16.6% presenta depresión establecida y un 26.7% depresión leve, mientras que en la categoría normal se encuentra un 56.7%. En relación al deterioro cognitivo 13.3% se clasifica normal y un 86.7% se encuentra con déficit leve, en conclusión el promedio adquirido es de 71.21% en la dimensión de la calidad de vida, lo que lo clasifica como óptima.

Lujan (2014) realizó la tesis “Calidad de Vida del Adulto Mayor dentro del Asilo los hermanos de Belén”. El trabajo tuvo como objetivo conocer la calidad de vida del adulto mayor pertenecientes al asilo de los Hermanos de Belén. El diseño utilizado fue el descriptivo. Se realizó con ocho adultos mayores de género masculino, comprendidos entre la edad de 60 años la cual es considerada en el asilo los Hermanos de Belén en Guatemala. El Cuestionario de Calidad de vida para Adultos mayores fue CUBRECAVI, instrumento utilizado por sus siglas en español, que evalúa 21 subescalas con 9 dimensiones. Se concluyó que los adultos mayores demostraron ser personas colaboradoras y participativas, dando la percepción de encontrarse satisfechos en las instalaciones y ambiente del asilo. Cabe mencionar que se encontraban muchos de ellos en estado de abandono por sus familiares, por ellos manifestaban lo agradecidos de estar dentro de las instalaciones del asilo.

Villavicencio, Cervantes, Gonzales, Vega y Valle (2012) realizaron la investigación Ansiedad y Depresión como indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la ansiedad y depresión como indicadores relevantes de la calidad de vida. El estudio se basó en un diseño de tipo transversal. Se evaluaron a 333 adultos mayores seleccionados mediante un censo que se realizó en el 2009, a un total de 5 edificios multifamiliares de la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco-México. Los instrumentos utilizados fueron: cuestionario de ansiedad cognitivo-somática y WHOQOL-BREF. Se obtuvo como resultados que el 83.5% de 333 adultos mayores señalaron algunas condiciones de la vivienda inadecuada, el 30,6% expresaron sentimientos negativos por su vivienda, 60,1% percibieron su calidad de vida como buena, 85,8% señalaban que las dimensiones: ambiente y relaciones sociales inadecuadas, 11.1% mostraron una ansiedad de

tipo cognitiva, las mujeres tuvieron altos puntajes de depresión 70.0% rasgo y 67.7% estado, la edad fue determinante para la buena calidad de vida. Se detectaron al sexo, edad y depresión como indicadores significativos asociados a la calidad de vida.

García y Calvanese (2007) realizaron la investigación “Calidad de Vida percibida, Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal”. Tuvo como objetivo dar información confiable sobre calidad de vida de pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal dada su carencia en la realidad de Venezuela. El estudio se basó en un diseño de análisis descriptivo. Se evaluaron 60 pacientes en diálisis y trasplantes, se administro las siguientes pruebas: instrumento de calidad de vida para enfermedad renal (KDQ), inventario de depresión de Beck-R (BDI) y inventario de ansiedad de Beck(BAI). El análisis de varianza mostró diferencias intergrupos, y en el análisis de asociación se encontraron correlaciones positivas y significativas de depresión y ansiedad con calidad de vida. Las autoras concluyen que la percepción de la calidad de vida debe ser considerada en la adecuación de la indicación médica y la distribución equitativa de recursos.

Ezquivel y otros(2005) realizaron la investigación “Efecto de la Depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores”. El objetivo fue evaluar el efecto de la depresión en la percepción de la salud bucal y calidad de vida, en un grupo de adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos. El estudio fue transversal. La muestra fue 115 adultos mayores que se encuentran en asilos y fuera de ellos. Se aplicaron instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Instrumento para medir la percepción de la salud bucal y el WHOQoL-BREF quien mide la calidad de vida en 4 dimensiones: Salud física, salud psicológica, medio ambiente y relaciones sociales. Se obtuvo como resultado, mas de la mitad de los sujetos no presenta síntomas depresivos; siendo menor en quienes realizaban actividad física. La mayoría de las personas utiliza prótesis dental, en algunos casos sólo cumple funciones estéticas. Los sujetos tienen una percepción negativa de su salud bucal y regular de su calidad de vida. No se encuentra asociación entre salud bucal y calidad de vida. Quienes se encuentran fuera de los asilos tienen una percepción más positiva de su calidad de vida y salud bucal que quienes viven en asilos, siendo en todos los casos más negativa para los que presentan depresión.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Calidad de vida

El concepto de calidad de vida, es un término multidimensional de las políticas sociales, que significa tener buenas condiciones de vida objetivas y un alto grado de bienestar subjetivo, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades.

Según, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (The World Health Organization Quality Of Life Group, 1995).

Al respecto, Ardila (2003) sostiene que calidad de vida es “un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida” (p.163).

Según, Cornejo (2016) el termino vida se refiere a la vida humana en su expresión individual, social y comunitaria; hace referencia a una forma de existencia superior a la meramente física e incluye el ámbito de las relaciones sociales del individuo con el entorno laboral, también la “vida” se asimila a dinamismo como una forma de relación del hombre con el mundo, a las condiciones en que se desenvuelven las diversas actividades del individuo, sus condiciones objetivas y subjetivas o cuantitativas-cualitativas. En los últimos tiempos la calidad de vida se ha considerado como un aspecto esencial para valorar los niveles de adaptación y de bienestar de las personas(p.59).

La calidad de vida es conceptualizada como un término multidimensional, que puede ser definido desde diversas perspectivas. La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales. La calidad de vida es más que la calidad

del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional, intelectual y volitiva y con dinámica cultural general.

Carpio (2001) especifica que la calidad de vida “describe la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socio- culturales y psicológicas de los individuos, estado que a su vez define tanto el modo de ajuste a las situaciones en que el comportamiento, como practica concreta, tiene lugar, así como los resultados o efectos que dicha práctica tiene sobre el entorno y sobre el propio organismo”. Para el autor se reconoce el nivel multidimensional de concepto y, con base en los postulados de la psicología interconductual, se señala analíticamente la colaboración conceptual, metodológica y aplicada del psicólogo en el proyecto y promoción de la calidad de vida(p.9).

Por otro lado, según Rozas(2001)“La calidad de vida es un constructo multidimensional compuesto por diversos dominios, que parece poder traducirse en términos de bienestar personal, o como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado satisfacción y por la presencia de determinados indicadores objetivos, con lo que es el juicio subjetivo de bienestar se ha considerado como estrechamente conectado (o si se quiere, causado por ellos)” (p.93).

De acuerdo a las definiciones planteadas, la calidad de vida podemos definirla como el grado de satisfacción completa que ha alcanzado la persona en sus necesidades, dentro del factor material, ambiental y de integración.

2.2.2 Modelo teórico de la calidad de vida

2.2.2.1 Modelo multidimensional

La conceptualización de la calidad de vida, ha dado lugar a debates que han tratado de enfatizar los elementos definitorios que permiten su definición y explicación. La controversia se ha centrado en considerar si la calidad de vida es un constructo fundamentalmente subjetivo o si es un término que hace mención esencialmente a condiciones de vida objetivo.

Actualmente los investigadores, están de acuerdo en considerar a la calidad de vida como un proceso complejo donde se combinan elementos subjetivos y objetivos. Desde esta

perspectiva el modelo que está siendo aceptado en los ámbitos académicos y científicos es el modelo teórico Multidimensional propuesto por Schalock y Verdugo. La calidad de vida para este modelo es conceptualizada como un estado esperado de bienestar personal que es multidimensional, contando con propiedades universales y sujetas a la cultura, con componentes subjetivos y objetivos el cual esta influenciada por elementos ambientales y personales (Schalock y Verdugo, 2003).

En este modelo multidimensional de la calidad de vida , existen ocho dimensiones, que tomadas en su conjunto constituyen el concepto de calidad de vida; siendo relacionadas las dimensiones con: las relaciones interpersonales, el bienestar emocional, el bienestar material, el bienestar físico, el desarrollo personal, la autodeterminación, la integración social y los derechos.

2.2.2.2 Modelo de calidad de vida y felicidad

Según Ovalle y Martínez (2006) el estudio de la felicidad era considerado de gran importancia para los filósofos moralistas, sin embargo los científicos sociales en los últimos periodos han considerado el tema. La distribución de la felicidad considera categorías sociales. Ideológicamente, se anhela en el credo utilitarista considerando que el fin de la política tiene que ser el de promover “la mayor felicidad para el mayor numero de personas”, contando con beneficios de la felicidad el criterio de la “utilidad de todas las acciones”. Ya en el siglo XIX esta filosofía moral fue la base ideológica del estado de bienestar para el siglo XX, el cual fue promotor de la investigación sobre calidad de vida.

Según, Schopenhauer (2006). Señala que el término “felicidad” se ha utilizado como muletilla para todos los significados de calidad de vida. Para la filosofía, influyeron los dos significados: el significado de “buenas condiciones de vida” (felicidad como buena sociedad) para la filosofía social, y el significado de buena acción (felicidad como virtud) para los moralistas. La palabra “felicidad” prevalece en la ciencia social y considerándolo subjetivo de la vida.

2.2.2.3 Modelo de la calidad de vida instrumental

Según, Ovalle y Martínez (2006) mencionan que el enfoque utilitarista relaciona la calidad de vida y la felicidad esta sujeto a una disputa, por las diversas actividades que hacen una vida favorable. El debate emite a la filosofía de la ciencia, a una política de conocimientos, a un modelo de sociedad y concepto de ser humano como actor individual y social. Asimismo, como concepto a la calidad de vida humana, involucra una filosofía social, formada a partir desde la perspectiva cultural y la política de América Latina en el contexto de las relaciones de interdependencia internacional.

Para, Bueno (1990) “La calidad instrumental refleja una condición formal; significa perfección tecnocrática y sofisticación de medios independientemente de su contenido político y su relevancia cultural. Se identifica con la competición desenfadada e interesada, que tiende a acumular bienes materiales, independientemente de los valores éticos establecidos colectivamente por la población” (p.913).

2.2.2.4 Modelo de la calidad de vida sustantivo.

Para Bueno (1990) este modelo “Refleja una condición ética e intrínseca del ser humano como actor individual y social, políticamente engranado en la sociedad; significa calidad de vida política creada. Análisis multidimensional históricamente por la población en su propia comunidad, da prioridad a la definición y a la satisfacción de las necesidades básicas y a la promoción colectiva de la población en su medio cultural”(p.913).

Asu vez también se preocupa por el repartimiento equilibrado de los bienes materiales y no materiales producidos por la población. Se identifica con la promoción de la colaboración de los grupos y sujetos en las decisiones que abaten el bien común. Cabe resaltar que existe un respeto a las instituciones, también con los valores endógenos y promueve la autonomía cultural.

2.2.2.5 Modelo de la calidad de vida ética

Se considera a la vida que lleva una persona como una composición de diversas labores, a los que genéricamente se les puede llamar funcionamientos, considerando que las personas en estas facetas puede tener un gran interés (alimentación, salud, educación, placer,

diversión, trabajo, política, entre otros). Todo ello esta profundamente unida a la capacidad de la persona, como: La autonomía que la persona para adoptar la clase de vida que aspira para sí mismo.

Por influencia de Nussbaum (1998) se recurre a Aristóteles para detallar los fundamentos filosóficos de la ética de las capacidades: “Las relaciones conceptuales más importantes parecen ser las vinculadas con la noción aristotélica del bien humano. La explicación está vinculada con la necesidad de establecer primero la función del hombre y luego proceder a explorar la vida en el sentido de actividad”(p.34-36).

2.2.2.6 Modelo de la Calidad de Vida Según Olson & Barnes

Según el modelo de Olson y Barnes (2011) plantean siete dominios vitales de los individuos que constituyen la Calidad de Vida, donde cada dominio se enfoca sobre una faceta en las experiencias diarias del ser humano, como por ejemplo: vivienda, educación, empleo, etc. De manera que cada individuo logre satisfacer sus necesidades y sus intereses en el ambiente(p.4-5).

2.2.3. Dimensiones de la Calidad de Vida

Según Olson y Barnes (2011). La variable Calidad de vida considera las siguientes dimensiones: Hogar y Bienestar Económico, Amigos, Vecindario y Comunidad, Vida Familiar y Familia Extensa, Educación y Ocio, Medios de Comunicación, Religión y Salud.

El presente estudio se basa en la Teoría de los Dominios propuesta por Olson y Barnes (1982), quienes utilizan una conceptualización subjetiva para definir la calidad de vida y la relacionan con el ajuste entre el sí mismo y el ambiente; por tanto la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr su satisfacción (García, 2008). Olson y Barnes (1982), plantean que una característica común en los estudios de la calidad de vida, constituye la consideración de los dominios (dimensiones) de las experiencias vitales de los individuos, en donde cada uno se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros.

2.2.3.1 Dimensión Hogar y Bienestar Económico.

Según Olson y Barnes (2011) hace referencia a la satisfacción en relación a los medios materiales que tiene la vivienda para vivir cómodamente, la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada, la capacidad económica para satisfacer las necesidades de vestido, recreativas, educativas y de salud de la familia. Asimismo, al bienestar en relación con los medios materiales que posee el ser humano para hallarse a gusto, y así satisfacer las necesidades de vestido, recreativos, educativos y de salud de la familia. (p.4-5).

2.2.3.2 Dimensión Amigos, Vecindario y Comunidad

Según Olson y Barnes (2011) hace referencia a la satisfacción en los amigos que frecuenta en la zona donde vive, las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tiempo que comparte con los amigos en la zona donde reside, los amigos del trabajo, etc., y a las facilidades que le brinda su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas (lozas deportivas, gimnasios, etc.). Además las facilidades que le brinda su comunidad al individuo, estos pueden ser: la seguridad para desplazarse sin temor en su entorno, tener acceso a las áreas de recreación como campos, parques, juegos de niños, entre otros. (p.4-5).

2.2.3.3 Dimensión Vida Familiar y Familia Extensa

Según Olson y Barnes (2011) hace referencia la relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, las responsabilidades domésticas en la casa, la capacidad del hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer la necesidad de amor de los miembros de su hogar, el tiempo que pasa con la familia, etc., además la relación afectiva con la esposa (o), el tiempo que pasa con la pareja, las actividades que comparte con la pareja, el apoyo emocional que recibe de la pareja y cumplir con las responsabilidades domésticas, brindarles seguridad afectiva, además de la capacidad de integrar en amor entre los miembros de la familia (p.4-5).

2.2.3.4 Dimensión Educación y Ocio.

Según Olson y Barnes (2011) hace referencia a la cantidad de tiempo libre que tiene disponible, las actividades deportivas, recreativas que realiza (tocar guitarra, asistir al teatro, cine, conciertos, etc.) y las actividades recreativas y deportivas en las que participa el individuo(p.4-5).

2.2.4. Elementos de la calidad de vida

Según Ardila (1995) la calidad de vida se considera como “una combinación de elementos objetivos y subjetivos, en donde la evaluación individual juega un papel muy importante. debido a las diferencias culturales, es preciso entender también que la definición de calidad de vida variará en función del contexto, la época y el grupo social al que nos estemos refiriendo” (40-46).

2.2.4.1 Elementos objetivos.

- Bienestar material.
- Relaciones armónicas con el ambiente.
- Relaciones armónicas con la comunidad.
- Salud objetivamente considerada.

2.2.4.2 Elementos subjetivos.

- Intimidad.
- Expresión emocional.
- Seguridad percibida.
- Productividad personal.
- Salud percibida.

2.2.5 Depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y

dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria. La depresión en los últimos años se ha convertido en un problema de gran importancia para la salud pública, tanto a nivel internacional como nacional. Considerada como un trastorno del estado de ánimo, a pesar de presentar dificultades a la hora de identificarla y diagnosticarla, este trastorno puede y debe ser tratada, independientemente el sexo, edad o condición social de quien la padece.

Para Zarragoitía (2011) la depresión es conceptualizada como un “trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente”.

Según el diccionario Conciso de Psicología de la APA(2009). La depresión es definida como “fluctuación en el estado de ánimo normal que va de la desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pensamiento y desaliento” (p.127).

La Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el Adulto (2014) del INSM, por su lado, define la depresión como un conjunto de “síntomas de predominio afectivo; aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquico y físico, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. Estos síntomas afectivos están relacionados con: apatía, tristeza patológica, decaimiento, desesperanza, irritabilidad, ideas de separación, frustración, malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida diaria.

2.2.5.1 Tipos de depresión

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (2017), los tipos de trastornos depresivos son:

Trastorno episódico depresivo menor: vinculado a una sintomatología en que las persona en por lo menos durante dos semanas presenta un estado de ánimo depresivo persistente, así como síntomas que incluyen por los menos cuatro de estos síntomas: disminución o aumento de apetito, insomnio o sueño exagerado; agitación psicomotora o retardo psicomotor; fatiga o ausencia de energía ; sentimientos inadecuados de culpa o minusvalía ; incapacidad para tomar decisiones e ideaciones o intento de suicidio .

El trastorno depresivo grave o mayor: llamado también depresión grave, se caracteriza como una combinación de síntomas que obstaculizan la capacidad para dormir, comer, estudiar, trabajar y disfrutar de las actividades cotidianas. La depresión grave imposibilita e impide que la persona pueda desarrollarse con normalidad. En la vida una persona puede manifestar un episodio depresivo grave, pero normalmente presenta episodios depresivos leves a lo largo de toda su vida.

El trastorno persistente (Distimia) : también nombrado distimia, se determina por sus síntomas de largo periodo (involucrando de dos a más años), aunque de menor gravedad, a pesar de que no incapacita a las personas, sin embargo le impide desarrollar su vida cotidiana. Las personas con distimia suelen padecer de uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

Los trastornos depresivos no siempre se muestran de acuerdo a las características mencionadas anteriormente, si no también se desarrolla por circunstancias únicas. No todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión.

2.2.5.2 Depresión en la vejez.

La presencia de la depresión en personas de la tercera edad constituye en la actualidad un problema, tanto en lo referente a su evaluación como a su posterior diagnóstico. Buendía & otros (2014). Señala que la presentación de la sintomatología de la depresión en esta edad es atípica en algunas ocasiones y variada (moderada-severa), en otras ocasiones se le considera como algo normal en los ancianos. Es pertinente considerar que la depresión puede coexistir con la enfermedad física, y que ambas condiciones pueden compartir determinados síntomas físicos, lo cual hace necesario encontrar un diagnóstico y tratamiento adecuado para cada caso. Las manifestaciones clínicas de la depresión en los ancianos son similares a las del

adulto, sin embargo existen una serie de síntomas y cambios psicofisiológicos particulares que lo diferencian de otras poblaciones.

Al respecto, existe consenso en señalar la presencia de los siguientes síntomas.

- Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico
- Menor verbalización de sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Dificultad verbal para expresar emociones (alexitimia).
- Síntomas negativos: apatía y aplanamiento afectivo.
- Enmascaramiento con síntomas psíquicos o corporales (anorexia, fobias, hipocondría, conductas de riesgo, auto dependencia, juego compulsivo, etc.)
- Mayor riesgo de suicidio, especialmente en varones (cuando viven solos)
- Frecuente agitación psicomotriz, intensa ansiedad o inhibición psicomotriz.
- Mayor irritabilidad.
- Presencia de trastornos del sueño, insomnio o hipersomnia.
- Frecuente somatizaciones ansiosas.
- Menos variaciones diurnas de humor.
- Disfunciones cognitivas.

2.2.6 Modelo teórico de depresión Estado – Rasgo (IDER) según Spielberger.

Spielberger en su inventario de depresión Estado-Rasgo, utilizó el diseño basándose en los trabajos previos de Ritterband y Spielberger (1996). El inventario, tiene por objetivo detectar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo) del elemento afectivo de la depresión. Como también, el área de contenido que abarca es la presencia de afectos negativos (distimia) y la ausencia de afectos positivos (eutimia) en la depresión en los siguientes términos:

- **Distimia Estado:** Nivel en el que el estado de depresión esta vigente en el período de la evaluación tanto de presencia como de afectividad negativa. deduciendo los ítems que evalúan los sentimientos de decaimiento, pena, hundimiento, tristeza y desdicha.

- **Eutimia Estado:** Nivel en el que un estado de depresión esta presente en el momento de la evaluación en términos de ausencia de afectividad positiva, deduciendo los ítems que evalúan de forma inversa al encontrarse de animo, bien, entusiasta y con energía.
- **Distimia Rasgo:** Reiteración de la presencia de la depresión en cuanto a afectividad negativa. En este aspecto se estudia el decaimiento, desgracia, tristeza y humdimiento.
- **Eutimia Rasgo:** Es la presencia frecuente de la depresión en cuanto a ausencia de afectividad positiva. Quiere decir al no disfrutar de la vida, la dicha, la plenitud, la energía y la esperanza.

2.2.7 Factores de la depresión en ancianos.

Zarragoitia (2011), señala que los factores de riesgo relacionados con la depresión en las personas de la tercera edad involucran:

Factores predisponentes: Estructura de personalidad (dependiente, pasivo-agresiva, obsesiva) aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión, predisposiciones biológicas.

Factores contribuyentes: se encuentra lo Socioeconómico, la dinámica familiar, el grado de instrucción nivel primario y secundario, actividades recreacionales y laborales, participación de grupos determinados, también formas de violencia y/o maltrato, jubilación.

Factores precipitantes: se refiere a crisis por la avanzada edad, abandono, aislamiento, violencia, muertes de familiares o allegados, pérdidas económicas, agudización de enfermedades crónicas, discapacidades y dependencia funcional

Por su parte, Buendía (2009) señala que los estudios de la depresión en ancianos, han identificado una serie de factores relacionados con la presencia de la depresión en la vejez.

Autoeficacia.- La percepción de la autoeficacia es un factor que influye en la presencia de la sintomatología depresiva en ancianos. Los estudios demuestran una relación inversa en autoeficacia con respecto al mal ajuste psicológico y depresión, independientemente de la edad y el sexo. Así mismo hay evidencias de como las expectativas de autoeficacia de los ancianos puede estar actuando como un factor protector frente al desarrollo de la sintomatología de la depresiva. Estudios demuestran una fuerte relación entre autoeficacia física y social con depresión.

Apoyo social y salud.- El apoyo social que reciben los ancianos ha sido relacionada con el mantenimiento de conductas adecuadas de salud, la adherencia al tratamiento médico o la reducción del tiempo de hospitalización. Las redes de apoyo formal se muestran como recursos de gran valor sobre todo a las necesidades vinculadas al envejecimiento. Los problemas de salud son generadoras de estrés, donde las redes formales de apoyo juegan un papel fundamental en la modulación de sus efectos sobre el bienestar subjetivo. Los ancianos pueden mantener niveles adecuados de independencia y autonomía si disponen de fuentes de apoyo adecuados que puedan disfrutar, y que a través del tiempo van a garantizar un equilibrio en el mantenimiento de su bienestar.

Apoyo social y problemas psicológicos.- Los trabajos realizados, señalan una relación significativa y positiva entre el apoyo social y la salud mental en ancianos; los indicadores resaltan el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida, la felicidad, el estado de ánimo, etc. Las implicancias del apoyo social sobre el desarrollo de alteraciones psicológicas, resaltan una fuerte relación con la depresión. Los estudios demuestran que las personas que padecen de trastornos depresivos además de evidenciar una historia limitada de apoyo, se menciona con frecuencia la pérdida prematura de un ser querido.

2.2.8 Enfoques teóricos de la depresión.

La depresión es el más frecuente de los trastornos mentales, vinculados a los trastornos del ánimo, su origen se ha relacionado con modelos de tipo endógeno y exógeno.

2.2.8.1 Enfoque endógeno

Los orígenes de la depresión se deben a causas bioquímicas y genéticas. La explicación bioquímica por lo general se sostiene en la hipótesis de las catecolaminas (dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina) que estarían concentradas en el tallo cerebral de manera densa. La presencia de una cantidad baja en catecolaminas está relacionada con un estado depresivo. A la depresión que tiene como causa directa el desequilibrio genético en ciertas sustancias neurotransmisoras (catecolaminas) se le denomina depresión endógena. Entre la sintomatología más importantes tenemos a la: inhibición motora, sentimientos de culpa, delirios, depresión profunda, pérdida de peso, ausencia de reacción a los cambios en el medio, agitación e intentos de suicidio.

2.2.8.2 Enfoque exógeno

Los orígenes de la depresión están vinculados a factores externos como sociales, frecuentemente relacionados con sucesos de tipo traumático y/o episodios o situaciones angustiantes (pérdida de ser querido, rompimiento de una relación amorosa, pérdida de empleo, revés académico o profesional, etc.). Los síntomas más comunes mencionados son: la ansiedad, la autocompasión, las dificultades para dormir, riesgos de carácter suicida, fijación a un objeto precipitante específico.

CAPITULO III

HIPOTESIS

3.1 Hipótesis General.

Existe relación significativa entre la Depresión y la Calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.

3.2 Hipótesis Específicas.

- Existe relación significativa entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.
- Existe relación significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.
- Existe relación significativa entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.
- Existe relación significativa entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del distrito de La Victoria, 2018.

3.3 Variables (definición conceptual y operacional)

Variable 1: Depresión

Definición conceptual.

Desconcierto en el estado de ánimo normal, el cual muestra una pérdida o desinterés en sus actividades cotidianas, ello se describe por la presencia de tristeza extrema, pesimismo y desaliento (Zarragoitia, 2011 p.15).

Definición operacional.

Puntuación obtenidas en el inventario de depresión Estado-Rasgo de Spillberger(IDER).

Variable 2: Calidad de vida.

Definición conceptual.

La calidad de vida es un contexto personal como también social que consiste en satisfacer las necesidades del individuo ya sea en las básicas y sociales como en las espirituales. Considerando también la estabilidad personal, emocional, intelectual e volitiva y con dinámica cultural general (Chavez, 2015)

Definición operacional

Puntuación obtenidas en la Escala Calidad de Vida de :Olson y Barnes (1999).

3.4 Operacionalización de variables.

(CUADROS VISIBLES EN EL ANEXO 2).

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de Investigación

El estudio se desarrolló siguiendo el método de la investigación científica, la misma se define como la serie de pasos que conducen a la búsqueda de conocimientos mediante la aplicación de métodos y técnicas. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010). El método es el conjunto de procedimientos lógicos a través de los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de investigación. El método es un elemento necesario en la ciencia; ya que sin él no sería fácil demostrar si un argumento es válido.

4.2 Tipo de Investigación.

El presente estudio fue de tipo no experimental, cuantitativa, aplicado:

No Experimental: Según Hernández, Fernández y Baptista (2010). Son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos”

Cuantitativa: Hernandez y otros (2010). Señala que este enfoque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, con la finalidad de establecer pautas de comportamiento y probar las teorías.

4.3 Nivel de Investigación.

Según, Hernandez y otros (2010). El estudio es de nivel descriptivo-transversal.

Descriptivo: los estudios descriptivos específicamente buscan las características y los perfiles de los individuos, grupos, comunidades, procesos, entre otros fenómenos siempre y cuando se someta a un análisis. **Transversal:** Los estudios transversales se le llama a las investigaciones que estudian el desarrollo de los individuos en un único momento dado.

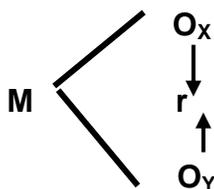
4.4 Diseño de investigación.

El estudio tiene el diseño Descriptivo- Correlacional

Correlacional: Mide la relación existente entre dos o más variables, en un contexto en particular. Ocasionalmente solo se ve la relación entre dos variables, pero generalmente se colocan en el estudio relaciones entre tres variables.

Descriptiva-Correlacional: Para (Niño y otros, 2012). El diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado. El diseño del estudio será correlacional en la medida que establecerá las relaciones que pueden o no darse entre las dos variables estudiadas. “Su utilidad y el propósito principal es saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.

Esquema .



Donde :

M : Muestra

O_x: Variable 1

O_y: Variable 2

r : Relación entre las variables de estudio.

4.5 Población y Muestra

Población:

La población para el presente estudio estuvo constituida por todos los adultos mayores de 60 años en adelante, que asisten regularmente a los programas, de condiciones socioeconómicas medio-bajo en el Centro del Adulto Mayor del Distrito de la Victoria, 2018.

Muestra.

La muestra fue de tipo no probabilística, seleccionada a través de un muestreo por conveniencia de tipo censal, quedando conformada por 80 adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor del Distrito de la Victoria, de los cuales 78% son del sexo femenino y 22% varones, cuyas edades oscilan entre 60 y 91 años de edad.

Tabla 1

Distribución de la población de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de la Victoria.

	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
Adultos Mayores	18	62	78%	22%

Fuente: elaboración propia.

Tipo de Muestreo

No probabilístico por conveniencia de tipo censal. El muestreo censal es aquel donde el número de la muestra es igual al número de la población.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Adultos Mayores que tengan 60 años en adelante.
- ✓ Adultos Mayores con Asistencia Regular al Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del Distrito de La Victoria 2018.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Adultos Mayores que tengan menos de 60 años.
- ✓ Adultos Mayores que no Asisten Regularmente al Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del Distrito de La Victoria 2018.

4.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Técnica.

Para esta presente investigación se utilizó la técnica de la encuesta, esta técnica consiste en la recogida de datos, mediante la aplicación de un cuestionario a una cantidad de personas determinadas. A través de la encuesta se pueden conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos.

Instrumentos.

Para la recogida de datos se utilizó El Test IDER, Inventario de Depresión Estado y Rasgo de C.D Spielberg y El Test de Calidad de Vida de Olson & Barnes, de David Olson y Howard Barnes.

El Test IDER, Inventario de Depresión Estado y Rasgo de C.D Spielberg (2008).

El cual se realizó en el año 2008, tiene como principal objetivo identificar el grado de afectación (Estado) y la frecuencia de ocurrencia (Rasgo), está constituida por 20 ítems, 10 ítems para Estado y 10 ítems para Rasgo; que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión.

El Test de Calidad de Vida de Olson & Barnes, de David Olson y Howard Barnes (2004).

El cual se realizó en el año 1982, y fue adaptado por Mirian Grimaldo en el año 2004, tiene como principal objetivo identificar los niveles de Calidad de Vida de las personas para lograr la satisfacción de sus necesidades, está constituida por 25 ítems.

FICHA TÉCNICA

Nombre: IDER, Inventario de Depresión Estado - Rasgo.

Nombre Original: State/Trait Depression Questionnaire(ST/DEP).

Autor: Ch. D. Spielberger.

Año: 2008.

Procedencia: Psychological Assessment Resources.

Adaptación española: Gualberto Buela - Casal y DianAgudelo(2008).

Aplicación: Individual y Colectiva.

Ámbito de Aplicación: Adolescentes, Jóvenes y Adultos.

Duración: Variable, entre 7 a 10 minutos.

Finalidad: Evaluación del componente afectivo de la depresión mediante dos escalas, estado y rasgo, y cuatro subescalas (Eutimia-E, Distimia- E, Eutimia-R, Distimia- R).

Baremación: Baremos por sexo de adolescentes, universitarios, población general y población clínica en percentiles.

Material: Manual y ejemplar auto corregible (varones y mujeres).

Validez y confiabilidad.

La validez del IDER, se obtuvo mediante la validez de constructo; obteniéndose un valor de 0.94 para población en general. La confiabilidad fue de 0.93, obtenida con el coeficiente alfa de Cronbach con varones y 0.87 con mujeres. Ambos resultados demuestran una adecuada validez y confiabilidad del instrumento.

FICHA TECNICA

Nombre: Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes.

Autores: David Olson & Howard Barnes.

Adaptado por: Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo.

Año: 2004.

Administración: Colectiva e individual.

Duración: Aproximadamente 20 minutos.

Nivel de Aplicación: De 13 años en adelante.

Finalidad: Identificar los niveles de Calidad de Vida. Señala como concepto que es la percepción que tiene la persona, de las posibilidades que le brinda en ambiente para conseguir

la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: Factor 1 (Bienestar Económico), Factor 2 (Amigos, Vecindario y Comunidad), Factor 3 (Vida Familiar y Familia Extensa), Factor 4 (Educación y Ocio), Factor 5 (Medios de Comunicación), Factor 6 (Religión), Factor 7 (Salud).

Validez y confiabilidad.

En esta escala la validez se determina a través de la construcción del análisis factorial, el cual sustento la estructura conceptual inicial de la escala, con escasas excepciones. Se unieron algunas escalas para definir un solo factor, en ellas la escala hogar se dividió en ítems relativos a las responsabilidades domésticas y en ítems al espacio, agrupando las preocupaciones específicas del adolescente en un solo factor.

Baremación.

Se determinan los baremos en percentiles. Para ello se realizó una muestra de 589 estudiantes de 4to y 5to de secundaria, cuyas edades están entre los 14 a 18 años de edad, las Instituciones Educativas estudiadas fueron estatales y Particulares de Lima.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Procesamientos de los datos

Para el procesamiento de los datos se utilizará el programa SPSS 22; los que serán analizados a través de técnicas descriptivas (frecuencia, media, desviación estándar, varianza, porcentajes) así mismo se hará uso de técnicas inferenciales paramétricas o no paramétricas de acuerdo a la distribución normal o no de la muestra.

4.8. Procedimiento a seguir para probar las hipótesis.

Para probar las hipótesis planteadas se utilizará técnicas paramétricas o no paramétricas de correlación. (Según el caso Rho. Spearman o Pearson):

1. Formulación de hipótesis
2. Nivel de significancia: α
3. Estadística de prueba

4. Establecimiento de los criterios de decisión
5. Cálculos
6. Decisión

4.8 Aspectos Éticos de la Investigación

La ética es el conjunto de principios morales y valores que rigen las acciones y decisiones de un individuo. Incluye valores acerca de la conducta correcta o incorrecta. La palabra ética “describe el contenido moral del comportamiento”. Según Martínez (2011) la ética “es un saber normativo que pretende orientar de una forma indirecta las acciones de los seres humanos” (p. 6).

En este contexto la autora cumplió fielmente con la reserva de datos de los casos de la muestra y no reveló la información recopilada con el objetivo que estos no sean mal utilizados. Antes de empezar con las evaluaciones psicológicas, se les explicó a los adultos mayores el propósito de la investigación, así mismo se les hizo conocer el objetivo de las pruebas psicológicas.

Se hará de conocimiento a los adultos mayores que los resultados del estudio serán confidenciales, es decir el acceso a ellos sólo lo tendrán las personas autorizadas en hacer esta investigación. En caso que los resultados incluyan información que puede poner en riesgo la seguridad o salud del adulto mayor, se procederá a poner los resultados de la investigación en manos de especialistas. También se les hará mención que los test que se les aplique servirán únicamente para la investigación que se está llevando a cabo. Si en el transcurso de la aplicación de las pruebas, un adulto mayor desea retirarse, puede hacerlo sin estar obligado a terminar las evaluaciones psicológicas.

CAPITULO V
RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados.

Muestra.

Tabla 2

Distribución de la muestra, según sexo y edad de los adultos mayores de la Victoria.

	SEXO/EDAD	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mujer	62	78%
	Varón	18	22%
	Total	80	100%
Válido	60-64 años	15	19%
	65-69 años	18	22%
	70-74 años	15	19%
	75-79 años	11	14%
	80-85 años	15	19%
	86+ años	6	07%
	Total	80	100%

Fuente: Elaboración propia.

La muestra fue de tipo no probabilística, seleccionada a través de un muestreo por conveniencia de tipo censal, quedando conformada por 80 adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor del Distrito de la Victoria, de los cuales 78% son del sexo femenino y 22% varones, cuyas edades oscilan entre 60 y 91 años de edad, tal y como se observa en la Tabla N° 2.

Confiabilidad del inventario de depresión estado rasgo.

Tabla 3

Confiabilidad del inventario de depresión Estado-Rasgo.

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Depresión estado	,820	10
Depresión rasgo	,776	10
Total	,882	20

Fuente: Inventario de depresión estado-rasgo.

La confiabilidad del inventario de depresión estado rasgo se calculó mediante el Alfa de Cronbach en el total de la muestra estudiada, obteniendo una puntuación de (,882) en la escala general; asimismo, se evidencia que en la dimensión depresión estado el alfa de

Cronbach es de ($,820$) y en la depresión rasgo es de ($,776$) , indicadores de una alta consistencia interna que permite utilizar el inventario con total certeza en esta investigación; tal y como se visualiza en la Tabla N° 3.

Confiabilidad del la escala de calidad de vida.

Tabla 4
Confiabilidad de la escala de calidad de vida.

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Hogar y bienestar económico	,831	5
Amigos, vecindario y comunidad	,571	4
Vida familiar y familia extensa	,628	4
Educación y ocio	,698	3
Calidad de vida total	,862	24

Fuente: Cuestionario de calidad de vida.

La confiabilidad del instrumento calidad de vida se calculó en el total de la muestra de estudio a través del Alfa de Cronbach, obteniendo una puntuación de ($,862$) en la escala general. Asimismo se obtuvo buenas puntuaciones en las 7 dimensiones de la escala siendo los puntajes respectivos a la dimensión Hogar y bienestar económico ($,831$); Amigos, vecindario y comunidad ($,571$); Vida familiar y familia extensa ($,628$); Educación y ocio ($,698$); tal y como se observa en la Tabla N° 4.

Validez de constructo del inventario de depresión estado rasgo.

Tabla 5
Prueba de KMO y Bartlett del inventario de Depresión Estado Rasgo

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,787
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	734,755
	Gl	190
	Sig.	,000

Fuente: Inventario de depresión estado-rasgo.

La validez de constructo del inventario de Depresión estado rasgo se realizó a través del análisis factorial exploratorio; previamente a este proceso se aplicó la prueba de KMO y de Bartlett para determinar si el instrumento necesita un análisis factorial exploratorio. En la Tabla N° 5, se observa que el puntaje obtenido en la Prueba de KMO es de ,787 y en la prueba de Esfericidad de Bartlett es X^2 734,755, ambos altamente significativos $p < 0,05$; lo cual indica que si es propicio realizar un análisis factorial exploratorio del instrumento para obtener la validez de constructo. Dicho análisis arroja la presencia de dos factores o dimensiones que suman el 43% de la varianza total; asimismo se evidencia que arrojan buenas cargas factoriales que oscilan entre ,383 y ,771 en la totalidad de los items, demostrando una buena validez de constructo, pues los items se correlacionan de forma significativas en cada una de las dimensiones y miden de forma clara y concisa la depresión estado y depresión rasgo, los cuales confirman la base teórica de la depresión planteada por (Buela, Agudelo, 2008); (ver anexo 9).

Validez de constructo de la escala calidad de vida.

Tabla 6
Prueba de KMO y Bartlett de la Escala de Calidad de Vida.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,754
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	741,016
	G1	276
Sig.		,000

Fuente: Escala de calidad de vida.

La validez de constructo de la escala Calidad de vida se obtuvo a través del análisis factorial exploratorio. En la tabla N° 6 se observa en la prueba de KMO una puntuación de (,754; $p < 0,05$) y en la Prueba de Esfericidad de Bartlett (X^2 de 741,016; $p < 0,05$), ambos altamente significativos; por lo que se procedió a realizar el análisis factorial. Los resultados de este análisis arrojan la existencia de 7 factores que suman el 66% de la varianza total de la escala; asimismo se observa que las cargas factoriales oscilan entre ,411 y 805 en la totalidad de items de las 7 dimensiones o factoriales, lo cual confirma la base teórica de la calidad de vida (Grimaldo, 2003) y permite inferir que el instrumento mide de forma consistente la variable de estudio (ver anexo 10)

Resultados descriptivos de la variable depresión.

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	61	76%
	Depresivo	19	24%
Total		80	100%

Fuente: Inventario de depresión estado-rasgo

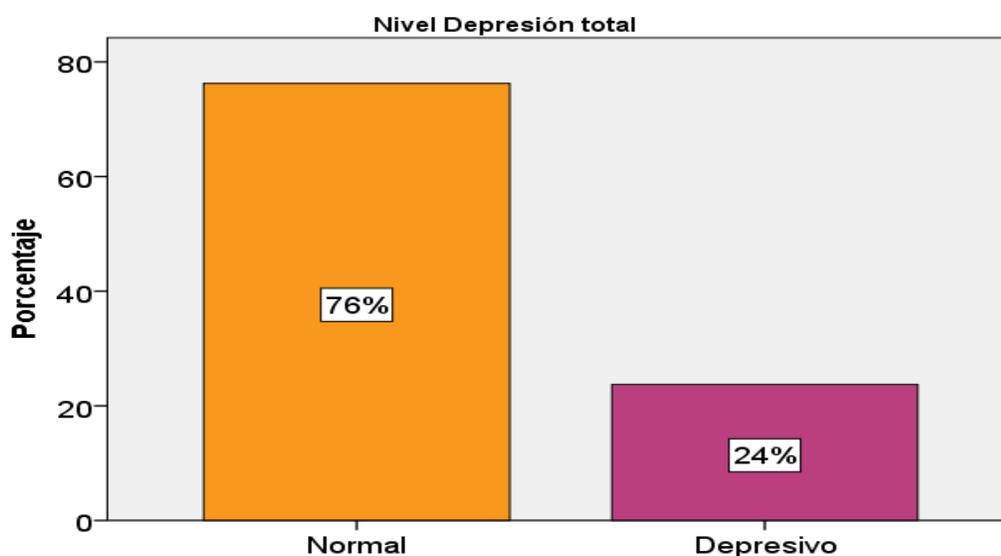


Figura 1 Porcentaje del nivel de depresión de la muestra de estudio.

En la tabla N° 7 y figura 1 se observa del nivel de depresión de los adultos mayores, donde el 76% no presenta indicadores de depresión, pues se encuentra en un estado normal en su vida emocional; sin embargo, el 24% restante obtiene puntuaciones altas, lo que significa que tienen niveles altos de depresión.

Tabla 8

Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según el sexo de la muestra

		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
Depresión	Normal	58%	19%	76%
	Depresivo	20 %	4%%	24%
Total		78%	22%	100%
		%		

Fuente: Inventario de depresión estado-rasgo

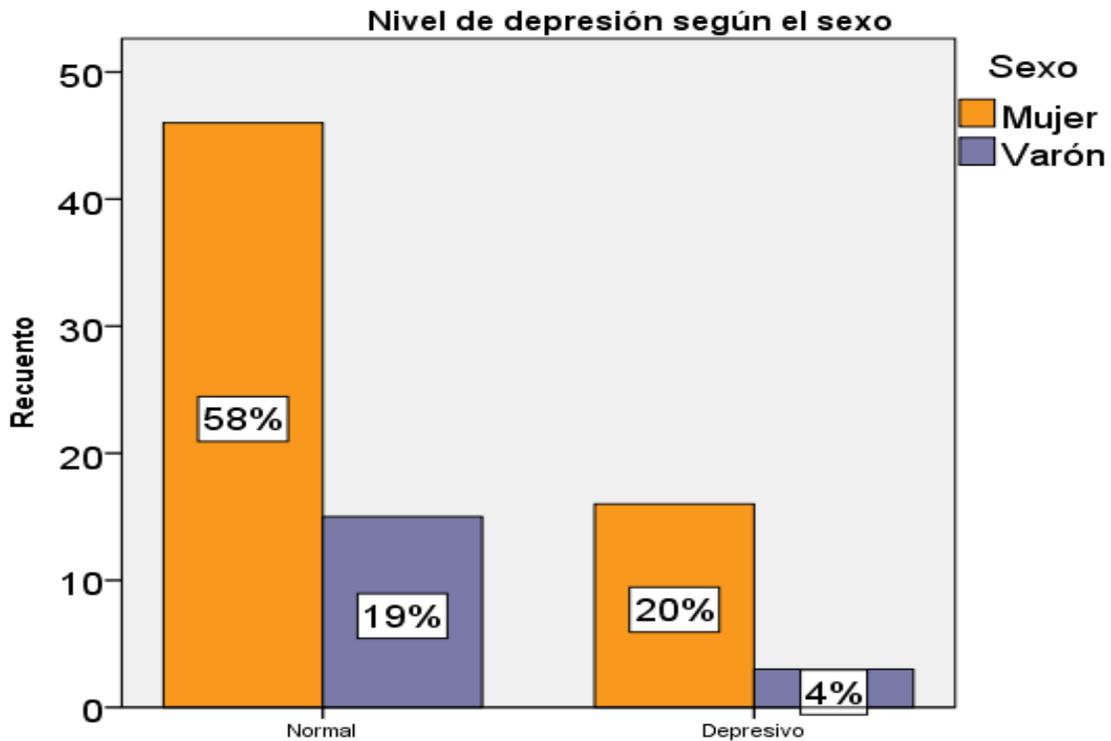


Figura 2 Porcentaje del nivel de Depresión según el sexo de la muestra.

En la tabla 8 y figura 2 se observa el nivel de depresión según el sexo de la muestra, evidenciado que el 58% de las mujeres presenta un estado normal en su salud emocional, a diferencia del 20% de mujeres que muestra indicadores de depresión. En el caso los varones, se observa que el 19% de la muestra obtiene puntuaciones normales en su estado emocional

no evidenciando signos depresivos; mientras que el 4% de varones si presenta indicadores de depresión.

Tabla 9

Frecuencia y porcentaje de nivel de depresión estado.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	60	75%
	Depresivo	20	25%
Total		80	100%

Fuente: Inventario de depresión estado-rasgo

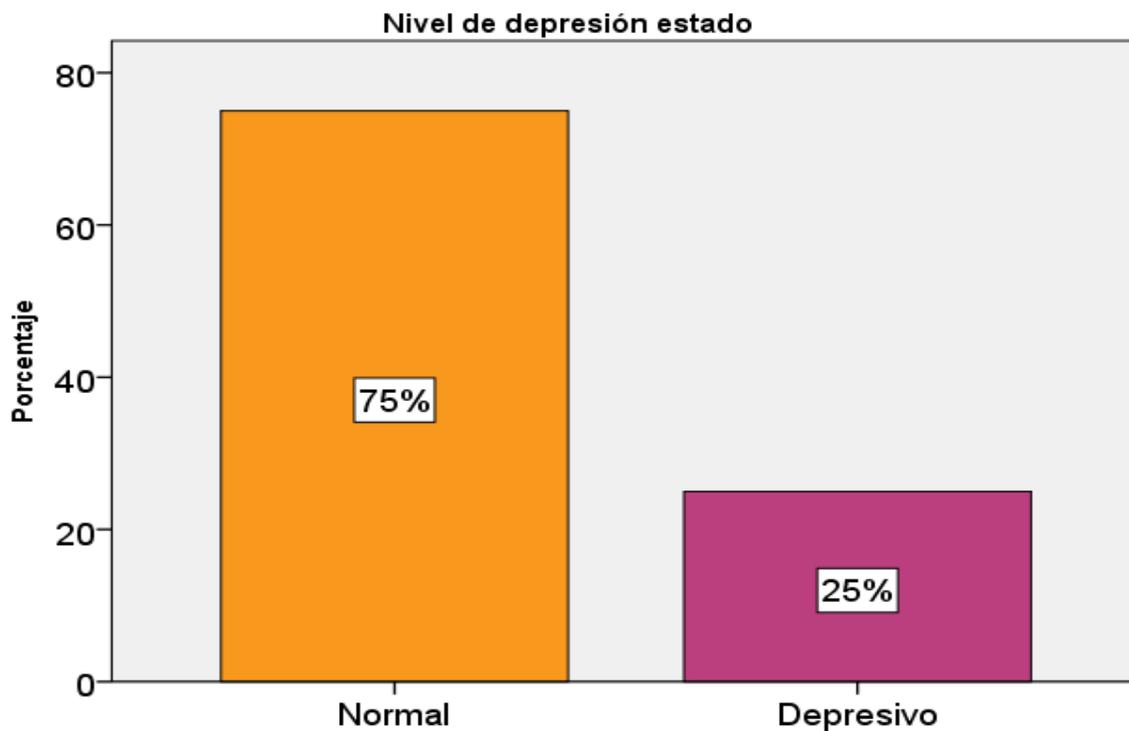


Figura 3 Porcentaje del nivel de Depresión Estado de la muestra.

En la tabla 9 y figura 3 se observa que el 75% de adultos mayores presenta un estado normal en su vida emocional, mientras que el 25% restante obtiene puntuaciones altas lo que significa que están pasando por un estado depresivo temporal en su vida cotidiana.

Tabla 10

Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión rasgo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Normal	67	84%
	Depresivo	13	16%
Total		80	100%

Fuente: Inventario de depresión estado-rasgo

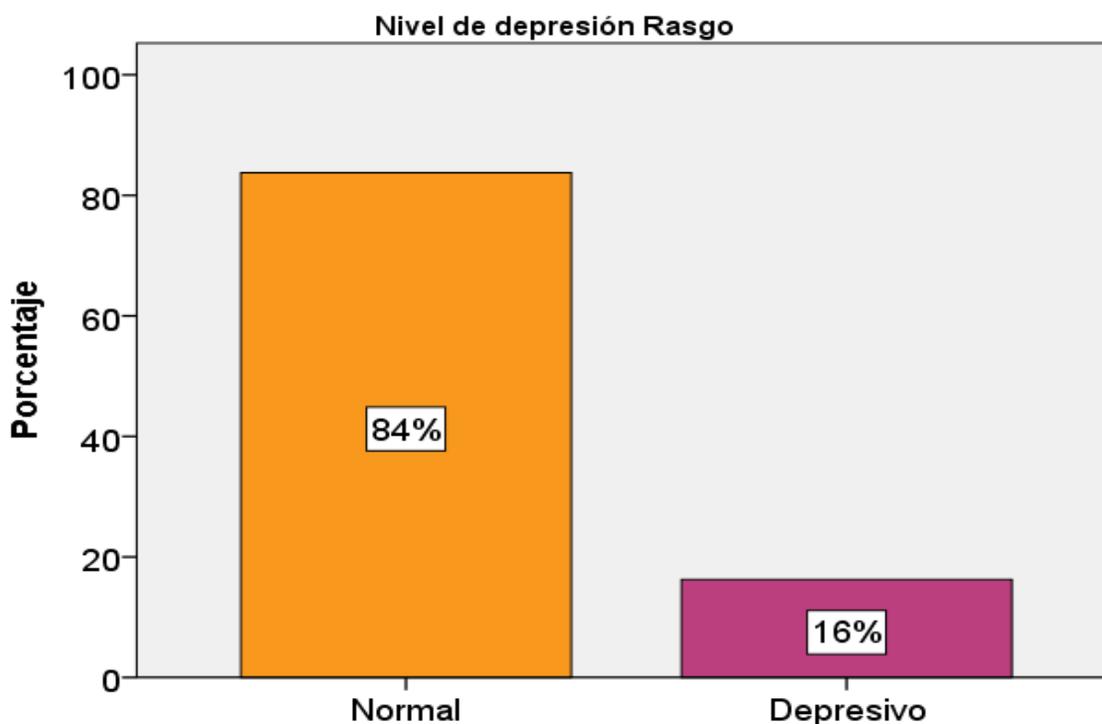


Figura 4 Porcentaje del nivel de Depresión rasgo de la muestra

En la tabla 10 y figura 4 se observa que el 84% de los adultos mayores obtiene puntuaciones bajas, lo que indica presencia de un estado normal en sus emociones; sin embargo, se evidencia que el 16% de adultos mayores presenta patrones de depresión rasgo y que son estables en el tiempo.

Resultados descriptivos de la variable calidad de vida.

Tabla 11

Frecuencia y porcentaje del nivel de calidad de vida en la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala Calidad de vida	24	30%
	Tendencia a baja calidad de vida	17	21%
	Tendencia a calidad de vida buena	21	26%
	Calidad de vida óptima	18	23%
	Total	80	100%

Fuente: Escala de calidad de vida.

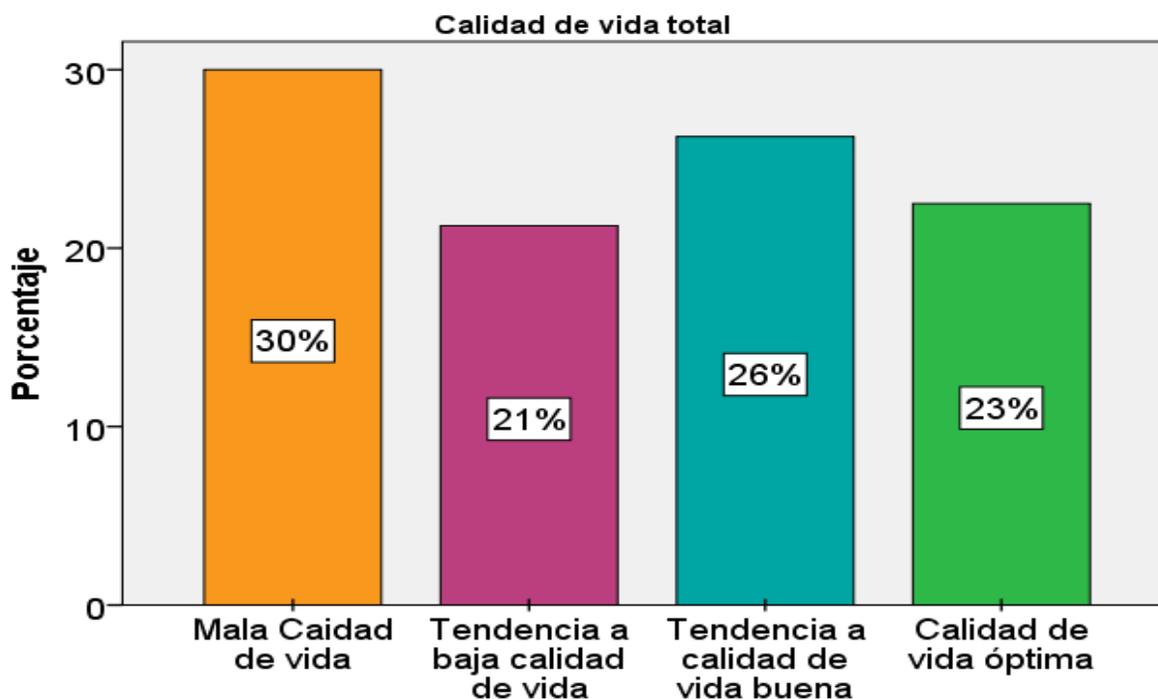


Figura 5 Porcentaje del nivel de Calidad de vida de la muestra.

En la tabla 11 y figura 5 se observa que el 30% de adultos mayores presenta indicadores de una mala calidad de vida, seguido del 21% que obtiene puntuaciones correspondientes a la categoría tendencia a una baja calidad de vida; en un nivel más favorable se halla el 26% que tiene tendencia a una calidad de vida buena y el 23% que presenta signos de una calidad de vida óptima.

Tabla 12

Porcentaje del nivel de calidad de vida, según el sexo de la muestra.

Calidad de vida total		Sexo		Total
		Mujer	Varón	
	Mala Calidad de vida	24%	6%	30%
	Tendencia a baja calidad de vida	15 %	6%	21%
	Tendencia a calidad de vida buena	21%	5%	26%
	Calidad de vida óptima	18%	5%	23%
Total		78% %	22%	100%

Fuente: Escala de calidad de vida.

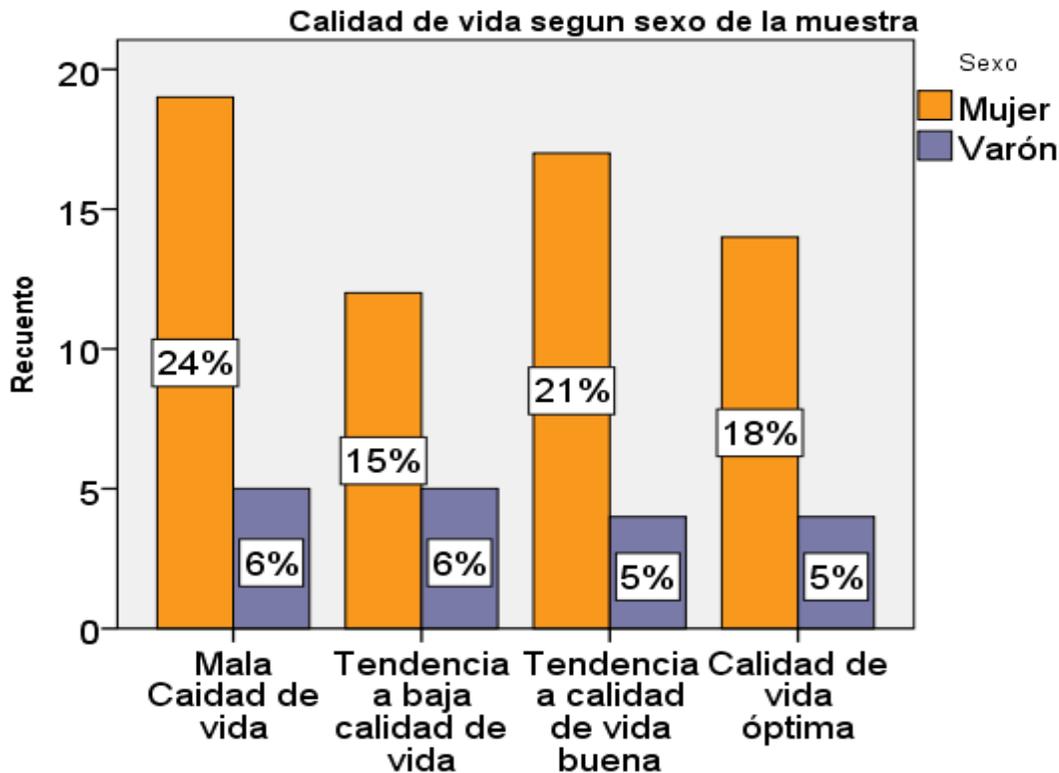


Figura 6 Porcentaje del nivel de Calidad de vida según el sexo de la muestra

En la tabla 12 y figura 6 se observa que el 24% de las mujeres tiene mala calidad de vida, el 15% presenta tendencia a baja calidad; mientras que el 21% el 18% presentan tendencia a una calidad de vida buena y óptima respectivamente. En el caso de los varones, se evidencia que el 6% tiene mala y tendencia a una baja calidad de vida, mientras que el 5% obtiene puntuaciones que lo ubican en una tendencia a una buena y óptima calidad de vida.

Tabla 13

Frecuencia y porcentaje del factor hogar y bienestar económico.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala Calidad de vida	24	30%
	Tendencia a baja calidad	18	23%
	Tendencia a calidad de vida	18	23%
	Calidad de vida óptima	20	25%
Total		80	100%

Fuente: Escala de calidad de vida.

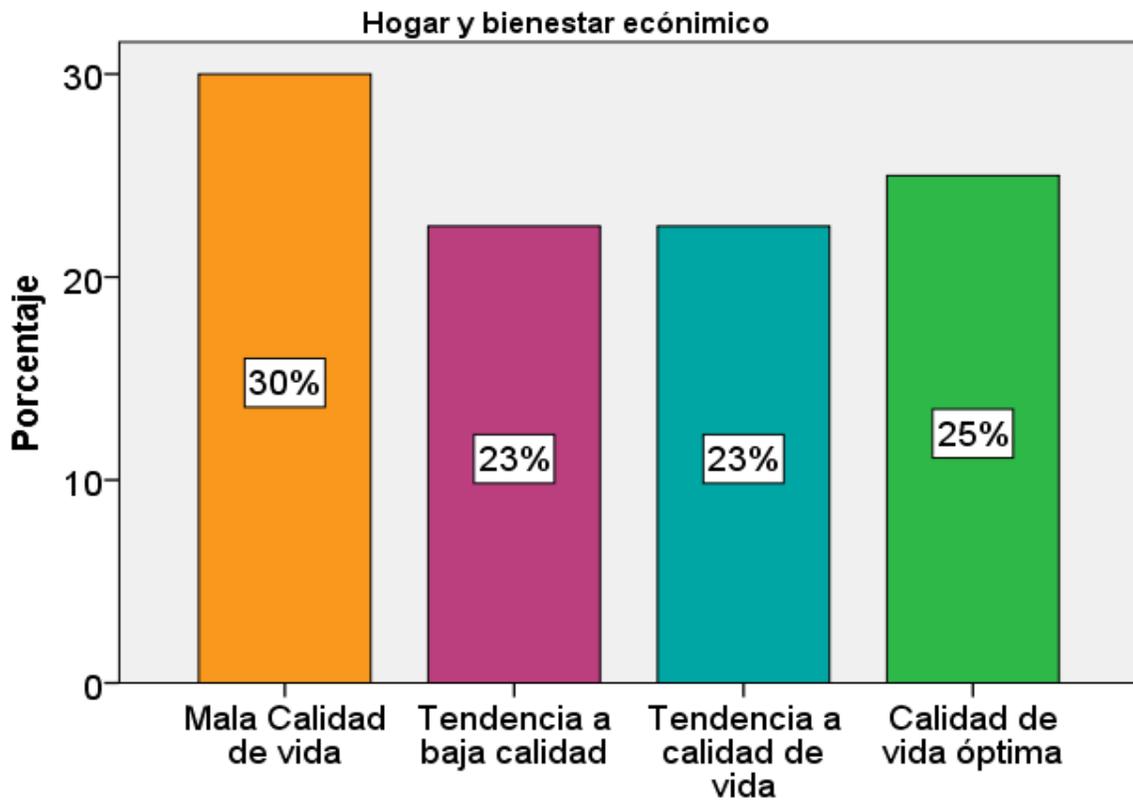


Figura 7 Porcentaje del nivel de factor Hogar y bienestar económico.

En la tabla 13 y figura 7 se visualiza que en el factor hogar y bienestar económico la categoría “mala calidad de vida” corresponde al 30% de los adultos mayores, seguido del 23% que se ubican en una categoría tendencia a baja calidad; asimismo, en una tendencia a buena calidad de vida se encuentra el 23% y en una calidad de vida óptima el 25% de los adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de la victoria.

Tabla 14

Frecuencia y porcentaje del factor amigos, vecindario y comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala calidad de vida	31	39%
	Tendencia a baja calidad de vida	9	11%
	Tendencia a calidad de vida buena	22	28%
	Calidad de vida óptima	18	23%
Total		80	100%

Fuente: Cuestionario de calidad de vida.

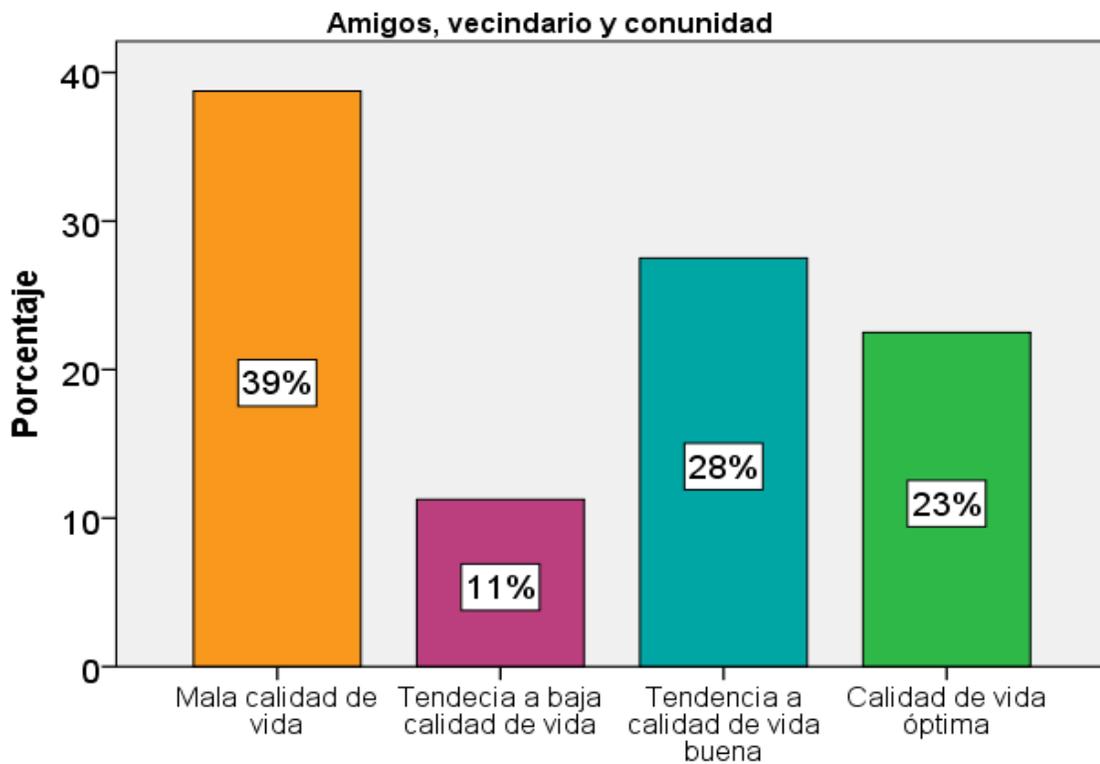


Figura 8 Porcentaje del nivel de factor Amigos, vecindario y comunidad.

En la tabla 14 y figura 8 se observa que en el factor amigo, vecindario y comunidad, el 39% de los adultos mayores posee una mala calidad de vida, seguido del 11% que tiene tendencia a baja calidad de vida. En un nivel más alto en este factor se encuentra el 28% y el 23% que presentan indicadores de una tendencia a calidad de vida buena y óptima respectivamente.

Tabla 15

Frecuencia y porcentaje del factor Vida familiar y familia extensa

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala calidad de vida	23	29%
	Tendencia a baja calidad de vida	20	25%
	Tendencia a calidad de vida buena	19	24%
	Calidad de vida óptima	18	23%
Total		80	100%

Fuente: Cuestionario de calidad de vida.

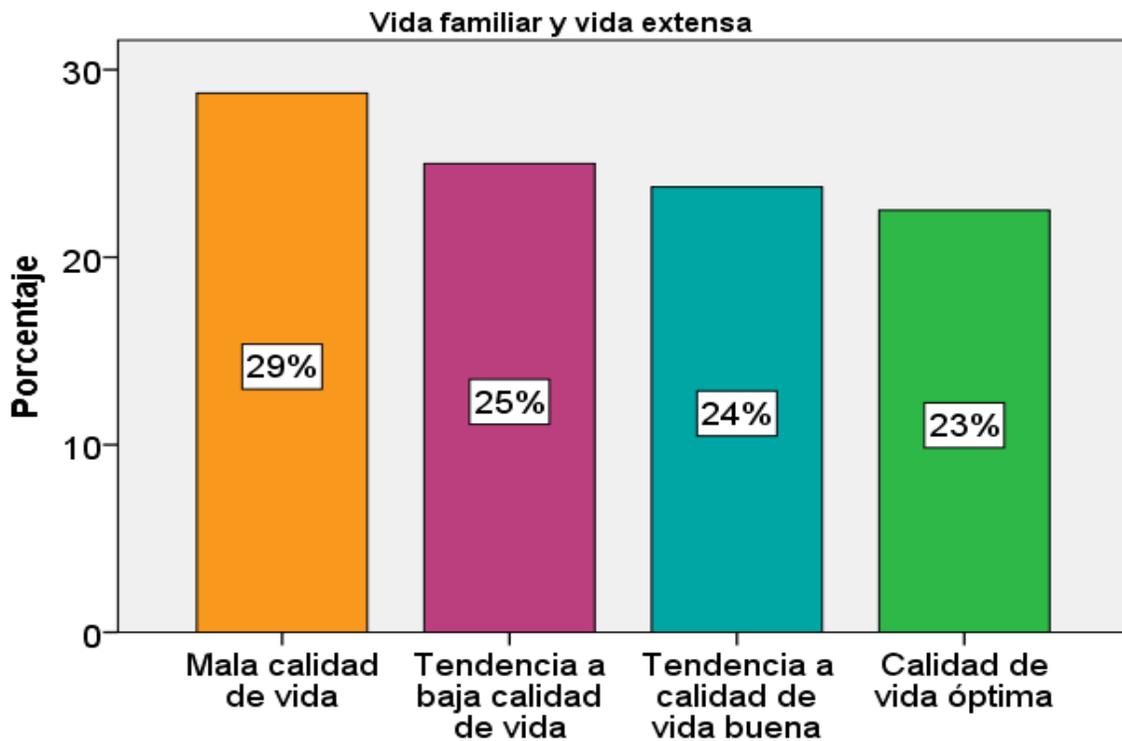


Figura 9 Porcentaje del nivel de factor vida familiar y vida extensa.

En la tabla 15 y figura 9 se describe el nivel de calidad de vida en el factor vida familiar y vida extensa, evidenciándose que el 29% de la muestra tiene mala calidad de vida, seguida del 25% que se encuentra en una tendencia a baja calidad de vida; asimismo, se aprecia que el 24% tiene tendencia a una calidad de vida buena y el 23% restante obtiene una calidad de vida óptima en este factor.

Tabla 16

Frecuencia y porcentaje del factor educación y ocio.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Mala calidad de vida	40	50%
	Tendencia a calidad de vida buena	29	36%
	Calidad de vida óptima	11	14%
	Total	80	100%

Fuente: Cuestionario de calidad de vida.

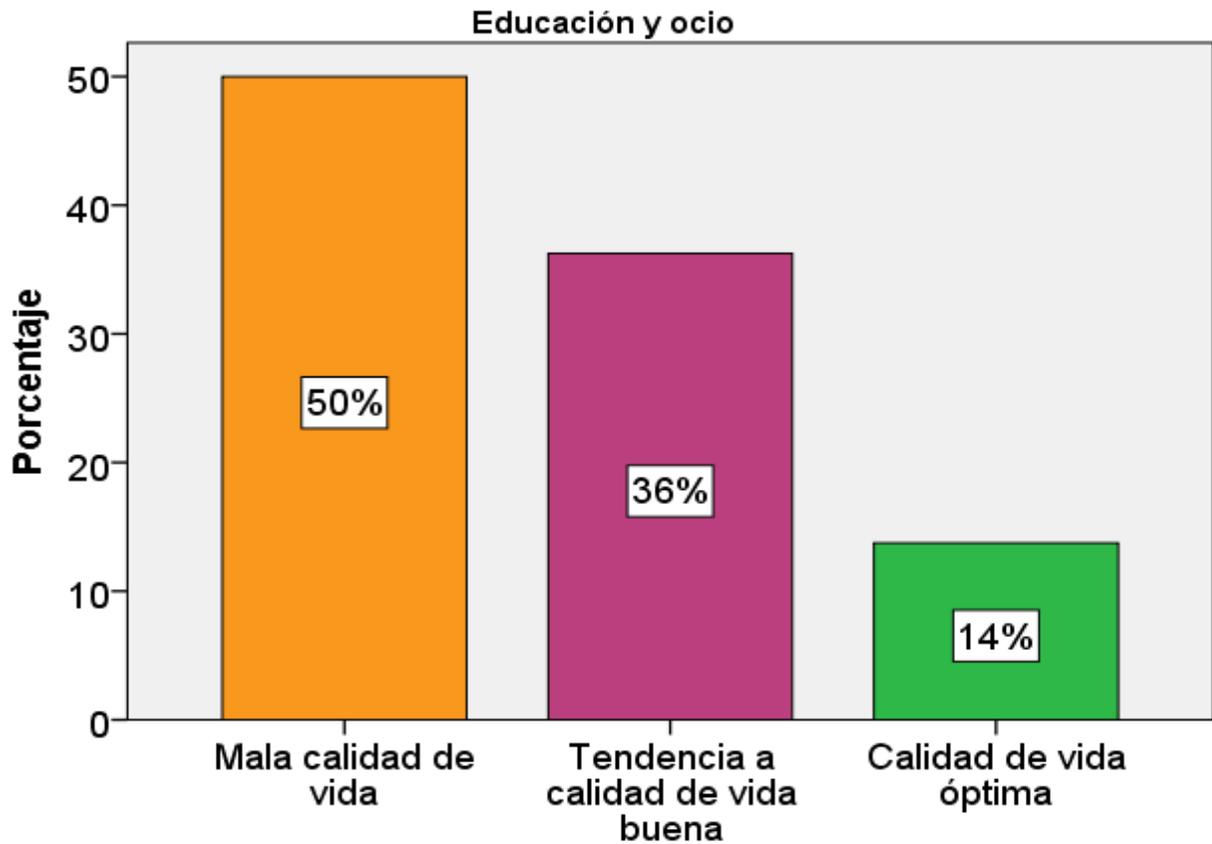


Figura 10 Porcentaje del nivel de factor Educación y ocio.

La tabla 16 y figura 10 describe el nivel de calidad de vida en el factor educación y ocio, mostrando que el 50% de adultos mayores presenta indicadores de un mala calidad de vida en este aspecto; por el contrario, se constata que un 36% posee tendencia a una calidad de vida buena y el 14% presenta calidad de vida óptima.

5.2 Contratación de Hipótesis.

Tabla 17
Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Depresión total	,096	80	,068	,971	80	,069
Calidad de vida total	,079	80	,200*	,991	80	,853

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo y la escala de calidad de vida.

Regla de decisión para establecer la distribución de la muestra.

H₀ $p > 0,05$: Existe una distribución normal.

H₁ $p < 0,05$: Existe una distribución anormal.

En la tabla N° 17 se observa que el resultado de la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de significación de Lilliefors es de ,096 en la variable depresión con un nivel de significancia ($,068 > 0,05$); de igual modo, se observa que el puntaje encontrado en la variable calidad de vida es de ,076 con un nivel de significancia $,200 > 0,05$. Por lo tanto en base al nivel de significancia y a la regla decisión para la normalidad de la muestra, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula, puesto que la muestra presenta una distribución normal y en razón a ello, se utilizó la estadística inferencial paramétrica mediante la Correlación de Pearson.

Hipótesis General:

H₀ No Existe relación significativa entre la **Depresión y la Calidad de vida en los adultos mayores** del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.

H_i. Existe relación significativa entre la **Depresión y la Calidad de vida en los adultos mayores** del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.

Tabla 18

Correlación de Pearson entre depresión y calidad de vida.

		Depresión	Calidad de vida
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,640**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	80	80
Calidad de vida	Correlación de Pearson	-,640**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	80	80

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

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo y la escala de calidad de vida.

Regla de recisión

Se rechaza cuando la H₁ $p > 0,05$.

Se acepta cuando la H₁ $p < 0,05$.

En la tabla N° 18 se observa la correlación de Pearson entre depresión y calidad de vida, en la que se puede apreciar una correlación negativa e inversa de tipo moderada (-,640**) y estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Por lo tanto, en base a la regla de decisión y al nivel de significancia obtenido de ,000 menor a 0,05 se acepta la hipótesis alternativa general y se rechaza la hipótesis nula, demostrando que existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión y la Calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.

Hipótesis Específicas

H₀₁ No existe relación significativa entre la **depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico** en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

H₁. Existe relación significativa entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

Tabla 19

Correlación de Pearson entre depresión y el factor Hogar y Bienestar económico.

		Depresión	Hogar y bienestar económico
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,511**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	80	80
Hogar y bienestar económico	Correlación de Pearson	-,511**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	80	80

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

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo y la escala de calidad de vida.

En la tabla N° 19, se observa la correlación de Pearson de la primera hipótesis específica entre la depresión y el factor Hogar y bienestar económico de los adultos mayores, evidenciando una correlación negativa e inversa de tipo moderada (-,511**) y estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Por lo tanto, en base a la regla de decisión y al nivel de significancia de ,000 menor a 0,05 se acepta la primera hipótesis específica alternativa y se rechaza la hipótesis nula, comprobando que existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

H₀₂ No existe relación significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

H₂ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

Tabla 20

Correlación de Pearson entre depresión y el factor amigo, vecindario y comunidad

		Depresión	Amigos, vecindario y comunidad
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,275*
	Sig. (bilateral)		,014
	N	80	80
Amigos, vecindario y comunidad	Correlación de Pearson	-,275*	1
	Sig. (bilateral)	,014	
	N	80	80

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

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo y la escala de calidad de vida.

En la tabla N° 20, se observa la correlación de Pearson de la segunda hipótesis específica entre la depresión y el factor amigos, vecindario y comunidad, evidenciando una correlación negativa e inversa de tipo débil (-,275*) y estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Por lo tanto, en base a la regla de decisión y al nivel de significancia de ,014 menor a 0,05 se acepta la segunda hipótesis específica alternativa y se rechaza la hipótesis nula, demostrando que existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

H₀₃ No existe relación significativa entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

H₃ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

Tabla 21

Correlación de Pearson entre depresión y el factor Vida familiar y vida extensa

		Depresión	Vida familiar y vida extensa
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,393**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	80	80
Vida familiar y vida extensa	Correlación de Pearson	-,393**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	80	80

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

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo y la escala de calidad de vida.

En la tabla N° 21, se observa la correlación de Pearson de la tercera hipótesis específica entre la depresión y el factor vida familiar y vida extensa, evidenciando una correlación negativa e inversa de tipo débil (-,393**) y estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Por lo tanto, en base a la regla de decisión y al nivel de significancia de ,000 menor a 0,05 se acepta la Tercera hipótesis específica alternativa y se rechaza la hipótesis nula, comprobando que existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

H₀₄ No existe relación significativa entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del distrito de La Victoria, 2018.

H₄ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del distrito de La Victoria, 2018.

Tabla 22

Correlación de Pearson entre depresión y el factor Educación y ocio

		Depresión	Educación y ocio
Depresión	Correlación de Pearson	1	-,520**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	80	80
Educación y ocio	Correlación de Pearson	-,520**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	80	80

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

Fuente: Inventario de depresión estado rasgo y la escala de calidad de vida.

En la tabla N° 22, se observa la correlación de Pearson de la cuarta hipótesis específica entre la depresión y el factor Educación y ocio, evidenciando un coeficiente de correlación negativa e inversa de tipo moderada (-,520**) y estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Por lo tanto, en base a la regla de decisión y al nivel de significancia de ,000 menor a 0,05 se acepta la cuarta hipótesis específica alternativa y se rechaza la hipótesis nula, puesto que existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Educación y ocio en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión en adultos mayores, según la Organización Mundial de la Salud (2016) es un problema significativo de salud mental que afecta directa e indirectamente la calidad de vida de estas poblaciones. En base a este planteamiento, la investigación tiene como objetivo general determinar la relación existente entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del Distrito de La Victoria, 2018. Después de analizar los resultados obtenidos se concluye que entre la depresión y calidad de vida existe una correlación de Pearson negativa de tipo moderada y estadísticamente significativa (-,640; $p < 0,01$) que permite aceptar la Hipótesis alternativa general y rechazar la hipótesis nula, corroborando que existe relación estadísticamente significativa entre la Depresión y la Calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018. Esto indica que los adultos mayores varones y mujeres que presentan una categoría normal en su estado emocional, sin la presencia de afectividad negativa propia de la depresión estado-rasgo en su variante de distimia y eutimia, suelen mostrar altos niveles de calidad de vida, exteriorizada en el desarrollo adecuado de bienestar físico y emocional que les permite disfrutar su experiencia de envejecimiento, expresar sanamente sus emociones en su entorno social y familiar, así como potenciar la capacidad de sentirse valorados por sí mismos y por los demás. Tales resultados, se explican porque estas poblaciones provienen de ambientes familiares estructurados donde se valora la experiencia de vida y se proporciona todas las condiciones materiales y emocionales para que los adultos mayores tengan una calidad de vida saludable y no experimenten episodios depresivos que perturbe su vida afectiva. Asimismo, se explica puesto que en los últimos años se ha implementado una serie de actividades socializadoras en los Centros del Adulto Mayor de la Victoria con el propósito de mejorar su condición de vida y orientar las diferentes etapas de vida, desarrollando programas psicosociales de integración familiar, intergeneracional, sociocultural, recreativo y productivo para un envejecimiento activo. Por el contrario, los adultos mayores que evidencian depresión estado o rasgo suelen mostrar altos índices de emociones negativas (distimia) y ausencia de afectividad positiva (eutimia) que conlleva a tener una mala calidad de vida física, emocional y social; afectando notoriamente la percepción positiva de su entorno, su salud física o emocional, sus relaciones familiares y su autonomía personal, entre otras. Ello posiblemente, porque en su ambiente familiar no suelen ser tomados en cuenta y

sufren el abandono emocional de sus seres queridos; además no cuentan con recursos económicos o de beneficios sociales como una pensión para cubrir sus necesidades básicas, lo que genera la percepción de una vida poco saludable.

Los resultados encontrados, corroboran la base teórica de Spielberger (2008) quien indica que cuando existe la presencia de afectividad negativa y ausencia de afectividad positiva, los adultos mayores experimentan episodios de depresión estado-rasgo, influyendo de forma significativa en la escasa capacidad de gozar la vida y de tener esperanza en su vida futura; en cambio cuando existe mayor presencia de afectividad positiva y menor presencia de estados emocionales negativos, los adultos mayores suelen disfrutar más de la vida y de sus vivencias personales o sociales. Asimismo, permiten avalar la base teórica de la calidad de vida, puesto que los adultos mayores con nivel alto en esta variable presentan un estado de satisfacción general en la realización plena de sus potencialidades personales que les conduce a experimentar bienestar físico, seguridad, productividad personal, relaciones armónicas con los demás y con la comunidad (Ardila, 2003); de tal modo, que cuando un adulto mayor satisface sus necesidades biológicas, sociales y emocionales, experimentan al mismo tiempo, buenos indicadores de calidad de vida en todos los aspectos de su existencia, reduciendo al mínimo los estados emocionales que comprometen negativamente la vida afectiva, puesto que generalmente estas poblaciones encuentran en su hogar, la comunidad y en las relaciones sociales la protección necesaria para un sano desarrollo (Olson y Barnes, 2011). En esta dinámica, reafirma la idea de que la depresión tiene gran relación con la calidad de vida, dado que una de las consecuencias negativas de este problema de salud mental vuelve al adulto mayor menos funcional, es decir que pierde autonomía, se vuelve más dependiente y presentan mayor incapacidad emocional, todo ello avalado por el escaso soporte emocional que reciben de sus cuidadores (Noriega, 2010). Por otro lado, los resultados hallados en esta investigación, coinciden con las conclusiones de Loje (2018) quien en su estudio sobre depresión y calidad de vida en adultos mayores encontró una correlación negativa (-0.443) y estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la depresión y calidad de vida, indicando que a menor nivel de depresión en los integrantes de la muestra, mayor será la presencia de calidad de vida. También concuerda con las conclusiones de la investigación de Alvarado (2018) que al analizar sus resultados sobre depresión y calidad de vida de adultos mayores de la ciudad de Chiclayo encontró una correlación estadísticamente significativa (-0.365 y $p < 0,05$) entre las

variables de estudio, demostrando que sí los adultos mayores cuentan con una buena calidad de vida reflejada en el bienestar físico, emocional y social, suelen desarrollar mayor optimismo y felicidad con la vida y reducirán de forma sustancial las manifestaciones de tristeza, soledad, apatía propios de un estado depresivo. Igualmente (Alvarez y Begazo, 2015) reportaron resultados parecidos, pues identificaron una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=21.978; p<0,05$) entre depresión y calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arequipa, confirmando que aquellos con indicadores bajos de calidad de vida suelen tener altos niveles de depresión y viceversa. De igual modo, existe similitudes con los resultados de Galves (2014) quien halló que entre la calidad de vida y depresión en adultos mayores existe una relación altamente significativa ($\chi^2 169.88; p=0001$) dado que los altos niveles de calidad de vida reducen los sentimientos negativos y potencian la afectividad positiva, disminuyendo de este modo la incidencia de depresión. Similares resultados también encontraron Bartra y Carranza (2013) quienes al estudiar la depresión y calidad de vida en una población de adultos mayores comprobaron la existencia de una relación negativa y altamente significativa entre las variables de estudio ($-0.432, p<0.00$) donde a mayor nivel de depresión, menor es el nivel de calidad de vida y viceversa. Finalmente, existe resultados equivalentes a las conclusiones de (Villavicencio y otros, 2012) quienes afirman que la depresión transitoria o severa presenta asociación significativa con la calidad de vida de los adultos mayores, puesto la presencia de depresión tiende a deteriorar la calidad de vida buena y muy buena de esta muestra de estudio.

Respecto a los resultados descriptivos de la variable depresión se ha encontrado que el 76% de la muestra presenta un estado normal en sus emociones y solamente el 24% presenta indicadores de depresión. En relación a la depresión estado, el 25% de la muestra presenta depresión a comparación del 75% que tiene parámetros normales en su estado emocional; también se observa que el 84% de los adultos mayores no presentan indicadores de una depresión rasgo, en cambio el 16% si evidencia patrones de depresión que son constantes en la vida cotidiana y que afecta el bienestar emocional de estas poblaciones. En cuanto al sexo, son las mujeres las que evidencian mayor incidencia de depresión (20%) a comparación del 4% de varones que presentan esta problemática. Estos resultados, porcentualmente son similares a lo reportado por Galves (2014), quien halló que el 71% de adultos mayores no presenta depresión, mientras que el 29% restante tiene depresión en niveles moderados y severos

respectivamente. Similares resultados obtuvieron (Poblete y otros, 2015), quienes identificaron que el 83% de adultos mayores se encuentra en un estado normal en sus emociones, no evidenciado indicadores determinantes de una depresión. En la misma línea, Licas (2014) halló que el 81% de su muestra de estudio presentaba indicios de una depresión leve y dentro de ellos existía otro grupo con estados emocionales normales, mientras que el 19% restante si evidenciaba un nivel severo de depresión. En cuanto al género, (Paz, 2010; López, 2012) reportaron similares resultados pues en ambos estudios coinciden que las mujeres son más propensas a desarrollar niveles depresivos más altos que los hombres. Sin embargo, difiere de (Alvarez y Begazo, 2015) quienes identificaron que la prevalencia de depresión fue mayormente en varones respecto a la prevalencia depresiva en mujeres; esta diferencia probablemente se expliquen por las características de la muestra y por las condiciones socioculturales, emocionales y económicas que influye en su estado emocional y en muchos casos actúan como un factor de riesgo que desencadena episodios depresivos sean leves, moderados o severos. En cuanto a los resultados descriptivos de la variable calidad de vida, se observa que el 51% de adultos mayores presenta indicadores de mala calidad de vida(30%) y tendencia a mala calidad de vida(21%); sin embargo, se evidencia que el 49% restante tiene una buena y óptima calidad de vida. Este último indicador porcentual de buena calidad de vida coincide con lo planteado por (Velandia, 1994) quien refiere que la percepción positiva de la calidad vida tiene que ver con el grado de interacción entre las situaciones de la existencia humana y la percepción de sus condiciones de bienestar emocional, de salud física y de adaptación que conlleva a desarrollarse plenamente como ser humano autónomo en plena libertad. Por otro lado, se ha encontrado resultados parecidos a los de (Alvarez y Begazo, 2015) quienes reportaron que más de la mitad de los Adultos Mayores tiene Mala Calidad de Vida, probablemente influenciada por la edad y por la ausencia de familiares responsables que no brindan el soporte necesario en la vida adulta. Del mismo modo, Similares resultados se evidenció en (Loje, 2018) quien reportó que el 51% de adultos mayores presenta calidad de vida aceptable que le facilita tener una vida plena y llena de esperanza; finalmente se ha encontrado resultados parecidos a los de (Alvarado, 2018) quien reporta que la mayoría de adultos mayores se encuentra en un nivel adecuado de calidad de vida, pero existe otra mitad que no suelen definir un bienestar total.

Respecto a la primera hipótesis específica los resultados evidencian una relación negativa inversa de tipo moderada y estadísticamente significativa ($-0,511^{**}$; $p < 0,01$) que a un nivel de significancia de 0,05 se acepta la primera hipótesis alternativa demostrando que existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. Esto indica que los adultos mayores que presentan altos indicadores de depresión como disminución del apetito, sueño interrumpido, apatía, fatiga, sentimientos de minusvalía, pérdida de sentido de la vida, incapacidad al tomar decisiones y tristeza profunda (INSM,2017), suelen presentar de forma simultánea bajos niveles de calidad de vida en el factor hogar y bienestar económico; es decir que la depresión esta asociada a las condiciones materiales de vivienda, solvencia económica, capacidad para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vestido, recreación y sobre todo las condiciones de salud de la familia y de sí mismo que al no estar cubiertas generan el incremento de afectividad negativa y por ende la disminución de emociones positivas. En cambio, los adultos mayores que tienen una vida emocional normal, sin la presencia de indicadores depresivos, suelen presentar mejores condiciones materiales y emocionales dentro del hogar que cubren las necesidades básicas de vivienda, alimentación, salud, recreación y sobretodo de protección, seguridad, cuidado, valoración, autonomía e independencia (Olson & Barnes, 2011). Tales resultados, coinciden con Loje (2018) quien encontró una correlación negativa débil y estadísticamente significativa ($-0,225$; $p < 0,05$) entre el bienestar material y la depresión de los adultos mayores. De igual modo, reafirma la tesis de Alvarado (2018) quien halló una relación altamente significativa ($-0,394$; $p < 0,05$) entre depresión y el medio ambiente de la calidad de vida en adultos mayores, puesto que si las condiciones físicas del hogar son inadecuadas, no se cubren las necesidades básicas de cuidado, alimentación y existe carencia en la atención de su salud, esto necesariamente va a predisponer el aumento de manifestaciones depresivas en todas sus manifestaciones. Parecidos resultados obtuvieron también (Villavicencio y otros, 2012) quienes identificaron que los adultos mayores que expresaban sentimientos negativos respecto las condiciones de su hogar, indicaban al mismo tiempo sentirse solos, tristes, enojados e irritados; por el contrario aquellos que provenían de hogares con carencias materiales pero con buen soporte familiar manifestaban mayor presencia de sentimientos positivos y menos indicadores de depresión.

Referente a la segunda hipótesis específica que prescribe existe relación significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018; los resultados confirman que entre la depresión y el factor amigos, vecindario y comunidad de la calidad de vida existe una correlación negativa débil y significativa (-,275*; $p < 0,05$), indicadores que permiten aceptar la segunda hipótesis específica alternativa y rechazar la hipótesis nula. Es decir, los adultos mayores que disfrutan de sus relaciones interpersonales, asisten a actividades sociales donde comparten tiempo, experiencias y emocionales con otros de su misma edad y que cuentan con espacios recreativos en su entorno comunitario como los que existe en los Centros del Adulto Mayor, suelen tener menor incidencia de depresión, puesto que estos indicadores actúan como factores protectores que permiten desarrollar emociones positivas y disminuir las negativas para una mejor calidad de vida; en cambio cuando existe elevados niveles de depresión en la vida el adulto mayor, las repercusiones negativas generalmente se visualizan en la escasa actividad social, la disminución en las interacciones con amigos, el desinterés por compartir con otros adultos de su misma edad, no suelen disfrutar de sus reuniones sociales y por más que la comunidad les brinde espacios recreativos siguen sintiéndose inseguros, percibiendo desmotivación en todos los aspectos de su vida. Estos resultados, confirman la conclusión de (Loje, 2018) quien encontró relaciones negativas y altamente significativas (-0.343; $p < 0,05$) entre depresión y relaciones interpersonales de los adultos mayores; además identificó que entre el bienestar emocional que experimentan los adultos mayores en sus relaciones intra e interpersonales con sus pares y la depresión existe correlación negativa y estadísticamente significativa (-0.396; $p < 0,05$), es decir que cuando existe ausencia de depresión hay mayor predominio de calidad de vida y bienestar emocional en sus relaciones sociales. Asimismo se encontró similitud con (Acosta-Tanori y otros, 2017) quienes indican que la “soledad social” explicaba en gran parte la presencia de depresión y el deterioro en la calidad de vida en los adultos mayores. Sin embargo, nuestros resultados difieren de Alvarado(2018) quien no encontró relaciones significativas entre las relaciones interpersonales y la depresión en adultos mayores, puesto que la presencia de depresión no se debe por la mala calidad de vida y viceversa, sino que responde a otros factores, personales y culturales. Estas diferencias probablemente se debe a la estructura cognitiva de ambas muestras, puesto que dependiendo

de como lo percibe el entorno social, encontrará respuestas adaptativas o no a las relaciones sociales con sus amigos y la comunidad.

En cuanto a la tercera hipótesis específica que plantea la existencia de una relación significativa entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018; el análisis de los datos arroja una correlación negativa débil y estadísticamente significativa (-,393**; $p < 0,01$) que de acuerdo al nivel de significancia de 0,05% permite aceptar la tercera hipótesis específica y rechazar la hipótesis nula, dado que si existe relación significativa entre depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. Esto significa que los adultos mayores con bajos niveles de depresión suelen tener una relación afectiva sana en su hogar, asumen responsabilidades en casa, tienen buenas relaciones con sus hijos y reciben de ellos la seguridad afectiva, el cuidado necesario y la valoración que es clave en el desarrollo de emociones positivas; asimismo se ha constatado que cuando no existe buenas relaciones con los hijos y existe abandono de los miembros familiares, los adultos mayores suelen tener mayor prevalencia de depresión. En tal sentido, se corrobora lo planteado por (Vera, 2007) quien indica que cuando el adulto mayor se siente insatisfecho en su entorno familiar, tiene conflictos familiares que lo destabilizan y no encuentra la seguridad emocional o experimenta nulos sentimientos de pertenencia, menor será el nivel de su calidad de vida. Además, se ha encontrado similitud con las conclusiones del estudio de (Bartra y Carranza, 2013) quienes hallaron que la incidencia alta de depresión en adultos mayores se relaciona significativamente con la disminución de las relaciones sociofamiliares (- .336**; $p < 0,05$). Igualmente, existe similitud con los resultados de (Acosta-Tanori y otros, 2017) quien afirma que la soledad familiar sobre todo el vínculo negativo establecido entre hijos y los adultos mayores origina alta probabilidad de sufrir depresión y baja calidad de vida en estas poblaciones. Algo parecido también encontró Lopez (2012) quien afirma que la presencia de depresión en los adultos mayores de los asilos se debe en gran medida a la baja calidad de vida, influenciada por la distancia física y emocional con los miembros del núcleo familiar y por ende suelen sentirse abandonados, rechazados y hasta la excluidos de la sociedad. De modo similar, Campoverde (2015) en su investigación sobre clima familiar y depresión adultos mayores concluye que las relaciones interpersonales entre los miembros de

la familia influyen no sólo en la alteración de la capacidad afectiva, sino también en la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes le rodean.

Por último, los resultados de la cuarta hipótesis específica evidencian una correlación negativa moderada y estadísticamente significativa ($-.520^{**}$; $p < 0,01$) entre las variables de estudio que permite aceptar la hipótesis alternativa demostrando que existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Educación y ocio en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018, es decir que el aprovechamiento saludable del tiempo libre para emplearlo en actividades artísticas, recreativas, deportivas o en la adquisición de nuevos conocimientos, reduce significativamente la presencia de emociones negativas propias de la depresión. Al contrastar estos resultados con otras investigaciones se ha encontrado similitud con lo planteado por (Loje, 2018) quien refiere que cuando los adultos mayores desarrollan sus competencias emocionales y cognitivas a través de una serie de actividades integradoras así como tener la disposición para el aprovechamiento de oportunidades y de aprendizaje de nuevas posibilidades para integrarse socialmente, suelen tener mejor calidad de vida y menor riesgo de sufrir depresión. Por su parte (Poblete-Valderrama y otros, 2015) llegaron a similares conclusiones puesto que los adultos mayores que participan de manera sistemática realizando ejercicio físico dos veces por semana demuestran tener mejor de calidad de vida, menor nivel de depresión y deterioro cognitivo en menor proporción esperadas para su edad.

CONCLUSIONES.

1. Respecto al objetivo general se concluye que existe una relación negativa de tipo moderada y estadísticamente significativa entre la Depresión y la Calidad de Vida (-,640**; $p < 0,01$) en los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del Distrito de la Victoria, 2018. Es decir, a mayor calidad de vida se infiere menor depresión, y viceversa.
2. Respecto a la primera hipótesis específica se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico (-,511**; $p < 0,01$) en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. Es decir, a menor depresión se infiere mayor calidad de vida en el factor hogar y bienestar económico, y viceversa.
3. Respecto a la segunda hipótesis específica se concluye que existe a la correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad (-,275*; $p < 0,05$). en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. Es decir, a menor depresión se infiere mayor calidad de vida en el factor amigos, vecindario y comunidad, y viceversa.
4. Respecto a la tercera hipótesis específica se concluye que existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Vida Familiar y Familia Extensa (-,393**; $p < 0,01$) en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. Es decir, a menor depresión se infiere mayor calidad de vida en el factor vida familiar y familia extensa, y viceversa.
5. Respecto a la cuarta hipótesis específica se concluye que existe correlación estadísticamente significativa entre la depresión y el factor Educación y ocio (-,520**; $p < 0,01$). en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. Es decir, a menor depresión se infiere mayor calidad de vida en el factor educación y ocio, y viceversa.

RECOMENDACIONES.

- ✓ Se recomienda a otros investigadores que realicen investigaciones sobre calidad de vida y depresión en poblaciones mas amplias de adultos mayores de las zonas urbanomarginales de los distritos de lima metropolitana.
- ✓ Se recomienda a otros investigadores que realicen investigaciones longitudinales en depresión y calidad de vida en poblaciones de adultos mayores.
- ✓ Se recomienda a otros investigadores que realicen estudios comparativos de depresión y calidad de vida en poblaciones adultos mayores de niveles de estratosocioeconómicos bajos y altos
- ✓ Se recomienda a otros investigadores que realicen estudios de depresión y calidad de vida relacionados a otras variables como: ansiedad, deterioro cognitivo, enfermedades cardiovasculares, clima sociofamiliar, percepción ante la muerte.
- ✓ Se recomienda a la universidad incentivar a realizar investigaciones sobre depresión y calidad de vida en poblaciones rurales y urbanas para ver el grado de relación que existe en ambas poblaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta- Tanori y otros (2017) *Soledad, Depresión y Calidad de Vida en los Adultos Mayores Mexicanos*. Revista de psicología y salud. 27 (2). Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/319092767 Soledad depresion y calidad de vida en adultos mayores mexicanos Loneliness depression and quality of life in Mexican older adultos](https://www.researchgate.net/publication/319092767_Soledad_depresion_y_calidad_de_vida_en_adultos_mayores_mexicanos_Loneliness_depression_and_quality_of_life_in_Mexican_older_adultos)

Alvarado (2018) *Calidad de Vida y Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud-Chiclayo*. (Tesis de Maestría). Universidad Señor de Sipan, Chiclayo, Perú.

Álvarez y Begazo. (2015). *Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del albergue buen Jesús, Arequipa*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Santa María, Arequipa, Perú.

Ardila, R. (1995). Psicología y calidad de vida. *Innovación y Ciencia (Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia)*, 4 (3), 40-46.

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35(02) ,161-164. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Bartra, A y Carranza, R (2013). La enfermedad del siglo XXI y la calidad de vida en adultos mayores de Tarapoto. *Apuntes universitarios*. VIII, (141-154). Recuperado de [http://file:///c:/users/computer/downloads/tesis-calidad-de-vida-y-dpresi% c3% 93n-tarapoto.pdf](http://file:///c:/users/computer/downloads/tesis-calidad-de-vida-y-dpresi%c3%93n-tarapoto.pdf)

Buendía J, Fernández B, Ramos F y Riquelme A. (2009). Trastornos asociados a la vejez. *Manual de psicopatología*. (593-618). Madrid.

Bueno, S (1990). Calidad de vida humana como criterio epistemológico. *En: Educación, administración y calidad de vida*. Aula XXI, (9-13). Argentina: Editorial Santillana

Carpio Ramírez C. (2001). *Calidad de Vida: Un análisis de su dimensión psicológica: Calidad de vida VII seminario internacional*; (p, 9). Lima: USMP. En Jesús Romero (editor). Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/242412517 Calidad de vida Un analisis de su dimension psicologica Quality of life An analysis of its psychological dimension](https://www.researchgate.net/publication/242412517_Calidad_de_vida_Un_analisis_de_s_u_dimension_psicologica_Quality_of_life_An_analysis_of_its_psychological_dimension)

Cornejo (2016). Calidad de vida. *Revista enferm. vanguard.* 4(2), 56-75. Recuperado de: <file:///C:/Users/kiara/Downloads/92-327-1-PB.pdf>

Chávez. (2015). *Calidad de Vida y Bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo.* (Tesis de licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego. Perú. Recuperado de: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1768/1/RE_PSICOLOGIA_CALIDAD.VIDA_BIENESTAR.PSICOLOGICO_DISCAPACIDAD.MOTRIZ_TESIS.pdf

Esquivel y otros (2005). *Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores.* Universidad Nacional Autónoma de México. México. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2006/od062d.pdf>

Gálvez, L. (2014). *Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de Essalud.* Arequipa, 2014. (Tesis de Doctorado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de: <http://file:///C:/Users/Computer/Downloads/TESIS-DEPRESION-Y-CALIDAD-DE-VIDA-EN-ADULTOS-MAYORES-AREQUIPA.pdf>

García y Calvanese (2007). *Calidad de Vida percibida, Depresión y Ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal.* (Investigación). Universidad Simón Bolívar, Venezuela. Recuperado de: <file:///C:/Users/kiara/Downloads/670-3010-1-PB.pdf>

Hernández R, Fernández C y Baptista M. (2010). *Metodología de la investigación.* México: 5ª. Editorial Mac Graw Hill.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2016). *Situación de la Población Adulta Mayor.* Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-jul-ago-set-2016.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi” (2007). *Anales de Salud Mental. Órgano oficial del Instituto Nacional de Salud Mental.* 23(1 y 2). Recuperado de: [file:///C:/Users/kiara/Downloads/45-112-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/kiara/Downloads/45-112-1-PB%20(1).pdf)

Instituto Nacional de Salud Mental. (2017). *Las Personas Mayores y la Depresión.* EE.UU. Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf

León D., Rojas M., Campos F. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*. Chile: Editoras Francisca Campos T., Diana León A. y Macarena Rojas G. Recuperado de: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Loje (2018). *Depresión y Calidad de Vida en Usuarios del Centro del Adulto Mayor de la Red Asistencial Ancash, Chimbote-2018*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Los Ángeles Chimbote, Chimbote, Perú.

Lujan. (2014). *Calidad de Vida del Adulto Mayor dentro del Asilo los hermanos de Belén*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Rafael Landivar, Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Padilla-Ivanna.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España: Editorial Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t). Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Martínez, Horacio (2011). *Responsabilidad Social y Ética Empresarial*, Bogotá Ecoe Ediciones. Recuperado de: <https://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2016/04/Responsabilidad-social-y-etica-empresarial.pdf>

Mogrovejo (2018). *Calidad de Vida y Depresión en adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.

Muñoz T. (2006). *Psicología del Envejecimiento*. España.

Niño, M, Niño, D, Pizarro O y Ventura L. (2012). *El Proyecto de Investigación*. Lima: Derrama Magisterial.

Noriega H. Ademar. (2010). *Psicología del Adulto Mayor: para una vejez saludable*. (P.66-67). Perú: Mirbet S.A.C.

Nussbaum M, Sen A. (1998). La calidad de vida. *Fondo de Cultura Económica* (34-36). México.

Olson y Barnes. (2011). *Calidad de Vida en Profesionales de la Salud en la Ciudad de Lima*. (Investigación). Universidad San Martín de Porres, Perú (4-5). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v17n2/a07v17n2>

Olson & Barnes. (2004). *Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Manual. Adaptación: Mirian Grimaldo*. Perú: Universidad de San Martín de Porres.

Organización Mundial de la Salud (2017). *La Salud Mental y los Adultos Mayores*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organization Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Ovalle y Martínez. (2006). *La calidad de vida y la felicidad*. Escuela de Economía internacional, Recuperado de: www.eumed.net/ce/2006/ojtm.htm

Pérez de Cabral, C. (1992). La Calidad de Vida de la Persona. *Revista libera bit*. Recuperado de: http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_09_1_discapacidad-y-calidad-de-vida.pdf

Poblete-Valderrama y otros (2015). Depresión, Cognición y Calidad de Vida en Adultos Mayores Activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física*. 16(2); 72-77. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/289250168_Depresion_Cognicion_y_Calidad_de_Vida_en_Adultos_Mayores_Activos

Rozas, G. (2001). Intervención en Calidad de Vida: *Calidad de Vida VII Seminario Internacional*. (P. 93).Lima: USMP. En Jesús Romero (editor).

Schallock, R y Verdugo A (2003). Calidad de vida. *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza. https://www.researchgate.net/publication/283211086_Calidad_de_Vida

Schopenhauer A. (2006). *Arte del buen vivir*. Madrid: 19ª Edición. Editorial EDAF S.A

Spielberger. C. D. (2008). *Inventario de depresión estado-rasgo (IDER). Manual. Adaptación española: Buela Casal, G. & Agudelo, D*. Madrid: TEA Ediciones.

Torres Q y Torres R. (2013). *Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor de la Ciudad de Chiclayo-2013*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipan, Chiclayo, Perú.

Velandia, A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Vera (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para la familia*. (P.285). Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>

Villavicencio, M; Cervantes G, Gonzales, G; Vega, M y Valle, M (2012). Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores, *Revista de Psicología da IMED*. 4 (649-661). Recuperado de [http://file:///C:/Users/Computer/Downloads/TESIS-AnsiedadYDepresionComoIndicadoresDeCalidadDeVida.%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Computer/Downloads/TESIS-AnsiedadYDepresionComoIndicadoresDeCalidadDeVida.%20(1).pdf)

Viveros (2009). Diccionario conciso de psicología: *Depresión*. (p.127).México: Editorial Manual Moderno.

Zarragoitia, (2011). *Depresión: Generalidades y Particularidades*. Cuba. Recuperado de: <file:///C:/Users/kiara/Downloads/depresion-cuba.pdf>

Zarragoitia (2011). *Depresión: Generalidades y Particularidades*. (15). Cuba. Recuperado de: <file:///C:/Users/kiara/Downloads/depresion-cuba.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1
Tabla 23 Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL:</p> <p>¿ Cuá es la relación que existe entre la Depresión y la Calidad de Vida en los Adultos Mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018?</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre la Depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018? • ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018? • ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018? 	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. • Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. • Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. 	<p>GENERAL:</p> <p>Existe relación directa y significativa entre la Depresión y la Calidad de vida en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (C.A.M) del distrito de La Victoria, 2018.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Hogar y Bienestar Económico en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. ➤ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Amigos, Vecindario y Comunidad en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. 	<p>VARIABLE 1:</p> <p>DEPRESIÓN .</p> <p>Desconcierto en el estado de ánimo normal, el cual muestra una pérdida o desinterés en sus actividades cotidianas, ello se describe por la presencia de tristeza extrema, pesimismo y desaliento.</p> <p>VARIABLE 2:</p> <p>CALIDAD DE VIDA.</p> <p>La calidad de vida es un contexto personal como también social que consiste en satisfacer las necesidades del individuo ya sea en las básicas y sociales como en las espirituales. Considerando también la estabilidad personal, emocional, intelectual e volitiva y con dinámica cultural general.</p>	<p>TIPO</p> <p>NO EXPERIMENTAL: estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CUANTITATIVA: Usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico. • DESCRIPTIVO: Buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. • TRANSVERSAL: Son investigaciones que estudian un aspecto de desarrollo de los sujetos en un único momento dado. <p>NIVEL DE INVESTIGACION:</p> <p>CORRELACIONAL: Mide la relación existente entre dos o más variables, en un contexto en</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del distrito de La Victoria, 2018? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación que existe entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Vida familiar y Familia extensa en los adultos mayores del C.A.M del Distrito de La Victoria, 2018. ➤ Existe relación significativa entre la depresión y el factor Educación y Ocio en los adultos mayores del C.A.M del distrito de La Victoria, 2018. 		<p>particular. En algunas oportunidades solo se realiza la relación entre dos variables, pero habitualmente se colocan en el estudio relaciones entre tres variables.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DESCRIPTIVA-CORRELACIONAL: El diseño del estudio será correlacional en la medida que establecerá las relaciones que pueden o no darse entre las dos variables estudiadas. <p>Población:</p> <p>La población para el presente estudio estuvo constituida por todos los adultos mayores del Distrito de la Victoria, 2018.</p> <p>Muestra:</p> <p>Estuvo constituida por 80 Adultos Mayores entre Hombres y Mujeres del C.A.M del Distrito de La Victoria.</p> <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test IDER, Inventario de Depresión Estado y Rasgo de C.D Spielberger. • Test de Calidad de Vida de Olson & Barnes, de David Olson y Howard Barnes.
---	---	---	--	--

ANEXO 3

Tabla 25 Matriz de operacionalización de los instrumentos

Instrumento	Dimensiones	Items	Escala
Inventario de depresión estado – rasgo (IDER).	Estado	1 al 10	Nada Algo Bastante Mucho
	Rasgo	11 al 20	Casi nunca A veces A menudo Casi siempre
Escala de calidad de vida de Olson & Barnes adaptado por Miriam Pilar Grimaldo	Hogar y Bienestar Economico	1 al 5	Insatisfecho Un poco satisfecho Más o menos satisfecho Bastante satisfecho Completamente satisfecho
	Amigos, Vecindario y Comunidad	6 al 9	Insatisfecho Un poco satisfecho Más o menos satisfecho Bastante satisfecho Completamente satisfecho
	Vida familiar y Familia extensa	10 al 13	Insatisfecho Un poco satisfecho Más o menos satisfecho Bastante satisfecho Completamente satisfecho

Educación y Ocio	14 al 16	<p>Insatisfecho</p> <p>Un poco satisfecho</p> <p>Más o menos satisfecho</p> <p>Bastante satisfecho</p> <p>Completamente satisfecho</p>
Medios de comunicación	17 al 20	<p>Insatisfecho</p> <p>Un poco satisfecho</p> <p>Más o menos satisfecho</p> <p>Bastante satisfecho</p> <p>Completamente satisfecho</p>
Religión	21 al 22	<p>Insatisfecho</p> <p>Un poco satisfecho</p> <p>Más o menos satisfecho</p> <p>Bastante satisfecho</p> <p>Completamente satisfecho</p>
Salud	23 al 24	<p>Insatisfecho</p> <p>Un poco satisfecho</p> <p>Más o menos satisfecho</p> <p>Bastante satisfecho</p> <p>Completamente satisfecho</p>

ANEXO 4

Inventario de depresión estado – rasgo (IDER).

IDER Nombre _____ Profesión _____
 Sexo **V** **M** Edad _____ Fecha / /

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (**VARONES** o **MUJERES**) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

**NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO
A LOS ELEMENTOS 11 A 20.**

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

**NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO
A LOS ELEMENTOS 11 A 20.**

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4



Autor: Ch. D. Spielberger.

Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **DOSTINAS**. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

ANEXO 5

Escala de calidad de vida de Olson & Barnes adaptado por Miriam Pilar Grimaldo Muchotrigo.

ESCALA

Nombre:.....
 Edad:..... Año de Estudios.....
 Centro Educativo:.....
 Fecha:.....

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco Satisfecho	3 Más o menos Satisfecho	4 Bastante Satisfecho	5 Completamente Satisfecho
HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO					
1. Tus actuales condiciones de vivienda					
2. Tus responsabilidades en la casa					
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas					
4. La capacidad de tu familia para darte lujos					
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar					
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD					
6. Tus amigos					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad					
8. La seguridad en tu comunidad					
9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos ,etc.)					
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA					
10. Tu familia					
11. Tus hermanos					

12. El número de hijos en tu familia					
13. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
EDUCACION Y OCIO					
14. Tu actual situación escolar					
15. El tiempo libre que tienes					
16. La forma como usas tu tiempo libre					
MEDIOS DE COMUNICACIÓN					
17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión					
18. Calidad de los programas de televisión					
19. Calidad del cine					
20. La calidad de periódicos y revistas					
RELIGIÓN					
21. La vida religiosa de tu familia					
22. La vida religiosa de tu comunidad					
SALUD					
23. Tu propia salud					
24. La salud de otros miembros de la familia					

PUNTAJE DIRECTO:.....

PERCENTIL:

PUNTAJES T:

ANEXO 6

Evidencia de instrumento aplicado: IDER inventario de estado - rasgo

IDER

Nombre PLACIDO ENRIQUE ORDOZ VALLERES 1
 Sexo M F Edad 85 Fecha 5/10/33
 Profesión JUBILADO

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
2. Estoy apenado	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
3. Estoy decaído	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
5. Me siento desdichado	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
6. Estoy hundido	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Estoy triste	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4
10. Me siento enérgico	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Cast nunca	A veces	A menudo	Cast siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Me siento desgraciado	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
13. Me siento pleno	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Estoy decaído	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4
18. Estoy hundido	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
19. Estoy triste	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTÍNE CONTESTANDO A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Cast nunca	A veces	A menudo	Cast siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4



Autor: Ch. D. Spielberger.
 Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en **BIEN IMPRESO**. Si le presentas otro en color negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Tenga los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

ANEXO 7

Evidencia de instrumento aplicado: Escala de calidad de vida de Olson & Barnes

CoV Mala (1)

ESCALA

Nombre: PLACIDO ENRIQUE ORAZCO VALLEJO
 Edad: 25 Año de Estudios: SUPERIOR
 Centro Educativo: GUADALUPE
 Fecha: 11/1/22

A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

5 4 3 2 1

Que tan Satisfecho estás con:	ESCALA DE RESPUESTAS					
	1 Insatisfecho	2 Un poco Satisfecho	3 Más o menos Satisfecho	4 Bastante Satisfecho	5 Completamente Satisfecho	
HOGAR Y BIENESTAR ECONOMICO						
1. Tus actuales condiciones de vivienda			X			3
2. Tus responsabilidades en la casa				X		2
3. La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas			X			3
4. La capacidad de tu familia para darte lujos		X				4
5. La cantidad de dinero que tienes para gastar	X					5
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD						
6. Tus amigos				X		2
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad			X			3
8. La seguridad en tu comunidad	X					5
9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos ,etc.)		X				4
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA						
10. Tu familia					X	1
11. Tus hermanos			X			3

17
14
1
3

12. El número de hijos en tu familia			X	
13. Tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)			X	
EDUCACION Y OCIO				
14. Tu actual situación escolar			X	
15. El tiempo libre que tienes			X	
16. La forma como usas tu tiempo libre			X	
MEDIOS DE COMUNICACIÓN				
17. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión			X	
18. Calidad de los programas de televisión		X		
19. Calidad del cine	X			
20. La calidad de periódicos y revistas	-		X	
RELIGIÓN				
21. La vida religiosa de tu familia			X	
22. La vida religiosa de tu comunidad			X	
SALUD				
23. Tu propia salud			X	
24. La salud de otros miembros de la familia		X		

2 }
2 } 8

2 }
2 }
2 } 6

3 }
4 }
5 } 14
2 }

2 }
3 } 5

2 }
4 } 6

PUNTAJE DIRECTO: 70
 PERCENTIL:
 PUNTAJES T: 35

ANEXO 8

Evidencia de consentimiento informado



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EJECUCIÓN DE PRUEBAS
PSICOLÓGICAS DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE LA VICTORIA 2018**

Yo PLACIDO ENRIQUE ORCULO VALLEJOS, con documento de identidad N° 07362680, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto a las pruebas psicológicas académicas que las estudiantes FIGUEROA JARRIN KIARA GEORGINA y REYES GALEANO HELLEN JOSSELYN el cual he sido invitado a participar; que actúo libre, consecuente y voluntariamente como participante, contribuyendo a éste procedimiento de proyecto de tesis. Sabiendo de la autonomía suficiente que tengo para retirarme del proyecto cuando yo desida, a su vez teniendo conocimiento que se respetara la buena voluntad de participación, la confiabilidad de intimidad de la información, así mismo la integridad física y psicológica.

Firma

A handwritten signature in blue ink, written over a horizontal line.



Índice derecho

ANEXO 9

Tabla 26

Análisis factorial exploratorio del inventario de depresión estado rasgo.

Matriz de componente rotado^a		
	Componente	
	1	2
Estoy triste	,771	
Estoy apenado(a)	,767	
Me siento desdichado(a)	,750	
Estoy Triste	,689	
Estoy hundido(a)	,650	
Estoy decaído(a)	,577	
Estoy decaído(a)	,566	
No tengo ganas de nada	,486	
Estoy hundido(a)	,431	
Me siento desgraciado(a)	,397	
Estoy contento(a)		,755
Me siento bien		,712
Me siento enérgico(a)		,696
Estoy Animada(a)		,692
Estoy entusiasmado(a)		,673
Disfruto de la Vida		,623
me siento enérgico(a)		,593
Me siento dichoso(a)		,579
Me siento pleno(a)		,541
Tengo esperanza sobre mi futuro		,383
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.		
a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.		

ANEXO 10

Tabla 27

Análisis factorial exploratorio de la escala calidad de vida.

Matriz de componente rotado^a							
	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
La cantidad de dinero que tienes para gastar	,776						
Tus actuales condiciones de vivienda	,763						
La capacidad de tu familia para satisfacer tus necesidades básicas	,738						
La capacidad de tu familia para darte lujos	,720						
Las facilidades para hacer compras en tu comunidad	,614						
Tus responsabilidades en casa	,500						
La vida religiosa de tu comunidad		,652					
La vida religiosa de tu familia		,625					
La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión		,625					
Tus amigos		,538					
El tiempo libre que tienes			,870				
la forma como usas tu tiempo libre			,794				
Tu actual situación escolar			,412				
El número de hijos en tu familia			,411				
Tus hermanos				,825			
Tu relación con tus parientes(abuelos, tíos, primos, hijos)				,717			
La salud de otros miembros de la familia					,790		
Tu propia salud					,681		
Tu familia					,542		
Calidad del cine						,678	
Calidad de los programas de televisión						,648	
La calidad de Periódicos y revistas						,646	
La seguridad en tu comunidad							,805
Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc)							,804
Método de extracción: análisis de componentes principales.							
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.							
a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.							

ANEXO 11

BASE DE DATOS

VARIABLE DEPRESIÓN																								
Sujetos	DEPRESIÓN ESTADO											DEPRPESIÓN RASGO												
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Total	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Total	Total	
1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	14	1	1	4	3	1	1	2	1	1	2	17	31	
2	2	1	1	3	1	1	3	1	3	4	20	2	1	1	2	1	1	1	1	1	4	15	35	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	20	
4	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	14	1	1	1	2	3	2	3	1	2	1	17	31	
5	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	16	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	15	31	
6	2	2	1	3	1	1	2	1	2	3	18	2	1	3	3	2	2	1	1	1	4	20	38	
7	3	1	1	3	1	1	3	2	3	3	21	3	1	2	4	3	2	2	2	2	2	23	44	
8	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	13	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	12	25	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11	22	
10	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	15	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	15	30	
11	2	1	1	1	1	1	2	1	3	3	16	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	15	31	
12	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	15	2	1	2	2	3	2	1	1	2	2	18	33	
13	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	17	2	1	3	3	3	1	1	1	2	2	19	36	
14	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	15	2	1	2	2	3	1	1	1	1	2	16	31	
15	3	2	2	1	2	1	3	2	3	1	20	2	1	3	3	2	2	2	1	2	1	19	39	
16	3	3	2	3	1	1	3	1	3	2	22	3	1	3	2	3	2	2	2	3	3	24	46	
17	3	1	1	3	1	1	3	1	3	2	19	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	14	33	
18	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	23	3	1	2	3	3	2	3	3	2	2	24	47	
19	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	19	3	1	3	3	2	1	1	1	1	2	18	37	

20	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	27	3	1	3	3	2	2	2	2	3	3	24	51
21	2	2	1	2	1	1	2	1	3	4	19	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	16	35
22	3	2	2	3	1	1	3	1	3	2	21	2	1	3	3	3	2	1	2	2	3	22	43
23	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	13	26
24	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	17	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	11	28
25	3	2	1	3	2	1	3	2	3	3	23	2	2	2	3	1	2	1	1	2	2	18	41
26	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	12	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	14	26
27	1	1	1	2	1	1	1	2	1	3	14	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	15	29
28	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3	16	1	1	2	2	2	2	3	1	1	3	18	34
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	20
30	4	4	4	2	2	1	3	3	2	3	28	2	1	1	3	1	2	2	1	3	2	18	46
31	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	16	2	1	2	3	1	1	2	1	2	2	17	33
32	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	12	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	12	24
33	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	18	1	1	3	4	3	1	2	1	2	1	19	37
34	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	14	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	15	29
35	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	18	2	1	3	3	3	1	1	1	2	3	20	38
36	3	1	1	2	1	1	2	2	2	3	18	3	1	3	3	3	2	2	1	2	3	23	41
37	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	15	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	13	28
38	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	26	2	1	2	2	3	2	2	1	2	3	20	46
39	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	15	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	16	31
40	3	1	2	1	1	1	1	2	2	3	17	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	15	32
41	2	1	1	2	1	1	2	1	2	4	17	3	1	2	2	2	1	1	1	1	3	17	34
42	3	2	2	3	1	1	3	2	3	2	22	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	17	39
43	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	24	3	2	3	3	4	2	2	2	2	4	27	51
44	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	14	3	1	2	2	2	1	2	1	2	3	19	33
45	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	16	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	18	34
46	3	2	1	3	1	1	3	2	3	3	22	2	1	2	3	2	2	2	1	2	3	20	42
47	2	1	1	4	1	1	4	1	4	4	23	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	14	37
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	12	22
49	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	18	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	14	32
50	2	2	1	3	2	2	4	2	3	4	25	2	1	3	3	2	1	1	1	2	2	18	43

51	2	1	2	2	1	1	1	2	3	2	17	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	14	31
52	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	12	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	12	24
53	3	1	1	4	1	1	2	2	2	3	20	2	1	3	3	3	2	2	1	2	3	22	42
54	2	1	1	3	1	1	2	1	2	3	17	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	14	31
55	2	2	1	3	1	1	2	1	2	4	19	3	1	2	2	1	1	1	1	1	4	17	36
56	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	17	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	12	29
57	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	16	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	27
58	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	15	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	15	30
59	3	3	4	3	1	1	1	2	2	2	22	3	1	1	2	1	2	2	1	3	3	19	41
60	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	14	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	15	29
61	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	15	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	15	30
62	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	16	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	15	31
63	2	2	2	3	2	1	3	2	3	3	23	1	2	2	1	3	3	3	2	4	1	22	45
64	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	12	22
65	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	19	1	1	1	4	4	2	2	2	2	4	23	42
66	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	19	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	15	34
67	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	12	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	13	25
68	3	3	2	3	2	1	4	3	4	4	29	3	2	3	4	3	3	2	3	3	4	30	59
69	1	1	2	1	1	1	2	1	4	2	16	1	1	2	4	2	1	1	1	1	2	16	32
70	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	13	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	24
71	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	12	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	12	24
72	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	16	36
73	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	17	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	17	34
74	2	2	2	1	2	1	3	3	3	2	21	1	1	3	3	1	1	1	1	4	1	17	38
75	3	2	2	3	1	1	3	3	3	2	23	2	2	3	3	2	2	1	1	3	3	22	45
76	2	2	2	4	1	3	1	1	2	3	21	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	14	35
77	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	26	1	4	3	3	3	2	3	2	4	3	28	54
78	2	2	4	2	1	1	2	1	2	1	18	2	3	2	1	2	1	2	1	1	3	18	36
79	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	14	2	1	3	1	4	1	4	1	1	1	19	33
80	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	15	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	14	29

VARIABLE CALIDAD DE VIDA																									
	Hogar y Bienestar Económico					Amigos, Vecindario y Comunidad				Vida familiar y Familia extensa				Educación y Ocio			Medios de comunicación				Religión		Salud		
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	2 1	2 2	2 3	2 4	total
1	3	4	3	2	1	4	3	1	2	4	3	4	4	4	4	4	3	2	1	4	4	3	4	2	73
2	5	4	5	4	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	74
3	4	4	4	4	2	3	4	3	4	4	4	5	3	3	5	5	4	1	4	4	4	4	4	4	90
4	3	4	4	2	2	2	4	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	1	78
5	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	2	3	4	3	3	4	86
6	3	2	1	1	1	2	2	3	4	3	4	2	2	1	3	2	3	1	1	2	4	2	3	3	55
7	4	3	4	3	2	4	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	1	4	1	1	1	63
8	4	4	5	3	4	4	5	5	3	5	4	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4	3	4	4	102
9	4	4	3	3	3	4	4	1	1	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	87
10	4	4	3	1	3	4	3	1	2	4	4	4	3	2	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	68
11	4	4	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	2	2	4	4	3	1	1	3	4	3	4	4	77
12	5	4	4	3	4	4	4	3	4	5	5	5	4	2	4	4	3	3	1	3	4	4	4	4	90
13	2	3	3	1	3	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	2	2	2	4	4	4	3	3	73
14	4	5	4	3	4	3	3	1	3	4	4	4	3	3	4	4	2	1	1	3	4	3	4	3	77
15	4	4	3	3	4	1	4	3	2	3	3	4	3	4	4	4	3	2	1	3	3	3	3	3	74
16	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	4	3	2	2	3	3	1	2	1	3	2	2	2	52
17	3	5	5	3	3	5	3	2	3	5	5	3	5	3	2	2	2	1	3	1	2	3	3	3	75
18	2	3	3	3	3	4	3	2	2	4	4	3	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	63
19	1	3	2	3	3	2	4	1	1	3	1	4	1	4	4	4	2	1	1	3	4	4	2	2	60
20	3	3	3	1	3	3	1	3	2	2	1	4	3	3	3	3	2	1	1	1	5	5	1	1	58
21	2	4	4	1	4	4	3	1	4	1	1	4	4	3	4	4	4	2	1	4	5	2	1	1	68
22	2	5	2	2	2	4	2	3	3	3	5	5	4	3	3	4	4	3	1	2	5	5	3	3	78
23	4	4	4	4	4	3	4	1	1	4	3	4	3	3	4	4	2	2	2	2	3	3	4	3	75
24	3	5	5	4	4	4	4	2	3	4	4	5	4	4	4	4	3	3	2	5	4	3	4	3	90
25	3	4	3	2	3	4	4	3	2	3	3	4	5	4	3	4	2	1	2	3	3	3	3	3	74

26	4	3	3	4	3	4	3	1	2	4	3	5	2	4	3	4	2	1	1	1	5	1	4	4	71
27	5	5	5	4	5	5	5	5	1	5	4	5	5	4	5	5	5	1	5	1	5	2	3	3	98
28	4	4	4	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1	4	4	3	4	82	
29	5	4	4	4	4	5	4	3	3	5	5	4	4	4	4	5	3	3	3	4	4	3	4	95	
30	2	4	3	3	1	3	1	1	1	4	3	5	2	1	5	5	2	1	1	1	3	1	2	2	57
31	4	4	5	3	4	4	5	1	3	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	4	3	3	2	79
32	5	5	5	4	5	4	4	1	1	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	5	4	4	4	97
33	1	3	2	2	1	3	1	1	1	5	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	1	4	67
34	3	3	3	2	2	4	3	1	1	3	5	4	4	4	4	4	1	1	3	3	1	1	3	3	66
35	3	3	3	2	2	4	4	2	4	4	4	3	4	2	3	3	3	3	1	3	4	4	3	4	75
36	3	3	3	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	2	4	3	3	2	2	2	4	3	3	3	66
37	4	4	4	4	5	4	4	3	4	4	1	4	1	3	4	4	4	1	3	4	1	4	4	4	82
38	3	3	4	4	4	2	2	3	2	3	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	70
39	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	88
40	4	5	5	4	4	2	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	3	4	1	4	1	1	4	2	87
41	3	4	1	1	4	4	4	4	4	1	1	3	3	4	4	4	4	2	1	2	4	4	2	2	70
42	4	4	3	3	3	3	3	3	2	4	1	4	4	4	4	4	4	2	1	4	4	4	3	4	79
43	3	3	3	1	2	4	2	4	4	3	3	4	4	4	3	3	3	2	1	2	3	3	2	4	70
44	3	3	2	1	2	4	3	3	3	3	3	1	3	4	4	3	3	3	3	3	3	5	2	2	69
45	4	5	4	3	4	4	5	3	4	5	4	5	4	4	4	4	2	4	4	4	3	3	3	3	92
46	3	2	1	3	3	4	4	3	4	2	4	5	4	3	5	5	3	2	1	2	3	3	3	4	76
47	4	3	4	3	4	4	3	1	2	5	5	5	4	3	2	3	2	2	1	2	4	5	3	2	76
48	5	5	5	5	4	5	5	3	3	5	3	5	5	4	5	5	3	2	2	2	5	1	4	4	95
49	4	5	4	3	3	3	4	2	3	5	4	4	5	4	3	5	4	4	4	4	5	5	4	3	94
50	2	4	4	1	1	3	4	4	4	1	4	1	3	3	4	4	1	3	3	3	3	1	3	3	67
51	4	5	5	5	4	4	4	1	2	4	3	4	4	3	5	5	1	2	1	4	4	4	4	2	84
52	3	4	4	4	2	4	3	1	3	5	5	4	5	4	4	5	4	3	3	3	5	5	4	3	90
53	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	83
54	5	4	5	4	3	4	4	5	4	5	5	1	4	3	3	4	4	5	4	4	5	5	2	2	94
55	5	4	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	68

56	3	4	4	3	5	4	3	2	5	5	4	1	5	3	4	4	3	4	1	4	5	2	4	4	86
57	1	4	3	1	1	4	3	1	1	5	4	5	5	3	3	1	3	3	1	3	5	3	4	3	70
58	3	3	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	1	3	3	4	4	4	1	84
59	3	5	2	1	2	3	4	4	4	5	1	5	3	3	3	4	1	4	1	2	4	3	4	5	76
60	2	5	2	2	5	2	5	1	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	78
61	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	10 3
62	2	2	2	3	2	1	3	3	1	3	5	1	3	4	4	4	1	1	1	3	3	1	3	1	57
63	5	4	4	5	4	4	5	1	1	5	5	5	4	4	5	4	3	1	1	3	3	1	1	1	79
64	5	5	4	5	5	3	5	3	3	5	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	4	10 6
65	5	4	4	3	3	5	3	2	2	4	4	5	3	5	5	5	5	1	2	3	3	5	3	2	86
66	4	3	4	3	3	3	4	1	3	4	4	4	4	4	2	3	3	1	3	2	2	4	3	3	74
67	5	4	5	4	3	2	3	1	2	5	5	5	5	3	5	5	2	2	2	5	5	1	3	3	85
68	4	4	4	2	2	4	4	1	1	4	4	3	4	3	4	4	3	1	1	2	4	3	3	3	72
69	4	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	4	3	1	3	1	77
70	2	4	4	2	2	4	2	1	1	4	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	83
71	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	1	4	4	4	4	4	86
72	2	4	3	2	1	3	3	1	1	5	4	4	4	4	5	4	3	2	4	4	5	3	2	2	75
73	4	4	4	3	4	3	4	2	2	3	3	4	3	4	4	4	3	1	1	4	4	4	2	3	77
74	3	2	2	3	2	3	4	3	2	4	5	4	3	4	4	4	3	3	2	3	3	1	3	3	73
75	3	3	2	1	3	3	4	1	1	3	1	3	2	4	4	4	2	1	1	1	3	4	4	2	60
76	4	4	3	2	2	4	4	1	1	5	1	5	1	1	4	5	1	1	1	3	3	4	4	3	67
77	1	1	2	1	1	1	2	1	1	5	3	4	2	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	2	41
78	3	4	4	1	4	4	4	3	4	1	1	4	4	4	4	4	4	2	1	1	3	4	1	1	70
79	4	3	4	3	2	2	1	2	3	5	4	3	4	1	3	4	2	2	2	2	4	4	3	4	71
80	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	92



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ANEXO 12

Consentimiento informado para la ejecución de pruebas psicológicas de depresión y calidad de vida en adultos mayores del centro del adulto mayor del Distrito de la Victoria 2018

Yo _____, con documento de identidad N° _____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto a las pruebas psicológicas académicos que las estudiantes FIGUEROA JARRIN KIARA GEORGINA y REYES GALEANO HELLEN JOSSELYN el cual he sido invitado a participar; que actúo libre, consecuente y voluntariamente como participante, contribuyendo a éste procedimiento de proyecto de tesis. Sabiendo de la autonomía suficiente que tengo para retirarme del proyecto cuando yo decida, a su vez teniendo conocimiento que se respetara la buena voluntad de participación, la confiabilidad de intimidad de la información, asimismo la integridad física y psicológica.

Firma _____



Índice
derecho

ANEXO 13

Fotos o evidencias de la aplicación













