

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 DE SALUD CONCEPCIÓN 2021.**

Para optar : El Título Profesional de Psicóloga

Autora : Bach. Sotelo Suazo, Fabiola Florencia

Asesora : Mg. Palomino Abastos Patricia

Línea de Investigación Institucional : Salud y Gestión de Salud

Fecha de Inicio y culminación : enero 2022 – diciembre 2022

Huancayo – Perú

2023

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos quienes con cariño, paciencia y perseverancia me han ayudado a alcanzar una meta más, agradecido por formar en mí el sueño de perseverancia y coraje, de no caer ante los obstáculos porque Dios está conmigo siempre.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Primeramente doy gracias a Dios por permitirme tener vida y salud, y con ello alcanzar la mejor sabiduría en mi estadía en las aulas de nuestra querida universidad, gracias por convertirme en profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a todos mis maestros Dra. Leda, Dra. Maribel, Dr. Jesús entre otros por ser parte de mi proceso de formación educativa, que deja como resultado final este sueño llamado tesis, y poder haber alcanzado una meta más en mi vida personal y profesional y dejar parte de conocimiento a las futuras generaciones.

La Autora

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Informe Final de Tesis titulado:

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN 2021.

Cuyo autor (es) : SOTELO SUAZO FABIOLA FLORENCIA
 Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Profesional : PSICOLOGIA
 Asesor (a) : PS. PALOMINO ABASTOS PATRICIA

Que fue presentado con fecha: 26/04/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 08/05/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 18%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software tres veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 08 de mayo de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
 Facultad de Ciencias de la Salud

Edith Ancco Gomez
 Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
 DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 179 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
 EAG/vjchp

INTRODUCCIÓN

En el Perú, a pesar que la población adulta mayor ocupa un importante porcentaje de la población general (12%) no se está dando la atención que demanda esta población. Existe la Ley de la Persona Adulta mayor dada por uno de los ministerios del estado peruano como es el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en su rol rector en la generación de los derechos de las personas de la tercera edad, aprobada el año 2016 (N° 30490). Y en el cuarto informe del año 2021 reporta que se presentaron 21 219 casos positivos de depresión en adultos mayores. Estas personas se atendieron en los establecimientos de salud mental en el transcurso del año 2020, cuando las personas de la tercera edad tenían un tamizaje positivo a la depresión eran referidas al servicio de salud mental comunitario en las que recibían un paquete de intervención sobre el diagnostico. Pero esta situación a cambiado por efecto de la emergencia sanitaria del COVID 19 en el que cerraron algunos centros de atención del primer nivel, presentando un descenso en la atención de problemas de salud mental Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2021).

Es así que en dicho contexto se desarrolla la investigación que aquí se presenta. Se trata de un estudio realizado con adultos mayores de bajos recursos económicos que considera las variables como es la depresión y calidad de vida en donde se halló un enlace opuesto considerable que señala que ha superior depresión una menor calidad de vida y viceversa. El estudio considera todo el desarrollo metodológico del estudio científico; con instrumentos los cuales cuentan con atributos psicométricos de autenticidad y credibilidad y a partir de ello

alcanzar la veracidad de los resultados mismos que reflejan las condiciones de salud mental en las que se encuentra el adulto mayor de la Provincia de Concepción.

Para una mejor comprensión del informe de investigación, se ha estructurado en cinco capítulos. El primero referido a la determinación del problema que informa acerca de la situación de la salud mental del adulto mayor a través de datos estadísticos y de la importancia de su presencia en las familias, así como de la calidad de vida que las personas de la tercera edad presentan y las comorbilidades a que es vulnerado. En este capítulo también se hace mención a la delimitación y la formulación del problema, objetivos y justificación. Mientras que en el capítulo II, se detallan los antecedentes de los estudios nacionales como internacionales, así como las bases teóricas y la definición de las variables.

En el tercer capítulo se presentan nuestras hipótesis, significado conceptuales y operacionales de las variables. En el cuarto capítulo se presenta la metodología del estudio considerando el tipo, nivel, diseño del estudio, población, muestra así como el muestreo, los métodos y materiales de recojo de información, así como sus propiedades psicométricas de los instrumentos empleados. Finalmente, el capítulo V comprende los resultados, las pruebas de hipótesis, el análisis y la discusión de los resultados. Los anexos contienen datos que ayudan a comprender el desarrollo del estudio tales como: Matriz de consistencia, Matriz de operacionalización de las variables, entre otros.

CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCION.....	iv
CONTENIDO DE TABLAS	x
CONTENIDO DE FIGURAS	xi
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Delimitación del Problema	16
1.3 Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema general.....	17
1.3.2. Problemas específicos	18
1.4. Justificación.....	18
1.4.1. Social.....	18
1.4.3 Teórica.....	19
1.4.4 Metodológica.....	20
1.5. Objetivos.....	20
1.5.1 Objetivos Generales	20
1.5.2. Objetivos Específicos.....	20

CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. Antecedentes Nacionales.....	21
2.2. Antecedentes Internacionales	24
2.2. Bases teóricas o científicas	28
2.2.4 Marco Conceptual.....	43
CAPITULO III HIPÓTESIS	44
3.1. Hipótesis General	44
3.2. Hipótesis Específicas.....	44
3.3. Variables.....	44
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA.....	46
4.1. Método de Investigación.	46
4.2. Tipo de investigación.....	46
4.3. Nivel de investigación.	46
4.4. Diseño de la investigación.....	47
4.5. Población y Muestra	48
4.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	49
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	53
4.8. Aspectos éticos de la Investigación.....	54
CAPITULO V RESULTADOS.....	56
5.1. Descripción de resultados.....	56

5.2 Contrastación de Hipótesis	62
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	89
Anexo 1. Matriz de Consistencia	90
Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables	92
Anexo 3. Matriz de operacionalización de los instrumentos.....	95
Anexo 4. Instrumento de investigación.....	99
Anexo 5. Autorización para realizar el Proyecto de Investigación – documento de agradecimiento	104
Anexo 6. Confiabilidad del instrumento.	105
Anexo 7. Criterio de Jueces.....	106
Anexo 8. Data de Procesamiento de datos – Prueba Piloto	118
Anexo 9. Data de Procesamiento de datos	119
.....	119
Anexo 10. Consentimiento o asentimiento Informado.....	121
Anexo 11. Evidencias de las Pruebas.....	123
Anexo 12. Fotos de aplicación del instrumento	132

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la edad</i>	569
Tabla 2 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a Estado de Animo Depresivo</i>	60
Tabla 3 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la Desesperanza.</i>	61
Tabla 4 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la Depresión.</i>	62
Tabla 5 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la Calidad de Vida.</i>	603
Tabla 6 <i>Prueba de normalidad de Depresión y Calidad de Vida.</i>	614
Tabla 7 <i>Correlación entre la Depresión y Calidad de Vida en adultos mayores de Concepción – Junín</i>	616
Tabla 8 <i>Correlación entre la dimensión Estado de Ánimo Deprimido y Calidad de Vida en adultos mayores de Concepción – Junín.</i>	647
Tabla 9 <i>Correlación entre la dimensión Desesperanza y Calidad de Vida en adultos mayores de Concepción – Junín.</i>	68

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la edad</i>	60
Figura 2 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a Estado de Animo Depresivo</i>	58
Figura 3 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la Desesperanza.</i>	59
Figura 4 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la Depresión</i>	60
Figura 5 <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la Calidad de Vida.</i>	61

RESUMEN

El Objetivo de la actual investigación fue determinar el nexo entre la depresión y la calidad de vida en pacientes adultos mayores del Centro de Salud de Concepción, 2021. El tipo de investigación es sustantiva descriptiva de Nivel y Método descriptivo con diseño descriptivo correlacional. La muestra utilizada fue 150 personas de la tercera edad de la jurisdicción de Concepción, departamento de Junín desarrollado en el Centro de Salud David Guerrero Duarte. Los cuestionarios que fueron utilizados: el Test de calidad de vida FUMAT y la Escala de Depresión Geriátrica, Yesavage, ambos instrumentos poseen las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad. Los efectos indican: Las personas de la tercera edad que fueron evaluados el 33.3 % presentan depresión leve, asimismo el 35.3% presentan depresión moderada y el 31.3% depresión grave. Se encontró conexión inversa significativa dado entre el estado de ánimo depresivo y la calidad de vida y desesperanza y calidad de vida.

Palabras clave: depresión, calidad de vida, adultos mayores.

ABSTRACT

The objective of the current research was to determine the link between depression and quality of life in older adult patients at the Concepción Health Center, 2021. The type of research is descriptive substantive Level and Descriptive Method with correlational descriptive design. The sample used was 150 elderly people from the jurisdiction of Concepción, department of Junín developed in the David Guerrero Duarte Health Center. The questionnaires that were used: the FUMAT Quality of Life Test and the Geriatric Depression Scale, Yesavage, both instruments have the psychometric properties of validity and reliability. The effects indicate: The elderly people who were evaluated 33.3% have mild depression, considerably 35.3% have moderate depression and 31.3% severe depression. A significant inverse connection was found between depressed mood and quality of life and hopelessness and quality of life.

Keywords: depression, quality of life, older adults.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Ha de saber qué el grupo de individuos de la tercera edad a la fecha ha aumentado a parámetros mundiales, y con ello acarrear una secuencia de variaciones que no necesariamente están relacionados al aspecto físico, sino también a sus actividades laborales y relaciones familiares que repercutirán a nivel psicológico.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2020), menciona que en el Perú existen la cantidad de cuatro millones 140 000 individuos de adultos mayores, de los cuales el doce punto siete por ciento tiene la edad de noventa años a más, del total de la población de personas de la tercera edad, el cincuenta y dos punto cuatro por ciento son del sexo femenino (2 millones 168 000) y el cuarenta y siete punto seis por ciento son de sexo masculino (1 millón 973 000). Las personas del sexo femenino que son adultas mayores, representan el trece punto dos por ciento del total de la población femenina del país y el doce punto dos por ciento es el total de las personas adultas mayores del sexo masculino.

De acuerdo con el seguro nacional de salud, el cuarenta punto ocho por ciento de la población de la tercera edad pertenece al Seguro Integral de Salud (SIS), el treinta y nueve punto uno por ciento pertenecen al seguro de salud EsSalud y el seis punto dos por ciento pertenece a un seguro de salud distinto a los dos antes mencionados.

Es sabido que los Adultos Mayores a la fecha aportan preciados conocimientos a los integrantes del grupo familiar así también a las personas que los rodean, puesto que sus

experiencias en el transcurso de su vida hacen que sean personas que transmitan una formación modelo. Pero ha de tener en cuenta que dicha situación no se aleja de los riesgos ya que estas personas presentan disminución en su sistema cognitivo lo cual acarrea a un estado de abandono y depresivo. Asimismo cabe resaltar que las personas de la tercera edad son poco sensatos en lo cual se representa una dificultad o conflicto en la salud mental, y por tal motivo, dichas personas se muestran renuentes a buscar apoyo.

En ese entender, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, (INEI, 2021) en el territorio Peruano, en el año 2020 en los tres últimos meses, el porcentaje del 39,1% de consanguinidad de nuestro territorio incluía un adulto mayor de sesenta años a más.

Por otro lado observamos que en el área rural un porcentaje del 42,6 % con alguna persona de la tercera edad, asimismo en la capital del Perú las casas encuestadas en un porcentaje de 41,6% cuentan con una persona de la tercera edad, por otro lado sin incluir a la capital de Perú, en el área urbana tenemos el porcentaje de 35,7%, existe como mínimo una persona del grupo de personas de la tercera edad. Asimismo, del cien por ciento de casas de nuestro territorio, en un porcentaje del 25,9% el jefe de hogar es una persona mayor. Consecuentemente, de la mayoría de casas que están dirigidos por las féminas en un porcentaje del 28,9% son personas adultas mayores, y el 24,3% son del género masculino. Esta información estaría indicando que en nuestro territorio deberíamos de dotar de atención psicológica tanto en territorios urbanos y rurales para así optimizar la calidad de vida.

En el artículo publicado en la revista Ciencia de la Actividad Física, los autores Poblete et al, (2015), refieren que la definición de calidad de vida tiene varias dimensiones en las cuales se incluyen variables psicológicas, sociales y físicas derivados de un aspecto objetivo así como subjetivo lo cual ha cedido lugar al manejo de materiales que contienen

rasgos de la salud así como físicas y mentales ya que es importante para un diagnóstico correcto y así plantear un tratamiento eficaz. (p.72). Según Vera (2007), refiere que calidad de vida es un vocablo gramatical subjetivo, el que nos indica que está estrechamente relacionada con las características de personalidad, la prosperidad y la complacencia de los individuos y fundamentalmente está ligada a la vivencia del individuo (p.285).

Muñoz (2006), menciona que al diferenciar las enfermedades de lo que es considerado normal es complicado para algunas personas, la patología representa una etapa evidente a diferencia de la salud, otros consideran que la enfermedad y la salud son dos estadios seguidos. Por ende, al hablar de diferencia de grado resulta difícil realizar una diferencia entre estado depresivo mayor y leve. Es así que para definir la depresión se utilizó los criterios del DSM- IV, en donde se menciona que un trastorno afectivo acompañado de una serie de síntomas de duración e intensidad variable, se puede ver la diferencia entre depresión mayor, distimia y depresión atípica.

Según Noriega (2010) el concepto de la depresión connota una de las diferentes enfermedades que inquieta al grupo etario, siendo ello el aportante de la dificultad de la salud mental, lo cual aumenta el riesgo de suicidio por la gravedad y la influencia que tiene entre otras enfermedades orgánicas. La enfermedad depresión es muy usual en los territorios avanzados, la prevalencia es de diez por ciento y el quince por ciento y se menciona que incluso en un porcentaje del cincuenta por ciento en residencias de adultos mayores. Suele estar determinado: se aprecia que un porcentaje del veinticinco por ciento de personas de la tercera edad que padecen de depresión toman tratamiento. El efecto de la depresión se relaciona estrechamente con la calidad de vida. Se tiene un gran número de muertes entre las personas de la tercera edad que padecen de sintomatología depresiva porque vienen

atravesando un soporte social casi nulo, esto se refleja en el poco cuidado personal, alimenticio por inapetencia, y la nula motivación para su cuidado personal (p.66-67).

Algunas de las características están estrechamente relacionada a las personas de la tercera edad, lo cual lleva a una disminución o pérdida de sus habilidades cognitivas, sociales entre otros, el cual tiene consecuencias en la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Esta percepción está vinculada a cambio de emociones así como aflicción, nostalgia, soledad, hipocondría, entre otros. Estos estados ya mencionados líneas arriba también en algunos casos se relacionan con los trastornos depresivos. De lo cual podemos colegir que los adultos mayores pueden presentar sintomatología depresiva si su calidad de vida se ve afectada.

1.2 Delimitación del Problema

1.2.1. Delimitación temporal:

En cuanto a la presente investigación tuvo un tiempo de duración de 6 meses que inicio el 19 de junio al 19 de diciembre del 2021.

1.2.2. Delimitación espacial:

Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud de Concepción, en cual se encuentra ubicado en el Jr. 9 de julio S/N del distrito y provincia Concepción, departamento Junín.

1.2.3. Delimitación teórica:

El trabajo que se presenta encuentra su importancia debido a la cantidad de adultos mayores que hay en nuestro país. De acuerdo al INEI (2020), viven cuatro millones ciento cuarenta mil adultos mayores que se encuentran entre las edades de sesenta años a más los

cuales están dentro del doce punto siete por ciento de la localidad general. Si bien la depresión es un problema frecuente, la depresión clínica no es normal en el envejecimiento. Entiéndase por depresión clínica aquella que aumenta la discapacidad y deteriora la calidad de vida.

Según Zarragoitía (2011), el termino depresión se define como “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”.

En tanto Salaz y Garzón (2013). Mencionan que la calidad de vida se conceptualiza como estabilidad emocional subjetiva, considerando que el término subjetivo es clave para el entendimiento de su estructura. El termino calidad de vida muestra la discrepancia entre la esperanza, expectativa y experiencia actual del individuo. El humano es adaptable a cualquier situación es así que esa adaptación le permite mantener una calidad de vida razonable en algunas circunstancias no tan favorables para este.

En el Centro de Salud de la Provincia de Concepción cuenta con un área llamada “C.A.M”, que significa Centro del Adulto Mayor, el cual tiene como objetivo mejorar la condición de cuidado en la vida de una persona de la tercera edad, y con ello desarrollar esquemas familiares, recreativo, socioculturales y fructífero para envejecer activamente, cabe resaltar que dicha área está compuesta por adultos de sesenta años a más.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre estado de ánimo deprimido y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021?
- ¿Cuál es la relación que existe entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

El presente trabajo de investigación, se justificó debido a que según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) la población peruana fue de 31 millones 237 mil 385 habitantes, en el cual el veintiséis punto cuatro por ciento del territorio censado presenta de cero a catorce años; sesenta y uno punto siete por ciento de quince a cincuenta y nueve años y once punto nueve por ciento de sesenta años a más, consecuencia que se mostró que en el intervalo de tiempo de mil novecientos noventa y tres al dos mil diecisiete, el territorio quienes tenían de quince años ha degradado de treinta y siete por ciento a veinte seis punto cuatro por ciento; a diferencia de las personas de la tercera edad (sesenta a más) se acrecentó de siete por ciento a once punto nueve por ciento; llegando a la conclusión de que si existe diez menores de quince años, 5 son mayores de sesenta años. El estudio brinda datos en la que el territorio peruano mostrara un incremento demográfico con respecto a los adultos mayores. Para lo cual la población peruana debe de estar preparada para la atención de estos adultos mayores para su desenvolvimiento laboral, social y familiar. Es importante conocer el nivel de calidad de vida que presentan las personas de la tercera edad, para así poder actuar de manera eficaz para la mejora de la calidad de vida de los mismos.

En el entorno social se presencia leyes públicas dirigidas a mejorar las condiciones laborales, económicas, familiares, entre otros, para que permita al adulto mayor tener un envejecimiento digno, las cuales no son respetadas en su mayoría por los ciudadanos. El saber cuáles son los niveles de depresión predominantes en las personas de la tercera edad y su relación con la calidad de vida permitirá tomar acciones preventivas para un envejecimiento con menores riesgos en la salud mental sobre todo de adultos mayores que viven en estado de pobreza, pues se ha demostrado que cuando son atendidos adecuadamente la comorbilidad y los problemas de salud que presentan pueden ser atenuados si tienen un servicio de salud que atienda sus necesidades.

1.4.3 Teórica

En esta investigación se renovó la concepción que se tenía sobre las personas de la tercera edad la cual estuvo ligada a un concepto negativo de menoscabo y desvanecimiento de ocupaciones. Es visible que estas personas presentan cambios en su apariencia física entre otros cambios. Es así que iniciando desde la perspectiva física presenciamos que existe pérdida de capacidades y predisposición a las enfermedades, a partir del aspecto psicosocial, el hecho de envejecer de las personas lleva a la disminución de ciertas actividades sociales y la existencia de variaciones en sus emociones.

Es sabido que la tercera edad no es considerada patología, muy por el contrario es una etapa orgánica, sin embargo también se diría que es una invención cultural, por ende en la actual investigación se intenta remarcar que las personas de la tercera edad requieren al igual que todos disfrutar de una calidad de vida buena.

1.4.4 Metodológica

El presente trabajo se justifica metodológicamente en la medida que cumplió los procedimientos de la investigación científica en forma rigurosa tanto en su diseño metodológico, muestral, con las propiedades psicométricas de los instrumentos y respetando los principios éticos de la investigación científica.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivos Generales

Determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud de Concepción, 2021

1.5.2. Objetivos Específicos

- Identificar la relación que existe entre estado de ánimo deprimido y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud de Concepción, 2021.
- Identificar la relación que existe entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de Salud de Concepción, 2021.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Nacionales

Samaniego y Cahuaza (2021). *“Depresión, ansiedad y calidad de vida en el centro integral del adulto mayor (CIAM) - de Tabalosos, Lamas- San Martín”* efectuó una investigación durante el periodo enero a junio de 2021, se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal en el Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) de Tabalosos, Lamas- San Martín, con el objetivo de analizar la relación entre la ansiedad y depresión y la calidad de vida de los adultos mayores. Se seleccionó una muestra de 40 adultos mayores y se utilizó la Escala de Ansiedad Zung y la Escala de Depresión Geriátrica Test de Yesavage, y el tests de WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida. Los resultados indicarían que el cincuenta y dos punto cinco por ciento de la muestra tenía entre sesenta y setenta años, el 65.0% eran hombres, el 67.5% convivían con sus parejas y el 80.0% padecía alguna enfermedad. En cuanto a la ansiedad, el 55.0% presentó niveles moderados y el 72.5% tuvo depresión moderada. Además, solo el 7,5% de los encuestados reportó buena calidad de vida, mientras que el 37.5% reportó mala calidad de vida. Se encontró una relación significativa entre la ansiedad y la depresión con la calidad de vida, lo que sugiere la importancia de prestar atención a la salud mental de los adultos mayores para mejorar su bienestar general, la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado arrojó un nivel de significancia de $p < 0.032$ y $p < 0.041$, lo que estaría indicando una relación entre estas variables.

Caldas y Correa (2019). *“Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica”* cuyo objetivo fue examinar la posible conexión entre la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores que residen en un hogar geriátrico.

La investigación se realizó mediante un enfoque no experimental, de tipo transversal – descriptivo – correlacional, con una muestra conformada por 45 adultos mayores. Para medir los datos, se empleó la Escala Geriátrica de Yesavage y la Evaluación Mini-Mental. Llegando a resultar que la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en este contexto no es significativa, con un valor de relación de .122 y una probabilidad de .520. Por lo tanto, se concluye que los índices de relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en personas mayores que residen en un hogar geriátrico no son significativos.

En su estudio titulado “*Depresión y Calidad de Vida en adultos mayores de un programa de Salud en Lima Norte*”, Talledo (2018), investigó si existe una relación entre la depresión y la calidad de vida en personas mayores. Utilizó la escala geriátrica de depresión y una técnica no probabilística, aleatoria simple, para seleccionar una muestra de 90 personas mayores de 60 años. Los resultados indicaron que existe una correlación opuesta entre la depresión y la calidad de vida, ya que una percepción negativa de la calidad de vida se correlacionó significativamente con un aumento en los síntomas de depresión. El estudio reveló que el 68.9% de los adultos no muestran depresión, el 16.7% muestran depresión leve y el 14.4% muestra depresión grave.

La investigación de Alvarado (2018) titulada “*Calidad de vida y Depresión en Adultos Mayores de un Centro de Salud – Chiclayo*” tuvo como objetivo examinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en personas de la tercera edad de un centro de salud en dicha ciudad. El diseño de este estudio fue descriptivo-correlacional no experimental y se consideraron 130 adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados incluyeron el WHOQOLBREF de la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los

resultados mostraron una correlación significativa entre variables generales con un valor $p < 0.05$, lo que indica que existe una asociación entre la calidad de vida y la depresión en la tercera edad. Los resultados sugieren que ciertos aspectos del estado de ánimo, como el optimismo y el bienestar, pueden verse afectados, lo que puede manifestarse en síntomas de desconsuelo y angustia.

La investigación de Montenegro et al.(2016) se tituló “*Factores Psicosociales Asociados a la Depresión en Adultos Mayores, del Centro Poblado los Coronados Mochumí-Lambayeque*”. El objetivo de este estudio fue identificar los factores psicosociales relacionados con la depresión en adultos mayores del Centro Poblado. La investigación se realizó mediante un enfoque cuantitativo y descriptivo correlacional, y 36 adultos mayores voluntarios participaron en el estudio. Se aplicaron la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenerg y un cuestionario de factores sociales, y se procesaron los datos con SPSS 22.0, respetando los principios éticos y de rigor científico. Los resultados mostraron que el 45.8% de personas de la tercera edad presentaban una etapa depresiva severa. En cuanto al factor psicológico, el sesenta y uno punto uno por ciento mostraba autoestima media. Respecto al factor social, se encontró que el 55.6% tenía más de 65 años, el 38.9% había completado la educación secundaria, el 41.7% estaba casada, el 55.6% eran hombres, el 66.7% no era participativa de las actividades sociales y el 63.9% no era participe de las actividades familiares, el 55.6% vivía solo y hablaba por teléfono con solo 1 o 2 personas, y se reunía con amigos o vecinos solo 1 o 2 veces por semana. El 50% estaba contento con la frecuencia de contacto con su familia, mientras que el otro 50% no lo estaba . El 58.3% informó tener apoyo. El estudio concluye que los factores psicologicos (como la autoestima) y sociales

(como la integración social y el apoyo familiar y social) están asociados con la presencia del estado depresivo ($p < 0.05$).

La investigación de Arellano (2017) se tituló “*Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro poblado San Francisco provincia de Mariscal Nieto – Moquegua*”. Su objetivo principal fue determinar el nivel de depresión en la casa del adulto mayor Tayta Wasi en el centro poblado. La investigación fue de tipo descriptivo transversal y se aplicó el test de escala de geriatría de Yesavage a una muestra de 30 adultos mayores, cuyos resultados fueron presentados en figuras y tablas. Se encontraron todos los niveles de depresión en la casa Tayta Wasi, pero se registró una presencia mayor de depresión moderada. Se hacen recomendaciones para abordar esta situación y se propone un programa para reducir el nivel de depresión existente.

2.2. Antecedentes Internacionales

En su investigación titulada “*Depresión y Desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile*”, Luengo et al. (2022) tuvieron como objetivo describir la prevalencia de depresión y desesperanza en adultos mayores que pertenecen a agrupaciones comunitarias de esta ciudad. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, en la que se llevó a cabo un censo comunitario en una población de 78 adultos mayores. Se aplicaron dos escalas de medición, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Desesperanza de Beck. Los resultados obtenidos indicaron que el 33.4% de los adultos mayores presentó síntomas de depresión (24.4% leve y 9.0% severa) y un 83.3% presentó algún nivel de desesperanzas (56.4% leve, 23.1% moderada y 3.8% severa). A partir de esto, se concluyó que la

participación en agrupaciones comunitarias puede ser un factor protector para la salud mental en esta etapa de la vida y se sugiere fortalecer dicha participación como estrategia preventiva.

En la investigación de Zapata (2021), denominada *“Relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del Hospital General de Latacunga”*, se buscó determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores que acuden a dicho hospital. Para ello, se utilizaron dos instrumentos de diagnóstico: El cuestionario de Salud SF-36 y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Se aplicó una metodología post-positivista descriptiva con un enfoque exploratorio descriptivo correlacional y un alcance mixto. La muestra estuvo conformada por 100 personas mayores que cumplían con las condiciones para participar en el estudio. Los resultados del estudio señalan que solo el 29% de los participantes presentó una calidad de vida mala o regular, mientras que el 15% presentó depresión moderada y el 12% depresión severa. Asimismo, se encontró que la correlación entre las dos variables es negativa y no significativa estadísticamente, lo cual indica que, según los datos obtenidos, hay adultos mayores con una calidad de vida regular o mala y un nivel alto de depresión.

En su estudio *“Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto SHARE”*, Portellano (2018) se propuso analizar la relación entre la depresión, la cognición y la calidad de vida en adultos mayores de 50 años. Para ellos, utilizó datos de la encuesta Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), que recopila información de más de 60.000 participantes mayores de 50 años no institucionalizados. Los principales instrumentos clínicos utilizados fueron la escala de Depresión EURO-D, la escala de Calidad de vida CASP-12 y una escala específica de Cognición. Las principales conclusiones del estudio fueron que la depresión estaba asociada con menor cognición y

calidad de vida siendo el género femenino, las percepciones de menor autopercepción de salud y calidad de vida, y menor actividad los factores más influyentes en la depresión. Además, se identificaron dos factores de la escala EURO-D: Suffering y Motivation, que estaban asociados con diferentes variables, como el género y la educación. También se encontraron diferencias significativas entre los países participantes, siendo la depresión más prevalente en Italia., Francia y España. Finalmente, el estudio destacó la importancia de los aspectos sociales y culturales en la relación entre depresión, cognición y calidad de vida, y cómo los modelos de bienestar de los diferentes países pueden influir en estas variables.

En el estudio llevado a cabo por Acosta et al. (2017) titulado “*Soledad, Depresión y Calidad de Vida en adultos mayores Mexicanos*”, se tuvo como objetivo evaluar el efecto independiente de distintas variables (soledad, edad, enfermedades, presencia de pareja y vivir solo o acompañado) como predictores de depresión y calidad de vida en individuos de la tercera edad. La muestra estuvo compuesta por 489 adultos mayores de la región sur de Sonora (México), con edades entre 60 y 97 años, a quienes se les aplicaron dos pruebas: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el WHOQOL-OLD, como medidas de depresión y calidad de vida, respectivamente. Según los resultados obtenidos, las percepciones negativas en torno a la vejez, junto con la percepción de soledad social y familiar, son los aspectos que principalmente explican los síntomas de depresión y la disminución de la calidad de vida, lo mismo que la edad avanzada, la presencia de enfermedades y la ausencia de una pareja.

En su investigación “*Calidad de vida en Adultos Mayores de Capital Federal que participan de los talleres de UPAMI*”, Lecot (2016) exploró las relaciones entre la calidad de vida de dos grupos específicos de adultos mayores, compuesto por 50 participantes cada

uno. El primer grupo consistió en personas que participaban en los talleres UPAMI, específicamente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, mientras que el segundo grupo no participaba en ningún taller. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, transversal, comparativo y prospectivo. La muestra estuvo compuesta por un 72% de mujeres y un 28% de hombres mayores de 60 años, en ambos grupos, los participantes debían mantener sus capacidades cognitivas conservadas. La investigación utilizó tres instrumentos: una Encuesta Sociodemográfica elaborada por otras investigadoras, el cuestionario de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOWOL-BREF) y una breve encuesta sobre los talleres UPAMI creada por Lecot. Los resultados del estudio mostraron que la calidad de vida de los adultos mayores que participan en los talleres de UPAMI es mayor en comparación con aquellos que no participan en ningún taller.

En su investigación llamada *“Percepción de Calidad de vida y Resiliencia del adulto mayor del Centro Nueva Esperanza, La Paz”*, Caspa (2016) buscó describir la relación que existe entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia en adultos mayores que acuden a este centro. Para ello, se utilizaron dos instrumentos de medición la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BBREF y la Escala de Resiliencia Wagnild y Young, en un estudio cuantitativo, no experimental y longitudinal con una muestra de 25 personas mayores. Los hallazgos permitieron concluir que existe una fuerte asociación entre la percepción de calidad de vida y la resiliencia en este grupo etario, evidenciando la relevancia de ésta última en la promoción del bienestar de los adultos mayores que acuden al Centro Nueva Esperanza en La Paz.

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021) señala que la depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por la presencia de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño y del apetito, cansancio y dificultades para concentrarse. En algunos casos, la depresión puede convertirse en una condición crónica y recurrente, lo que puede afectar negativamente el rendimiento en el trabajo o la escuela y la habilidad para enfrentar las actividades cotidianas. En su forma más grave, puede incluso llevar al comportamiento suicida. La depresión de intensidad leve puede tratarse sin necesidad de medicación, mientras que la depresión moderada o grave suele requerir del uso de fármacos y terapia psicológica profesional.

El trastorno de la depresión puede ser diagnosticada de manera certera y abordada por profesionales de la atención primaria médica. En los últimos años, se ha convertido en un problema de gran relevancia para la salud pública tanto en el escenario internacional como nacional, reconocida como un trastorno que afecta el estado anímico. Aunque su identificación y diagnóstico presentan desafíos, es importante destacar que este trastorno puede ser tratado de manera efectiva sin importar la edad, género o situación social de quien lo padezca.

La depresión según Zarragoitía (2011), es 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”.

2.2.1.1 Tipos de depresión

Conforme indica el Ministerio de Salud, (2005) existen distintos trastornos depresivos y estos son:

- **Trastorno episódico depresivo menor:** Este síndrome está relacionado con la depresión, en la que la persona experimenta un estado de ánimo deprimido durante al menos dos semanas. Además, se presentan al menos cuatro síntomas distintos, como cambios en el apetito, alteraciones en el sueño, falta de energía, pensamientos negativos sobre la propia valía y capacidad de decisión, y en algunos casos, ideación suicida o intento de quitarse la vida. También pueden aparecer estados de agitación psicomotora o retardo psicomotor, y una sensación constante de culpa.
- **El trastorno depresivo grave o mayor:** El término “depresión grave” se utiliza para describir una forma severa de depresión que incluye una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de la persona para realizar actividades diarias como comer, dormir, trabajar o estudiar. La depresión grave puede llegar a ser tan incapacitante que impide la realización de estas actividades. Aunque es posible un episodio de depresión grave en algún momento de su vida, generalmente presentará episodios de depresión leve a lo largo de su vida.
- **El trastorno persistente (Distimia):** Esta se caracteriza por presentar sintomatologías de extenso tiempo (de 2 a más años), así esta sea de un nivel leve, es un impedimento a desarrollar su vida cotidiana. Tal es así que las personas con distimia suelen padecer de uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas.

En tanto los trastornos depresivos no siempre se manifiestan de acuerdo a las características mencionadas anteriormente, si no también se desarrolla por circunstancias exclusivas. Tal es así que no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión.

2.2.1.2. Etiología y Modelo Explicativo.

2.2.1.2.1. Teorías Biológicas.

Carrobbles, (2020). Los primeros modelos que mencionaremos serán el modelo o teoría genética de la depresión. Este modelo sostiene que los trastornos del estado de ánimo tienen cierto nivel de herencia, especialmente el trastorno bipolar. Además, existen otras teorías biológicas sobre estos trastornos que se agrupan en teorías endocrinas y teorías de la neurotransmisión. La teoría endocrina se divide en dos ejes “Adrenal y Tiroideo”, en el primer eje la hiperactividad está relacionada con niveles elevados de síntomas depresivos debido a la excesiva secreción de hormonas glucocorticoides o corticoides. Para diagnosticar este tipo de depresión, se utiliza una técnica específica llamada “Test de supresión de la dexametasona”. Por otro lado, el segundo eje es el encargado de regular la secreción de hormonas tiroideas y puede ayudar en el tratamiento de los síntomas depresivos o maníacos en personas con hipotiroidismo e hipertiroidismo.

En conclusión, estas teorías biológicas tienen un papel importante en la comprensión y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y sus diferentes modelos se han ido perfeccionando con los avances científicos y tecnológicos.

2.2.1.2.2. Teorías Psicológica.

Carrobles, (2020). Desde el punto de vista desde la teoría del apego, mencionan dos tipos de depresión: primero la depresión analítica, caracterizada por la excesiva dependencia a los demás y el segundo tipo denominado depresión introyectiva, caracterizado por un excesivo nivel de autocrítica y elevados objetivos de logros difíciles de alcanzar.

Desde el punto de vista conductual, parte de la propuesta inicial de Skinner que alude a la extinción de la conducta por ausencia de reforzamiento de las mismas. Partiendo de estos principios básicos del aprendizaje operante o instrumental, Lewinshn y sus colaboradores proponen completamente en el principio añadido, que lo importante no es solo la ausencia de reforzadores sino la no contingencia de esta con la conducta o su posible pérdida de afectividad.

En el caso de la teoría cognitiva de Beck (1967,1987), el elemento central son los errores o las distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar la información de su entorno, especialmente después de vivir experiencias o sucesos estresantes. De este modo, determinamos esquemas cognitivos básicos que el individuo ha adquirido a lo largo de su vida, especialmente en la infancia, le llevan a interpretar la realidad sesgadamente en un sentido negativo, al igual que su capacidad para afrontar los sucesos estresantes que le han acontecido. Estos errores se concretan en la teoría de Beck en lo que se denomina la “Triada cognitiva negativa”, que alude a la devaluación del propio individuo a la consideración negativa del entorno que lo rodea y una proyección hacia el futuro igualmente desesperanzada y negativa que no

contempla la posibilidad de que las cosas puedan mejorar y ser diferentes en el futuro.

Dimensiones de la Depresión

Aplicaron la validez de constructo a la escala Geriátrica Yesavage (GDS30) con población de Concepción encontrando una medida de Kaiser-Meyer-Olkin con un coeficiente de 0.70 dos dimensiones: Desesperanza y Estado de ánimo deprimido. Para efectos de la presente investigación, se recurrió a la validez de contenido con la matriz de operacionalización y criterio de jueces. Para este último se usaron tres categorías que fueron calificadas por cada juez (3 jueces): Coherencia, Representatividad y Redacción de los ítems, resultados que fueron sometidos a la prueba binomial para encontrar la concordancia de los jueces (Anexo 05). De tal modo que no se tocó la validez de constructo aplicada por Angulo y Arias (2011), en razón al objetivo de la teoría de respuesta de los ítems que plantea que la construcción de instrumentos de medición tiene propiedades invariantes entre poblaciones “si dos individuos presentan idéntico nivel de rasgo medido ambos tendrán probabilidad de dar a misma respuesta independientemente de la población de pertenencia”.

Estado de ánimo deprimido

Para Morales y Alcivar (2021), es el conjunto de síntomas de predominio afectivo: tristeza patológica, apatía, anhedonia, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de incomodidad e incapaz frente a las exigencias de la vida, están también presentes síntomas cognitivos, volitivos y somáticos.

Desesperanza

La desesperanza es comprendida a modo de huir, considerando que presentan un conflicto el cual es muy difícil de superar o que no tenga solución (Marcel, 2005 p.49 en Lopez et al., 2017).

2.2.1.3. Depresión en la vejez.

La presencia de depresión en adultos mayores es una problemática que requiere atención ya que se hace complejo evaluar y diagnosticar adecuadamente los síntomas. Gómez Ayala (2007), indica que la manifestación de la sintomatología depresiva en esta población es atípica y variable, presentando síntomas moderados a severos en algunas ocasiones, y en otras siendo considerada una condición usual en los ancianos. Asimismo, es importante reconocer que la depresión puede coexistir con enfermedades físicas, generando superposición de síntomas y la necesidad de encontrar un diagnóstico y tratamiento apropiado para cada caso. No obstante, existen características diferenciales psicofisiológicas únicas en la población anciana que permiten distinguir la depresión de otras condiciones. Por lo tanto, resulta crucial ahondar en este tema a fin de asegurar un diagnóstico y tratamiento eficaces en salud mental para adultos mayores.

En ese entender, se presentan distintas sintomatologías.

- Sucesos más prolongados y resistentes al procedimiento con fármacos.
- Poca expresión de culpa o inutilidad.
- Alexitimia.
- Aplanamiento y apatía afectiva.

- “Anorexia, fobias, hipocondría, conductas de riesgo, auto dependencia, juego compulsivo, etc.”.
- Riesgo excesivo de suicidio, mayormente en el sexo masculino (cuando viven solos).
- Usual conmoción en la psicomotriz, ansiedad o retraimiento de la psicomotriz.
- Excesiva irritabilidad.
- Alteraciones del sueño.
- Frecuentes exageraciones sobre la gravedad de una enfermedad.
- Falta del cumplimiento de las funciones cognitivas.

2.2.1.4. Factores de la depresión en ancianos.

Según Zarragoitía (2011), la depresión involucra diferentes factores de riesgo que son:

- **Factores predisponentes:** En relación a la estructura de personalidad, específicamente las dimensiones pasivo-agresiva y obsesiva así como el conocimiento de consecuencias (respuesta) ante escenarios de tensión.
- **Factores contribuyentes:** Donde localizamos las áreas socioeconómicas, el nivel de educación, las relaciones familiares así como los momentos de recreación y de trabajo, también ser partícipe de organizaciones especiales para el adulto mayor.
- **Factores precipitantes:** Referido a las dificultades que presentan estas por personas por su propia edad, desamparo, violencia, fallecimientos de personas cercanas, dificultades relacionadas a la economía, enfermedades físicas, psicológicas lo cual en algunos genera dependencia.

2.2.1.5. Enfoques teóricos de la depresión.

Ha de señalar que una de las patologías más frecuentes en los adultos mayores es la depresión, lo cual se relaciona con tipos exógenos y endógenos.

- **Enfoque endógeno:** El análisis del nacimiento de la depresión, se han identificado causas tanto bioquímicas como genéticas. En particular, la explicación bioquímica, que incluyen la dopamina, noradrenalina, adrenalina y serotonina, las cuales se concretan en el tallo cerebral de manera densa. Se ha observado que niveles bajos de catecolaminas pueden estar relacionados con un estado depresivo, y se conoce como depresión endógena a la depresión que tiene como causa directa un desequilibrio genético en ciertas sustancias neurotransmisoras, en este caso las catecolaminas. En cuanto a la sintomatología, algunos de los signos más importantes incluyen la “inhibición motora, sentimientos de culpa, depresión profunda, delirios, pérdida de peso, falta de reacción a los cambios en el medio y agitación e intentos de suicidio”. Es necesario profundizar en la comprensión de estas causas bioquímicas y genéticas, así como en sus implicaciones en el tratamiento y prevención de la depresión, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este trastorno.
- **Enfoque exógeno:** El surgimiento de la depresión se encuentra asociado a factores externos, principalmente de carácter social, que frecuentemente están relacionados con experiencias traumáticas o situaciones angustiantes, tales como la pérdida de un ser querido o empleo, el rompimiento de una relación amorosa, o un contratiempo académico o profesional. En términos generales, los síntomas más habituales que se mencionan al hablar de la depresión abarcan la ansiedad, la autocompasión, las dificultades para conciliar el sueño, los riesgos de carácter suicida, y una fijación en

un objeto precipitante particular. Es fundamental profundizar en la comprensión de estos factores externos y sus efectos sobre el bienestar emocional, con el fin de contribuir a la identificación y prevención temprana de la depresión en los pacientes.

2.2.2. Calidad de Vida.

La definición de calidad de vida es una noción compleja y amplia en el ámbito de las políticas sociales que aborda tanto el bienestar subjetivo de las personas como las condiciones objetivas en las que éstas viven. Dicha concepción, asimismo contempla la satisfacción individual y colectiva de necesidades mediante la implementación de políticas sociales que priorizan el favorecimiento del bienestar de la sociedad en su conjunto.

De acuerdo con la definición brindada por la OMS (1994), la calidad de vida representa la percepción que tiene el individuo respecto a su situación en relación con la cultura y el sistema de valores de la sociedad en la que se desenvuelve, así como su vinculación con sus objetivos, aspiraciones, medida y preocupaciones personales.

Ardila (2003), refiere a calidad de vida como “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).

En consonancia con lo propuesto por Cornejo (2016), el concepto de vida se entiende como una expresión compleja de la existencia humana, que abarca tanto la dimensión social

y comunitaria. Este enfoque contempla una perspectiva que va más allá de lo meramente físico, y comprende también las relaciones que el individuo establece con su entorno laboral y social. La vida, en este sentido, se asemeja a un dinamismo que se desarrolla en función de las condiciones objetivas y subjetivas del individuo. En este contexto, la calidad de vida ha tomado un papel protagónico en la valoración del nivel de bienestar y adaptación de las personas en los tiempos actuales.

Según Carpio et al. (2000) define calidad de vida como “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”.

Podemos definir calidad de vida como la satisfacción general que obtiene una persona ya sea en el ámbito material, familiar etc.

2.2.2.1. Modelo teórico de la calidad de vida

- **Modelo multidimensional:** La definición de calidad de vida ha sido objeto de discusión y controversia, ya que se han buscado los elementos definitorios que permiten su definición y explicación. La pregunta central ha sido si la calidad de vida es un término esencialmente subjetivo o si hace referencia a las condiciones objetivas de vida. No obstante, los investigadores han llegado a un consenso en considerar a la calidad de vida como un proceso complejo en el que se combinan elementos subjetivos y objetivos.

Desde esta perspectiva, el modelo Multidimensional propuesto por Verdugo y otros (2003). Se ha convertido en el modelo teórico más aceptado para entender la calidad de vida. Este modelo conceptualiza la calidad de vida como una situación esperada de bienestar personal que es multidimensional, y que cuenta con cualidades universales y culturales, así como con componentes subjetivos y objetivos que están influenciados por factores personales y ambientales. En este modelo se identifican ocho dimensiones clave que, en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida.

Estas dimensiones incluyen “relaciones interpersonales, el bienestar material, el bienestar emocional, el bienestar físico, el desarrollo personal, la autodeterminación, la integración social y los derechos humanos”. Cada una de estas dimensiones esta interrelacionada y contribuye de una manera única a la calidad de vida de las personas. Por lo tanto, el modelo multidimensional es esencial en la comprensión de la complejidad del termino calidad de vida.

- **Modelo de calidad de vida y felicidad:** De acuerdo con Ruut (2014), el término “felicidad” ha sido utilizado de manera indiscriminada para referirse a todos los aspectos relacionados con la calidad de vida. La filosofía ha influenciado dos significados fundamentales de la felicidad. El primero, relacionado con las “buenas condiciones de vida”, que se enfoca en la felicidad como una sociedad ideal. El segundo enfocado en la “buena acción” y la virtud moral, y vinculado con la filosofía moral.

Es importante destacar que la palabra “felicidad” ha predominado en la ciencia social, y se considera como un concepto subjetivo de la vida.

- **Modelo de la calidad de vida instrumental:** Refiere, Nava et al. (2012) la calidad instrumental se refiere a una condición en la que se busca la perfección tecnocrática y sofisticación de los medios sin tener en cuenta su contenido político y relevancia cultural. Esta calidad se asocia con una competición desenfadada e interesada. En la que se busca acumular bienes materiales, al margen de los valores éticos compartidos por la sociedad en su conjunto. En otras palabras, la calidad instrumental se enfoca en la eficacia de los medios, sin considerar su impacto social y cultural.
- **Modelo de la calidad de vida sustantivo:** Para Nava et al. (2012) este patrón “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”.
- **Modelo de la calidad de vida ética:** Según Nava et al. (2012), la vida de un individuo se compone de diversas actividades que se denominan "funcionamientos". Estos funcionamientos son de gran interés para las personas, y pueden incluir aspectos como la alimentación, la salud, la educación, el placer, la diversión, el trabajo y la política, entre otros.

La capacidad de una persona para llevar a cabo estos funcionamientos está relacionada con su autonomía y con la clase de vida que desea para sí misma. Para profundizar en los fundamentos filosóficos de la ética de las distintas capacidades, Nussbaum recurre a las ideas de Aristóteles. “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).

2.2.2.2. Dimensiones de la Calidad de Vida

2.2.2.2.1. Bienestar emocional

El Bienestar Emocional es una dimensión de la variable Calidad de Vida y de acuerdo a Verdugo et al. (2004) se refiere a cómo identificar, reconocer y expresar nuestras emociones y sentimientos, y como abordarlos de manera que contribuyan a la satisfacción personal. Considera un adecuado desarrollo del auto concepto emociones de capacidad e incapacidad y de inseguridad y seguridad, también el manejo adecuado del estrés, motivación y sentido del humor.

2.2.2.2.2. Relaciones interpersonales

Según Verdugo et al, (2004) consisten en interacciones reciprocas entre dos o más personas que se regulan por la comunicación que debe favorecer el cuidado que se tiene en las conexiones de proximidad así como: “Participar en actividades sociales, mantener relaciones positivas con el entorno familiar etc”.

2.2.2.2.3 Bienestar material

Según Verdugo et al. (2004) esta dimensión consiste en tener la economía suficiente para satisfacer las necesidades básicas y secundarias, las cuales facilitaran el mantenimiento de una vida placentera, llena de salud y de satisfacción.

2.2.2.2.4 Desarrollo personal

Según Verdugo et al. (2004) sostiene que el concepto de desarrollo personal se refiere a un proceso de transformación en el cual el individuo identifica áreas de su vida que desea mejorar con el fin de sentirse más satisfecho y pleno, y que pone en práctica acciones que le permiten mejorar su salud, fortalezas, talentos y habilidades. Este proceso también se refiere al desarrollo de habilidades sociales y de competencias útiles para la sociedad, y a la participación activa en el aprendizaje y en la integración al mundo laboral con una motivación y desarrollo de destrezas personales, una conducta adaptativa, y el desarrollo de estrategias de comunicaciones.

2.2.2.2.5. Bienestar Físico

Según Verdugo et al. (2004) quienes mencionan que un cuidado sanitario se define como un conjunto de servicios que incluyen atención preventiva de salud general, a domicilio y otros. Además, esta atención también considera aspectos como el dolor, la medicación y como estos afectan al estado de salud del paciente y su paciente y su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.

2.2.2.2.6. La autodeterminación

Según Verdugo et al. (2004) es la capacidad para tomar decisiones sobre nosotros mismos y nuestro futuro. Ya que tenemos que tener en cuenta las metas, valores, objetivos de vida etc. Estas características permiten la facilidad en la toma de decisiones, defender nuestras propias ideas, etc.

2.2.2.2.7. Inclusión Social

Según Verdugo et al. (2004) es el proceso de mejora de habilidades y oportunidades de la persona que se encuentra en desventaja para que pueda participar de la sociedad, asegura la valorización de la persona incluida. La inserción puede medirse desde la colaboración y facilidad que tolera quebrar dificultades físicas que no permiten la integración social.

2.2.2.2.8. Los Derechos

Según Verdugo et al. (2004) son reglas que se dan para orientar a la sociedad a fin de resolver cualquier pugna de relevancia jurídica que surja; estas reglas son dadas de manera forzosa y su desobediencia puede conducir un castigo. Este término determina el grado de inteligencia y gozo de los derechos.

2.2.2.2.10. Elementos de la calidad de vida

Según Ardila (2003), la calidad de vida se define “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”.

a. Elementos objetivos.

- Bienestar material.
- Relaciones armoniosas con el ambiente.
- Conexiones armónicas con la comunidad.
- Salud objetiva estimada.

b. Elementos subjetivos

- Intimidad.
- Manifestación emocional.
- Confianza percibida.
- Productividad personal.
- Salud apreciada.

2.2.4 Marco Conceptual**Depresión**

- **Definición conceptual:** Alteración Mental que se describe por una honda aflicción, decaimiento anímico, disminución en el provecho por todo, descenso de las labores psíquicas y autoestima. “Ello se describe, por la presencia de tristeza extrema, pesimismo y desaliento” (Zarragoitía, 2011).

Calidad de vida.

Definición conceptual: Para Salas et al. (2013) la calidad de vida puede conceptualizarse como comodidad subjetiva, identificando que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida refleja la desigualdad, el hueco, por la confianza y posibilidad de una persona y su práctica actual. La habituación humana es tal que las probabilidades de vida por lo general son adecuadas en los términos de la esfera de lo que el individuo capta a ser potencial; esto deja a las personas que tienen situaciones de vida dificultosa, conservar una calidad de vida razonable.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

Existe relación entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud Concepción 2021.

3.2. Hipótesis Específicas

- Existe relación entre estado de ánimo deprimido y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.
- Existe relación entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.

3.3. Variables

3.3.1. Depresión

Definición Conceptual:

Trastorno Mental que se describe por una abismal aflicción, abatimiento emocional, merma de interés y satisfacción por todo, descenso de las tareas psíquicas y dignidad Zarragoitía (2011).

Definición Operacional

La depresión fue medida, mediante la puntuación obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica (GDA).

3.3.2. Calidad de Vida

Definición conceptual

La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida refleja la diferencia, el vacío, entre las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual. La adaptación humana es tal que las expectativas de vida son por lo general ajustadas dentro de los límites de la esfera de lo que el individuo percibe a ser posible; esto permite a las personas que tienen circunstancias de vida difíciles, mantener una calidad de vida razonable. Salas y Garzón (2013).

Definición operacional

La calidad de vida fue medida a través de las puntuaciones obtenidas en la Escala Calidad de Vida FUMAT.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación.

El método empleado en la presente investigación es el método científico. Se considera que el procedimiento es el acumulo de procedimientos lógicos por el cual se plantea las cuestiones científicas y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de investigación. El método es un componente inevitable en la ciencia; porque sin él es dificultoso demostrar la validez de un razonamiento Hernández et al. (2014). Como método específico se toma la investigación descriptiva y cuantitativa.

El presente trabajo ha seguido la metodología de la investigación cuantitativa, que implica que el proceso gire alrededor de datos estadísticos, construcción de tablas a partir de los resultados que son producto de la aplicación de instrumentos. Este método es considerado el método rector universal para estudiar todo tipo de fenómenos Rivas (2014). También se considera que el método es transversal dado que toma la muestra en un solo momento.

4.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación utilizado en el presente estudio fue la investigación No Experimental, según Hernández et al. (2014). 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”

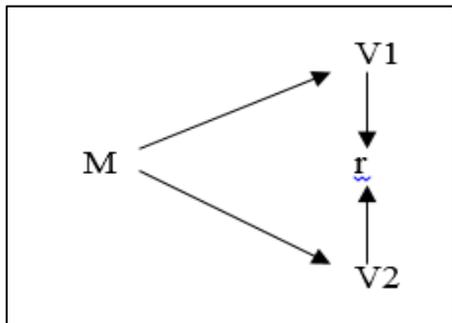
4.3. Nivel de investigación.

El nivel de investigación al que corresponde el presente estudio es el descriptivo puesto que no manipula variables ni pretende buscar causa efecto y está orientado al

conocimiento de la realidad tal como se presenta y consiste fundamentalmente en describir los fenómenos en una situación espacio temporal. (Sánchez y Reyes, 2006).

4.4. Diseño de la investigación.

El análisis hace uso del diseño descriptivo correlacional, para Hernández et al. (2014) “el diseño de investigación es la estrategia general que adopta el investigador para responder al problema planteado”. El análisis del estudio fue correlacional en referencia que estableció las conexiones entre las variables ya mencionadas. Así también su objetivo esencial es conocer cómo se puede implicar una variable conociendo la conducta de otra u otras variables vinculadas. Su grafico es el siguiente:



Dónde:

M: 150 adultos mayores.

V1: Depresión.

r : Relación entre las variables del estudio.

V2: Calidad de vida.

4.5. Población y Muestra

Población

Para Hernández et al. (2014) población “es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (pg174). La población para el presente estudio estuvo compuesta por todas las personas de la tercera edad de 60 años a más quienes presenten sintomatología depresiva.

Muestra

La muestra fue de tipo no probabilístico y conforme, Hernández et al (2014) refiere que la decisión de los componentes no depende de la expectativa, muy por el contrario de motivos asociados con las particularidades de la investigación, quedando así la investigación conformada por 150 adultos mayores del Centro de Salud David Guerrero Duarte de Concepción, de enero a febrero del 2022. Para Hernández et al. (2014) la muestra “es en esencia un subgrupo de la población o un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (pg 175). Según Yarlequé & Vila (2004), una de las formas de la muestra no probabilística es el que se sabe como la muestra accidental (Levín, 1979). Este tipo de muestra nace del concepto de eventualidad en donde los individuos de la muestra se obtienen sin plan alguno, son elegidas producto de circunstancias casuales.

El número de la población adulta mayor de Concepción en el último reporte de CENEPRED Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres (2021), menciona que se tiene 1,837 de adultos mayores. Se tomó dos meses del año como muestra, aprovechando a los adultos mayores que asistían al centro para la vacuna

contra el COVID 19. Sin embargo, López (2004) indica que se recomienda al menos tomar un 30% de la población para no tener menos de 30 casos que es lo mínimo recomendado para no tener una muestra pequeña. En este caso se han tomado 150 adultos mayores con los criterios de selección señalados.

Criterio de Inclusión

- ✓ Personas de la tercera edad que posean 60 años en adelante.
- ✓ Personas de la tercera edad que presentaron sintomatología depresiva para lo cual se tomó el SRQ18; que es un tamizaje rápido que capta síntomas depresivos.
- ✓ Adultos Mayores que pertenezcan al SIS (Seguro Integral de Salud).

AGREGAR LA FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Criterio de Exclusión

- ✓ Personas de la tercera edad que posean menos de 60 años.
- ✓ Personas de la tercera edad que no presenten sintomatología depresiva.
- ✓ Adultos Mayores que no pertenezcan al SIS (Seguro Integral de Salud)

4.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas:

- a. El procedimiento que fue usado en la indagación que según Sierra (1994), esta constituido en la obtención de datos de interés sociológico mediante la interrogación a los miembros de la sociedad la cual nos permitió obtener información general de la población en estudio.

Instrumentos:

Antes de realizar la recolección de datos a los adultos mayores se consideró los protocolos de prevención frente a la COVID – 19, según normativa del Ministerio de Salud.

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Yesavage y El Cuestionario de Calidad de Vida FUMAT.

Descripción de Escala de Depresión Geriátrica (GDA).

Alvarez (2016) refiriendo a Delgado (1993), señala que para la edificación de la serie los autores produjeron 100 ítems que anuncian 7 presentaciones usuales de la depresión en la ancianidad: - Demostraciones somáticas. - Descensos del cariño. - Variaciones cognitivas. - Aflicción de marginación. - Variaciones de la motivación. - Privación de orientación al futuro. - Disminución de autoestima. Sin embargo, la adaptación de Angulo y Arias (2011), quienes aplicaron la validez de constructo halló dos dimensiones desesperanza y estado de ánimo deprimido que son las que se han tomado en el presente estudio. Los 100 apartados se muestran de manera SI / NO a 46 personas de la tercera edad, teniendo las calificaciones de 0 (ausencia de depresión) y 1 (presencia de depresión). La calificación total es de 100. Una vez elaborada el manejo, procedieron a elaborar un análisis ítem-total para elegir los ítems. Por último, la Escala de Depresión Geriátrica contiene 30 preguntas, la evaluación es de 0 a 30.

- **Confiabilidad:** La credibilidad fue ubicada a través del procedimiento por mitades (Split-half Reliability) se halló el cociente de Spearmnsn-Brown. La adecuación entre mitades dio un 0.6831, el cociente de Spearman dio un 0.8117. También, los autores

calcularon el catálogo de Kuder Richardson, la cual dio el 0.8613. La adecuación de Pearson dio un 0.6724 por consiguiente la adecuación fue positiva y moderada que señala la confiabilidad de la prueba. También se obtuvo la fiabilidad por equivalencia con el cuestionario de Beck, siendo el coeficiente de 0.67 que indica una correlación moderada Alvarez (2016).

Para efectos de la presente investigación, se tomó una prueba piloto a 20 adultos mayores que asistían al centro de salud en el mes de diciembre de 2021. Los datos fueron procesados mediante la prueba Kuder Richardson, resultado un coeficiente de solidez interna de 0.769 que señala una credibilidad moderada hacia buena. (véase anexo 6).

- **Validez:** Para la presente investigación se consideró la validez de contenido con tres jueces coincidiendo al 100% de los ítems, en los tres criterios de: Coherencia, relevancia y redacción del ítem (véase anexo 7).

Ficha técnica de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

Nombre Inedito: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

Autor: Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose.

Año: 1993.

Aplicación española: Delgado Delaunde Aida J.

Origen: Universidad Ricardo Palma- Facultad de Psicología.

Aplicación: Personal.

Ámbito de Aplicación: Adultos.

Duración: Variable, entre 15 a 20 minutos.

Propiedades psicométricas del Cuestionario de Depresión Yesavage.

Descripción de la Escala de Calidad de Vida FUMAT

Gómez, et al (2008), refiere que se trata de una escala auto administrado, de 57 interrogaciones de contestación tipo Likert (desde el 1 absolutamente en disconformidad, 2 en disconformidad, 3 conforme hasta el 4 totalmente de acuerdo), divididas en 8 sub escalas que pertenece a cada una de las magnitudes, (Comodidad Físico, Comodidad Emocional, Relaciones Interpersonales, Desarrollo Personal, Inclusión Social, Comodidad Material, Derecho y Autodeterminación) en donde el usuario responde a preguntas sobre su calidad de vida.

Ficha técnica de la Escala de Calidad de Vida FUMAT

Nombre: Escala de Calidad de Vida FUMAT

Autores: Miguel A. Verdugo Alonso Laura E. Gómez Sánchez Benito Arias Martínez (2009).

Administración: Individual.

Duración: Aproximadamente de 15 a 25 minutos.

Nivel de Aplicación: De 18 años en adelante.

Material: La escala de FUMAT consta de 57 preguntas, se utiliza lapicero.

Finalidad: evaluar y analizar las ocho dimensiones de calidad de vida en adultos mayor.

Validez y confiabilidad:

- **Respecto a la confiabilidad.** Verdugo et al (2009), afirma que el estudio tiene una credibilidad alta, las fórmulas de las magnitudes, oscilaron entre ,626 y ,936. La magnitud que detallo superior credibilidad fue la de Comodidad Material, seguida de Comodidad Físico y Derechos. El rango total detallo una fórmula de 0.968, de tal manera se afirma que da una credibilidad muy alta según esta fórmula.

Para Verdugo (2009) la credibilidad hallada es de 0,836 hallada mediante el Alfa de Cronbach que es muy admisible es decir con alta fiabilidad.

Para efectos del presente trabajo de investigación la confiabilidad hallada fue de 0,752 que es una confiabilidad moderada con tendencia buena (véase anexo 6). Para ello, se dispuso de una muestra piloto de 20 personas de la tercera edad del centro de salud David Guerrero Duarte de Concepción, tomada el mes de diciembre del 2021.

Para la presente investigación se consideró la validez de contenido con tres jueces coincidiendo al 100% de los ítems, en los tres criterios de: Coherencia, relevancia y redacción del ítem (véase anexo7).

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los resultados dados en los instrumentos fueron organizados por tablas de frecuencia con porcentajes de acuerdo a los niveles alcanzados en las variables de depresión y calidad de vida. Sobre la prueba de hipótesis se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, resultando el cual tiene significancia $0.00 < 0.05$ (Alfa) en ambas variables. Lo cual indica que se trata de datos no paramétricos por lo que se procedió a utilizar en la prueba de

hipótesis el estadístico Rho de Spearman que es para datos no paramétricos y ordinal. Estos procesamientos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 26.

4.8. Aspectos éticos de la Investigación

Para realizar esta investigación se protegió a las personas de distintos grupos étnicos y socio culturales, ya que la persona en toda investigación es el fin y no el medio, por ello se respetó la honorabilidad, diversidad, identidad, libertad, así como el derecho a la autodeterminación informativa y la intimidad de las personas involucradas en todo el proceso de la presente investigación.

Para la aplicación de los instrumentos se requirió el consentimiento informado a cada uno de los participantes antes de aplicarles los instrumentos. Para ello, se les entrevisto dando a conocer el objetivo de las pruebas, los participantes encuestados aceptaron voluntariamente de resolver las pruebas conociendo que sus resultados serán utilizados con fines de investigación, firmando un documento cuya evidencia figura en (Anexo 10). Cumpliéndose así con el principio ético del consentimiento informado. Otro principio ético cumplido en la presente investigación es de Beneficencia y no maleficencia por lo que a los participantes no se les causó daño físico ni psicológico. Así mismo se protegió al entorno y se respetó la diversidad de vida, rehuendo acciones contraproducentes a la naturaleza, ya que se desechó de forma responsable los EPP que se utilizó para dicha evaluación.

Así también esta investigación se realizó con compromiso con referente a la oportunidad, alcances y los efectos de la investigación, ya sea a nivel personal y organizacional. Así mismo se realizó con autenticidad la investigación en general de los periodos del proceso desde la formulación del problema hasta la interpretación y comunicación de los resultados.

Así mismo también reportaran los descubrimientos de su investigación de manera accesible, integra y conveniente a la sociedad científica, del mismo modo restituir los resultados a los hombres, grupos y comunidades integrantes en la investigación para cuando lo amerite.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados.

A continuación, se muestran en tablas descriptivas los datos generales de la muestra y los resultados descriptivos de cada variable, luego se realizan la prueba de hipótesis.

5.1. Descripción de Resultados.

5.1.1. Datos generales de la muestra

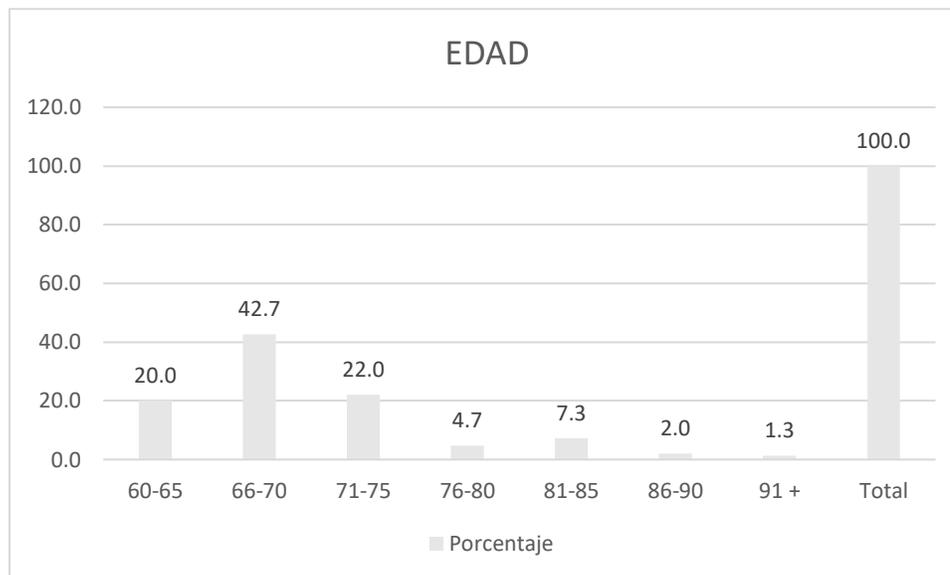
Tabla 1

Distribución de la muestra de acuerdo a la edad

EDADES	Frecuencia	Porcentaje
60-65	30	20.0
66-70	64	42.7
71-75	33	22.0
76-80	7	4.7
81-85	11	7.3
86-90	3	2.0
91 +	2	1.3
Total	150	100.0

Figura 1

Distribución de la muestra de acuerdo a la edad.



La tabla y figura 1 muestran la repartición de la muestra referente a la edad. Se evidencia que un 20% tiene entre 60 y 65 años, el 42.7% tiene entre 66 y 70 años, el 22% tiene entre 71 y 75 años, el 4.7% tiene entre 76 y 80 años, el 7.3% tiene entre los 81 y 85 años, el 2% está entre 86 y 90 años y el 1.3% tiene de 91 a más.

4.2. Tabla descriptiva de los resultados

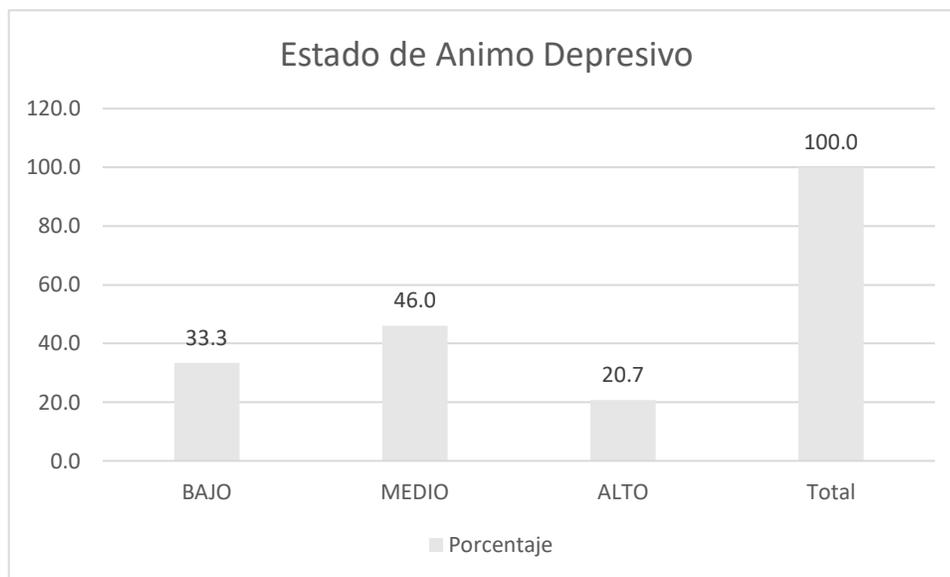
Tabla 2

Distribución de la muestra de acuerdo a Estado de Animo Depresivo

	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	50	33.3
MEDIO	69	46.0
ALTO	31	20.7
Total	150	100.0

Figura 2

Distribución de la muestra de acuerdo a Estado de Animo Depresivo



La tabla y figura 2 muestran la distribución de la muestra de acuerdo al Estado de Ánimo Depresivo. Se evidencia que el 33.3% tiene un Estado de Ánimo Depresivo bajo, el 46.0% presenta un Estado de Ánimo Depresivo medio y el 20,7% tiene un Estado de Ánimo Depresivo alto.

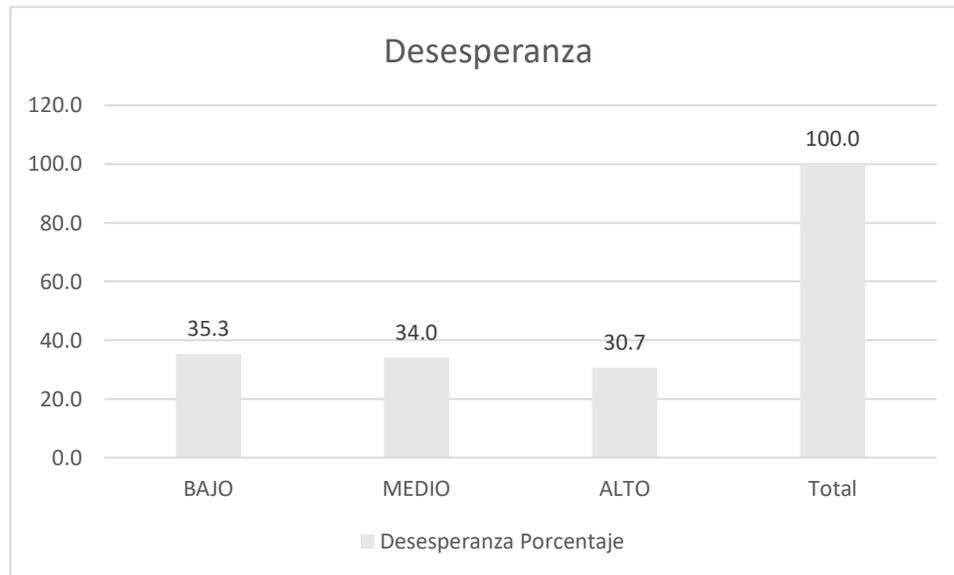
Tabla 3

Distribución de la muestra de acuerdo a la Desesperanza.

	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	53	35.3
MEDIO	51	34.0
ALTO	46	30.7
Total	150	100.0

Figura 3

Distribución de la muestra de acuerdo a la Desesperanza.

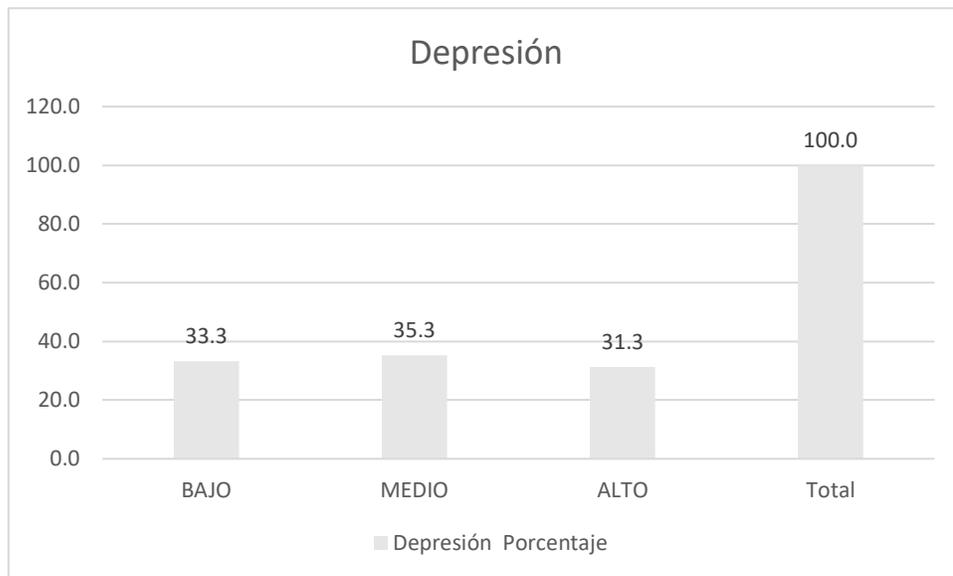


La tabla y figura 3 muestran la repartición de la muestra referente a la dimensión Desesperanza. Se evidencia que el 35.3% de usuarios presentan un nivel de Desesperanza bajo, el 34.0% presenta un nivel de Desesperanza medio y el 30.7% presenta un nivel de Desesperanza alto.

Tabla 4

Distribución de la muestra de acuerdo a la Depresión.

	Frecuencia	Porcentaje
LEVE	50	33.3
MODERADA	53	35.3
GRAVE	47	31.3
Total	150	100.0

Figura 4*Distribución de la muestra de acuerdo a la Depresión*

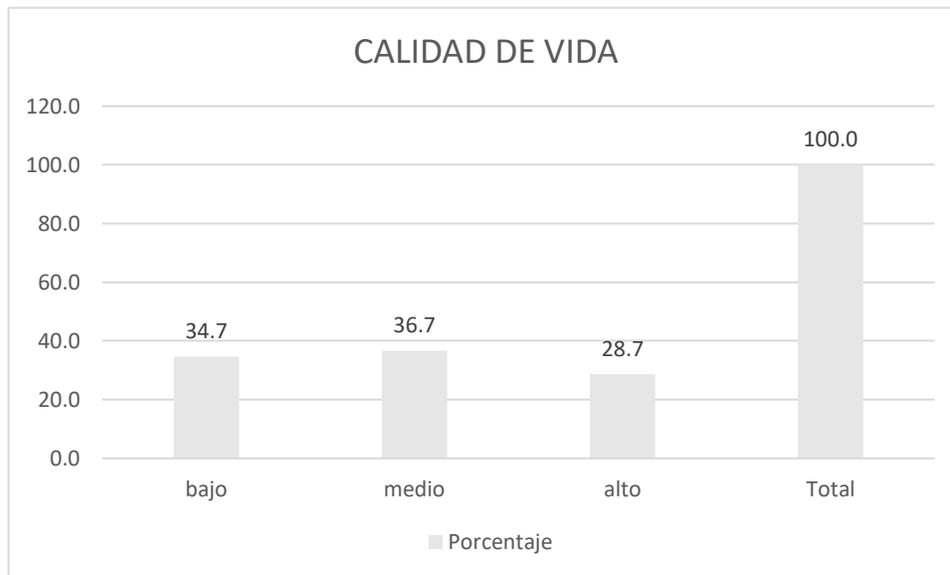
La tabla y figura 4 muestran la repartición de la muestra referente a la variable Depresión. Se evidencia que el 33.3% de usuarios presentan un nivel bajo de depresión, el 35.3% presenta un nivel medio de depresión y el 31.3% presenta un nivel alto de depresión.

Tabla 5:*Distribución de la muestra de acuerdo a la Calidad de Vida.*

	Frecuencia	Porcentaje
bajo	52	34.7
medio	55	36.7
alto	43	28.7
Total	150	100.0

Figura 5:

Distribución de la muestra de acuerdo a la Calidad de Vida.



La tabla y figura 5 muestran la repartición de la muestra de acuerdo a la Calidad de Vida. Se concluye que el 34.7% de usuarios estima un nivel inferior en la Calidad de Vida, el 36.7% presenta un nivel intermedio de Calidad de Vida y el 28.7% presentan un nivel superior de Calidad de Vida.

4.2. Pruebas de Normalidad

Tabla 6

Prueba de normalidad de Depresión y Calidad de Vida.

Variable	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Depresión	0.119	150	0.000	0.958	150	0.000
Calidad de Vida	0.095	150	0.002	0.956	150	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 6, se muestra la prueba de normalidad para las variables Depresión y Calidad de Vida, dado que la muestra es mayor 50 se toma los resultados de Kolmogorov Smirnov, cuya significancia es menor a 0.05 (alfa), lo cual indica que la distribución de los datos es no paramétrica por tanto debe usarse una prueba estadística no paramétrica para procesar los datos de las hipótesis.

5.2 Contrastación de Hipótesis

Hipótesis General.

H_0 No existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud Concepción 2021.

H_1 Existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud Concepción 2021.

Criterio para la determinación estadística

P-valor $< \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H_0 se aprueba. No es significativo

Utilización del estadístico de prueba

En la presente investigación se utiliza para la prueba de hipótesis, la Correlación de rho de Spearman – Bivariadas por tratarse de datos no paramétricos, y a nivel ordinal.

Tabla 7

Correlación entre la Depresión y Calidad de Vida en adultos mayores de Concepción – Junín.

		Correlaciones		
			CV	depre
Rho de Spearman	CV	Coeficiente de correlación	1.000	-.808**
		Sig. (bilateral)		0.000
	depre	N	150	150
		Coeficiente de correlación	-.808**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	150	150

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

En la tabla 7 se encuentra que la correlación entre la Depresión y Calidad de Vida, siendo de: -. 808, que se considera. El P. valor bilateral = 0.000 < 0.05 (alfa), lo cual implica que existe correlación aprobándose la hipótesis alterna, la cual indica que existe relación significativa entre Depresión y Calidad de Vida en los adultos mayores de Concepción – Junín.

Primera Hipótesis Específica

H₀ No existe relación significativa entre estado de ánimo depresivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.

H₁ Existe relación significativa entre estado de ánimo deprimido y la calidad de vida en los pacientes adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.

Criterio para la determinación estadística

P-valor $< \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H_0 se aprueba. No es significativo

Utilización del estadístico de prueba

En el presente trabajo se utilizó para la demostración de hipótesis, la Correlación de rho de Spearman – Bivariadas al tratarse de datos no paramétricos, y a nivel ordinal.

Tabla 81

Correlación entre la dimensión Estado de Ánimo Deprimido y Calidad de Vida en adultos mayores de Concepción – Junín.

Correlaciones				
			CV	Estadodeanimodeprimido
Rho de Spearman	CV	Coefficiente de correlación	1.000	-.687**
		Sig. (bilateral)		0.000
Estado de ánimo deprimido		N	150	150
		Coefficiente de correlación	-.687**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	150	150

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

En la tabla 8 se encuentra que la correlación entre la dimensión Estado de Ánimo Depresivo de la Depresión y Calidad de Vida, siendo de: -. 687. El P. valor bilateral = 0.000 $<$ 0.05 (alfa), lo cual implica que existe correlación aprobándose la

hipótesis alterna, el cual señala la existencia de una relación significativa dado por Estado de Ánimo Deprimido y Calidad de Vida en los adultos mayores de Concepción – Junín.

Segunda Hipótesis Específica

H_0 No existe relación significativa entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.

H_1 Existe relación significativa entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021

Criterio para la determinación estadística

P-valor $< \alpha$ = La H_1 se aprueba. Es significativo

P-valor $> \alpha$ = La H_0 se aprueba. No es significativo

Utilización del estadístico de prueba

En el presente trabajo se utilizó para la demostración de hipótesis, la Correlación de rho de Spearman – Bivariadas al ser datos no paramétricos, y a nivel ordinal.

Tabla 9

Correlación entre la dimensión Desesperanza y Calidad de Vida en adultos mayores de Concepción – Junín.

Correlaciones				
		desesperanza		CV
Rho de Spearman	desesperanza	Coeficiente de correlación	1.000	-.531**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	150	150
	CV	Coeficiente de correlación	-.531**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	150	150

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

En la tabla 9 se encuentra que la correlación dado en la dimensión Desesperanza de la Depresión y Calidad de Vida, siendo de: -. 531. El P. valor bilateral = 0.000 < 0.05 (alfa), lo cual implica que existe correlación aprobándose el supuesto alterno, el cual señala la existencia de una relación significativa dado por la Desesperanza y la Calidad de Vida en los adultos mayores de Concepción – Junín.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el transcurso, se presentan los análisis y la discusión de los resultados expuestos en el sector antepuesto.

El reparto en edades muestra que en mayoría se ubica en las edades del 66-70 años con el 42.7%, encontrándose una minoría de 1.3% de 91 años a más (Tabla 1).

La tabla 2 indica los niveles de estado de ánimo deprimido de la muestra, encontrándose un 33.3% en el nivel bajo o leve, que consiste en la percepción de sentirse triste y la disminución de interés en las cosas que antes gozaba. En este estado las personas que la padecen no se definen así mismas como depresivas suelen pensar que todos se sienten así y que su tristeza es normal, el riesgo de esta dimensión de la depresión es que de no ser tratada a tiempo puede avanzar y convertirse en un padecimiento crónico. (González y Robles, 2011, p12).

La mayoría de personas de la tercera edad del Centro de Salud de Concepción presenta estado de ánimo deprimido moderado 46% (tabla 2), lo cual indicaría que de 100 adultos mayores, por lo menos 46 presentan los síntomas del estado de actitud triste tales, como: falta de actitud para el trabajo como realización de tareas cotidianas, decaimiento, falta de disfrute, poca energía, pesimismo, de forma mas permanente que en el nivel leve (González y Robles, 2011). El estudio de Arellano (2017), mostro que en el nivel moderado se presentaba el 80% de los adultos mayores evaluados. Por lo que es importante seguir realizando estudios a fin de atender de forma mas permanente a este sector de la población.

En la dimensión de estado ánimo deprimido, de nivel alto se encontró el 20.7% (tabla 2) de adultos mayores, lo cual indicarian que los síntomas depresivos son más permanentes

que en las categoría de leve y moderado, por lo que, apartir de esta investigacion se deben implementar programas de apoyo emocional para tales personas. Resultados diferentes encontró Arellano (2017), en la magnitud de estado de actitud abatido en la investigación con adultos mayores de Tayta Wasi centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua, en la que el 3.3% de adultos mayores que fueron evaluados presentaban un nivel alto de estado de ánimo deprimido.

En el ras elevado de la magnitud un estado de animo deprimido, se encontro el 20.7% (tabla 2) de adultos mayores evaluados. Ello quiere decir que presentarian los sintomas anteriormente descritos pero de forma mas permanente acompañados de algunos indicadores somaticos, como perdida de apetito, peso , hipersomnia, entre otros.

La tabla 3 indica los niveles de desesperanza en la muestra. El nivel bajo presenta el 35.3%, el medio el 34% y nivel alto el 30.7%. La desesperanza se caracteriza por el negativismo, presentimiento de consecuencias negativas (Calvete et al., 2008). Marcel (2005) en Lopez et al. (2017). Considera que la desesperanza es el deseo de escapar, que la persona siente que es un problema sin solución y que no podrá resolverse en el futuro, de modo que los adultos mayores evaluados presentan en diferente intensidad estas características. Es importante resaltar que en Chile, Luengo et al, (2022) utilizando el mismo instrumento, encontraron un resultado bajo un 56.4%, un resultado moderado un 23,1% y un resultado severo un 3,8% dichos resultados difieren de los aquí encontrados, en los que se nota una distribución mas equitativa entre los tres niveles. En cambio, en el trabajo citado la mayor frecuencia se acumula en el nivel bajo. El trabajo de Arellano (2017), que fue realizado antes de la pandemia con adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua indica que la mayor frecuencia se acumula en el nivel

moderado 73%, así como el mayor nivel solo se hallan el 0,33%, en cambio, nuestro trabajo el ras alto alcanza un 30.7% (tabla 3). Dicho porcentaje puede haberse incrementado como consecuencia de la pandemia por COVID 19, lo cual refleja que el país tiene una atención en salud mental precaria. De allí que el nivel alto de desesperanza se ha visto incrementado a diferencia de otros países cuya salud pública tiene mayor atención, la mayor frecuencia se acumula en el nivel bajo, como lo demuestra el estudio de Depresión y desesperanza en personas de la tercera edad pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile.

La tabla 4 muestra la distribución de la muestra de acuerdo al nivel de depresión. En depresión leve encontramos un 33,3% que indicaría que estos adultos mayores experimentan desaliento del ánimo, con disminución de su fuerza y pérdida de su actividad, pero probablemente estarán aptos para continuar con sus actividades (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados 10° revisión, CIE- 10;, 2016). Este porcentaje es mayor al encontrado en estudios antes de la pandemia. Así Borda, y otros (2013) quienes realizaron un estudio en adultos mayores en el año 2013 encontró un 24,2% de depresión leve. Si los síntomas referidos, en la depresión leve, continúan por dos años a más probablemente se convierta en una distimia que es un trastorno afectivo crónico que requiere de intervención médica. Jiménez- Maldonado et al (2013).

En depresión moderada se encuentra el 35,3% (tabla 4). Lo cual indicaría que estos adultos mayores tendrían síntomas tales como: pérdida de la capacidad de disfrutar, del interés y disminución de la concentración, así como el cansancio después de la realización de esfuerzos mínimos (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados 10° revisión, CIE- 10;, 2016).

Estos resultados son menores en relación a los obtenidos por Aliaga y Del Campo . (2017) quienes realizaron un estudio en personas de la tercera edad, encontraron un 58% de adultos mayores padecían depresión moderada. El estudio de Torrejón (2015), antes de la pandemia reportó 25% de depresión moderada en adultos mayores de Chachapoyas. En Casma Somoza (2018), reportó el 60% de depresión moderada en el 2018. Por su parte, Singüenza Paz, (2015) reporta el 2,56% de depresión moderada en personas de la tercera edad de Cuenca, Ecuador. En la ciudad de Mexico Navarro y otros, (2017) encontraron el 11,8% de depresión moderada en adultos mayores. Como puede apreciarse los porcentajes de depresión moderada en el Perú son mayores que en otros países de América Latina.

En depresión grave se encuentra el 31,3% (tabla 4) lo cual indicaría que de 100 adultos mayores, por lo menos 31 harían depresión grave. Este tipo de depresión presenta síntomas tales como: inferior autoestima, pobre seguridad de sí mismo, afección de culpa e inutilidad, desinterés y de los afectos placenteros, el avivar matinal con muchas horas de anticipación a la hora usual, (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados 10^o revisión, CIE- 10;, 2016) (Ellis-Yard et al., (2021) agrega que en este nivel de depresión puede haber complicaciones con ideas suicidas.

En la hipótesis general que plantea el enlace inverso entre depresión y calidad de vida se encuentra un factor de adecuación de Rho de Spearman de $-.808$ (tabla 07), hecho que indica que la hipótesis se aprueba por tanto a mayor depresión, menor calidad de vida y a inferior depresión, mayor calidad de vida. Es importante destacar entre la depresión moderada y alta suma el 66.6% (tabla 4) de personas de la tercera edad con depresión que requiere atención especializada en salud mental. Lo que indicaría que la mayoría de adultos mayores de la muestra presentan depresión, en consecuencia, su calidad de vida no es buena.

Mendoza, (2018) estudio la calidad de vida en adultos mayores encontrando que la mayoría se ubicaba en el nivel medio de calidad de vida, se trata de adultos mayores que diariamente toman medicamentos para funcionar en su vida diaria. Estos proceden de hogares con necesidades no satisfechas, en los que predomina la pobreza, pero cuentan con la atención médica requerida para su edad. Tal vez esta sea la diferencia entre los adultos mayores de la presente investigación y los de Manchay de la cita de investigación.

La primera hipótesis específica plantea un enlace inverso entre el estado de ánimo deprimido y la calidad de vida, encontrándose un coeficiente de Rho Spearman de $-.687$ (tabla 8), que indica una correlación moderada e inversa. Es decir a superior ánimo deprimido, inferior calidad de vida. Los resultados indican que hay un 31.3% (tabla 4) de personas de la tercera edad con depresión, y el 34.7% (tabla 5) se percibe con un nivel bajo de calidad de vida. Lo cual indicaría según Verdugo y otros (2004), que dichos adultos mayores no se perciben así mismo con bienestar emocional, no existe en ellos satisfacción personal, pero si existe sentimientos de inseguridad, incapacidad y un mal manejo del estrés

Verdugo y Schalock, (2004). El referido autor, considera también como calidad de vida aspectos materiales como la economía suficiente para satisfacer las necesidades básicas y secundarias con la cual pueda vivir confortablemente. En la medida que los encuestados, en su mayoría son agricultores, de bajos recursos económicos que pertenecen al SIS (Sistema Integral de Salud), es altamente posible que reflejen su realidad en las condiciones de vida que poseen.

La segunda hipótesis específica plantea el enlace inverso dado con desesperanza y calidad de vida siendo su coeficiente de Rho de Spearman de $-.531$ (tabla 09) lo cual indica una relación inversa. Eso indica, a mayor desesperanza menor calidad de vida y a menor desesperanza mayor calidad de vida, los resultados obtenidos muestran un 30.7% de personas

de la tercera edad con alto nivel de desesperanza y un 34.7% (tabla 5) de adultos mayores que perciben que poseen un bajo nivel de calidad de vida.

Ahora bien, tratándose de adultos mayores que poseen un estatus socioeconómico precario con necesidades constantes no satisfechas, puede decirse que presentan una desesperanza cultural propia de la pobreza. De acuerdo a Alarcón , (1986) las personas de este grupo poseen una actitud fatalista en la que la vida de un individuo está determinada por el destino, siendo imposible cambiar el curso de los acontecimientos, no espera que las condiciones de vida mejoren, por lo que esta característica de desesperanza puede estar ligada a sus condiciones socioculturales y económicas. Sin embargo, existe un 35.3% (tabla 3) con bajo nivel de desesperanza, el cual debe ser estudiado a fin de conocer los elementos más importantes que influyen en dicho nivel de desesperanza y su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Se encontró relación inversa dado en el estado de ánimo depresivo y calidad de vida. El estado de ánimo depresivo en el nivel medio se presenta en la mayoría de adultos mayores, con dificultades para la realización de tareas cotidianas, decaimiento, poca energía, pensamiento negativista la percepción de su calidad de vida es negativa; poseen poca actividad social y familiar, la mayoría de ellos poseen sentimientos de abandono tanto físico como afectivo.

Se encontró relación inversa entre desesperanza y calidad de vida, los resultados muestran que la mayoría de adultos mayores del estudio se ubican entre el nivel medio y alto de desesperanza. Lo que indicaría que los adultos mayores del estudio presentan negativismo, presentimiento de consecuencias negativa, sensación de que sus problemas no tienen solución y que no podrá resolverse en el futuro. Tienen una discernimiento negativo de su calidad de vida. Existe un menor porcentaje de adultos mayores con bajo nivel de desesperanza y a su vez depresión leve y otro tanto con un óptimo nivel de calidad de vida; donde es primordial saber las condiciones de vida bajo la cual se desenvuelven dichos adultos mayores, porque podría significar un factor protector al desarrollo de la depresión.

Se concluye que la depresión está relacionada de manera indirecta con la calidad de vida en adultos mayores del Centro de salud Concepción 2021. Es decir que a inferior grado de depresión mejor calidad de vida. Asimismo, entre la depresión moderada y alta, se ubica la mayor parte de la muestra lo cual indicaría que la mayoría de adultos mayores del estudio experimentan vivencias de falta de interés por la realización de actividades diarias, tristeza, pérdida de seguridad y aprecio de si mismos y afecto de desventaja, culpa, de inutilidad,

reproches así mismo desproporcionados, sensación de falta de afecto y pensamientos recurrentes de muerte.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere publicar los resultados a fin de tenerlos en cuenta en las políticas de salud pública.
2. Se sugiere al Centro de Salud de Concepción planificar tareas recreativas y de prevención de la depresión en los adultos mayores, monitoreando y evaluando sus resultados las mismas que debe estar a cargo de un profesional especializado el cual debe ser capacitado para dicha actividad.
3. Se sugiere a otros investigadores realizar trabajos de investigación en donde se utilice las mismas variables en poblaciones más amplias.
4. Se sugiere a otros investigadores realizar investigaciones comparativas en base de un conjunto de personas más amplia de personas de la tercera edad utilizando correctamente los frutos de esta investigación.
5. Se recomienda crear y aplicar estrategias que promuevan el cuidado del adulto mayor, con los familiares o con las personas de su entorno familiar para así ayudar a promover una mejor calidad de vida en base a los resultados obtenidos.
6. Evaluar continuamente el estado físico y mental de las personas de la tercera edad y teniendo los resultados aplicar programas orientados a promover la salud mental del adulto mayor tales como: Desarrollo de habilidades sociales, actividades recreativas, acercamiento familiar, entre otros, con las que las personas de la tercera edad pueden optimizar su calidad de vida.
7. Se sugiere realizar más investigaciones teniendo en cuenta los resultados aquí encontrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C., & Tánori, J. (2017). *Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos*. Mexico: Psicología y Salud . Obtenido de <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Paper1.pdf>
- Alarcón , R. (1986). *Psicología pobreza y subdesarrollo*. Lima: INIDE .
- Aliaga, E. I., & Del Campo , O. M. (2017). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro de salud Magna Vallejo Cajamarca, Perú - 2017*. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Obtenido de <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/710/Elizabeth%20Isolina%20Aliaga%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alvarado, K. (2018). *Calidad de Vida y Depresion en Adultos Mayores de un Centro de Salud - Chiclayo [Tesis de licenciatura, Universidad Señor de Sipán]*. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5690/Alvarado%20Garc%C3%ada%20Kelly%20Karumy%20Di.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alvarez, C. (17 de junio de 2016). *SCRIBD*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/315977061/Ficha-Tecnica-Yesavage>
- Angulo, C., & Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ. Psychol.*, 10(3). Obtenido de [file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/adminpujojs,+07+UP10-3_CGomez+et+al%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/adminpujojs,+07+UP10-3_CGomez+et+al%20(5).pdf)

Arellano, M. (2017). *Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro.*

[Tesis licenciatura] Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Moquegua. Obtenido de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1394/TRAB.SUFIC.PROF.%20ARELLANO%20VENTOCILLA%2C%20MAGDALENA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una Definición Integradora. *Revista Latinoamericana de*

Psicología, 161-164. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Borda, M., Anaya, M. P., Pertuz, M. M., Romero, L., Suarez, A., & Suárez, A. (enero-abril

de 2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia) prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29(1), 64-73. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/817/81728689008.pdf>

Caldas, S., & Correa, M. (2019). *Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas*

Mayores de una Residencia Geriatrica. Lima: Universidad Ricardo Palma . Obtenido de

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1>

Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., & Espina, M. (14 de octubre de 2008). *Infocop.*

Obtenido de Infocop:

https://www.infocop.es/view_article.asp?id=2058#:~:text=Adem%C3%A1s%2C%20el%20modelo%20establece%20que,de%20energ%C3%ADa%2C%20tristeza%2C%20etc.

- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C., & Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología*, 3-15. Obtenido de file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Calidad_de_vida_Un_analisis_de_su_dimension_psicol.pdf
- Carrobbles, J. A. (2020). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. Lima: Piramide.
- Caspa, C. (2016). *Percepción de calidad de vida y resiliencia del adulto mayor del centro nueva esperanza, la Paz*. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés . Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/10820/CCCE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Celeiro, T. M., & Galizzi, M. P. (2019). *Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Argentina]*. Nogoyá: Universidad Católica Argentina. Obtenido de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>
- CENEPRED (Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres). (2021). *Escenario de Riesgo por COVID 19* . Lima: CENEPRED. Obtenido de https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca//11070_escenario-de-riesgo-por-covid-19-para-la-ciudad-de-concepcion-provincia-concepcion-y-departamento-ica.pdf

Cornejo, W. (2016). Calidad de Vida. *Enferm. Vanguard*, 56-75. Obtenido de <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/230-Texto%20del%20art%C3%ADculo-887-1-10-20200130.pdf>

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados 10° revisión, CIE- 10;. (2016). *ICDcoda info*. Obtenido de <https://icdcode.info/espanol/cie-10/codigo-f32.0.html>

Ellis-Yard, M. L., Reyes-Milián, P. E., & Luis-Rodriguez, M. d. (julio de 2021). Depresión e intento suicida en un adulto mayor. Informe de caso. *Revista médica electrónica de Ciego de Avila*. Obtenido de <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1982/3726>

Fernandez, M., Gonzáles, D., Guzmán, L., Julio, N., & Romero, K. (2016). *Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en los Centrod de Vida en Cartagena [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cartagena]*. Cartagena: Universidad de Cartagena.

Gómez, Verdugo, Arias, & Navas. (2008). Evaluacion de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad . *Intervención Psicosocial*, 189-199. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814018007.pdf>

Gonzáles , M., & Robles, J. (2011). *Riesgo de depresion del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro* . [tesis licenciatura], Universidad Wiener, Lima. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/67/029%20EAP%20>

ENFERMER% c3% 8dA% 20GONZ% c3% 81LES_NAVARRO% 20% 26% 20ROBL
ES_VARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández , R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hernández , R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Edición ed.). Mexico: Mexicana. Obtenido de <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Investigacion.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (29 de marzo de 2021). En el 39,1% de los hogares del país existe al menos una persona adulta mayor. Lima, Lima Metropolitana, Perú. Obtenido de <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-046-2021-inei.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática;. (25 de Junio de 2018). INEI. Perú, Peruano, Peru. Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-del-peru-totalizo-31-millones-237-mil-385-personas-al-2017-10817/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática;. (26 de agosto de 2020). En el Perú hay más de cuatro millones de adultos mayores. *Nacional*, pág. 1. Obtenido de <https://www.radionacional.com.pe/noticias/locales/inei-en-el-peru-hay-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores>

Jiménez- Maldonado , M. E., Gallardo-Moreno, G. B., Villaseñor-Cabrera, T., & González-Garrido, A. (2 de junio de 2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista*

Colombiana de Psiquiatría, 42(2), 212-218. doi:[https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)

Lecot, J. (2016). *Calidad de Vida en Adultos Mayores de Capital Federal que participan de los Talleres de UPAMI [Tesis de Licenciatura, Universidad Argentina de la Empresa]*. Argentina: Universidad Argentina de la Empresa. Obtenido de <https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/Lecot.pdf?sequence=1>

Leon A., D., Rojas G., M., & Campos T., F. (2011). *Guía Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile: Salesianos. Obtenido de http://www.adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf

Lopez , E., Echevarria, L., & Galeano, N. (2017). Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor. *Reflexiones y Saberes*, 4(7), 34-52. Obtenido de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaRyS/article/view/861/1379>

López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 9(8). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012

Luengo, C., Ocares, J., Sandoval, P., Santana, T., Vasquez, K., & Morales, I. (17 de enero de 2022). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, 32. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20escala%20de%20Yesavage,en%20un%203%2C8%25

Matus, C., Poblete, F., Diaz, E., Vidal, P., & Ayala, M. (12 de octubre de 2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Revista de Ciencias de la Actividad Física UCM*, 16(2), 71-77. Obtenido de <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/depresin.pdf>

Mendoza, E. N. (2018). *Percepción de la calidad de vida del adulto mayor en el comedor popular "Madre del amor hermoso" Mnachay 2018*. Lima: Escuela de enfermería padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Obtenido de https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1986/T030_06421383_T%20MENDOZA%20RIOS%20ESTELA%20NORMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *IV Informe de avances en el cumplimiento de la ley N° 30490 "Ley de la Persona Adulta Mayor"*. Lima: gob.pe. Obtenido de <https://www.mimp.gob.pe/files/IV-INFORME-DE-LA-LEY-PAM.pdf>

Ministerio de Salud;. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental*. Lima - Perú: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-8240. Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf

Montenegro, J., & Santisteban, Y. (2016). *Factores Psicosociales Asociados a la Depresion en Adultos Mayores del Centro Poblado los Coronados Mochumí - Lambayeque - 2016 [Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán]*. Lambayeque: Universidad Señor de Sipán. Obtenido de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/760/MONTENEGRO>

%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN
%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Morales, C., & Alcivar, S. (diciembre de 2021). Depresion en adultos mayores de la fundación una vida con propósito. *Polo del Conocimiento*, 6 (12), 509-520.
doi:10.23857/pc.v6i12.3382

Muñoz, J. (2006). *Psicología del envejecimiento*. España: Piramide.

M, C. (Julio de 2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3). doi:http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408

Nava, G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol (Mex)*, 129-137.
Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>

Navarro-Sandoval,, C., Uriostegui-Espíritu, Lizbeth Carlota, Delgado-Quñones, Edna Gabriela, Sahagún-Cuevas, & Minerva Natalia. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro*, 55(1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297013/457749297013.pdf>

Noriega H., A. (2010). *Psicología del adulto mayor : para una vejez saludable*. Lima: MIRBET Ediciones.

OMS. (1994). Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) En Adultos Mayores de 60 años. *SciELO*, 11-24. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>

Organización Mundial de la Salud;. (13 de 09 de 2021). *OMS*. Obtenido de OMS:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Poblete, F., Matus , C., Díaz , E., Vidal , P., & Ayala , M. (2015). Depresion, Cognicion y Calidad de Vida de Adultos Mayores Activos. . *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*, 71-77. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/289250168_Depresion_Cognicion_y_Calidad_de_Vida_en_Adultos_Mayores_Activos

Portellano, C. (2018). *Depresión, declive cognitivo y calidad de vida en el envejecimiento con el proyecto SHARE*. España: Universitat de Barcelona. Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/132729/1/CPO_TESIS.pdf

Rivas, F. (2014). *Diccionario de Investigación Científica Cualitativa y Cuantitativa*. Lima: CONCYTEC FONDECYT.

Rodriguez, E., & Constanza, A. (2018). *Evaluación de la Calidad de Vida de las personas mayores de 60 años Institucionalizadas en un Centro de Bienestar del Adulto Mayor de la Ciudad de Bucaramanga en el Año 2018 [Tesis de Licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]*. Colombia: Universdiad Cooperativa de Colombia. Obtenido de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18363/1/2018_Evaluaci%C3%B3n_calidad.pdf

Ruut, G. (2014). Felicidad promedio y tipo de familia dominante en regiones de Europa occidental alrededor del año 2000. *Avances en Sociología Aplicada*, 12. Obtenido de

[https://www.scirp.org/\(S\(oyulxb452alnt1aej1nfow45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1364533](https://www.scirp.org/(S(oyulxb452alnt1aej1nfow45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1364533)

Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 36-46. Obtenido de file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Dialnet-LaNocionDeCalidadDeVidaYSuMedicion-4549356.pdf

Samaniego, R., & Cahuaza, I. (2021). *Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) - Tabalosos - Lamas - San Martín, Periodo enero a junio*. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Obtenido de <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4272/1/ENFERMER%20c3%8dA%20-0-%20Rudy%20Gabriela%20Samaniego%20Choc%20c3%a1n%20%26%20Ileana%20Cahuaza%20Peas.pdf>

Schalock, R., & Verdugo, M. (4 de 10 de 2003). *Inteligencia Limite.org*. Obtenido de Inteligencia Limite.org: https://inteligencialimite.org/2021/07/13/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/?gclid=EAIaIQobChMI-Yidy-jF-wIVBMarCh1xiwfbEAAYASAAEgKNf_D_BwE

Schalock, R., & Verdugo, M. (2004). Calidad de Vida y Calidad de Vida Familiar. *Ardilla Digital*, 23-25. Obtenido de <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Calidad%20de%20vida%20y%20calidad%20de%20vida%20familiar%20-%20Verdugo%20-%20articulo.pdf>

Sierra, R. (1994). *Técnica de Investigación Social Teoría y Ejercicio*. España: Paraninfo S.A.

Obtenido de <https://abcproyecto.files.wordpress.com/2018/11/sierra-bravo-tecnicas-de-investigacion-social.pdf>

Singuenza, R. (2015). *Prevalencia de Depresión y Factores Asociados en los Adultos*

Mayores del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del Instituto

Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2014 [Tesis de Especialidad, Universidad

de Cuenca]. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca. Obtenido de

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21203/1/Tesis.pdf>

Somoza, W. (2018). *Depresión en adultos mayores del Asilo San José de Casma*. Chimbote:

Universidad San Pedro. Obtenido de

http://200.48.38.121/bitstream/handle/USANPEDRO/9030/Tesis_60381.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sailema, P. (2019). *Calidad de vida en mujeres mayores de 60 años, Centro de Salud NI,*

Azogues 2018 [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca]. Cuenca - Ecuador:

Universidad de Cuenca. Obtenido de

[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32157/1/PROYECTO%20DE%](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32157/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf)

[20INVESTIGACION.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32157/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf)

Talledo, L. (2018). *Depresión y Calidad de Vida en adultos mayores de un programa de salud*

en Lima Norte. Lima Norte: Universidad Privada del Norte. Obtenido de

[https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24383/Talledo%20Tello%20](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24383/Talledo%20Tello%20Lisbeth%20Milagros.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

[%20Lisbeth%20Milagros.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/24383/Talledo%20Tello%20Lisbeth%20Milagros.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

Torrejón, R. (2015). *Niveles de Depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano. Señor de los Milagros - Chachapoyas- 2015 [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]*. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Obtenido de <https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/143/Nivel%20de%20depresi%C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%2C%20asentamiento%20humano.%20Se%C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vera, M. (28 de setiembre de 2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>

Verdugo , M., & Schalock, R. (23-25 de 09 de 2004). *Enfoques y Realidad: Un Desafío* . Obtenido de Enfoques y Realidad: Un Desafío : <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Calidad%20de%20vida%20y%20calidad%20de%20vida%20familiar%20-%20Verdugo%20-%20articulo.pdf>

Yarlequé, L., & Vila , R. (2004). *Teoría y Metodología de la Investigación*. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú.

Zapata, M. (2021). *Relación entre depresión y Calidad de vida en Adultos Mayores del Hospital General de Latacunga*. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3286/1/77441.pdf>

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión, Generalidades y Particularidades*. Centro de la Habana: Habana: Ciencias Médicas. Obtenido de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depression-cuba.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	Metodología
<p>GENERAL:</p> <p>¿Cuál es la relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021?</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre estado de ánimo depresivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>Identificar la relación que existe entre estado de ánimo depresivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.</p> <p>Identificar la relación que existe entre desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Existe relación inversa entre la depresión y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción 2021.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>Existe relación inversa entre estado de ánimo depresivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.</p> <p>Existe relación inversa entre la desesperanza y la calidad de vida en los adultos mayores del Centro de salud de Concepción, 2021.</p>	<p>VARIABLE 1:DEPRESIÓN</p> <p>Trastorno Mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, pérdida de interés por todo, disminución de las funciones psíquicas y autoestima. Ello se describe, por la presencia de tristeza extrema, pesimismo y desaliento Zarragoitia (2011).</p> <p>VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA.</p> <p>La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida refleja la diferencia, el vacío, entre las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual. La adaptación humana es tal que las expectativas de vida son por lo general ajustadas dentro de los límites de la esfera de lo que el individuo percibe a ser posible; esto permite a las</p>	<p>CIENTIFICO: Se considera que 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</p> <p>DESCRIPTIVA: Puesto que no manipula variables ni pretende buscar causa efecto y está orientado al conocimiento de la realidad tal como se presenta y consiste fundamentalmente en describir los fenómenos en una situación espacio temporal</p> <p>CUANTITATIVA: Implica que el proceso gire alrededor de datos estadísticos, construcción de tablas a partir de los resultados que son producto de la aplicación de instrumentos</p> <p>CORRELACIONAL:</p>

			personas que tienen circunstancias de vida difíciles, mantener una calidad de vida razonable. Salas Z. y Garzón D, (2013).	Será correlacional en la medida que estableció las relaciones entre las variables estudiadas, su propósito principal es conocer cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas.
--	--	--	--	---

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Niveles	Escala de Medición
Depresión	Trastorno Mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, pérdida de interés por todo, disminución de las funciones psíquicas y autoestima. Ello se describe, por la presencia de tristeza extrema, pesimismo y desaliento Zarragoitía (2011).	La depresión fue medida, mediante la puntuación obtenida en la Escala de Depresión Geriátrica (GDA).	Estado de ánimo depresivo. Desesperanza.	Normal Leve Moderado Severo	Nominal

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Niveles	Escala de Medición
Calidad de Vida.	La calidad de vida puede definirse como bienestar subjetivo, reconociendo que la subjetividad de ésta es una de las claves para la comprensión de su estructura. La calidad de vida refleja la diferencia, el vacío, entre las esperanzas y expectativas de una persona y su experiencia actual. La adaptación humana es tal que las expectativas de vida son por lo general ajustadas dentro de los límites de la esfera de lo que el individuo percibe a ser posible; esto permite a las personas que tienen circunstancias de vida difíciles, mantener una calidad de vida	La calidad de vida fue medida a través de las puntuaciones obtenidas en la Escala Calidad de Vida FUMAT	Bienestar Psicofísico Relaciones Interpersonales Inclusión y Desarrollo Personal Bienestar Material Autodeterminación Derechos	Alto Medio Bajo	Nominal

	razonable. Salas Z. y Garzón D, (2013).				
--	---	--	--	--	--

Anexo 3. Matriz de operacionalización de los instrumentos

Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Nivel de medición
Escala de Depresión Geriátrica (GDA)	Estado de ánimo deprimido	1. Deja de hacer las cosas que le agradan. 2. Dice sentirse aburrido con frecuencia. 3. Prefiere estar en casa que salir a la calle. 4. Se siente con falta de energía. 5. Siente que no vale para nada. 6. Tiene ideas fijas reiterativas.	1.1 ¿Ha abandonado mucha de sus actividades y pasatiempos? 3.1. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas? 2.1 ¿Siente que su vida está vacía? 2.2 ¿Se siente aburrido frecuentemente? 2.3 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? 2.4 ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo? 2.5 ¿Se siente triste desanimado con frecuencia? 4.1. ¿Se siente lleno de energía? 5.1. ¿Se siente inútil en su estado actual? 6.1.¿Le preocupa ideas que no puede quitar de su cabeza? ¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso? 6.2.¿Se preocupa mucho por el pasado? 6.2. ¿Le parece que la vida es apasionante? 6.3. ¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia? 6.4. ¿Siente ganas de llorar frecuentemente? 6.5. ¿Tiene dificultad para concentrarse? 3.2 ¿Prefiere evitar las reuniones sociales? 6.6. ¿Siente su mente tan despejada como antes?	Si No
	Desesperanza	7. Siente temor a que le pase algo. 8. Se siente sin suerte. 9. Satisfacción con la vida. 10. Se percibe con problemas de memoria.	6.1.¿Teme que algo malo pueda sucederle? 7.1¿Piensa que la mayoría de gente tiene más suerte que usted? 8.1.¿Piensa que es agradable estar vivo? 8.2.¿Tiene esperanza en el futuro? 8.3.¿Está usted satisfecho con la vida que lleva? 9.1.¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad? ¿Se siente desamparado con frecuencia? ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	

			<p>¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos? ¿Piensa que su situación no tiene arreglo? ¿Disfruta al levantarse de mañana? ¿Le resulta fácil tomar decisiones?</p>	
<p>Escala de calidad de vida de FUMAT</p>	<p>Bienestar Psicofísico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción con la vida. 2. La mayoría de las veces siente que no puede estar tranquilo. 3. Presenta problemas de conducta. 4. Siente satisfacción con el apoyo que recibe de los programas sociales. 5. Estado de ánimo. 6. Tiene dificultades para trasladarse. 7. Presenta problemas de incontinencia urinaria. 8. Percibe que su audición a disminuido. 9. Percibe que tiene mal estado de salud. 10. Percibe que tiene dificultades en su visión. 11. Siente que tiene dificultades de memoria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1. En general se muestra satisfecha con su vida presente 1.2. Manifiesta sentirse inútil. 1.3. Se muestra satisfecho consigo mismo. 2.1. Se muestra intranquilo o nervioso. 3.1. Tiene problemas de comportamiento. 4.1. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe. 5.1. Manifiesta sentirse triste o deprimido. 5.2. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad. 6.1. Tiene problemas de movilidad 7.1. Tiene problemas de continencia 8.1. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal 9.1. Su estado de salud le permite salir a la calle 10.1. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre). 11.1. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales 	<p>Siempre o casi siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca o casi nunca</p>

Relaciones Interpersonales	<p>12. Le agrada relacionarse con otras personas.</p> <p>13. Familiares que le acompañan.</p> <p>14. Se siente querido.</p>	<p>12.1. Realiza actividades que le gustan con otras personas</p> <p>12.2. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude</p> <p>12.3. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude</p> <p>12.4. Valora negativamente sus relaciones de amistad</p> <p>13.1. Carece de familiares cercanos</p> <p>14.1. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes.</p>	<p>Siempre o casi siempre</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
Bienestar Material	<p>15. Goza de confort</p> <p>16. Satisfacción con la jubilación.</p>	<p>15.1. El lugar donde vives es confortable</p> <p>15.2. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.</p> <p>15.3. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades</p> <p>15.4. Dispone de las cosas materiales que necesita</p> <p>15.5. El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades</p> <p>16.1. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación situación laboral actual</p> <p>16.2. Se queja de su salario o pensión</p>	<p>Siempre o casi siempre</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca o casi nunca</p>
Inclusión y Desarrollo Personal	<p>17. Siente que accede y reproduce información básica.</p> <p>18. Autocuidado.</p> <p>19. Se percibe como una persona insegura.</p> <p>20. Participación social.</p>	<p>17.1. Puede leer información básica para la vida cotidiana</p> <p>17.2. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas</p> <p>17.3. Tiene dificultades para expresar información</p> <p>17.4. En el servicio al que acude le proporcionan información</p> <p>17.5. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos</p> <p>17.6. Tiene dificultades para comprender la información</p> <p>17.7. En el servicio al que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita</p> <p>18.1. Es responsable de la toma de su medicación</p> <p>19.1. Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad</p> <p>20.1. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan</p> <p>20.2. Está excluido de su comunidad</p> <p>20.3. Tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita</p>	<p>Siempre o casi siempre</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca o casi nunca</p>

			<p>20.4. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude</p> <p>20.5. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude</p> <p>20.6. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude</p> <p>20.7. Su red de apoyo no satisface sus necesidades</p> <p>20.8. Tienen dificultades para participar en su comunidad</p>	
Autodeterminación	<p>21. Planifica en el tiempo sus actividades.</p> <p>22. Autonomía</p> <p>23. Hacer respetar sus decisiones.</p>	<p>21.1. Hace planes a futuro</p> <p>21.2. Otras personas organizan su vida</p> <p>21.3. Elige como pasar el tiempo libre</p> <p>22.1. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, factura, ir al banco, etc.)</p> <p>22.2. Ha elegido el lugar donde vive actualmente</p> <p>22.3. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas</p> <p>23.1. Su familia respeta sus decisiones</p> <p>23.2. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida</p>	<p>Siempre o casi siempre</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca o casi nunca</p>	
Derechos	<p>24. Hacer respetar sus derechos.</p>	<p>24.1. En el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos</p> <p>24.2. Reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe</p> <p>24.3. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados</p> <p>24.4. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal</p> <p>24.5. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)</p>	<p>Siempre o casi siempre</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca o casi nunca</p>	

Anexo 4. Instrumento de investigación

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de

Yesavage (GDS 30)

ITEMS	SI	NO
1. ¿Ha abandonado mucha de sus actividades y pasatiempos?		
2. ¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?		
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?		
7. ¿Se siente triste desanimado con frecuencia?		
8. ¿Se siente lleno de energía?		
9. ¿Se siente inútil en su estado actual?		
10. ¿Le preocupa ideas que no puede quitar de su cabeza?		
11. ¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?		
12. ¿Se preocupa mucho por el pasado?		
13. ¿Le parece que la vida es apasionante?		
14. ¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?		
15. ¿Siente ganas de llorar frecuentemente?		
16. ¿Tiene dificultad para concentrarse?		

17. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
18. ¿Siente su mente tan despejada como antes?		
19. ¿Teme que algo malo pueda sucederle?		
20. ¿Piensa que la mayoría de gente tiene más suerte que usted?		
21. ¿Piensa que es agradable estar vivo?		
22. ¿Tiene esperanza en el futuro?		
23. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?		
24. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?		
25. ¿Se siente desamparado con frecuencia?		
26. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?		
27. ¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?		
28. ¿Piensa que su situación no tiene arreglo?		
29. ¿Disfruta al levantarse de mañana?		
30. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?		

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FUMAT

ÍTEMS:	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1. En general se muestra satisfecha con su vida presente				
2. Manifiesta sentirse inútil				
3. Se muestra intranquilo o nervioso				
4. Se muestra satisfecho consigo mismo				
5. Tiene problemas de comportamiento				
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que Recibe				
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido				
8. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad				
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas				
10. Mantiene una buena relación con los profesionales deservicio al que acude				
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros delservicio al que acude				
12. Carece de familiares cercanos				
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad				
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes.				
15. El lugar donde vives es confortable				
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación situaciónlaboral actual				
17. Se queja de su salario o pensión.				
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas queimpiden o dificultad alguna de sus actividades				
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas queimpiden o dificultad alguna de sus actividades				
20. Dispone de las cosas materiales que necesita				
21. El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a susnecesidades				
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana				
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia losproblemas				
24. Tiene dificultades para expresar información				
25. En el servicio al que acude le proporcionan información				

26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos				
27. Tiene dificultades para comprender la información				
28. Es responsable de la toma de su medicación				
29. Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.				
30. Tiene problemas de movilidad				
31. Tiene problemas de continencia				
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oyemal				
33. Su estado de salud le permite salir a la calle				
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).				
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sustareas habituales				
36. Hace planes a futuro				
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, factura, ir al banco, etc.)				
38. Otras personas organizan su vida				
39. Elige como pasar el tiempo libre				
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
41. Su familia respeta sus decisiones				
42. Tomas decisiones sobre cuestiones cotidianas				
43. Otras personas toman las decisiones que son importantespara su vida				
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesa				
45. Está excluido de su comunidad				
46. En el servicio que acude tiene dificultad para encontrarapoyos cuando los necesita				
47. Tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita				
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas delcentro al que acude				
49. Está integrado con los compañeros del servicio al queacude.				
50. Participa de forma voluntaria en algún programa oactividad del servicio al que acude				
51. Su red de apoyo no satisface sus necesidades				
52. Tienen dificultades para participar en su comunidad				
53. En el servicio al que acude se respeta y defienden susderechos				

54. Reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe				
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando son respetados				
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal				
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)				

Anexo 5. Autorización para realizar el Proyecto de Investigación – documento de agradecimiento



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Huancayo, 10 de Enero del 2022.

CARTA DE ACEPTACIÓN

Señorita:

Fabiola Florencia Sotelo Suazo

Alumna de la Carrera Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana “Los Andes” Huancayo.

ASUNTO : Aceptación de Evaluaciones Psicológicas

REFERENCIA : Solicitud para autorización.

Por medio del presente, expreso a usted, mi saludo cordial y a la vez en relación al documento de la referencia; comunico a usted que mi despacho ha considerado **ACEPTABLE** a su solicitud para realizar las Evaluaciones Psicológicas a los Adultos Mayores que asisten a nuestra Institución, por tratarse de una Investigación denominada **“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD CONCEPCIÓN 2021”**.

Finalmente manifestarle que la Dirección de la Micro Red de Salud Concepción, designa al Centro de Salud “David Guerrero Duarte” del Distrito y Provincia de Concepción, lugar donde realizar las evaluaciones en la población solicitada.

Sin otro particular, me despido de usted,



Anexo 6. Confiabilidad del instrumento.**Estadísticas de fiabilidad - depresión**

Alfa de Kuder Richardson	N° de elementos
0.769	30

La confiabilidad se halló mediante la técnica de consistencia interna, con la prueba de Kuder Richardson obteniendo un coeficiente de 0.769 procesado con 30 datos que son parte de la población pero no de la muestra. Este coeficiente indica una confiabilidad moderada por tanto la prueba Geriátrica de Yesavage es confiable.

Estadísticas de fiabilidad – Calidad de Vida

Alfa de Cronbach	N° de elementos
.752	57

La confiabilidad se halló mediante la técnica de consistencia interna, con la prueba de Alfa de Cronbach obteniendo un coeficiente de 0.752 procesado con 57 datos que son parte de la población pero no de la muestra. Este coeficiente indica una confiabilidad moderada por tanto la escala de calidad de vida FUMAT es confiable.

Anexo 7. Criterio de Jueces**Evaluación por Juicio de Expertos**

Huancayo, 21 de Diciembre de 2022

Sr(a). *Leda Javier Alva*

Presente.-

De mi consideración:

Luego de saludarlo(a) cordialmente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle se sirva participar como jurado evaluador, en su calidad de experto(a), en el procedimiento de **validación de contenido** del Instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el cual tiene como finalidad evaluar (Niveles de Depresión en el Adulto Mayor).

Su labor como juez consiste en evaluar si los ítems del instrumento son coherentes y relevantes para medir el constructo medido por el instrumento.

Adjunto a la presente encontrará la hoja de evaluación en la que le agradeceremos califique cada uno de los ítems, según los criterios señalados. De ser necesario le agradeceremos que realice las observaciones que crea conveniente.

Agradeciéndole la atención que brinde a la presente, quedo de usted agradecida.

Atte.



FABIOLA SOTELO SUAZO
Bachiller en Psicología

20. ¿Piensa que la mayoría de gente tiene más suerte que usted?	✓	✓	✓		
21. ¿Piensa que es agradable estar vivo?	✓	✓	✓		
22. ¿Tiene esperanza en el futuro?	✓	✓	✓		
23. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	✓	✓	✓		
24. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	✓	✓	✓		
25. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	✓	✓	✓		
26. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	✓	✓	✓		
27. ¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	✓	✓	✓		
28. ¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	✓	✓	✓		
29. ¿Disfruta al levantarse de mañana?	✓	✓	✓		
30. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	✓	✓	✓		


 Dra. Leda Javier Alva 

Evaluación por Juicio de Expertos

Huancayo, 21 de Diciembre de 2022

Sr(a). *Leda Javier Alva*

Presente.-

De mi consideración:

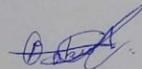
Luego de saludarlo(a) cordialmente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle se sirva participar como jurado evaluador, en su calidad de experto(a), en el procedimiento de **validación de contenido** de la **Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT**, el cual tiene como finalidad evaluar (Calidad de Vida).

Su labor como juez consiste en evaluar si los ítems del instrumento son coherentes y relevantes para medir el constructo medido por el instrumento.

Adjunto a la presente encontrará la hoja de evaluación en la que le agradeceremos califique cada uno de los ítems, según los criterios señalados. De ser necesario le agradeceremos que realice las observaciones que crea conveniente.

Agradeciéndole la atención que brinde a la presente, quedo de usted agradecida.

Atte.



FABIOLA SOTELO SUAZO
Bachiller en Psicología

44. ¿Participa en diversas actividades de ocio que le interesa?	✓	✓	✓		
45. ¿Está excluido de su comunidad?	✓	/	✓		
46. ¿En el servicio que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita?	✓	/	✓		
47. ¿Tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita?	✓	✓	/		
48. ¿Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude?	✓	✓	✓		
49. ¿Está integrado con los compañeros del servicio al que acude?	✓	✓	✓		
50. ¿Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude?	✓	✓	/		
51. ¿Usted de apoyo no satisface sus necesidades?	✓	✓	✓		
52. ¿Tienen dificultades para participar en su comunidad?	/	✓	✓		
53. ¿En el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos?	/	✓	✓		
54. ¿Reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe?	✓	✓	✓		
55. ¿Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados?	✓	✓	✓		
56. ¿Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal?	✓	✓	✓		
57. ¿Disfruta de todo sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)?	/	/	✓		


 Dra. Leda Javier Alva 

Evaluación por Juicio de Expertos

Huancayo, 19 de noviembre del 2022

Sr. *Maria Esther Barros. Quispe*

Presente.-

De mi consideración:

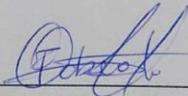
Luego de saludarlo(a) cordialmente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle se sirva participar como jurado evaluador, en su calidad de experto(a), en el procedimiento de **validación de contenido** del Instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el cual tiene como finalidad evaluar (Niveles de Depresión en el Adulto Mayor).

Su labor como juez consiste en evaluar si los ítems del instrumento son coherentes y relevantes para medir el constructo medido por el instrumento.

Adjunto a la presente encontrará la hoja de evaluación en la que le agradeceremos califique cada uno de los ítems, según los criterios señalados. De ser necesario le agradeceremos que realice las observaciones que crea conveniente.

Agradeciéndole la atención que brinde a la presente, quedo de usted agradecida.

Atte.



FABIOLA SOTELO SUAZO
Bachiller en Psicología

20. ¿Piensa que la mayoría de gente tiene más suerte que usted?	✓	✓	✓		
21. ¿Piensa que es agradable estar vivo?	✓	✓	✓		
22. ¿Tiene esperanza en el futuro?	✓	✓	✓		
23. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	✓	✓	✓		
24. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	✓	✓	✓		
25. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	✓	✓	✓		
26. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	✓	✓	✓		
27. ¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	✓	✓	✓		
28. ¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	✓	✓	✓		
29. ¿Disfruta al levantarse de mañana?	✓	✓	✓		
30. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	✓	✓	✓		

Procede Evaluar.



Marié Esther Barros Quispe
PSICOLOGO
C.P.S.P. 13207

Evaluación por Juicio de Expertos

Huancayo, 19 de noviembre del 2022

Sr. *Maria Esther Barros Quispe*

Presente.-

De mi consideración:

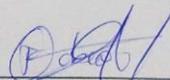
Luego de saludarlo(a) cordialmente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle se sirva participar como jurado evaluador, en su calidad de experto(a), en el procedimiento de **validación de contenido** de la **Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT**, el cual tiene como finalidad evaluar (Calidad de Vida).

Su labor como juez consiste en evaluar si los ítems del instrumento son coherentes y relevantes para medir el constructo medido por el instrumento.

Adjunto a la presente encontrará la hoja de evaluación en la que le agradeceremos califique cada uno de los ítems, según los criterios señalados. De ser necesario le agradeceremos que realice las observaciones que crea conveniente.

Agradeciéndole la atención que brinde a la presente, quedo de usted agradecida.

Atte.



FABIOLA SOTELO SUAZO
Bachiller en Psicología

44. ¿Participa en diversas actividades de ocio que le interesa?	✓	✓	✓		
45. ¿Está excluido de su comunidad?	✓	✓	✓		
46. ¿En el servicio que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita?	✓	✓	✓		
47. ¿Tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita?	✓	✓	✓		
48. ¿Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude?	✓	✓	✓		
49. ¿Está integrado con los compañeros del servicio al que acude?	✓	✓	✓		
50. ¿Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude?	✓	✓	✓		
51. ¿Usted de apoyo no satisface sus necesidades?	✓	✓	✓		
52. ¿Tienen dificultades para participar en su comunidad?	✓	✓	✓		
53. ¿En el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos?	✓	✓	✓		
54. ¿Reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe?	✓	✓	✓		
55. ¿Muestra dificultad para defender sus derechos cuando son respetados?	✓	✓	✓		
56. ¿Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal?	✓	✓	✓		
57. ¿Disfruta de todo sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)?	✓	✓	✓		

Procede Evaluar.


 María Esther Barros Quispe
 PSICÓLOGO
 C.Pa.P. 13207

Evaluación por Juicio de Expertos

Huancayo, 29 de noviembre de 2022

Sr. Washington Neuman Abregú Jaucha

Presente.-

De mi consideración:

Luego de saludarlo(a) cordialmente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle se sirva participar como jurado evaluador, en su calidad de experto(a), en el procedimiento de **validación de contenido** del **Instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**, el cual tiene como finalidad evaluar (Niveles de Depresión en el Adulto Mayor).

Su labor como juez consiste en evaluar si los ítems del instrumento son coherentes y relevantes para medir el constructo medido por el instrumento.

Adjunto a la presente encontrará la hoja de evaluación en la que le agradeceremos califique cada uno de los ítems, según los criterios señalados. De ser necesario le agradeceremos que realice las observaciones que crea conveniente.

Agradeciéndole la atención que brinde a la presente, quedo de usted agradecida.

Atte.



FABIOLA SOTELO SUAZO
Bachiller en Psicología

20. ¿Piensa que la mayoría de gente tiene más suerte que usted?	✓	✓	✓		
21. ¿Piensa que es agradable estar vivo?	✓	✓	✓		
22. ¿Tiene esperanza en el futuro?	✓	✓	✓		
23. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	✓	✓	✓		
24. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	✓	✓	✓		
25. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	✓	✓	✓		
26. ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	✓	✓	✓		
27. ¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	✓	✓	✓		
28. ¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	✓	✓	✓		
29. ¿Disfruta al levantarse de mañana?	✓	✓	✓		
30. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	✓	✓	✓		

Procede a evaluación

Dr. Washington Neuman Abregú Jaucha
C.Ps.P. N° 13584

Evaluación por Juicio de Expertos

Huancayo, 29 de noviembre de 2022

Sr. Washington Neuman Abregú Jaucha

Presente.-

De mi consideración:

Luego de saludarlo(a) cordialmente me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle se sirva participar como jurado evaluador, en su calidad de experto(a), en el procedimiento de **validación de contenido** de la **Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT**, el cual tiene como finalidad evaluar (Calidad de Vida).

Su labor como juez consiste en evaluar si los ítems del instrumento son coherentes y relevantes para medir el constructo medido por el instrumento.

Adjunto a la presente encontrará la hoja de evaluación en la que le agradeceremos califique cada uno de los ítems, según los criterios señalados. De ser necesario le agradeceremos que realice las observaciones que crea conveniente.

Agradeciéndole la atención que brinde a la presente, quedo de usted agradecida.

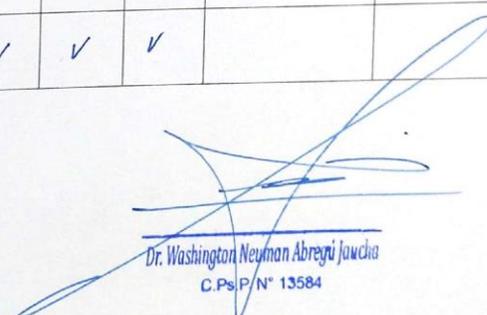
Atte.



FABIOLA SOTELO SUAZO
Bachiller en Psicología

44. ¿Participa en diversas actividades de ocio que le interesa?	✓	✓	✓		
45. ¿Está excluido de su comunidad?	✓	✓	✓		
46. ¿En el servicio que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita?	✓	✓	✓		
47. ¿Tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita?	✓	✓	✓		
48. ¿Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude?	✓	✓	✓		
49. ¿Está integrado con los compañeros del servicio al que acude?	✓	✓	✓		
50. ¿Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude?	✓	✓	✓		
51. ¿Usted de apoyo no satisface sus necesidades?	✓	✓	✓		
52. ¿Tienen dificultades para participar en su comunidad?	✓	✓	✓		
53. ¿En el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos?	✓	✓	✓		
54. ¿Reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe?	✓	✓	✓		
55. ¿Muestra dificultad para defender sus derechos cuando son respetados?	✓	✓	✓		
56. ¿Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal?	✓	✓	✓		
57. ¿Disfruta de todo sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)?	✓	✓	✓		

Procede a evaluación


Dr. Washington Neyman Abregú jawcha

C.Ps.P/N° 13584

Anexo 9. Data de Procesamiento de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda																
5 : ITEM8DEPRE 1																
	ITEM1DEPRE	ITEM2DEPRE	ITEM3DEPRE	ITEM4DEPRE	ITEM5DEPRE	ITEM6DEPRE	ITEM7DEPRE	ITEM8DEPRE	ITEM9DEPRE	ITEM10DEPRE	ITEM11DEPRE	ITEM12DEPRE	ITEM13DEPRE	ITEM14DEPRE	ITEM15DEPRE	
1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	
2	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	
3	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
4	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	
5	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
6	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	
7	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	
8	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	
9	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	
10	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	
11	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
12	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	
13	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	
14	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	
15	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	
16	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	
17	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
18	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	
19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
20	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	
21	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	
22	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	

Vista de datos Vista de variables

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda																
5 : ITEM8DEPRE 1																
	ID	EDAD	SEXO	DIMENSION1	DIMENSION2	P1FUMAT	P2FUMAT	P3FUMAT	P4FUMAT	P5FUMAT	P6FUMAT	P7FUMAT	P8FUMAT	P9FUMAT	P10FUMAT	
1	2	2		7.00	2.00	3	4	4	3	4	4	4	3	3	1	
2	1	1		7.00	6.00	3	1	2	3	1	2	2	3	2	2	
3	2	2		6.00	2.00	2	1	2	2	1	2	4	3	2	3	
4	3	1		2.00	3.00	2	1	1	2	1	1	3	3	3	2	
5	3	2		6.00	3.00	2	2	1	2	2	1	1	1	4	2	
6	2	2		6.00	4.00	3	2	1	3	2	1	2	2	3	1	
7	3	2		4.00	3.00	1	3	4	1	3	4	2	2	2	2	
8	2	1		6.00	3.00	2	3	3	2	3	3	2	2	2	4	
9	1	2		5.00	2.00	3	4	3	3	4	3	3	2	3	2	
10	3	1		3.00	3.00	1	3	3	1	3	3	2	3	4	2	
11	2	2		5.00	2.00	4	1	3	4	1	3	3	3	4	4	
12	2	2		4.00	2.00	3	1	2	3	1	2	3	4	2	3	
13	1	2		7.00	5.00	4	2	2	4	2	2	2	3	2	2	
14	1	1		3.00	3.00	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	
15	3	1		2.00	3.00	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	
16	7	1		7.00	6.00	4	3	2	4	3	2	3	2	2	2	
17	1	2		7.00	4.00	2	4	4	2	4	4	4	1	3	3	
18	2	2		3.00	2.00	3	3	4	3	3	4	3	1	1	3	
19	3	1		7.00	4.00	4	3	2	4	3	2	2	1	2	2	
20	2	1		4.00	6.00	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	
21	5	1		6.00	3.00	3	4	4	4	3	3	1	2	4	2	
22	2	2		5.00	2.00	3	1	2	2	3	2	2	2	2	2	

Vista de datos Vista de variables

chivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda															
ITEM8DEPRE 1 Visible: 94 de 9															
	ITEM16D EPRE	ITEM17D EPRE	ITEM18D EPRE	ITEM19D EPRE	ITEM20D EPRE	ITEM21D EPRE	ITEM22D EPRE	ITEM23D EPRE	ITEM24D EPRE	ITEM25D EPRE	ITEM26D EPRE	ITEM27D EPRE	ITEM28D EPRE	ITEM29D EPRE	ITEM30D EPRE
1	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
2	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00
3	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00
4	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00
5	.00	.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00
6	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00
7	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
8	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00
9	.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00
10	.00	.00	.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	.00
11	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
12	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00
13	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00
14	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00
15	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00
16	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
17	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00
18	.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	.00
19	1.00	1.00	.00	.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00
20	1.00	1.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
21	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	1.00
22	.00	1.00	.00	1.00	.00	1.00	1.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	1.00	.00

Lista de datos Vista de variables

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda												
	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol	
1	ITEM1DEPRE	Cadena	8	0	¿En el fondo és...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
2	ITEM2DEPRE	Cadena	8	0	¿Ha abandonad...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
3	ITEM3DEPRE	Cadena	8	0	¿Siente que su...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
4	ITEM4DEPRE	Cadena	8	0	¿Se aburre con...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
5	ITEM5DEPRE	Cadena	8	0	¿Tiene esperan...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
6	ITEM6DEPRE	Cadena	8	0	¿Le preocupan ...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
7	ITEM7DEPRE	Cadena	8	0	¿Se encuentra ...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
8	ITEM8DEPRE	Cadena	8	0	¿Teme que alg...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
9	ITEM9DEPRE	Cadena	8	0	¿Se siente feliz...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
10	ITEM10DEPRE	Cadena	8	0	¿Se siente des...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
11	ITEM11DEPRE	Cadena	8	0	¿Con frecuenci...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
12	ITEM12DEPRE	Cadena	8	0	¿Prefiere queda...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
13	ITEM13DEPRE	Cadena	8	0	¿Se preocupa ...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
14	ITEM14DEPRE	Cadena	8	0	¿Piensa que tie...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
15	ITEM15DEPRE	Cadena	8	0	¿Piensa que es...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
16	ITEM16DEPRE	Cadena	8	0	¿Se sient triste...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
17	ITEM17DEPRE	Cadena	8	0	¿Se siente inuti...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
18	ITEM18DEPRE	Cadena	8	0	¿Se preocupa ...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
19	ITEM19DEPRE	Cadena	8	0	¿Le parece que...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
20	ITEM20DEPRE	Cadena	8	0	¿Le cuesta mu...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
21	ITEM21DEPRE	Cadena	8	0	¿Se siente con...	{0, si}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
22	ITEM22DEPRE	Cadena	8	0	¿Piensa que su...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
23	ITEM23DEPRE	Cadena	8	0	¿Piensa que la ...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	
24	ITEM24DEPRE	Cadena	8	0	¿Se disgusta c...	{0, no}...	Ninguna	8	l Izquierda	Nominal	Entrada	

Vista de datos Vista de variables

Anexo 10. Consentimiento o asentimiento Informado



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD – CONCEPCIÓN - 2021”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por la investigadora responsable: “SOTELO SUAZO Fabiola Florencia”

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo,16..... de ..Febrero..... 2022.



Fabiola Florencia Sotelo Suazo
(PARTICIPANTE)

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: *Sotelo Suazo Fabiola*
D.N.I. N° *74395095*
N° de teléfono/celular: *923382383*
Email: *(fabiola.sotelo.suazo@hotmail.com)*
Firma: *[Firma]*

2. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:
Firma:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD – CONCEPCIÓN - 2021", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por la investigadora responsable: "SOTELO SUAZO Fabiola Florencia"

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancayo, 16 de Febrero 2022.



Fabiola Suazo
(PARTICIPANTE)

Ape

Nº I

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Sotelo Suazo Fabiola
D.N.I. Nº: 74395055
Nº de teléfono/celular: 921382383
Email: fabiola.sotelo.suazo@hotmail.com
Firma: [Firma]

2. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
D.N.I. Nº:
Nº de teléfono/celular:
Email:
Firma:

Anexo 11. Evidencias de las Pruebas

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FUMAT

ÍTEMS:	Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi nunca
1. en general se muestra satisfecha con su vida presente		X		
2. manifiesta sentirse inútil			X	
3. se muestra intranquilo o nervioso			X	
4. se muestra satisfecho consigo mismo			X	
5. tiene problemas de comportamiento			X	
6. se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que Recibe		X		
7. manifiesta sentirse triste o deprimido			X	
8. muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad		X		
9. realiza actividades que le gustan con otras personas	X			
10. mantiene una buena relación con los profesionales deservicio al que acude		X		
11. mantiene una buena relación con sus compañeros deservicio al que acude			X	
12. carece de familiares cercanos		X		
13. valora negativamente sus relaciones de amistad		X		
14. manifiesta sentirse querido por las personas importantes.	X			
15. el lugar donde vives es confortable		X		
16. manifiesta no estar satisfecho con su jubilación situación laboral actual			X	
17. Se queja de su salario o pensión.			X	
18. el lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultad alguna de sus actividades				X
19. el servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultad alguna de sus actividades				X
20. dispone de las cosas materiales que necesita	X			
21. el lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades				X
22. puede leer información básica para la vida cotidiana			X	
23. muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas		X		
24. tiene dificultades para expresar información				X
25. en el servicio al que acude le proporcionan información				X
26. muestra dificultades para manejar conceptos matemático			X	
27. tiene dificultades para comprender la información				X
28. es responsable de la toma de su medicación				X
29. muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.			X	
30. tiene problemas de movilidad				X
31. tiene problemas de continencia				X
32. tiene dificultad para seguir una conversación porque oyemal		X		
33. su estado de salud le permite salir a la calle		X		
34. tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).				X
35. tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales		X		
36. hace planes a futuro		X		

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de

Yesavage (GDS 30)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las
últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	1	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	2	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Siente que su vida está vacía?	3	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se aburre con frecuencia?	4	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Tiene esperanza en el futuro?	5	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	6	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	7	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	8	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	9	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Se siente desamparado con frecuencia?	10	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	11	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	12	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	13	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	14	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	15	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	16	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se siente inútil en su estado actual?	17	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se preocupa mucho por el pasado?	18	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	19	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	20	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se siente con energías?	21	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	22	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	23	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	24	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	25	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Tiene dificultad para concentrarse?	26	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Disfruta al levantarse de mañana?	27	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	28	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	29	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Siente su mente tan despejada como antes?	30	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0

= Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos.

PT = 11

Moderado

	S	F	A	N
37. muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, factura, ir al banco, etc.)				X
38. otras personas organizan su vida			X	
39. elige como pasar el tiempo libre			X	
40. ha elegido el lugar donde vive actualmente		X		
41. su familia respeta sus decisiones		X		
42. tomas decisiones sobre cuestiones cotidianas	X			
43. otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida		X		
44. participa en diversas actividades de ocio que le interesa	X			
45. está excluido de su comunidad				✓
46. en el servicio que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				+
47. tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita		+		
48. tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude				X
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.				X
50. participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude		+		
51. su red de apoyo no satisface sus necesidades				X
52. tienen dificultades para participar en su comunidad				X
53. en el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos	X			
54. reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe		+		
55. muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados			X	
56. cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	X			
57. disfruta de todo sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	X			

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de

Yesavage (GDS 30)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las
últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	1	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	2	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Siente que su vida está vacía?	3	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Se aburre con frecuencia?	4	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Tiene esperanza en el futuro?	5	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	6	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	7	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	8	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	9	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Se siente desamparado con frecuencia?	10	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	11	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	12	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	13	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	14	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	15	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	16	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se siente inútil en su estado actual?	17	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se preocupa mucho por el pasado?	18	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	19	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	20	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se siente con energías?	21	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	22	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	23	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	24	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	25	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Tiene dificultad para concentrarse?	26	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Disfruta al levantarse de mañana?	27	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	28	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	29	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Siente su mente tan despejada como antes?	30	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0

= Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos.

PT: 12

Mod erado

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FUMAT

ÍTEMS:	Siempre o Casi siempre	Frecue nte mente	Alguna s veces	Nunca o Casi nunca
1. en general se muestra satisfecha con su vida presente			X	
2. manifiesta sentirse inútil			X	
3. se muestra intranquilo o nervioso		X		
4. se muestra satisfecho consigo mismo	X			X
5. tiene problemas de comportamiento				
6. se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que Recibe		X		
7. manifiesta sentirse triste o deprimido			X	
8. muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad			X	
9. realiza actividades que le gustan con otras personas				
10. mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude		X		
11. mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude			X	
12. carece de familiares cercanos				X
13. valora negativamente sus relaciones de amistad	X			
14. manifiesta sentirse querido por las personas importantes.		X		
15. el lugar donde vives es confortable		X		
16. manifiesta no estar satisfecho con su jubilación situación laboral actual			X	
17. Se queja de su salario o pensión.			X	
18. el lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultad alguna de sus actividades				X
19. el servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultad alguna de sus actividades				X
20. dispone de las cosas materiales que necesita		X		
21. el lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades				X
22. puede leer información básica para la vida cotidiana			X	
23. muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas		X		
24. tiene dificultades para expresar información			X	
25. en el servicio al que acude le proporcionan información			X	
26. muestra dificultades para manejar conceptos matemático			X	
27. tiene dificultades para comprender la información				X
28. es responsable de la toma de su medicación				X
29. muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.		X		
30. tiene problemas de movilidad				X
31. tiene problemas de continencia				X
32. tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal			X	
33. su estado de salud le permite salir a la calle		X		
34. tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).				X
35. tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales		X		
36. hace planes a futuro		X		

	S	F	A	N
37. muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, factura, ir al banco, etc.)				X
38. otras personas organizan su vida			X	
39. elige como pasar el tiempo libre		X		
40. ha elegido el lugar donde vive actualmente		X		
41. su familia respeta sus decisiones	X			
42. tomas decisiones sobre cuestiones cotidianas		X		
43. otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				X
44. participa en diversas actividades de ocio que le interesa	X			
45. está excluido de su comunidad				X
46. en el servicio que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				X
47. tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita			X	
48. tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude			X	
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.	X			
50. participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude			X	
51. su red de apoyo no satisface sus necesidades.				X
52. tienen dificultades para participar en su comunidad	X			
53. en el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos		X		
54. reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe			X	
55. muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados				X
56. cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal			X	
57. disfruta de todo sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)			X	

Instrumento

Escala Geriátrica de Depresión de

Yesavage (GDS 30)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las
últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	1	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	2	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Siente que su vida está vacía?	3	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se aburre con frecuencia?	4	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Tiene esperanza en el futuro?	5	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	6	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	7	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	8	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	9	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Se siente desamparado con frecuencia?	10	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	11	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	12	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	13	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	14	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	15	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	16	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Se siente inútil en su estado actual?	17	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se preocupa mucho por el pasado?	18	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	19	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	20	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se siente con energías?	21	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	1
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	22	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	23	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	24	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	25	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Tiene dificultad para concentrarse?	26	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0
¿Disfruta al levantarse de mañana?	27	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	28	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	1
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	29	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	0
¿Siente su mente tan despejada como antes?	30	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	0

= Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos.

PT = 11.

Moderado

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FUMAT

ÍTEMS:	Siempre o Casi siempre	Frecue nte mente	Alguna s veces	Nunca o Casi nunca
1. en general se muestra satisfecha con su vida presente	✓			
2. manifiesta sentirse inútil			×	
3. se muestra intranquilo o nervioso		✓		
4. se muestra satisfecho consigo mismo		×		
5. tiene problemas de comportamiento				×
6. se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que Recibe		×		
7. manifiesta sentirse triste o deprimido				×
8. muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad			×	
9. realiza actividades que le gustan con otras personas		✓		
10. mantiene una buena relación con los profesionales deservicio al que acude			×	
11. mantiene una buena relación con sus compañeros delservicio al que acude		✓		
12. carece de familiares cercanos				×
13. valora negativamente sus relaciones de amistad			×	
14. manifiesta sentirse querido por las personas importantes.		×		
15. el lugar donde vives es confortable			×	
16. manifiesta no estar satisfecho con su jubilación situación laboral actual			✓	
17. Se queja de su salario o pensión.				×
18. el lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultad alguna de sus actividades				×
19. el servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultad alguna de sus actividades			✓	
20. dispone de las cosas materiales que necesita		✓		
21. el lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades				×
22. puede leer información básica para la vida cotidiana		×		
23. muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas			×	
24. tiene dificultades para expresar información			✓	
25. en el servicio al que acude le proporcionan información			×	
26. muestra dificultades para manejar conceptos matemático			✓	
27. tiene dificultades para comprender la información				×
28. es responsable de la toma de su medicación			×	
29. muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.				×
30. tiene problemas de movilidad				×
31. tiene problemas de continencia				×
32. tiene dificultad para seguir una conversación porque oyemal				×
33. su estado de salud le permite salir a la calle	×			
34. tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).				✓
35. tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				×
36. hace planes a futuro			×	

S F A N

37. muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, factura, ir al banco, etc.)				✓
38. otras personas organizan su vida				✓
39. elige como pasar el tiempo libre		X		
40. ha elegido el lugar donde vive actualmente	X			
41. su familia respeta sus decisiones	X			
42. tomas decisiones sobre cuestiones cotidianas		X		
43. otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				X
44. participa en diversas actividades de ocio que le interesa		X		
45. está excluido de su comunidad		X		
46. en el servicio que acude tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita		X		
47. tiene amigos que lo apoyan cuando los necesita	X			
48. tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude			X	
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude.	X			
50. participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude			✓	
51. su red de apoyo no satisface sus necesidades.			X	
52. tienen dificultades para participar en su comunidad			X	
53. en el servicio al que acude se respeta y defienden sus derechos			X	
54. reciben información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	X			
55. muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados			X	
56. cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal			X	
57. disfruta de todo sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)			X	

Anexo 12. Fotos de aplicación del instrumento

Siendo el día 14 de enero del 2022 a horas 9:00 am, en instalaciones del centro de salud de Concepción, se tiene presencia de la persona evaluada de 74 años de edad, quién se encuentra aparentemente lucida, orientada en tiempo espacio y persona, donde se procedió a realizar las evaluaciones correspondientes, concluyendo satisfactoriamente.



Siendo el día 01 de febrero del 2022 a horas 10:00 am, en instalaciones del centro de salud de Concepción, se tiene presencia de la usuaria de 75 años de edad, quién se encuentra aparentemente lucida, orientada en tiempo espacio y persona, donde se procedió a realizar las evaluaciones correspondientes, concluyendo satisfactoriamente.



Siendo el día 16 de febrero del 2022 a horas 11.00 horas, en instalaciones del centro de salud de Concepción, se tiene presencia del evaluado de 73 años de edad, quién se muestra colaborador antes las evaluaciones, concluyendo las evaluaciones satisfactoriamente.



Siendo el día 28 de enero del 2022 a horas 11 am, en instalaciones del centro de salud de Concepción, se tiene presencia de la usuaria de 68 años de edad, quién se encuentra afligida, consecuentemente se realiza las evaluaciones correspondientes.



Siendo el día 19 de enero del 2022 a horas 14.00 horas, en instalaciones del centro de salud de Concepción, se tiene presencia del usuario de 67 años de edad, quién se muestra colaborador antes las evaluaciones, concluyendo las evaluaciones satisfactoriamente.



CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ - 18

Fecha: 19-01-22 Entrevistador: Sotelo Suazo Fabiola Florencia N° HC 2634
 Nombre del paciente: 30-11-1954 - F.A.M. Telf: _____
 Fecha de nacimiento: 30-11-1954 Edad: 67 a
 Sexo (X) (F) Dirección: Jr. 9 de Julio N° 248 - Concepción

MOTIVO DE CONSULTA:

Usuario atendido por el área de Psicología, por presentar diversas sintomatologías desde hace más de dos semanas.

EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	SI	NO
1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	X	
2. ¿Tiene mal apetito? desde hace más de dos semanas.	X	
3. ¿Duerme Mal?		X
4. ¿Se asusta con facilidad?		X
5. ¿Sufre de Temblor en las manos? se observa que el usuario al hablar le tiemblan las manos y piernas.	X	
6. ¿Se siente nervioso o tenso?	X	
7. ¿Sufre de mala digestión?		X
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?	X	
10. ¿Llora ud. con mucha frecuencia? presenta labilidad emocional en todo momento.	X	
11. ¿Tiene dificultad de disfrutar de sus actividades diarias? Presenta voz temblorosa.	X	
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? "	X	
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo, su trabajo se a visto afectado?	X	
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	X	
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	X	
16. ¿Se siente aburrido?	X	
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	X	
PUNTUACION DE LAS PREGUNTAS 1-18 TOTAL Caso de depresión	13	5

Usuario se encuentra lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Al iniciar la entrevista paciente presenta, anhedonia, cefaleas, labilidad emocional, mostrando conductas como mirada dirigida hacia abajo, llanto en la mayor parte de la entrevista y temblor en manos y pies.



CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ - 18

Fecha: ~~29-01-22~~ Entrevistador: Sotelo Suazo Fabiola Florencia N° HC 3304

Nombre del paciente: 01-01-1954 F.S.D. Telf: _____

Fecha de nacimiento: 01-01-1954 Edad: 68 años

Sexo (M) (F) Dirección: Av. Tawita N° 5/4 Concepción

MOTIVO DE CONSULTA:

Usaria se encuentra LOSEP - al momento de la entrevista la usuaria presenta labilidad emocional, miedos, haús chajo, manos y piernas temblorosas, postura encorvada, voz temblorosa y en un volumen bajo.

EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	SI	NO
1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	X	
2. ¿Tiene mal apetito?	X	
3. ¿Duerme Mal?	X	
4. ¿Se asusta con facilidad?	X	
5. ¿Sufre de Temblor en las manos?	X	
6. ¿Se siente nervioso o tenso?	X	
7. ¿Sufre de mala digestión?		✓
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?		X
9. ¿Se siente triste?	✓	
10. ¿Llora ud. con mucha frecuencia?	✓	
11. ¿Tiene dificultad de disfrutar de sus actividades diarias?	X	
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	>	
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo, su trabajo se a visto afectado?	>	
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	<	
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	>	
16. ¿Se siente aburrido?	>	
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		X
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	>	
PUNTUACION DE LAS PREGUNTAS 1-18 TOTAL	15	3

