

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
ALBERGADOS EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA, LIMA, PERÚ 2022**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

TESISTA

BACHILLER: ALBINAGORTA GUERRERO JULISSA GREGORY

ASESOR

Mg. LEÓN SANTOS, RONALD ARMANDO

LIMA – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Mi investigación la dedico a mi padre creador, Jesucristo, que han sido mi fuente de apoyo y motivación día a día para llegar a concluir con la mejor disposición y amor este trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, a Dios, quien es mi guía día a día. Quiero agradecer de manera especial a mi hija Alexandra, quien me apoyo en todo este proceso y a mi pequeña Ximena, quienes son los pilares que me llevan a avanzar en la vida.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	13
1.2. Identificación y formulación del problema.....	17
1.2.1. Problema general.....	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Justificación y viabilidad de la investigación.....	19
1.5. Delimitación de la investigación.....	20
1.6. Limitaciones de la investigación.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	22
2.1.1. Nacionales.....	22
2.1.2. Internacionales.....	24
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Formulación de hipótesis.....	41
2.4. Operacionalización de variables e indicadores.....	43
2.5. Definición de términos básicos.....	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	47
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	48
3.2. Diseño de la investigación.....	48
3.3. Población y muestra de la investigación.....	48

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
3.5. Técnicas para el procesamiento de datos.....	49
3.6. Prueba de Normalidad.....	53
3.7. Aspectos éticos.....	54
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	55
4.1 Presentación de resultados.....	56
4.2 Contrastación de hipótesis.....	59
4.3 Discusión de resultados.....	60
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
5.1 Conclusiones.....	65
5.2 Recomendaciones.....	66
REFERENCIAS.....	67
ANEXOS.....	77
Anexo N° 01: Matriz de consistencia.....	78
Anexo N° 02: Instrumentos de recolección de datos.....	79
Anexo N° 03: Variables Sociodemográficas.....	88
Anexo N° 04: Informe anti plagio.....	89
Anexo N° 06: Carta de permiso del centro.....	90
Anexo N° 07: Consentimiento informado.....	91
Anexo N° 08: Ficha Sociodemográfica.....	92

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Datos sociodemográficos de la población
Tabla 2	Matriz de operacionalización de la variable depresión
Tabla 3	Matriz de operacionalización de la variable calidad de vida
Tabla 4	Prueba de normalidad del cuestionario de depresión
Tabla 5	Prueba de normalidad del cuestionario de calidad de vida
Tabla 6	Frecuencias y porcentajes de la variable depresión
Tabla 7	Frecuencias y porcentajes de la variable de calidad de vida
Tabla 8	Valores porcentuales de la variable calidad de vida y sus dimensiones
Tabla 9	Correlación entre depresión y calidad de vida
Tabla 10	Correlación entre depresión y las dimensiones de calidad de vida

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Niveles de la variable de depresión
- Figura 2 Niveles de la variable Calidad de vida
- Figura 3 Valores porcentuales de la variable calidad de vida y sus dimensiones

RESUMEN

Este estudio, presentó como objetivo principal conocer si existe alguna relación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores albergados en una institución pública en Lima, con una población total de 120 adultos mayores. Se empleó muestreo no probabilístico, de manera censal, al haberlo aplicado a todos los participantes. El estudio es de tipo correlacional con un diseño no experimental. Se administraron el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la escala de calidad de vida (WHOQOL-OLD) para evaluar ambas variables, ambos instrumentos tienen sus respectivas adaptaciones en el Perú. Los resultados evidencian qué con respecto a la evaluación de la depresión, el 25.8% de la población tiene depresión grave o severa, mientras que el 31.7% tiene depresión moderada. Así mismo muestran que la calidad de vida en la población se manifiesta de forma regular al 69.2% de participantes, mientras que el 29.2% presenta buena calidad de vida mostrando efectivamente que es la minoría. Además, la relación entre depresión y las dimensiones de calidad de vida, muestran una adecuada correlación de forma directa en 3 de sus dimensiones ($p = .001$), siendo estas; Autonomía ($r_s = .500$, $p = .001$), actividades presentes pasadas y futuras ($r_s = .181$, $p = .001$) e intimidad ($r_s = .428$, $p = .001$). Por otro lado, existe correlación de manera inversa en dos de las siguientes dimensiones, entre las cuales están Habilidades Sensoriales ($r_s = -.449$, $p = .001$) y muerte ($r_s = -.541$, $p = .001$). Sin embargo, la dimensión de participación social no presenta una correlación ($r_s = .059$, $p = .519$). Se concluyó que, no existe relación entre la variable depresión y calidad de vida por lo cual se rechaza la hipótesis general ($p = .139$).

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

ABSTRACT

The main objective of this study was to find out if there is any relationship between depression and quality of life in older adults housed in a public institution in Lima, with a total population of 120 older adults. Non-probabilistic sampling was used, in a census way, since it was applied to all the participants. The study is correlational with a non-experimental design. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Quality of Life Scale (WHOQOL-OLD) were administered to evaluate both variables, both instruments have their respective adaptations in Peru. The results show that with respect to the evaluation of depression, 25.8% of the population has serious or severe depression, while 31.7% has moderate depression. They also show that the quality of life in the population is manifested regularly to 69.2% of participants, while 29.2% have a good quality of life, effectively showing that they are the minority. In addition, the relationship between depression and the dimensions of quality of life, show an adequate direct correlation in 3 of its dimensions ($p = .001$), these being; Autonomy ($r_s = .500$, $p = .001$), present past and future activities ($r_s = .181$, $p = .001$) and intimacy ($r_s = .428$, $p = .001$). On the other hand, there is an inverse correlation in two of the following dimensions, among which are Sensory Abilities ($r_s = -.449$, $p = .001$) and death ($r_s = -.541$, $p = .001$). However, the dimension of social participation does not present a correlation ($r_s = .059$, $p = .519$). It was concluded that there is no relationship between the depression variable and quality of life, for which the general hypothesis is rejected ($p = .139$).

Keywords: depression, quality of life, older adults.

INTRODUCCIÓN

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la define como una afección mental en donde la persona presenta melancolía, pérdida del placer, sentimientos de inferioridad o culpa, cansancio y falta de concentración.

La depresión es el trastorno más prevalente entre los habitantes mayores de 65 años. (Sánchez, 2014). La depresión influirá en el adulto mayor de diversas formas, este se va a caracterizar por una disminución del ánimo, pérdida constante del interés y la energía, sentimientos de culpa, problemas con el sueño, el apetito o también cognitivamente, llegando a afectar la atención, memoria y concentración. Este también podrá estar acompañados de síntomas ansiosos, los cuales, si no son manejados a tiempo, pueden llegar a desencadenarse en conductas autolíticas o en el peor de los casos en suicidio (Rockville, 2011). Es importante recalcar que, durante el envejecimiento, si no se determina a tiempo el diagnóstico y no se brinda un adecuado tratamiento, esto causara dolor innecesario en el paciente y también para los familiares, es por esto que la depresión se considera un tema muy importante y no se puede llegar a subestimar.

De igual forma, las posibles causas que pueden dar predominio al inicio del trastorno podrían ser el deterioro cognitivo, el estrés, problemas económicos, de salud, sociales y también psicológicos (Rodríguez et al., 2017). Es así que se presenta síntomas a nivel del pensamiento, somático y afectiva emotiva. La población adulto mayor que viven en albergues donde sus condiciones son alejadas de sus familiares, amigos y actividades de ocios, serán más propensos a tener un cuadro depresivo. Esta prevalencia se dará más en el género femenino que masculino. (Segura et al., 2014).

La depresión con relación a la calidad de vida podrá influir en cierta manera; ya que, si el adulto mayor empieza a tener síntomas negativos de manera somática, afectiva y cognitiva, va a atribuir de forma directa a la calidad de vida, a su felicidad y a su salud. (Rockville, 2011).

La calidad de vida actualmente se define como la percepción que tienen los individuos sobre su vida, dentro del contexto de la cultura y valores en los que viven” Grupo WHOQOL (1995).

Es por eso que se ha decidido determinar la relación de ambas variables en el presente estudio el cual tiene una organización de la siguiente forma. Para empezar, en el capítulo I, se dio a conocer la realidad problemática, de igual manera que las justificaciones para realizar la investigación, junto con los objetivos tanto específicos como generales, las limitaciones y delimitaciones del estudio. Posteriormente, en el capítulo II, se presentaron los diversos antecedentes de autores nacionales e internacionales que hablan sobre el estudio de esas variables, al igual que el surgimiento y los modelos teóricos de las variables mencionadas, hipótesis, operacionalización de las variables según los autores la definición de términos. Luego, en el capítulo III, se constituyó la metodología del estudio, incluyendo el diseño, población, hipótesis, métodos, instrumentos y técnicas de recolección, prueba de normalidad y los aspectos éticos. Posteriormente, en el capítulo IV, se dieron a conocer los resultados estadísticos, la contratación de hipótesis y la discusión, considerando el formato establecido en la actualidad, el cual es el APA en su 7ma edición. Y por último se puede observar en el capítulo V, conclusiones y finalmente recomendaciones para el centro estudiado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

El ser humano atraviesa diversas etapas de desarrollo, en estas etapas tendrán sus respectivas características, este es considerado un proceso progresivo e irreversible; el cual toda acción tomada a lo largo de la vida repercutirá de alguna manera en la vejez. Centrándonos en la etapa del adulto mayor, esta es considerada como una población vulnerable, la cual se enfrenta a riesgos tanto económicos, familiares y sociales. (Bokberg et al., 2019).

Hyver (2014) afirma que la vejez viene acompañada de una disminución progresiva en las capacidades físicas y orgánicas, dando como ejemplo la pérdida de la visión y audición, a su vez perdida de la masa muscular teniendo como consecuencia la disminución de fuerza, equilibrio y pérdida de la densidad ósea, aumentando el riesgo a tener fracturas o traumatismos, asimismo presentará problemas respiratorios, cardiovasculares, digestivos, etc. Como se puede analizar, el adulto mayor debido a estas limitaciones se llega a disminuir la capacidad funcional y aumenta la dependencia. (Ávila et al., 2002).

Si hablamos de calidad de vida, es un tema muy extenso el cual se añadirán algunos aspectos objetivos y subjetivos del propio individuo, empezando desde las condiciones observables que dispone el adulto mayor, tanto como la presencia de un buen estado de salud, recursos económicos y relaciones con familiares, todas estas opciones van a desempeñar un pilar para el sentimiento de bienestar. (León et al., 2011).

La OMS (2021) indica que existe una gran influencia del entorno en el que se desarrolla el individuo, para que este pueda tener una adecuada salud física y psicológica. Si el adulto mayor llega a presentar dificultades en este proceso, una de las consecuencias psicológicas sería la depresión, la cual viene acompañada de la anhedonia, problemas nocturnos, falta de energía, pensamientos negativos o suicidas y desánimo.

Es importante reconocer que la calidad de vida en el adulto mayor influirá en muchos aspectos sociales, personales, de salud y psicológicos. Al ser un término global y extenso, abarca diferentes aspectos en la vida.

Mundialmente, se da una estimación de que, en los años 2050, la población de adultos mayores a 60 años se va a duplicar, pasando de porcentajes de 11 al 22%, lo que significa que habrá un promedio de 2000 millones de adultos mayores en el mundo. (OMS, 2017).

Estudios realizados en España, comentan que existe importancia de la actividad física del adulto mayor para que pueda tener una buena calidad de vida, (Quiroz y forjaz, 2018) llegó a la conclusión tras evaluar a 3066 adultos de 60 años a más, que existe un porcentaje de 42,7% de adultos mayores que presentan una actividad física de forma sedentaria, el 54,2% actividad física leve y el 3% actividad física moderado o intenso y en donde se llega a la conclusión que mientras mayor sea la actividad física será mejor la calidad de vida en el adulto mayor ($p < 0,05$). Por otro lado, en México, dando importancia a las relaciones interpersonales, (Pérez et al., 2009) Realizó un estudio en donde se tomaron 150 muestras en pacientes mayores a 70 años, pertenecientes a la Clínica de Medicina Familiar Oriente, En donde se obtuvo como resultados que todos los evaluados habían tenido alguna enfermedad, sin incluir demencia. El 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, el 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos con respecto al apoyo brindado en enfermedades y 24.7% consideró valerse por sí mismo en enfermedades y en su vida diaria. Se dio como conclusión que la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales y con la salud.

En Latinoamérica, se realizaron diversas bases de datos de acuerdo a encuestas de protección social. En Chile brindan las cifras de las personas de tercera edad que presentan dificultad en su autonomía. Los datos estadísticos muestran que los adultos mayores de 80 años en adelante presentan diversas dificultades, como el poder bañarse solo (hombre 21.7% y mujeres 30.8%), poder comer o beber sin ayuda (hombre 10.2% y mujeres 12.9%), vestirse (hombre 17.0% y mujeres 22.7%) y cambiar de posición o levantarse de la cama (hombre 13.3% y mujeres 22.7%). El hecho de no poder tener suficiente autonomía, los convierte en personas dependientes y de necesidad de cuidado, Actualmente más de ocho millones de adultos mayores de 60 años presentan alguna forma de dependencia. Según datos estadísticos, alrededor del 13% de los adultos mayores requieren servicios de

cuidado, la mayoría de los cuales los reciben en domicilio Organización para la cooperación y el desarrollo económicos (OCDE,2017).

En el Perú, centrándonos en la salud como factor contribuyente a la calidad de vida. El instituto Nacional de estadística e informática (INEI,2020), comenta que 41 de cada 100 adultos mayores, se encuentran afiliados al Seguro integral de salud (SIS), el 31,1% al hospital EsSalud y el 6,2% a otro seguro. Sin embargo, se muestra que el 17,99% de los adultos mayores y el 17,22% de las adultas mayores no tienen ningún tipo de seguro de salud, llegando a proporcionarles inseguridad y miedo sobre su vida. Por otro lado, de acuerdo con los Censos Nacionales 2017, dando importancia a la compañía y vivienda; existen 633.590 personas adultas mayores de 70 años que viven solas, en donde el 53,8% son mujeres y el 46,2% son hombres. Generando como consecuencia sentimientos de vacío y soledad. (defensoría del pueblo, 2019). Todos estos índices con factores mencionados, influyen de manera directa en la calidad de vida del adulto mayor.

Se puede ver entonces, que existe una estrecha relación en cómo el adulto mayor pueda tener un adecuado bienestar y calidad de vida, sin embargo; si las condiciones de salud, sociales, familiares o personales del mismo, no están desarrollándose de forma adecuada podría traer complicaciones en su salud emocional, generando muchas veces problemas psicológicos.

Dentro de los problemas psicológicos estará la depresión, la cual es una enfermedad la cual es propensa a darse en adultos mayores, esto limitará su funcionamiento psicológico y social, llegando a repercutir en la calidad de vida del individuo. Existen diversas investigaciones las cuales informan que la depresión es la enfermedad más recurrente en personas de la tercera edad, donde su aparición se da regularmente en la primera etapa de la vejez entre los 65 a 80 años. Dando términos estadísticos, la depresión aparece y afecta al 10% de adultos mayores que viven en casas con familia, 15% al 30% los cuales están internados en casa de reposos y un 10% al 20% los cuales están hospitalizados en algún hospital.

Podemos observar que, a nivel mundial, se es considerado que un promedio total del 20% de ancianos mayores a 60 años, son propensos o padecen algún problema de salud mental. Entre las enfermedades más comunes son la demencia y la depresión, en las cuales existe una influencia de factores biológicos (enfermedades), psicológicos y sociales como la pérdida de algún familiar, laboral, material o abandono familiar o viudez. (OMS, 2017).

Por otro lado, en Latinoamérica, en el país de Chile, se realizó en Santiago, un estudio el cual mostró una prevalencia elevada de depresión en adultos mayores que residen en casas y hogares de reposo, donde se dio como resultado que la depresión aumenta en un 17-20% en ancianos que nunca antes habían tenido síntomas y con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos (Fonasa, 2017).

En el Perú, específicamente en la región de Lima, se realizó un estudio para saber la prevalencia de la depresión en 4917 adultos mayores de 60 años a más, pertenecientes a un distrito de Lima, donde se dio como resultado estadístico que existe una prevalencia del 14,2% en depresión, considerando esta cifra como alta. Por otro lado, se especifica la influencia de variables sociodemográficas como factores de riesgo para el desarrollo de depresión. Estas fueron de sexo femenino, el carecer de instrucción, edad mayor de 75 años, vivir en zona rural y ser pobre. (Revista de medicina humana, 2019).

Por lo tanto, es importante realizar este estudio para poder conocer su impacto y relación de dichas variables. Este trabajo tiene como intención responder a lo siguiente, ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores albergados en una institución pública en Lima?

1.2. Identificación y formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación de depresión y calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión capacidad sensorial, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú, 2022?

¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión autonomía, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú, 2022?

¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú, 2022?

¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión participación social, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú, 2022?

¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión miedo/muerte, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú, 2022?

¿Cuál es la relación entre depresión y la dimensión intimidad, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú, 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General:

- Determinar la relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor albergado en una Institución Pública, Lima, Perú 2022.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Constatar la relación entre depresión y la dimensión capacidad sensorial, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú,2022.
2. Determinar la relación entre depresión y la dimensión autonomía, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú,2022.
3. Comprobar la relación entre depresión y la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú,2022.
4. Demostrar la relación entre depresión y la dimensión participación social, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú,2022
5. Constatar la relación entre depresión y la dimensión miedo/muerte, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú,2022.
6. Confirmar la relación entre depresión y la dimensión intimidad, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Perú,2022.

1.4. Justificación y viabilidad de la investigación

El presente análisis tiene como objetivo primordial abordar 2 temáticas de gran trascendencia actualmente bajo una población adulto mayor, y verificar el tipo de interacción existente entre las dos, en nuestro entorno cultural y social.

Desde una **justificación teórica**, Se pretende analizar y hallar las teorías primordiales que explican determinadamente el bienestar emocional, en cuanto a la depresión, se presentarán las teorías que explican la etiología de este trastorno, tomando en cuenta sus componentes cognitivos, afectivos y conductuales, llegando a permitir la interacción y conexión de las variables mencionadas, en los adultos mayores que constituyeron el estudio.

Por otro lado, la **justificación práctica**, permite promover la aplicación de programas de intervención desde un enfoque clínico - comunitario; que se dirigirán para poder desarrollar o incrementar estrategias de afrontamiento y regular los niveles de estrés en los adultos mayores albergados en una Institución Pública; asimismo y prevenir alteraciones en su salud de los participantes.

Por último, con respecto a la **justificación social** permitirá beneficiar al centro geriátrico, a la comunidad científica y a nivel general a la sociedad llegando a mejorar el abordaje y prevención de la depresión de adultos mayores, llegando así a promover una vida de mejor calidad.

1.5. delimitación de la investigación

Delimitación espacial: Esta investigación se dio en un albergue para adultos mayores perteneciente al INABIF (Programa integral nacional para el bienestar familiar) ubicado en lima.

Delimitación temporal: El desarrollo de este estudio se dio en el transcurso de los meses de mayo y junio del presente año, 2021.

Delimitación Social: Este estudio esta dirigidos a adultos mayores a 60 años, los cuales se encuentran albergados en dicha institución.

Delimitación conceptual: Para el adecuado desarrollo teórico de las variables, se tuvo la base y sustento de modelos y teorías de las variables estudiadas.

1.6. Limitaciones de la Investigación

- El nivel educativo que presentan los participantes, el nivel de instrucción y su comprensión en la aplicación de los instrumentos.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudios

Con respecto a los estudios encontrados, los cuales han tenido una investigación incluyendo el estudio de ambas variables presentadas anteriormente, se encontró nacionalmente, los siguientes:

2.1.1 Nacionales

Quispe (2021) En este trabajo se planteó determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida, en adultos mayores pertenecientes a zonas vulnerables de san Martín de Porres, en lima 2021. Estudio que tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional-transversal. La muestra fue de 130 participantes. Se usó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el cuestionario WHOQOL-OLD. Se encontró que existe relación significativa entre las variables estudiadas ($p < 0,05$). Según las dimensiones, existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en su dimensión autonomía ($p < 0,05$); existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en su dimensión participación social ($p < 0,05$); si existe relación significativa entre depresión y la calidad de vida en su dimensión muerte/agonía ($p < 0,05$); y finalmente, si existe relación significativa entre depresión y la calidad de vida en su dimensión intimidad ($p < 0,05$). Se concluyó que hay relación significativa directamente proporcional fuerte entre las variables principales.

Chuco (2021) realizó un estudio en donde pretendía relacionar la calidad de vida y la depresión, en adultos mayores en un centro de huanchaco, ubicado en Junín. Esta investigación fue no experimental descriptivo-correlacional, con una población de 184 participantes entre edades de 60 a 80 años. Se usó la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Se demostró correlación significativa e inversa entre la calidad de vida y la depresión ($p < .01$), a mayor calidad de vida menor será la depresión o viceversa. La calidad física se percibió alta en el 94.6% de los adultos mayores, la calidad psicológica se percibió como media en el 98.9%. El 61.97% califica su calidad de vida como moderada. El 75% de la muestra presentó depresión moderada y el 24% grave. Se hallaron diferencias significativas entre algunas de las dimensiones de la calidad de vida según la edad, pero no con el sexo y el COVID-19. Del mismo modo ocurre con la depresión,

la cual no encontró ninguna relación con las tres variables sociodemográficas ya mencionadas ($p < .05$).

Salvador (2020) realizó un estudio sobre determinar la asociación entre la depresión como un factor predisponente para la calidad de vida. Tuvo un estudio descriptivo cuantitativo observacional, analítico de corte transversal. Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage modificada y consta de 15 ítems interrogatorios y el cuestionario EQ-5D para valorar la calidad de vida con sus 5 dimensiones. La muestra fue de 71 adultos mayores. Los resultados fueron que el 54.9%, presentan depresión y de ellos 53,5% una mala calidad de vida. Se concluyó que la depresión en el adulto mayor es una enfermedad frecuente que ocasiona un problema de salud, que conlleva a una baja calidad de vida.

García (2018) realizó una investigación en donde planteaba evaluar la calidad de vida de adultos mayores que vivían en el albergue central Ignacia Rodulfo VDA, de Canevaro, en el año 2018. Tuvo un estudio cuantitativo descriptivo, de corte transversal no experimental. La población estaba constituida por 80 adultos mayores. El instrumento empleado fue el WHOQOL BREF. Los resultados mostraron que 63% (50) presentan calidad de vida media, seguido por un 36% (29) que presentan calidad de vida baja y solo 1% (1) presenta calidad de vida alta. Se concluyó que existe un mayor predominio de los adultos mayores que presentan calidad de vida media en el albergue.

Silva (2020) Realizo un estudio en donde se buscó la relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital nivel I Arequipa. El diseño de la investigación fue no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional; la muestra fue de 210 adultos mayores, se usaron dos cuestionarios, la escala FUMAT para la variable de Calidad de vida y la escala de Yesavage para la variable Depresión. Los resultados mostraron correlación significativa y negativa ($r_s = -0,602$; $p < 0.01$) entre la calidad de vida y la depresión, lo cual indica que, a mayor calidad de vida, menor grado de depresión y viceversa.

2.1.2. Internacionales

De igual forma, con respecto a los estudios encontrados internacionalmente, los cuales han tenido una investigación incluyendo el estudio de ambas variables presentadas anteriormente, se encontraron los siguientes:

Peñarreta y Arias (2022) Realizaron un estudio en donde se pretendía relacionar la depresión y calidad de vida en adultos mayores que pertenecen al Centro Gerontológico San Francisco del Cantón Sigchos, pertenecientes a Quito, Ecuador. En esta investigación se buscó la asociación entre depresión y calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al Centro Gerontológico San Francisco del Cantón Sigchos septiembre 2021 – enero 2022. Se usó el enfoque cuantitativo descriptivo, correlacional no experimental, transversal. La muestra fue de 28 gerontes mayores a 65 años, se usó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Cuestionario para Calidad de Vida en Adultos Mayores WHOQOL-OLD; encontrándose que la mitad de participantes no tenían depresión (50%); el 35,7 % una depresión leve; y un 14,3 % muestran depresión moderada. Referente a la frecuencia en calidad de vida el 67,9% tienen una calidad de vida satisfactoria, un 25% muy satisfactoria; tan sólo el 7,1% ni insatisfecho ni satisfecho; Se concluyó entonces que hay asociación inversamente proporcional entre ambas variables, a mayor nivel de depresión menor será la calidad de vida y viceversa $p < 0.01$.

Acosta et al., (2021) estudiaron los factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de depresión en Latacunga - Ecuador, en el año 2021. Se planteó percibir los factores asociados en la calidad de vida de los adultos mayores con diagnóstico de depresión del cantón Latacunga, Ecuador, 2021. Además de identificar los factores sociodemográficos y clínicos en gerontes con depresión, se incluyeron variables como: cuidador, convivencia en el hogar y patologías coadyuvantes. Presentando enfoque cuantitativo descriptivo y correlacional transversal. La muestra fue de 78 gerontes entre 65 y 92 años. Se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton, Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF. Predominando principales resultados, predominaba el género femenino (66,7%) respecto al género masculino (33,33%), considerando los grupos de edades 65 y 92 años con una media del 77,2692, la convivencia en el hogar y las patologías

coadyuvantes y su relación con la calidad de vida obtuvo $p < 0,001$. Se concluye que, enfermedades asociadas y la convivencia en el hogar se asociaron con la calidad de vida.

Quantitativa y Quiroga (2018) realizaron un trabajo en donde evaluaban los factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde la percepción de los adultos mayores y del personal de salud de la fundación gerontológica mi segundo hogar, en Bogotá Colombia. El estudio fue cualitativo, descriptivo y transversal. La población 10 adultos mayores institucionalizados. Se realizó una entrevista semiestructurada. Se halló convergencias en las relaciones interpersonales, funcionalidad, satisfacción de necesidades básicas y bienestar material, mientras que difieren en la valoración de la autonomía, inclusión social y desarrollo personal. Se concluyó que los factores más influyentes en la percepción de calidad de vida del adulto mayor son: relaciones interpersonales, bienestar emocional y bienestar físico, y desde la percepción del personal de la salud es el bienestar emocional.

Vinaccia et al., (2020) realizaron una investigación para evaluar si existía relación entre la calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, en Colombia. La muestra fueron 100 adultos mayores de ambos géneros, sin deterioro cognitivo. Se utilizó el CASP -19 para evaluar calidad de vida, el CD-RISC 10 para evaluar resiliencia y para evaluar síntomas depresivos CES - D. Diseño no experimental de corte transversal y un alcance descriptivo correlacional. Se encontraron valores altos en las dimensiones de calidad de vida del CASP 19, control, placer, y autorrealización. valores altos en resiliencia y valores bajos en depresión. A mayor resiliencia y mayor el puntaje de las sub dimensiones de la escala de calidad de vida CAPS -19 ($p < 0.01.$) y a mayor depresión menor el puntaje de las sub dimensiones de la escala de calidad de vida CAPS-19. ($p < 0.01.$)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Depresión (DP)

2.2.2 Definición

El modelo que se explicara actualmente es el cognitivo conductual, en donde el primer psicólogo conductista, el cual fundamenta teóricamente la variable fue Fester (1973), definiéndola como la disminución de acciones e incremento de otras negativas. Esta disminución se dará conductualmente, ya no existirá el disfrute de actividades sociales y ambientales, de forma repetitiva en diversos ambientes.

Es de gran importancia nombrar la definición de (Beck et al., 1978), la cual determina que la misma, se origina por pensamientos negativos, los cuales le dan una estructura incorrecta a el mundo del paciente, a su imagen y a su futuro. Todas estas características determinan de forma negativa a la salud emocional y física.

Por otro lado, Según el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales en su cuarta edición (DSM-IV, 1994), lo describe como una afección patológica que altera el estado anímico y el humor en un ser humano de manera radical.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (MDE-5), describen la depresión como la prevalencia de un estado anímico desanimado la cual está presente de forma constante, de igual manera se presencia la disminución de actividades, pérdida de peso, fatiga, pensamientos negativos de uno mismo y alteraciones cognitivas como la atención. (Sendra et al., 2015).

Se puede concluir entonces, que la depresión es una enfermedad de mayor gravedad que repercute en la persona de manera conductual, cognitiva y emocional.

2.1.3. Prevalencia del trastorno de depresión

La depresión es una enfermedad con gran prevalencia a nivel mundial lo cual representa un problema de salud pública. Según la OMS (2017), la (DP) está afectando a más de 300 millones de personas en el mundo. Dentro del grupo de riesgo más vulnerable se encuentran los adultos mayores.

En el envejecimiento interactúan una serie de variables: biológicos, sociales y psicológicos los cuales juegan un rol importante para determinar un envejecimiento saludable o un envejecimiento patológico. Hay una serie de cambios que experimentan al final del ciclo vital los adultos mayores que podrían condicionar factores de riesgo para enfermedades como la depresión. De los Santos (2018) y Echevarria et al., (2018)

La depresión es muy prevalente en la etapa del adulto mayor no solamente como patología sino también porque se generan más complicaciones como mayor número de presentaciones de eventos suicidas. Naranjo et al., (2015).

2.1.4. Criterios diagnósticos según el DSM-5

Se diagnosticará dependiendo la intensidad en sintomatología y también del grado de discapacidad que genera la misma, se van a categorizar por niveles leve, moderado y grave. (DSM-V, 2014).

Leve: Indicarán síntomas de menor repercusión, malestares para realizar algunas actividades del hogar, de la familia, sociales y quizás el trabajo, sin embargo, le permitirá realizar sus actividades.

Moderado: La intensidad de sus síntomas estará en un nivel medio de leve y grave.

Grave: Aquellos síntomas de mayor preocupación, presentarán malestar y dificultades de manera inmanejable para realizar sus actividades sociales, laborales familiares y del hogar.

2.1.5. Clínica de la enfermedad en adultos mayores

La enfermedad depresiva tiene ciertas peculiaridades en los pacientes adultos mayores. puede haber menor tristeza, menor variedad de los síntomas dependientes del ciclo circadiano y mayor sintomatología somática y cognitiva (Haight et al., 2018). Los síntomas suelen ser fluctuantes y hay mayor apatía, alteraciones cognitivas, síntomas motores, ansiedad, trastornos del sueño y las quejas somáticas. (Hegeman et al.,2012)

En las formas de inicio tardío los pacientes tienen menos ideación y conducta suicida, tienen mejor apoyo social, con síntomas menos intensos, pero con riesgo mayor de recaídas y de síntomas residuales, con peor recuperación funcional. Espinoza y Kaufman (2014). La alteración cognitiva en los adultos mayores que padecen (DP), está presente en 50% de los casos (Bhalla et al., 2009). Además, este síntoma puede perdurar después de mejorar el cuadro depresivo y se considera entonces un síntoma residual. Hay deterioro cognitivo con mayor frecuencia en las formas de inicio tardío y a su vez generan mayor alteración Kaufman (2014). La alteración cognitiva afecta a la función ejecutiva, la rapidez de procesamiento de los datos, memoria y la capacidad visuoespacial. (Morimoto et al., 2015).

2.1.6. Modelos teóricos de la (DP)

Existen varios modelos cognitivos para explicar el origen de la (DP), sin embargo, el modelo más explicado e investigado es el de Aaron Beck (1967). Es un modelo el cual tiene un enfoque clínico, propone una cadena de elementos los cuales pueden ser causales.

El autor explico que la (DP) es el resultado de distorsiones cognitivas. Esos pensamientos negativos, son los patrones cognitivos que se alteran por experiencias tempranas. El autor brindo la teoría de tríada cognitiva de la (DP) formada por las opiniones personales, sobre el mundo y sobre el futuro. A continuación, se explicará detalladamente:

Percepción negativa de sí mismo: Este punto hará hincapié a la visión personal de forma negativa que el ser humano pueda tener de sus propias capacidades, estima, logros, de sus actividades diarias, por lo que nacen pensamientos de fracaso, inutilidad y también frustración. Al tener una imagen global de fracaso personal, la persona pensara que nada debe estimarlo ni tenerle aprecio.

Percepción negativa del mundo: La persona va a atribuir como negativo y peligroso el medio ambiente, en donde por consiguiente solo tendrá sentimientos de soledad, de temor, y de falta de esperanza. Estas personas llegan a creer que las personas se le acercan por compromiso o por lastima y no por el valor que tienen como ser humano.

Percepción negativa del futuro: Se refiere a que la persona va a tener una idea negativa acerca del éxito que podría conseguir en el futuro, en donde al generar tanto pensamiento pesimista mantiene conductas las cuales lo harán tener visiones negativas, de fracasos y angustia hacia lo que vendrá en un futuro.

Para Continuar explicando mejor el modelo cognitivo, (Beck,1967) considera que existen elementos los cuales van a constituir creencias y experiencias negativas desde muy corta edad, como bien se sabe las primeras personas con las que un niño convive es con su familia, esto quiere decir que, si la familia del niño lo critica y lo rechaza, ellos generan actitudes negativas y esquemas de pensamiento de rechazo hacia uno mismo. Podemos poner como ejemplo "Si no soy amado por mis padres entonces no debo ser una persona buena".

Es importante aclarar que estos sucesos no van a repercutir en la persona, es por eso que se mantienen de forma latente y posiblemente en un futuro salga a flote.

Por otro lado, las causas de las cuales se podrían dar y activar la depresión sería un acontecimiento crítico que sucede en el momento, dando inicio a los esquemas de pensamiento disfuncional anteriormente dicho, influyendo negativamente en el procesamiento de la vida, en consecuencia, de esto, surgen los procesos mentales negativos sesgados como "no valgo nada". Es importante que la persona no va a tener solo la óptica negativa personal, sino también del presente, su

porvenir y del mundo que lo rodea, a esto se le llamara la triada cognitiva, esta será la causa principal de la depresión. (Kuyken et al., 2005), en el transcurso del tiempo se ha dado una ampliación de esta teoría agregando teorías importantes como el estrés, y algunos paradigmas experimentales.

Como bien se ha dicho, se ha creado un nuevo modelo cognitivo reforzando las ideas de Beck, sin embargo, este no ha tenido cambios significativos, pero sí se ha añadido un tipo de modelo más integrador. En el cual sigue existiendo una influencia primordial de los esquemas cognitivos experiencias anteriores y duraderas (Beck y Clark, 1988). Estas mismas se darán de forma casi permanente de una experiencia ya dada la cual se organiza a través de "filtros cognitivos" (percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de información), en donde solo las ideas más importantes y consistentes se van a codificar, en caso contrario se van a olvidar.

Beck afirma que las personas deprimidas, presentan esquemas cognitivos negativos, los cuales construyen una realidad para el sujeto. Cuando surge la activación de estos esquemas aparecen errores cognitivos a nivel de procesamiento; esto incluye la atención, memoria, la interpretación, etc. Será de vital importancia destacar los esquemas de uno mismo, ya que pueden ser detectables o bien latentes.

(Butler et al., 1994); (Lewinson et al., 1988) explican que la autoestima va a actuar como un factor determinante para la vulnerabilidad en una persona depresiva. Estos autores plantean que hay relación entre la baja autoestima y la (DP), pero esa será por un corto tiempo. En esta investigación se da prioridad a estudiar no el nivel de autoestima, sino más bien cuáles es su inestabilidad. Demostrando que sí existe una inestabilidad en la autoestima repercutirá posteriormente en síntomas depresivos (Frank y De Raedt, 2007).

El estrés ocupa un papel muy importante en la (DP), (Ingram et al., 1998) van a definir el estrés como algunos sucesos de mayor o menor repercusión los cuales van a alterar los mecanismos de estabilidad tanto cognitiva, emocional y fisiológica. Actualmente se ha demostrado que los episodios estresantes de baja cantidad, pero de más larga duración logran tener una mayor repercusión en el ánimo (Mcgonagle y Klessler, 1990).

Por otro lado, las experiencias tempranas marcarán una trascendencia para el surgimiento de este trastorno, incluyendo los sucesos estresantes como la ausencia de hogar, bajo nivel educativo, pobreza, etc. Considerando entonces que personas las cuales han tenido una vida con estos factores se puede llegar a incrementar la aparición de algún episodio de depresión (Alonso et al., 2004) También se añaden investigaciones de que la infancia y la depresión de la madre serán factores de riesgo (Phillips et al., 2005). Por otro lado, se afirma que el ambiente familiar es de gran relevancia llegando a demostrar que, si se ha sufrido de algún tipo de abuso verbal, existe una probabilidad más alta de sufrir en el futuro un episodio de depresión (Alloy et al., 2009).

Los sesgos cognitivos y el modo que se va a procesar la información van a explicar con mayor precisión la aparición de cogniciones negativas. Los sesgos de memoria en personas depresivas tienden a ser más consistentes, sin embargo, receptiona información negativa y esta será mayor a la positiva, llegando así a la persona asociar momentos y generalizarlo con toda su vida, por ejemplo "Toda mi vida ha sido un desastre". Vázquez y Campbell (2000).

Las atribuciones causales en la (DP) han tenido una mayor investigación. Como se puede ver en la teoría de la falta de defensa aprendida y la desesperanza Abramson et al., (1978), llegando así a explicar que cuando existe un momento negativo, algunas personas suelen darle motivos y explicaciones, se pueden dar de forma global o motivos personales.

En el estudio del estilo rumiativo, se enfatiza las diversas formas de procesamiento y respuestas ante la (DP). Dentro de este modo se encuentra el estilo rumiativo y expresión de pensamientos. Los efectos adversos de este pensamiento, será que la persona focalice su atención en momentos difíciles o aspectos negativos del mismo, llegando a ser de una manera repetitiva, sumergiéndose en su estado de ánimo depresivo (Nolen y Hoeksema, 1991). Otros autores mencionan que existirán consecuencias en el aumento de los pensamientos negativos y la desesperanza mayor acceso a recuerdos perjudiciales (Lyumbomirsky et al., 1998), la reducción de capacidad resolutiva en conflictos y la incrementación de sintomatología. (Nolen y Hoeksema, 2000)

Vásquez et al., (2008) Encuentra la supresión de pensamientos el cual es un tipo de investigación reciente en donde se afirma que a la persona se centrará en eliminar cualquier tipo de pensamiento destructivo, estos intentos pueden ser incompletos y tener efectos perjudiciales. Para realizar un mejor entendimiento sobre este punto (Wegner et al., 1987) realizó un experimento llamado el oso blanco en donde se pedía a los participantes que no deberían pensar en el animal mencionado, sin embargo, estos mismos mencionaron que se les dificulta mas no pensar en algo que intentaban olvidar.

2.1.7. Dimensiones

Según (Beck,1978), existen diversas dimensiones para evaluar la depresión:

En primer lugar, los **cognitivos afectivos**, Esta es reconocida por medio de las cogniciones contantes de minusvalía, menosprecio, tristeza, o pensamientos recurrentes de fallas y perdidas en la vida de forma constante. Por último, **el Somático-motivacional**, Esta dimensión se da a reconocer la relación existente entre las diferentes muestras de sensaciones en el cuerpo con las áreas de motivación. Manifestado en algunas dolencias.

2.1.8. Factores relacionados con la depresión (Kaplan y Sadock,2022)

Estrés y depresión: Se han encontrado factores desencadenantes como estresores vitales asociados al desarrollo de la (DP). Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres en la niñez, afrontamiento de la pérdida del cónyuge y el desempleo, debido a que en todos estos casos las personas están expuestas bajo niveles de estrés elevados.

Personalidad: Las personas que tengan algún trastorno como (TOC, histrionismo y límite) pueden tener un riesgo mayor.

Disfunción cerebral en la Amígdala: Parte del sistema límbico, la amígdala es una base fundamental para el adecuado procesamiento de los estímulos emocionales, es por esto que si existe un fallo en la amígdala posiblemente existan irregularidades emocionales.

Alteraciones en el Hipocampo: El hipocampo se encuentra junto a la amígdala, este está más asociado con el aprendizaje y la memoria. En este caso al ser un factor de memoria, va a ser un receptor de recuerdos tristes o de culpa en una persona depresiva.

Corteza prefrontal (CPF): Existen áreas específicas en la (CPF), las cuales están relacionadas con las conductas dirigidas a un objetivo con comportamientos de evitación e inhibición y con comportamientos relacionados con la recompensa y al castigo, que presentan en un paciente depresivo alteraciones.

Corteza cingulada anterior (CCA): La CCA está involucrada con la atención, motivación y exploración ambiental, que integra la información de información y atención. La activación de la CCA puede facilitar el control de la excitación emocional, en particular cuando la meta encuentra problemas nuevos que pueden frustrar el objetivo. Hay varias teorías que intentan integrar varios hallazgos patológicos en la comprensión de la etiología de la depresión. Aunque existen muchos abordajes y variaciones, muchas teorías se dividen en dos categorías: hipótesis de neurogénesis e hipótesis oncoplásticas.

Abordajes integrativos: En el abordaje integrativo, el paciente tiene una vulnerabilidad genética, a esto se agregará una situación estresante, que altera las respuestas de adaptación del individuo, causando un desequilibrio en los sistemas reguladores y neuro hormonales, lo cual como consecuencia genera sintomatología depresiva y una respuesta conductual depresiva.

2.2. Calidad de vida (CV)

2.2.1 Origen de la variable

El surgimiento para el concepto de la (CV) se da origen en los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, este estudio surgió con una tentativa por parte de investigadores los cuales querían conocer la opinión que las personas tenían acerca de su vida y de su seguridad (Campbell, 1981). Existía una preocupación latente por parte de los individuos evaluados, por querer mejorar sus condiciones de vida tanto de manera individual como social, el estudio de esta variable tiene origen en la medicina, sin embargo, ha presentado una extensión a diversas disciplinas como la sociología y psicología. Es importante mencionar que recién en el año 1965 se empieza a hablar de este concepto (Moreno y Ximenez, 1996).

Para poder explicar el desarrollo de este concepto los autores lo dividen en dos etapas. En la primera, va a tener mucha importancia en las civilizaciones, la preocupación en salud (pública y privada), esto se da en los inicios de las civilizaciones, prolongándose hasta el siglo XVIII. En esta etapa se dan las primeras normas sociales como la higiene, el estado y limpieza de alimentos o calles, esto empezará por Inglaterra y Francia llegando más adelante a Alemania e Italia (García, 1991).

En la segunda etapa se da tras el desarrollo de un estado moderno, incluyendo la existencia de las primeras leyes, derechos y bienestar personal. En EE.UU, se empieza a tomar en cuenta la salud pública, las condiciones laborales, la alimentación, la tasa de esperanza de vida y mortalidad, esto incluyendo las diversas clases sociales existentes (Piedrola, 1991).

A fines del siglo XX, se incrementó el estudio de la variable, llegando a incluir el análisis de (CV) mediante las necesidades de la población llegando a concluir que este concepto va a variar de acuerdo al país, la cultura y los grupos sociales (Ardila, 2003).

Próximamente se fue extendiendo su uso a partir de los años 60, muchos científicos sociales realizan investigaciones de esta variable llegando así a recolectar

datos informativos precisos del estado socioeconómico, nivel en educación o el tipo de vivienda, sin embargo, estos aspectos abarcan indicadores económicos, lo cual hizo que la investigación careciera de sustento teórico (Bognar, 2005). Debido a este suceso diversos psicólogos propusieron mediciones subjetivas que podrían atribuir al estudio de esta variable, llegando a incluir indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción (Campbell y Rodgers, 1976).

2.2.2. Definición

La OMS (1994), define la variable como la percepción individual acerca de su postura en la vida con respecto a su contexto cultural y valores en donde se desenvuelve, estos estarán relacionados con las expectativas, metas y sus preocupaciones.

En la actualidad existen muchos términos para poder definir (CV), algunos autores lo definen como bienestar personal, que se origina al sentir felicidad y regocijo con áreas y aspectos personales de importancia para cada persona en singular (Ferrans, 1990).

Por otro lado, (Hornquist,1982) da énfasis a las necesidades físicas, psicológicas, sociales, de actividades, materiales y estructurales, así mismo; (Lawton, 2001) propone y evalúa una versión multidimensional en donde influye la vida intrapersonal e interpersonal del sujeto.

Siguiendo esta idea (Verdugo y Schalock, 2007), manifiestan que la CV se rige a que el ser humano debe presentar un estado de bienestar personal de manera multidimensional, estas se registrarán posiblemente a la cultura, ética, los valores, los componentes objetivos y subjetivos llegando a ser influenciados por factores personales y ambientales.

Es así que, en los años 90, diversas organizaciones buscaban generar un cambio en el sistema, se crearon los 12 principios básicos de la calidad de vida basándose en la conceptualización, aplicación y medida.

Al hablar de conceptualización tomaron en cuenta la multidimensionalidad y la influencia de los factores personales, ambientales y la interacción de estos. Por otro

lado, comentaron que existen componentes generales de la variable para todos, estos son subjetivos y objetivos, se puede afirmar que la CV puede mejorar con la autodeterminación, adecuados recursos, un propósito de vida y un sentido de pertenencia.

Asimismo, la medida está referida a la implicación del grado que las personas valoran sus experiencias de vida, se consideran también los ambientes físicos y culturales, incluyendo también las experiencias personales.

Por último, al hablar de aplicación, se estará mejorando el bienestar dentro de cada cultura, llegando a ser la base de apoyos y de toma de acciones, deben estar basadas en evidencias y deben ser promulgados desde la escolaridad hasta el desarrollo profesional (Verdugo y Schalock, 2006).

2.2.3. modelos teóricos de calidad de vida (CV)

Existen diversidad de modelos que explican el surgimiento de la variable, en esta investigación tomaremos en cuenta los más resaltantes. Asimismo, el modelo teórico que se ha elegido tomar es el de la OMS. A continuación, se explicará brevemente los siguientes modelos:

Modelo teórico propuesto por la OMS (1996).

Este modelo muestra que la **(CV)** son las evaluaciones personales sobre un adecuado funcionamiento objetivo, de capacidades y conductuales. A menudo este concepto se despliega en tres niveles, la (CV) global alto, la (CV) genérica relacionada con el ámbito de la salud y por último la (CV) en una enfermedad.

Para evaluar la (CV) de manera general en todas las edades, el grupo who-Qol, expresan seis dimensiones:

Dominio físico: en donde se va a evaluar si existe algún malestar, disminución de energía, fatiga, disminución en actividad sexual, sueño y funciones sensoriales. **El dominio psicológico:** en donde se va a abarcar sentimientos, aprendizaje, autoestima etc. El nivel de independencia en la cual se ha mostrado el nivel de movilidad, actividad, dependencia algunas sustancias. **Las relaciones sociales:**

como soporte promoción, como compañía y desenvolvimiento social. **El medio ambiente:** en donde se evaluará la seguridad, hogar, trabajo, sociedad, oportunidades, que pueda tener cada persona de manera individual en un ecosistema. **La espiritualidad:** En esta dimensión se valoran las creencias y la religión de la persona y el lugar donde se encuentre.

Al hablar del adulto mayor, la teoría Va a cambiar un poco, Debido a que en esta tapa estarán disminuidas o inexistentes algunas dimensiones, para evaluar la variable en caso de los adultos mayores se propuso un ligero cambio a las dimensiones anteriormente mencionadas.

2.2.4. dimensiones de (CV) del adulto mayor según (OMS,1996).

A continuación, se explicará de manera más detallada las dimensiones del nuevo formato del grupo whoqol-old:

La habilidad sensorial: serán las capacidades sensoriales que van a afectar en la vida cotidiana y en su funcionamiento. **La autonomía:** se va a referir a la capacidad de qué una persona pueda obrar con independencia, con criterio. Sentirse en la capacidad de tener un control propio sobre su presente, su futuro, realización de deseos de forma consciente con sus actos y decisiones. **Las actividades pasadas, presentes y futuras:** van a mostrar el grado de satisfacción que una persona tenga de acuerdo a sus logros ya lo que ha realizado **La participación social:** se refiere a la participación que tenga la persona en una comunidad de forma individual o en grupo asumiendo compromisos y responsabilidades dentro de ellas. **La muerte y el morir:** se referirá al efecto terminal que resulta con el fin de la vida, se evaluará si existe un miedo latente a este. **Por último, la intimidad:** se entiende como un aspecto íntimo y de seguridad

2.2.5. Enfoques de la (CV)

Fernández (2009) Menciona que existen diversos enfoques para el proceso de la medición de la variable. Los principales enfoques se mostrarán a continuación:

El biólogo, El cual se centra en las condiciones de la salud y en aspectos específicos de una comunidad. **El ecólogo,** por su lado se da desde la búsqueda

de relación entre ambiente y las personas, este considerará los estilos de vida. Asimismo, **el economicista**, se centra en los ingresos económicos, la inversión y gastos de cada persona en grupos. Por otro lado, **el sociologista**, evalúa las condiciones que son fácilmente observables las cuales conforman una comunidad, se toma en cuenta variables demográficas, lugares de residencia, trabajo, relaciones interpersonales y servicios a la comunidad. Por último, **el psicosocial**, brinda un mayor interés en las emociones y sentimientos, este considerará la confrontación de problemas, los rangos percibidos de la persona, la satisfacción individual, la participación en la comunidad, trabajo u otras. Es importante resaltar que en este enfoque se centrarán en las dimensiones personales como la sociales y ambientales.

2.2.6 Modelos Complementarios de (CV)

Modelo del proceso dinámico de la (CV) (Izasaun et al., 2006).

El modelo está basado mayormente en lo subjetiva representando el resultado constante de la adaptación, en donde el individuo deberá conseguir logros, deseos, y ambiciones en relación a su entorno y a su capacidad. La satisfacción tomará el papel de un mecanismo conductor que promoverá el proceso. Los autores de este modelo defienden que la variable no depende solamente de la satisfacción de un adecuado bienestar mental y psicológico, si no de las acciones y conductas realizadas por el sujeto para tener una vida de calidad, otorgando entonces al hombre tomar una conciencia de sus acciones. Entonces si la calidad de vida se da origen desde uno mismo y sus comportamientos, la salud, creencias, recursos y habilidades sociales y personales van a ser importantes más no de limitantes para poder conseguir una CV.

Modelo ecológico de Lawton (1973).

Se explica cómo la persona obtiene unas conductas adaptativas y una afectividad adecuada como resultado de la buena homeostasis entre la competencia y el grado de presión en el ambiente. Los autores definirán calidad de vida como una percepción subjetiva valoración diversa centrándose en criterios personales, normas sociales, y del sistema del individuo en relación con su pasado, su futuro y su presente.

Modelo de desempeño de rol (Bigelow et al., 1982).

Basado en que la felicidad, gratificación y satisfacción, se relaciona conjunto a la sociedad y el ambiente para satisfacer las necesidades básicas. El ambiente será un conductor latente el cual permitirá a las personas realizar sus logros, necesidades y metas. Las oportunidades serán materiales y sociales, dado que al tener buenas oportunidades en el ambiente van a poder hacer sus demandas, es importante explicar que esto también va a depender de sus capacidades tanto afectivas, conductuales, cognitivas para poder cumplir un buen rol en la sociedad.

Modelo propuesto por Schalock y verdugo (2007).

La CV se entiende hoy desde este modelo como el estado de bienestar de la persona comprendido en diversas dimensiones llegando a ser influenciados por los factores personales y ambientales, hay que tener en consideración que la importancia y el valor va a variar de acuerdo a la percepción individual que le de la persona. Estas dimensiones van a tener indicadores los cuales podrán cambiar de acuerdo al contexto y a la cultura en la que se aplica.

(Schalock y verdugo, 2012) Como ya se ha mencionado antes la CV incluye componentes tanto como objetivos y subjetivos los cuales se pueden medir, siguiendo el enfoque multidimensional de los mencionados autores se hace presente las ocho dimensiones que comprende dicha variable: **Bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación inclusión social y derechos.** Diversos estudios brindan validez y confiabilidad a este modelo colocando como aspectos principales la independencia, la participación social y el bienestar humano

2.2.7 Factores Relacionados con la variable

(CV) y envejecimiento: Según Herrera y Guzmán (2012), comentan que la senectud es un proceso individual donde la persona va a evolucionar de acuerdo al estilo de vida que ha tenido, incluyendo sus experiencias y la manera de afrontamiento a diferentes problemas y acontecimientos que han surgido en su vida. Este estilo de vida va a ser primordial a la hora de que el anciano tenga que

enfrentarse a discapacidades o enfermedades, con la compañía de familiares o amigos. Se puede decir entonces, que existe una estrecha relación entre cómo el anciano llevará su vejez, de acorde a cómo ha sobrellevado su vida. Será de gran importancia saber si es que el adulto mayor recibirá el apoyo de familiares, amigos o si es que pasará por esta etapa solo. Si es así, es probable que exista complicaciones a nivel emocional.

(CV) y salud: Influirá de manera objetiva y subjetiva, las enfermedades en la adultez mayor, producirán síntomas molestos y limitaciones en las actividades diarias lo cual van a disminuir el bienestar y la capacidad de confort consigo mismo y con los demás.

(CV) y los factores sociales: Afecta a la sensación y sentimiento con respecto al entorno social, tener una vivienda y entorno de manera adecuada, tendrán una influencia positiva en la variable. Aspectos económicos y menores posibilidades disminuirán la felicidad y calidad de vida.

(CV) y los factores psicológicos: Tomando en cuenta rasgos de personalidad, los sentimientos negativos y estima propia, serán aspectos muy importantes para que una persona tenga un adecuado bienestar psicológico, existirán a su vez algunas consecuencias como enfermedades.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H: Existe relación entre la depresión y la calidad de vida en una población de adultos mayores albergados en una institución pública en Lima.

2.3.2. Hipótesis específicas

He1: Existe relación entre la depresión y la dimensión capacidad sensorial perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

He2: Existe relación entre la depresión y la dimensión autonomía perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

He3: Existe relación entre la depresión y la dimensión actividades pasadas, presentes y futuras, perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

He4: Existe relación entre la depresión y la dimensión participación social perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

He5: Existe relación entre la depresión y la dimensión intimidad perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

He6: Existe relación entre la depresión y la dimensión miedo/muerte perteneciente a la variable calidad de vida, en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

2.4. Operacionalización de variables e indicadores

Tabla 2

Operacionalización de la variable Depresión

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Factor	Indicadores	Escala de medición
Depresión	Beck (1967) La depresión “es un trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo cognitivo, motivacional y somático, un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”	Puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), cuestionario de 21 ítems	Depresión por niveles: bajo, medio, alto, muy alto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Sensación de fracaso 4. insatisfacción 5. Culpa 6. Expectativas de castigo 7. Autodesprecio 8. Autoacusación 9. Ideas suicidas 10. Episodios de llanto 11. Irritabilidad 12. Retirada social 13. Indecisión 14. Cambios en la imagen corporal 15. Enlentecimiento 17. Fatigabilidad 16. Insomnio 18. Pérdida de apetito 19. Pérdida de peso 20. Preocupaciones somáticas 21. Bajo nivel de energía 	Escala Ordinal

Tabla 3

Operacionalización de la variable Calidad de vida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Calidad de vida	“Calidad de vida es la percepción que tienen los individuos sobre su vida, dentro del contexto de la cultura y valores en los que viven” Grupo WHOQOL (1995).	Puntajes del instrumento WHOQOL-OLD (OMS, 2006), Compuesto de 24 ítems.	<p>Capacidad sensorial</p> <p>Autonomía</p> <p>Actividades pasadas/presentes/futuras</p> <p>Participación/ Aislamiento</p> <p>Intimidad</p>	<p>-Pérdida de sentido en las relaciones</p> <p>-Pérdida de los sentidos en la vida diaria</p> <p>-En las actividades</p> <p>-Puntuación sensorial</p> <p>-Tomar decisiones</p> <p>-Respeto de su libertad</p> <p>-Control del futuro</p> <p>- hacer lo que le gusta</p> <p>-contento tener ilusión</p> <p>-Satisfecho de la vida</p> <p>-Reconocimiento</p> <p>-seguir logrando cosas</p> <p>-labores diarias</p> <p>-Uso del tiempo</p> <p>-Nivel de actividad</p>	Escala Ordinal

Muerte/Agonía

-Participación
comunal

-ser amado
-amar
-compañía
-amor

-asustado por morir
-Control de su
muerte
-preocupado por
morir
-dolor al morir

2.5. Definición de términos básicos

1. **Depresión:** Estado de insatisfacción personal acompañado de tristeza, pérdida de motivación, poca autoestima, sentimientos de inferioridad, problemas de apetito y sueño (Beck et al., 1978).
2. **Calidad de vida:** “es la percepción que tienen los individuos sobre su vida, dentro del contexto de la cultura y valores en los que viven”. (Grupo who-qol, 2005).
3. **Adulto mayor:** considera a la persona la cual tenga una edad mayor o igual a 60 años. (OMS, 2015).
4. **Formato WHOQOL-Old:** instrumento para medir la variable el cual se va a enfocar en la población del adulto mayor.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación.

El estudio presentado es de tipo básica de nivel correlacional, dado que se busca encontrar la relación o la influencia entre depresión y calidad de vida (Hernández y Mendoza, 2018). Y no se ha manipulado las variables y se manifiesta de manera pura, llegando a incrementar conocimientos. (san pieri... metodología)

3.2. Diseño de la investigación

Presenta un diseño no experimental, Debido a que no se requiere la manipulación de las variables y se tiene como objetivo observar a estas mismas en su contexto actual y natural. (Hernández y Mendoza, 2018).

3.3. Población y Muestra de la investigación

La población evaluada, estuvo conformada por 150 adultos mayores, pertenecientes a la casa albergue, los cuales fueron 72 hombres y 48 mujeres con un rango de edad de 60 a 87 años en adelante, de igual forma se tomaron en cuenta los datos sociodemográficos de los evaluados.

Un aspecto de importancia, es que el género con mayor participación fueron hombres (fi=71,60%). Además, la edad predominante de los participantes fue de 78-86 años (fi=43, 35.9%). De igual manera el estado civil predominante fue soltero (fi=67, 55.8%). Por otro lado, el grado de instrucción con mayor predominio fue primaria (fi= 68, 56.6%). Es importante resaltar que la mayor parte de la población anteriormente vivía solo (fi=58, 48.4%), De igual forma que existe la presencia de algún problema de salud actualmente (fi=103, 85.8%). Por último, se muestra que la mayor parte de participantes tiene un tiempo de residencia en el albergue de un año (fi=98, 81,7%), en donde la frecuencia de visitas de sus familiares se da de manera escasa (fi=82,68.4%). (tabla 1).

Se empleó el tipo de muestreo no probabilístico, sensible al haberlo aplicado a todos. No se trabajará la muestra puesto que se está aplicando a toda la población Para evaluar la población. Se tomaron como criterios de inclusión:

1. Los evaluados deberán ser adultos mayores con una edad superior a 60 años.
2. La población será perteneciente a ambos sexos.
3. Deberán tener un tiempo de residencia al menos de 3 meses en el albergue.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron:

1. adultos mayores que presenten problemas de comprensión.
2. Personas con discapacidad auditiva.
3. Tener algún problema de enfermedad mental grave.

3.4. técnicas para el procesamiento de datos

La técnica que se empleó para el presente estudio de investigación fue la encuesta, según López et al., (2015), lo definen como una recolección de datos a la población determinada a estudiar a través de preguntas, con la finalidad de obtener mediciones y estadísticas de acuerdo a la variable que se desea investigar. Los instrumentos utilizados para esta investigación fueron:

3.5. técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.5.1. Inventario de depresión de Beck-II

a. Descripción del instrumento

El "Inventario de depresión de Beck (BDI-II), Fue presentado en 1996, por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. Este instrumento tiene como objetivo, evaluar la severidad de sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mayores a 13 años. Esta prueba, puede darse de manera colectiva o personal, consta de 21 preguntas, con 4 tipos de alternativas de respuesta para cada una, las cuales se clasificaron en orden jerárquico de gravedad. El individuo, deberá marcar la respuesta con la que más se sienta identificado. El tiempo de aplicación será aproximadamente de 15 minutos.

b. Aspectos Psicométricos

Validez

En cuanto a la validez de contenido, la prueba original se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se logró la validez concomitante, mostrando las relaciones estadísticas significativas entre la prueba y otras medidas para pacientes psiquiátricos entre .55 - .96 y para personas sin trastorno en .55 - .73. Se correlaciona con la "Escala de depresión de hamilton"(Ham-D): .61-.86; Con la subescala de depresión de "Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90)": .76, con la subescala de "inventario multifásico de la personalidad Minnesota (MMPI-D)" .60, y por último con la "escala de desesperanza de Beck" con un .60.

En Perú, Barreda (2019), Realizó el análisis psicométrico de la prueba, En cuanto a la validez de contenido, se sometió al análisis de 5 jueces expertos, los cuales eran psicólogos expertos en sintomatología depresiva. El coeficiente de validez de contenido de Aiken, fue de .99 obteniendo entonces, un 100% de validez en los 21 ítems. En cuanto la validez de constructo, se llegó a aplicar el test adecuado a la muestra de Kaiser-meyer-Olkin (KMO= .95) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2= 3603.2$, $p < .001$), llegándose a aceptar el modelo factorial de la muestra. Se concluye entonces en los resultados del análisis factorial, que no se replica de forma literal la teoría, en la clínica y población de muestreo, este instrumento solamente tendrá una dimensión de depresión de forma global.

Confiabilidad

En el estudio original, la prueba tuvo una consistencia interna de .73 y .95. Los autores mencionan que existe un coeficiente alfa (α) medio de .87 para el BDI y de .92 para el BDI-II, esto se da posterior a la evaluación de 500 pacientes psiquiátricos. Se da una confiabilidad por el método test-retest brindados en un lapso de 1 semana, en donde se oscila respuestas entre .81 a .83 (Beck et al., 1996).

En la adaptación peruana, Barreda (2019), menciona que el contexto a evaluar fueron 400 personas atendidas en un hospital especializado en salud mental, en Lima. En donde se obtuvo una confiabilidad por consistencia interna a través del α de .93, llegando a mostrar buena consistencia interna y la similitud con otros estudios en diferentes contextos.

3.5.2. Índice de calidad de vida

a. Descripción del instrumento

El "WHOQOL-OLD" es un instrumento diseñado por la OMS. Se tiene como objetivo, evaluar la calidad de vida en los adultos mayores. Esta prueba, puede aplicarse de forma individual o en grupo a adultos mayores de 60 años, consta de 24 preguntas, con 5 tipos de alternativas de respuesta. El adulto mayor, deberá marcar la respuesta con la que más se sienta identificado, si en caso el evaluado se le dificulta leer las preguntas, puede recibir apoyo de la persona encargada de la aplicación. El tiempo de aplicación será de 20 minutos aproximadamente.

b. Aspectos Psicométricos

Validez

Con respecto a la validez original de la prueba, es una prueba la cual muestra adecuado desempeño estadístico y de psicometría, para el estudio de la variable calidad de vida en adultos mayores. La prueba muestra una validez concurrente, en donde pretende coeficientes de correlación oscilantes entre -0,61 y -0,50. Los coeficientes alfa de Cronbach fueron adecuados cuando se evaluaron por facetas o por el conjunto de ítems, que van desde 0,710 (autonomía) a 0,885 (global). Para obtener la validez discriminante, se tomaron en cuenta personas que tenían síntomas depresivos (leves, moderados y graves) mediante el "inventario de depresión de Beck", llegando a obtener una capacidad discriminante adecuada ($p < 0,01$). Las puntuaciones de las seis facetas y en general del WHOQOL-OLD mostraron niveles estadísticamente significativos. Los coeficientes negativos indicaron que cuanto más altos eran

los niveles de desesperanza y síntomas depresivos, peor las puntuaciones de las facetas de calidad de vida.

La validez en Perú, (ventura, Barboza et al., 2020) comentan al realizar la revisión psicométrica del instrumento, que se obtuvo una validez por contenido, en donde se muestra el modelo actual de la prueba con sus seis factores, dando como resultado que si se retiraba el ítem 20, se presentaba un adecuado ajuste ($\chi^2 = 435$; CFI = .97; TLI = .97; SRMR = .024; RMSEA = .06). Se presenta la matriz de cargas factoriales de la escala sin el ítem 20. Asimismo, muestra validez con otras variables, que se dio mediante la prueba de normalidad, de los puntajes de cada una de las dimensiones del WHOQOL-OLD y del ICV en general. Llegando a la conclusión que existe una distribución normal con puntajes menores a 0.5, por lo cual se puede proceder a realizar el análisis de la validez convergente. Muestra finalmente, que existe correlación entre la (CV) y la mayoría de sus dimensiones excepto dos, sin embargo, no hay influencia negativa.

Confiabilidad

En general, para demostrar la confiabilidad del nuevo módulo adaptado para adultos mayores, los autores indican que se empleó la consistencia interna mediante la prueba de Cronbach y coeficiente alfa. Llegando así a mostrar adecuada consistencia interna (Coeficiente de Cronbach que va de 0,71 a 0,88). (coeficientes de correlación que van de 0,58 a 0,82). Por lo cual, el instrumento tuvo una buena confiabilidad mediante el método de test retest, con valores que van desde 0.584 (facetas Autonomía e Intimidad) hasta 0.820 (total). (Fleck et al. 2005).

Ventura et al., (2006), menciona que se dieron los coeficientes que se Cronbach (α) y omega (ω). En donde se obtuvieron que los siguientes las dimensiones superan al .70 en cada una de sus dimensiones anteriormente mencionadas, en donde muestran una alta fiabilidad.

3.6. Análisis estadísticos e interpretación de los datos

Para el análisis del trabajo, se utilizó un procedimiento estadístico, por medio del programa spss 21 o 25.

Tabla 4

Prueba de normalidad del cuestionario BDI-II

Variable	Kolmogorov – Smirnov ^a	
	<i>gl</i>	Significación (<i>p value</i>)
Depresión	120	.002

Nota: ^a Corrección de la significación de Lilliefors, *gl*= grados de libertad.

En la tabla 4, se puede observar que se utilizó kolmogorov-Smirnov, porque existían un número mayor a 50 datos. Se da como resultado, que la distribución es no normal, por lo que se utilizara pruebas no paramétricas.

Tabla 5

Prueba de normalidad del cuestionario WHOQOL-OLD

Variable	Kolmogorov – Smirnov ^a		
	Estadístico	<i>gl</i>	Significación (<i>p value</i>)
Calidad de vida	.110	120	.001
Habilidades sensoriales	.189	120	.001
Autonomía	.117	120	.001
Actividades	.213	120	.001
Participación social	.218	120	.001
Muerte	.150	120	.001
Intimidad	.106	120	.002

Nota: ^a Corrección de la significación de Lilliefors, *gl*= grados de libertad.

En la tabla 5, Se utilizo Kolmogorov-Smirnov para evaluar a toda la prueba de calidad de vida y sus dimensiones, dando como resultado que; la distribución es no normal, por lo cual se utilizara pruebas no paramétricas.

3.7. Aspectos Éticos

Para la realización del presente estudio, en donde se involucró a adultos mayores, se tuvo presente diversos principios éticos, en los cuales se tuvo como principal importancia, la autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. (Roque et al., 2018). Por otro lado, previa evaluación, se hizo firmar un consentimiento informado, en donde cada adulto mayor estaría dando su aprobación para la realización de las pruebas.

CAPÍTULO IV:
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

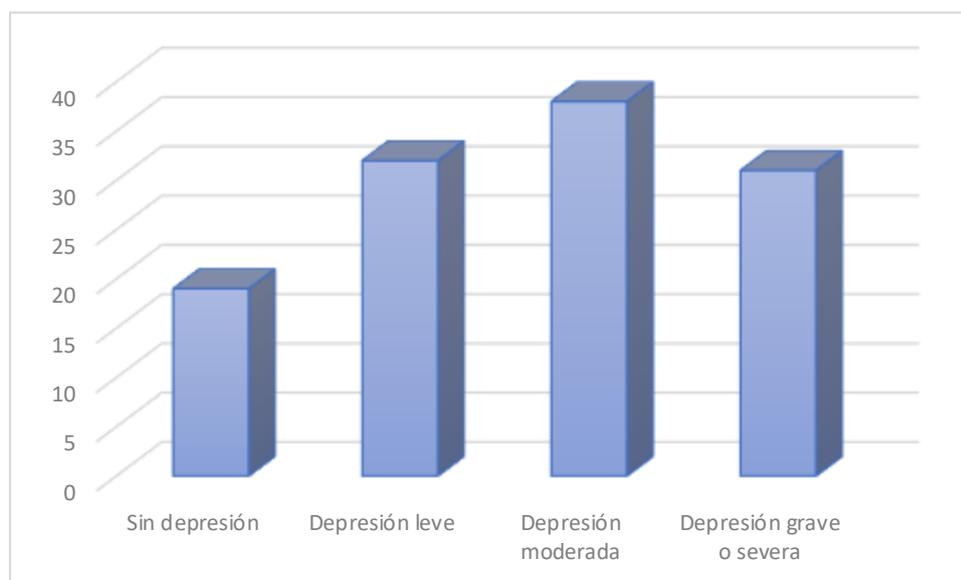
Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de la variable depresión

Niveles BDI-II	<i>f</i>	%
Sin depresión	19	15.8
Depresión leve	32	26.7
Depresión moderada	38	31.7
Depresión grave o severa	31	25.8
Total	120	100.0

Figura 1

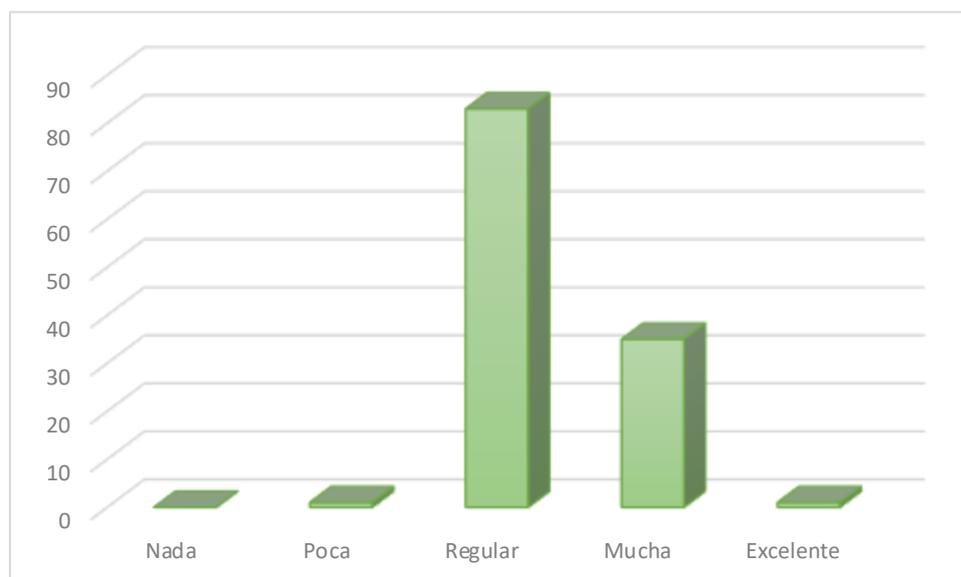
Niveles de la variable depresión



En el estudio, se presencia en la tabla 6 y figura 1, que el nivel de depresión moderada fue el predominante en la variable, observando que el ($f_i=38$, 31.7%) de la población lo tiene, De igual manera es importante recalcar que existe la presencia de una depresión grave o severa en la población ($f_i=31$, 25.8%). De igual forma en su minoría la población presenta depresión leve ($f_i=32$ 26.7%) y la ausencia de depresión ($f_i=19$, 15.8%).

Tabla 7*Frecuencias y porcentajes de la variable calidad de vida*

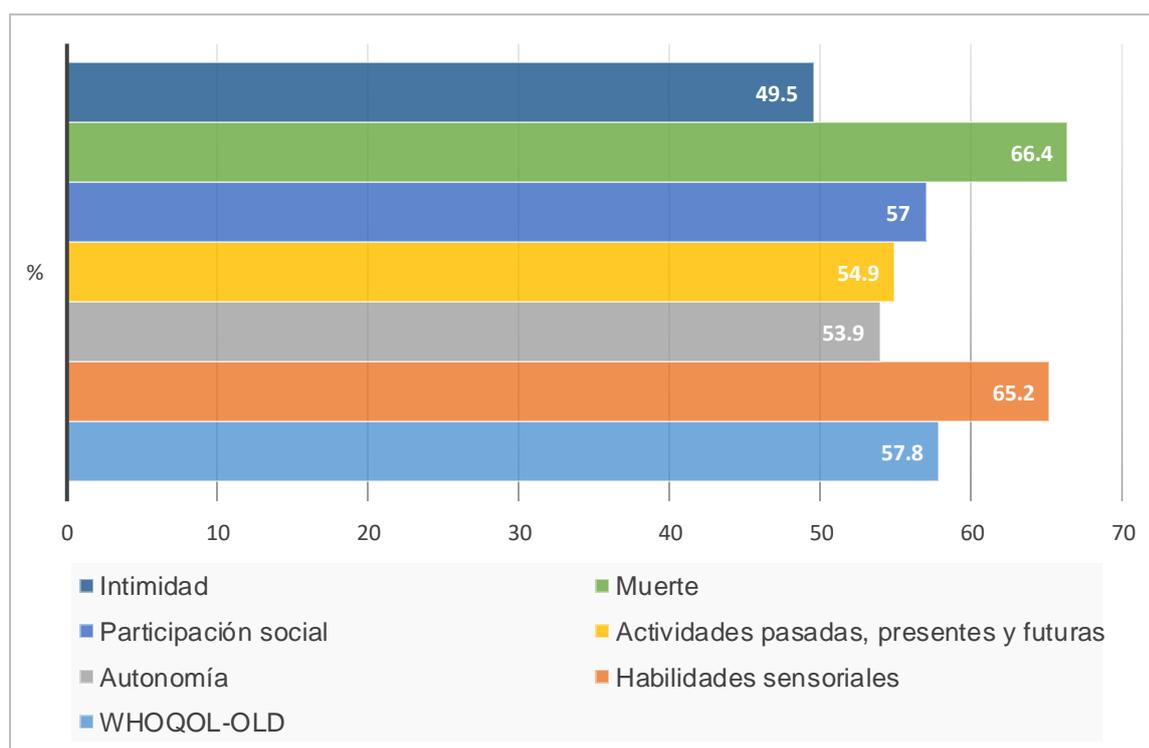
Niveles WHOQOL-OLD	<i>f</i>	%
Nada	0	0.0
Poca	1	0.8
Regular	83	69.2
Mucha	35	29.2
Excelente	1	0.8
Total	120	100.0

Figura 2*Niveles de la variable calidad de vida*

En el estudio estadístico que se muestra en la tabla 7 figura 2, se observa que en la población el predominio de la calidad de vida es regular ($f_i=83$, 69.2%). Por otro lado, el ($f_i=35$, 29.2%) presenta una buena calidad de vida. Por otro lado, la población presenta en menor porcentaje poca calidad de vida ($f_i=1$, 0.8%) y excelente calidad de vida ($f_i=1$, 0.8%).

Tabla 8*Valores porcentuales de la variable calidad de vida y sus dimensiones*

Prueba y dimensiones	%
WHOQOL-OLD	57.8
Habilidades sensoriales	65.2
Autonomía	53.9
Actividades pasadas, presentes y futuras	54.9
Participación social	57.0
Muerte	66.4
Intimidad	49.5

Figura 3*Valores porcentuales de la variable calidad de vida y sus dimensiones*

En los datos estadísticos de la tabla 8 y figura 3, muestran que los habitantes del albergue alcanzan el 57.8% de calidad de vida en general. Asimismo, en sus dimensiones presentan un 65.2% en habilidades sensoriales, autonomía 53.9%, actividades pasadas, presentes y futuras 54.9, participación social 57.0%, muerte 66.4% e intimidad 49.5%.

4.2. contrastación de hipótesis

Tabla 9

Correlación entre depresión y calidad de vida

Variables		Calidad de vida
Depresión	r_s	.136
	p	.139
	n	120

Nota: r_s = rho de Spearman, p = nivel de significación.

En la tabla 9, se puede observar los valores de correlación que corresponden a la hipótesis general del presente estudio, en donde, por consiguiente, se determina que no existe correlación entre las variables de depresión y calidad de vida ($r_s=.136$, $p=.139$), debido a que el nivel de significación es mayor a .05.

Tabla 10

Correlación entre depresión y las dimensiones de calidad de vida

Dimensiones WHOQOL-OLD	r_s	p (significación)
Habilidades sensoriales	- .449**	.001
Autonomía	.500**	.001
Actividades pasadas, presentes y futuras	.181*	.047
Participación social	.059	.519
Muerte	- .541**	.001
Intimidad	.428**	.001

Nota: ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral), * La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral), $n = 120$, r_s = rho de Spearman.

En la tabla 10 del estudio, se llega a la conclusión que existe correlación entre depresión y algunas las dimensiones de calidad de vida. Por un lado, se encuentran las dimensiones con correlaciones muy significantes de tipo directa, siendo estas; Autonomía ($r_s= .500$, $p=.001$), actividades presentes pasadas y futuras ($r_s= .181$,

$p=.001$) e intimidad ($r_s=.428$, $p=.001$). De igual forma, existe correlación, pero de manera inversa, en dos de las siguientes dimensiones, entre las cuales están Habilidades Sensoriales ($r_s=-.449$, $p=.001$) y muerte ($r_s=-.541$, $p=.001$). Sin embargo, la dimensión de participación social no presenta una correlación ($r_s=.059$, $p=.519$).

4.3. Discusión de resultados

Según la hipótesis general, fue determinar la relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, Este estudio dio como resultado, que no existe una correlación estadística significativa ($r_s=.136$; $p = .139$) entre la depresión y calidad de vida. Estos hallazgos, no se relacionan con el estudio de (Alvarado, 2018), en su investigación en donde pretendió buscar la relación entre las mismas variables en una población de adultos mayores de un centro de salud en Chiclayo. Dando como resultado que si existe una correlación negativa de forma significativa para estas variables ($p<0.05$), En esta investigación vemos estos resultados debido a que el centro evaluado no contaba con muchos recursos y mayormente los adultos mayores se encontraban desamparados. Por lo tanto, en el caso del centro evaluado por esta investigación, el centro ha implementado talleres de recreación, los cuales fueron aplicados en la misma semana en donde se tomaron los instrumentos. Es por este motivo que posiblemente la predisposición de los adultos mayores haya aumentado al igual que su estado de ánimo. Teniendo en cuenta que la depresión para Beck (1977), es un trastorno psicológico el cual afecta de manera negativa el estado afectivo cognitivo, motivacional y somático y va afectar la manera en la que pensamos de nosotros mismos, del mundo y de nuestro futuro. Mientras que para la OMS (1995), la calidad de vida es la percepción que tienen los individuos sobre su vida, dentro del contexto de la cultura y valores en los que viven.

Según la segunda hipótesis específica, la cual fue determinar la relación entre depresión y la dimensión habilidad sensorial, perteneciente a la calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima. Se dio como resultado, que sí existe relación muy significativa entre depresión y calidad de vida en su dimensión habilidades sensoriales ($r_s = -.449$; $p = .001$) mostrándose en grado moderado y de tipo inverso, lo cual indica que si las habilidades sensoriales disminuyen la depresión aumenta. Por lo tanto, si el adulto mayor no tiene un adecuado funcionamiento en sus habilidades sensoriales influirá en la manera en cómo se llegue a desenvolver, posiblemente aumentará la dependencia y los sentimientos de inutilidad. Este resultado coincide con el estudio de (Ornelas y Ruiz, 2017) en donde buscaban ver la relación de la salud mental y la calidad de vida adultos mayores del estado de México. en las cuales nos indica que la depresión y la salud física y sensorial guardan correlación ($r_s = -0.62$, $p = .001$). La OMS (2005) comenta que la habilidad sensorial, serán las capacidades sensoriales que van a afectar en la vida cotidiana y en su funcionamiento.

Según la segunda hipótesis específica, la cual fue determinar la relación entre depresión y la dimensión autonomía, perteneciente a la calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima, se encontró que existe una relación muy significativa entre depresión y las dimensiones de calidad de vida siendo esta, autonomía ($r_s = .500$; $p = .001$) en grado moderado y tipo directo. Esto quiere decir que mientras mayor autonomía física presente el adulto mayor, habrá más posibilidades que el centro no le brinde la atención necesaria y no lo cuiden como a los demás, esto hará que se originen sentimientos de soledad y tristeza. Este resultado coincide con el estudio de Quispe (2021), en donde se utilizaron los mismos instrumentos para medir calidad de vida. La cual tuvo como objetivo principal en encontrar la relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulneraba en san Martín de Porres. Este estudio demostró que existen correlación significativa de igual forma con depresión y calidad de vida en su dimensión de autonomía ($p < 0,05$), Llegando a la conclusión que si existe una correlación significativa debido a que algunos adultos mayores tiene su autonomía limitada y tienen disfunciones aumentando la sintomatología depresiva. OMS (2005) La autonomía, se va a referir a la capacidad de qué una persona pueda obrar con independencia, con criterio. Sentirse en la capacidad de tener un control propio sobre

su presente, su futuro, realización de deseos de forma consciente con sus actos y decisiones. Además, Xiang et al. (2019) menciona que muchas veces la autonomía en los adultos mayores se ve dificultada, por lo consiguiente necesitarán ayuda de algún familiar los cuales tomarán acciones y decisiones por ellos. Además, la vejez es un proceso natural el cual tendrá cambios fisiológicos y biológicos, los cuales vendrán acompañados por cambios en la salud, reduciendo la capacidad de realizar sus actividades cotidianas, afectando la capacidad de poder actuar con funcionalidad y aumentar el miedo y temor al día a día, posiblemente causando pensamientos negativos con signos depresivos.

Según la tercera hipótesis específica, la cual fue determinar la relación entre depresión y la dimensión actividades presentes, pasadas y futuras, perteneciente a la calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima. Dio como resultado que existe una correlación significativa baja de tipo directa ($r_s = .181$; $p = .047$), Esto quiere decir que, si el adulto mayor recuerda eventos traumáticos de su pasado, será pesimista con su presente y su futuro generando pensamientos negativos de forma constante. Mientras más aumenten esta insatisfacción por sus actividades del pasado mayor será el riesgo de presentar depresión. Estos resultados se pueden comparar con el estudio de (Quispe, 2021) en donde se buscó determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en zonas vulnerables de San Martín de Porres. Encontrando que no existe relación significativa entre depresión y la calidad de vida en su dimensión actividades pasadas, presentes y futuras ($p > 0,05$) En donde se llega a la conclusión que si existe una buena adaptación de la vida pasada y futura no habrá riesgo de depresión. según la OMS (2005) Las actividades pasadas, presentes y futuras, van a mostrar el grado de satisfacción que una persona tenga de acuerdo a sus logros ya lo que ha realizado. Si el adulto mayor no tiene una adecuada percepción sobre su vida y sus logros, esta podría influir de manera negativa en la depresión.

Según con la cuarta hipótesis específica, la cual fue determinar la relación entre depresión y la participación social, perteneciente a la calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima. Se encontró que no existe una relación significativa entre estos ($p > .05$). Esto quiere decir que la participación social no será un factor predisponente para que el adulto mayor tenga depresión. Hallazgos que se asimilan al estudio de (Mogrovejo, 2018) en donde se pretendía determinar la relación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores de lima norte. Determinando que no hay relación entre depresión y la influencia de las relaciones sociales y el entorno en la depresión ($r_s = -.133$; $p = .048$). La participación social, se refiere a la participación que tenga la persona en una comunidad de forma individual o en grupo asumiendo compromisos y responsabilidades dentro de ellas. (OMS, 2005).

Según con la quinta hipótesis específica, la cual fue determinar la relación entre depresión y la dimensión muerte, perteneciente a la calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima. Dio como resultado una correlación muy significativa en grado moderado ($r_s = -.541$; $p = .001$). Esto quiere decir que cuanto más aceptación tenga el adulto mayor con respecto a la muerte, se reducirá la posibilidad de tener depresión. Resultados que nuevamente se asemejan al estudio de Quispe (2021), donde se buscaba encontrar la relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulneraba en san Martin de Porres. Este estudio demostró que existen correlación significativa de igual forma con depresión y calidad de vida en su dimensión muerte/agonía ($p < 0,05$). Se puede concluir que existe una relación moderada entre la depresión y la dimensión muerte de calidad de vida. (OMS, 2021) La muerte y el morir, se referirá al efecto terminal que resulta con el fin de la vida, se evaluará si existe un miedo latente a este. Entonces, si el adulto mayor tiene miedo a morir o enfermar, podrá reducir su ánimo y tener mayores pensamientos negativos.

Según con la sexta y última hipótesis específica, la cual fue determinar la relación entre depresión y la dimensión intimidad perteneciente a la calidad de vida en los adultos mayores albergados en una institución pública de Lima. Muestra una relación muy significativa de grado moderada y directa ($r_s = .448$; $p = .001$). Concluyendo que, si la persona tiene una intimidad negativa, llena de pensamientos abrumadores y poca seguridad va a influenciar en el incremento de la depresión. Estos hallazgos se asemejan al de (Quispe, 2021) en donde comenta en su estudio mencionado anteriormente que si existe relación significativa entre depresión y la calidad de vida en su dimensión intimidad ($p < 0,05$). Podemos comprender que la intimidad: se entiende como un aspecto íntimo y de seguridad que pueden tener las personas o quizás no lo tengan (OMS,2005).

CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En relación a los resultados de la presente investigación, se concluye que:

1. Según la hipótesis general, se puede decir entonces que; no existe relación entre la variable depresión y calidad de vida ($r_s = .136$; $p = .139$), por lo que se rechazó la hipótesis general.
2. Con respecto a la primera hipótesis específica, En cuanto a habilidades sensoriales ($r_s = -.449$; $p = .001$), se evidencio que existe una correlación muy significativa de grado moderada y negativa entre la dimensión mencionada de calidad de vida y la Depresión, esto quiere decir que si las habilidades sensoriales disminuyen (visión, audición, tacto, olfato y gusto) la depresión aumentaría.
3. En la segunda hipótesis específica, se encontró que la depresión y la dimensión autonomía, de calidad de vida ($r_s = .500$; $p = .001$), muestra una correlación muy significativa de grado moderada positiva. Esto quiere decir que mientras mayor autonomía física presente el adulto mayor, habrá más posibilidades que el centro no le brinde la atención necesaria y no lo cuiden como a los demás, esto hará que se originen sentimientos de soledad y tristeza.
4. En la tercera hipótesis específica, en cuanto a la relación existente entre depresión y la dimensión Actividades pasadas, presentes y futuras de calidad de vida, se encontró una correlación significativa de grado débil o muy baja de dirección positiva ($r_s = .181$; $p = .047$). Esto quiere decir que mientras más pensamientos des valorativos tenga de su pasado, recuerde cosas negativas mas aumentara el riesgo de depresión.
5. En la cuarta hipótesis específica, se encontró una relación entre depresión y la dimensión Participación social de calidad de vida, evidenciando que no existe una correlación ($r_s = .059$, $p = .519$). Esto indica que la forma de integración y de socialización que tenga el adulto mayor en el centro, no influirá en la depresión.

6. En la quinta hipótesis específica, se encontró una relación entre depresión y la dimensión muerte de calidad de vida, mostrándose una correlación muy significativa de grado moderada negativa ($r_s = -.541$, $p = .001$). Lo cual quiere decir que, si existe aceptación a la muerte, la probabilidad a tener depresión disminuirá.
7. Por último, en la sexta hipótesis específica, se halló una relación entre depresión y la dimensión intimidad de calidad de vida, mostrándose una correlación muy significativa de grado moderada Positiva ($r_s = .428$; $p = .001$).

5.2 Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos:

- En la población evaluada, se recomienda desde la teoría estudiada, incentivar al centro en realizar talleres en donde se tome en cuenta las peticiones de mejora que tengan los abuelitos hacia el centro. A su vez promover charlas interactivas para que los adultos mayores puedan desenvolverse adecuadamente.
- Se recomienda implementar ejercicios de estimulación sensorial en el albergue, para que los adultos mayores puedan reforzar sus funciones visuales, auditivas y así poder prevenir cualquier otra afección.
- Se recomienda al personal administrativo implementar talleres de recreación para el adulto mayor, en donde la persona pueda recrearse en un espacio seguro y con suficiente autonomía.
- Se recomienda a la dirección, poder implementar sesiones en donde los adultos mayores puedan sentirse bien consigo mismos y con sus vidas. Conmemorando sus años anteriores y si es posibles acompañados de algún o amigo y así evitar cualquier tipo de pensamiento negativo por experiencias pasadas.
- Se recomienda a los encargados del albergue, poder implementar actividades que promuevan el bienestar físico y psicológico y así se incremente la participación social del centro.
- De igual manera se recomienda implementar programas de promoción y prevención, para la salud mental de los adultos mayores. Este programa deberá ser guiado por un Psicólogo especialista.

REFERENCIAS

- Abarza, L. y Zúñiga, R. (2021). Depresión en adultos mayores y su relación con la actividad física y sedentarismo en Talca, Chile. *Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 9719 - 9733.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.1017
- Abramson, L.Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Acosta, C. O., García. R., Vales, J. J., Echeverría, S. B. y Rubio, L. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(3), 364-372.
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29255775010.pdf>
- Aguilar-Navarro, S. y Ávila-Funes, J. A. (2007) La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Revista Gaceta Médica Mexicana*, 143(2): 141-148.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Grant, D., & Liu, R. (2009). Vulnerability to unipolar depression: Cognitive-behavioral mechanisms. Behavioral mechanisms and psychopathology: Advancing the explanation of its nature, cause, and treatment. *American Psychological Association*. 107–140
<https://doi.org/10.1037/11884-004>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lepine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G. y Almansa, J., (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, (109), 21-27.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM–5)*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2022). *APA Dictionary of Psychology*.
<https://dictionary.apa.org/>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161–164.
<https://bit.ly/3zodcHt>
- Arias, D. (2022). *Depresión y calidad de vida en adultos mayores que pertenecen al Centro Gerontológico San Francisco del Cantón Sigchos* [Tesis de licenciatura, Universidad Central de Ecuador].
<https://bit.ly/3Q4Qda1>
- Arriola, E., Cristóbal, M., Pardo, C., Freire Pérez, A., López, R., José, M., López, A., Sagrario, T., Palomo, M., Olazarán Rodríguez, J., Antonio, J. y Trigo, L., (2017). *Deterioro Cognitivo Leve en el adulto mayor*. Editorial International Marketing and communication.
<https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Arzate, G., Guadarrama-Guadarrama, R., Castillo-Arellano, S., Márquez-Mendoza, O. y Hernández-Navor, J. C. (2015). Validación del WHOQOL-OLD en adultos mayores de México. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(3), 397-405.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333143435001>
- Avila-Figueroa, C y Velarde-Jurado, E. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349–361.
<https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000400009>
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S. y Correa, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de Endes 2017. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47–52.
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v19i4.2339>
- Barreda Sánchez-Pachas, D. V. (2020). *Esquemas disfuncionales tempranos en personas con y sin depresión atendidas en un hospital especializado en salud mental*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de Tesis Digitales.
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/14573>

- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety research*, 1(1), 23-33.
<https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.
<https://doi.org/10.1007/BF00752714>.
- Bognar, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*, 31, 561-580.
<https://doi.org/10.5840/soctheorpractic200531426>
- Boland, R. y Verduin, M. (2022). *Sinopsis de Psiquiatría*. Wolters Kluwer
- Butler, A. C., Hokanson, J.E. y Flynn, H.A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of personality and social psychology*, 66(1), 166.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.166>
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117–124.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.31.2.117>
- Campbell, A. (1981) *The sense of well-being in America*. McGraw-Hill, New York.
<https://doi.org/10.1017/S003329170004681>
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
<https://bit.ly/3tnsJ6x>
- Choreño-Parra, J.A., De La Rosa-Arredondo, T., & Guadarrama-Ortíz, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Revista de Medicina Interna en México*, 36(6), 807-824.
<https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3203>

Chuco, E. (2021). Calidad de vida y depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín [Tesis de pregrado]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú, Universidad Autónoma del Perú.

<https://bit.ly/39cetqf>

D'Hyver, C. Gutierrez, L.M., Zuñiga, C.H., *Geriatría*. (2019). El manual Moderno S.A. https://books.google.com.pe/books?id=AXSfDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Carlos+d%E2%80%99Hyver%22&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

De los Santos, P.V. y Carmona, S.E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-23.

<https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>

D'Hyver, C. y Gutiérrez, L. (2014). *Geriatría* (3ª ed). Manual Moderno.

<https://bit.ly/3NY0nrf>

Echevarría S.B., Rubio L., Acosta C.O., García R. y Vales J.J. (2017). Confiabilidad y validez de una escala de soledad en adultos mayores mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 22(3), 364-372. Disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/320394711>

Espinoza, R.E., Silva, J.L. (2014). emociones, corporeidad y socialización de género en la subjetivación de la masculinidad de jóvenes chilenos: una aproximación intertextual desde el modelo de mapas corporales. *Salud & Sociedad*, 5 (3), 300-317.

<https://doi.org/10.22199/S07187475.2014.0003.00005>

Ferrans, C. y Powers, M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 15(1), 29–38.

<https://doi.org/10.1002/nur.4770150106>

Ferster, C.B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 1(28), 857-870.

<https://doi.org/10.1037/h0035605>

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117–140.

<https://doi.org/10.1177/001872675400700202>

- Fleck, M., Chachamovich, E., Trentini, C., & Barcelos, R. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module
Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista Saúde Pública*, 40(5), 785-791.
<https://scielosp.org/article/rsp/2006.v40n5/785-791/en/>
- FONASA. (abril 2017). *La depresión en Chile*. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile-Fonasa.cl.
<https://bit.ly/3GUwBkO>
- Franck, E., De Raedt, R. y De Houwer, J. (2007). Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2448–2455
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.008>
- Gallardo-Peralta, L., Córdova, I., Piña, M. y Urrutia, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*, 17(49), 153–175.
<https://doi.org/10.4067/s0718-65682018000100153>
- García, Y. (2018). *Calidad de vida del adulto mayor que reside en el albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, Lima 2018*. [Tesis de Pregrado, universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Universidad Cesar Vallejo
<https://bit.ly/3PZAglL>
- Guantiva, G. y Quiroga, G. (2018). *Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, desde la percepción de los adultos mayores y del personal de la salud de la fundación gerontológica mí segundo hogar*[Tesis de pregrado, Fundación universitaria de los libertadores]. Repositorio institucional Los Libertadores.
<https://bit.ly/3Mql25W>
- Hegeman J.M., Kok R.M., Van Der Mast R.C. y Giltay E.J. (2012) Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 200(4), 275-81.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.095950>.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF., México: McGraw- Hill.

- Hernández, R., Fernández, J., Rancaño, I. y Espinar, C. (2022). *Calidad de vida y enfermedades neurológicas*. *Neurología* (Barc., Ed. Impr.), 30–37.
<https://bit.ly/3Q4enBD>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Editorial Mc Graw Hill Education,
<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Hörnquist, J. (1982). The Concept of Quality of Life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10(2), 57–61.
<https://doi.org/10.1177/140349488201000204>
- INEI. (2020). *Instituto Nacional de Estadística e Informatica*. Inei.gob.pe.
<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=En%2044%20de%20cada%20100,y%20m%C3%A1s%20a%203%20B1os%20de%20edad>
- INEI: Perú: *Resultados Definitivos de los Censos Nacionales*. (2017). Inei.gob.pe.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
- Kaplan & Sadock.(2022). *Sinopsis de psiquiatría*. Wolters Kluwer.
<https://shop.lww.com/Kaplan---Sadock--Sinopsis-de-psiquiatra/p/9788418563768>
- Kuyken, W., Watkins, E. R. y Beck, A. T. (2005). *Cognitive-behavioural therapy for mood disorders*.Textbook of Psychotherapy. Oxford University Press.
- Lawton, M.P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, (45), 181-183.
<https://doi.org/10.1159/000022083>
- León, D., Rojas, M. y Campos, F. (2011). *Guía calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua Programa Adulto Mayor Centro de Geriatría y Gerontología.
http://adulatomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M. y Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 251-264.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.251>

Lyubomirsky, S., Caldwell, N.D. y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 166–177.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.1.166>

McGonagle, K. A. y Kessler, R. C. (1990). Chronic stress, acute stress, and depressive symptoms. *American Journal of Community Psychology*, 18(5), 681–706.

<https://doi.org/10.1007/bf00931237>

Meda-Lara, R.M., Juaréz-Rodríguez, P., de Santos-Ávila, F., Solís-Cámara R., Palomera-Chávez, A., Hernández-Rivas, M.Y., Yeo-Ayala, C. y Herrero, M. (2021). Validación del “Índice de calidad de vida, versión en español” (QLI-SP) en una muestra mexicana. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 29(1).

<https://doi.org/10.51668/bp.8321109s>

Mogrovejo, C.G (2018) *Calidad de vida y depresión en adultos mayores víctimas de violencia de los CEDIF de Lima Norte, 2018* [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29902/Mogrovejo_LCG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. *Madrid: Siglo XXI* (pp. 1045–1070).

<https://bit.ly/3H180th>

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, (100), 569–582.

<https://doi.org/10.1037/0021-843x.100.4.569>.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>

- Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*. Who.int; World Health Organization.
<https://bit.ly/3O0vEKj>
- Ornelas Ramírez, A., & Ruíz Martínez, A. (2017). Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(2), 1-16.
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333152922001.pdf>
- Pérez-Sales, P. Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Chronic thought suppression as a vulnerability factor to posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, (22), 1326-1336.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.06.001>
- Phillips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A., Najman, J.M. y Bor, W. (2005). Early Adversity and the Prospective Prediction of Depressive and Anxiety Disorders in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 13–24.
<https://doi.org/10.1007/s10802-005-0930-3>
- Power, M., Quinn, K. y Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214.
<https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Queirolo, S.A., Barboza-Palomino, M. y Ventura-León, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú) . *Enfermería Global*, 19(4), 259–288.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>
- Quiroz, T. (2018). “*Calidad de vida y depresión en adultos de un centro de salud en Chiclayo*”. [Tesis de licenciatura, Universidad señor de Sipán]. Repositorio Renati.
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2818834>
- Quispe, Y. (2021). Depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable en San Martín de Porres. *Revista Científica Ágora*, 8(2), 3–10.
<https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.212>

- Quispe, Y.Y (2021) *Depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable de san Martín de pirres, Lima, 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio UWuener.
https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5299/T061_4_1808926_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez M, Verdugo Z. (2017) *Quality of life of the mestizo and indigenous elderly of the Nabón Canton. Cuenca. 2017* [tesis licenciatura, Universidad de Cuenca]. Consorcio de Bibliotecas Universitarias del Ecuador.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/>
- Roqué-Sánchez M, Macpherson I. (2018). An analysis of the ethics of principles, 40 years later. *Revista Bioética*, 26(2),189-197.
https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n2/en_1983-8042-bioet-26-02-0189.pdf
- Salvador, A.D., Salvador, V.A. y Vela, M.A. (2020). Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. *Dominio de las Ciencias*, 6(4), 98-109.
<https://bit.ly/3Q3H9Ci>
- Sánchez, R. (2014). Prevención en dificultades del desarrollo y del aprendizaje. *Revista de Pedagogía*, 67(4), 173–174.
<https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/36338>
- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. *Manual de psicopatología*, 2, 271-298.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Universidad de Salamanca.
<https://bibliotecadigital.mineduc.>
- Sendra-Gutiérrez, J. M., Esteban-Vasallo, M; Domínguez-Berjón, F.(2016) Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 11(4), 234-243.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.004>
- Silva, S. (2020). *Relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I, Arequipa – 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV.

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60385/Silva_AS_P-SD.pdf

Torres, C. & Torres J. (2013) *Depresión y calidad de vida en adultos mayores que conviven con sus hijos*. [Tesis de licenciatura en Psicología, universidad Cesar Vallejo], Repositorio Alicia.

Vázquez, F.L., Muñoz, R.F. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-44.

https://www.behavioralpsycho.com/wpcontent/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-30a.pdf

Verdugo Alonso, M. Á., Schalock, R. L., Gómez, L. E., & Arias, B. (2012). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el concepto: La Escala GENCAT. *Revista española de discapacidad intelectual*. 38(4),57-72.

<http://riberdis.cedid.es/handle/11181/3171>

Vinaccia.S. & Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.

<https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>

Vinaccia.S., Gutierrez.K. y Escobar., M. (2021) Calidad de vida, resiliencia y depresión esadultos mayores de montería, Colombia. *Diversitas*, 17(2).1-12.

<https://doi.org/10.15332/22563067>.

Wegner, D., Schneider, D., Carter, S. y White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5–13.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>

Xiang, X., & Cheng, J. (2019). Trajectories of major depression in middle-aged and older adults: A population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(10), 1506–1514.

<https://doi.org/10.1002/gps.5161>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Existe relación entre la depresión y la calidad de vida del adulto mayor albergado en una institución pública, Lima, Perú, 2022?	Objetivo general: Determinar la relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor albergado en una Institución Pública, Lima, Perú 2022.	Hipótesis general H: Existe relación significativa entre la depresión y la calidad de vida en una población de adultos mayores albergados en una institución pública en Lima.	Variable 1: Depresión Factor general: Depresión por niveles: bajo, medio alto, muy alto	Tipo de investigación De tipo correlacional Diseño de investigación Diseño no experimental
	Objetivos Específicos 1. Describir el nivel de la depresión y sus dimensiones en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.	Hipótesis específicas He1: Existe relación inversa significativa entre la depresión y las dimensiones de calidad de vida en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.	Variable 2 Calidad de vida Dimensiones: -Capacidad sensorial -Autonomía -Actividades pasadas/presentes/futuras	Población y muestra La población evaluada, estuvo conformada por 150 adultos mayores, pertenecientes a la casa albergue, los cuales fueron 72 hombres y 48 mujeres con un rango de edad de 60 a 87 años en adelante
	2.Describir el nivel de calidad de vida y sus dimensiones en los adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.	He2: existe una relación inversa significativa entre las dimensiones de la depresión y la calidad de vida	-Participación/ Aislamiento -Intimidad -Muerte/Agonía	Técnica Encuesta Instrumentos de medición -Inventario de Depresión de Beck II -Prueba calidad de vida WHOQOL-OLD
3.Verificar la relación entre la depresión y las dimensiones de calidad de vida en los adultos mayores				

albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

en adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

4. Constatar la relación entre las dimensiones de la depresión y la calidad de vida en adultos mayores albergados en una Institución Pública, Lima, Perú, 2022.

Anexo 2. Instrumentos de recolección de datos

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK- Aaron Beck, Steer y Brown (1996)

ADAPTACION PERUANA: Dennys Vanessa Barreda (2006).

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

1. Tristeza	
	0. No me siento triste.
	1. Me siento triste gran parte del tiempo
	2. Me siento triste todo el tiempo.
	3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
2. Pesimismo	
	0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
	1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
	2. No espero que las cosas funcionen para mi.
	3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
3. Fracaso	
	0. me siento como un fracasado
	1. he fracasado más de lo que hubiera debido.
	2. cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
	3. siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer	
	0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
	1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
	2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
	3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa	

No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3. Me siento culpable todo el tiempo.

6.Sentimientos de Castigo

No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mi mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mi mismo.

8.Autocritica

No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mi mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mi mismo por todo lo malo que sucede.

9.Pensamientos o Deseos Suicidas

No tengo ningun pensamiento de matarme

He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haria

2 Ouerria matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

No lloro mas de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1º. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo
--

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
--

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
--

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
--

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA CUESTIONARIO WHOQOL-OLD: autor
original: GRUPO OMS 2006**

ADAPTACION PERUANA: Ventura, Barboza y Venturo, (2020).

Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas. Por favor, responda las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con la respuesta que mejor considere para cada pregunta.

1. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
2. ¿En qué medida la pérdida de su vista, oído, gusto, olfato y del tacto afecta su capacidad para participar en actividades?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
6. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
8. ¿En qué grado está asustado(a) de morir?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente
9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?
<input type="checkbox"/> Nada - <input type="checkbox"/> Un poco - <input type="checkbox"/> Lo normal - <input type="checkbox"/> Bastante - <input type="checkbox"/> extremadamente

Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido como hubiera querido.

10. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto, afectan su capacidad para relacionarse con los demás?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Totalmente

11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Totalmente

12. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Totalmente

13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Totalmente

14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?

Nada Un poco Moderadamente Bastante Totalmente

Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:

15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?

Muy Insatisfecho Insatisfecho Ni Insatisfecho(a) ni satisfecho(a) Satisfecho
 Muy satisfecho

16. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?

Muy Insatisfecho Insatisfecho Ni Insatisfecho(a) ni satisfecho(a) Satisfecho
 Muy satisfecho

17. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?

Muy Insatisfecho Insatisfecho Ni Insatisfecho(a) ni satisfecho(a) Satisfecho
 Muy satisfecho

18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades desde la comunidad?

<input type="checkbox"/> Muy Insatisfecho <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Ni Insatisfecho(a) ni satisfecho(a) <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Muy satisfecho
19. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?
<input type="checkbox"/> Muy descontento <input type="checkbox"/> descontento <input type="checkbox"/> ni descontento ni contento <input type="checkbox"/> contento <input type="checkbox"/> muy <input type="checkbox"/> contento
20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?
<input type="checkbox"/> Muy Mal <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Ni mal Ni bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy Bien

Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida:

21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Lo Normal <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremadamente
22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Lo Normal <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Extremadamente
23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Totalmente
24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Totalmente

Anexo 3: Variables Sociodemográficas

Tabla 1

Variables sociodemográficas de la muestra

Variables	Categorías	<i>f</i>	%
Sexo	Hombre	72	60
	Mujer	48	40
Grupos de edad (años)	60 – 68	13	10.8
	69 – 77	40	33.3
	78 – 86	43	35.9
	87 en adelante	24	20.0
Estado civil	Casado(a)	3	2.5
	Divorciado(a)	12	10.0
	Viudo(a)	38	31.7
	Soltero(a)	67	55.8
Grado de instrucción	Primaria	68	56.6
	Secundaria	38	31.7
	Técnico superior	12	10.0
	Superior (universidad)	2	1.7
Con quien vivía anteriormente	Esposo(a) e hijos	28	23.3
	Pareja	10	8.3
	Solo	58	48.4
Presenta algún problema de salud	Otros familiares	24	20.0
	Sí	103	85.8
	No	17	14.2
Recibe visitas de sus familiares	Sí, frecuentemente	4	3.3
	A veces	34	28.3
	Casi nunca	82	68.4
Tiempo de residencia en el albergue	3 – 11 meses	3	2.5
	1 año	98	81.7
	2 años a más	19	15.8

Nota: $n = 120$, $f =$ frecuencias

Anexo 4: Informe de anti plagio

Trabajo de Investigación - Tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	12%	2%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

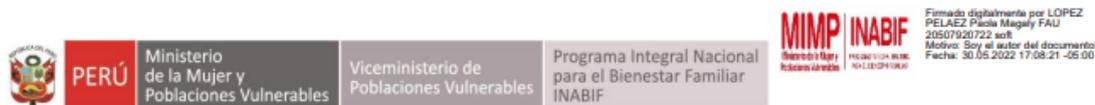
1	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	doaj.org Fuente de Internet	1%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
7	www.dominiodelasciencias.com Fuente de Internet	1%

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%

Anexo 5: Cartas de permiso



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Lima, 30 de Mayo del 2022

MEMORANDO N° 001107-2022-INABIF/USPPAM

A : ROSA MARIA MERCADO REBAZA
 Coordinador del CAR Sagrados Corazones(e)

ASUNTO : Solicitud de voluntariado de la Br. en psicología Julissa Albinagorta Guerrero

REFERENCIA : PROVEIDO N° 001717-2022-INABIF/USPPAM (30MAY2022)

Expediente N° CARSGC20220000204

Me dirijo a Usted en atención al asunto y documento de la referencia, relacionado a la solicitud de la Directora de la Escuela Profesional de Psicología de la Unidad Autónoma del Perú, donde comunica que la bachiller ALBINAGORTA GUERRERO JULISSA, egresada de la carrera profesional de Psicología, viene participando del Curso Taller de Asesoría de Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología en nuestra institución; por lo cual, desea efectuar su investigación titulada: "Depresión y calidad de vida en adultos mayores albergados en una institución pública, Lima, Perú, 2022", a través de la aplicación de un cuestionario.

En tal sentido, desde la USPPAM consideramos viable y otorgamos la autorización sobre el particular, por lo que agradeceré coordinar con la interesada los alcances y horarios.

Atentamente,

Firmado Digitalmente

PAOLA MAGALY LOPEZ PELAEZ

Unidad de Servicios de Protección de Personas Adultas Mayores(e)

(PLP/cod)

Anexo 6: consentimiento informado

Sección 1 de 4

TESIS DE INVESTIGACIÓN |

Descripción del formulario

¡Hola! *

Soy Julissa Albinagorta Guerrero; estudiante de la universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se solicita de manera voluntaria su participación en la presente encuesta que lleva consigo una investigación. El fin de este estudio será conocer la relación que existe entre la Depresión y la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a un albergue de lima. Si usted accede a participar, esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo. La información obtenida será totalmente confidencial y utilizada solo para fines de esta investigación. Es importante mencionar que las pruebas serán eliminadas luego de que sean pasadas a una base de datos. En caso de dudas sobre la investigación, las mismas podrán ser absueltas por el evaluador. Igualmente, podrá retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique de alguna forma. Desde ya, se agradece su participación.

Anexo 7: Ficha Sociodemográfica

SEXO			
<input type="checkbox"/> MUJER		<input type="checkbox"/> HOMBRE	
EDAD			
<input type="checkbox"/> 60-68 años.	<input type="checkbox"/> 69-77 años.	<input type="checkbox"/> 78-86 años.	<input type="checkbox"/> 87 años en adelante.
Estado civil			
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a
Grado de instrucción			
<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> técnico superior	<input type="checkbox"/> superior (universidad)
Con Quien vivía anteriormente			
<input type="checkbox"/> Esposa e hijos	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Otros familiares
¿Presenta algún Problema de salud?			
<input type="checkbox"/> Si presento		<input type="checkbox"/> No presento	
Recibe visitas de sus familiares			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> frecuentemente	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Casi Nunca
Tiempo de Residencia en el Albergue			
<input type="checkbox"/> 3-11 meses.	<input type="checkbox"/> 1 año	<input type="checkbox"/> 2 años a mas	