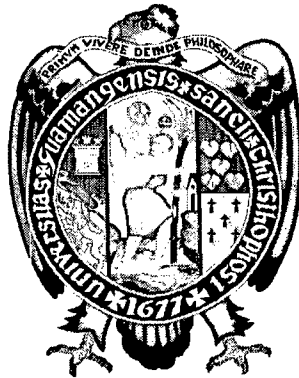


UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA



NIVEL DE LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO POBLADO DE RANCHA, AYACUCHO – 2012.

Tesis para obtener el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Presentada por:

- Bach. MOROTE FLORES, Haydee
- Bach. PALOMINO VILLANUEVA, Gina

AYACUCHO – PERÚ

2012

Con inmenso amor y eterna gratitud
a **Dios**, quien representa el centro de
mi vida y a mis adorados padres, por
su ejemplo de superación y fortaleza.

Haydeé

Al SEÑOR todopoderoso por darme
la vida y a mis queridos padres por
su sacrificio, amor y virtud.

A mis hermanos, por su confianza
depositada en mi persona.

Gina

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma máter, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos permitido la cristalización de este gran anhelo: ser profesionales.

A la Facultad de Enfermería, forjadora de profesionales competentes y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra formación profesional.

A la asesora Mg. Angélica Ramírez Espinoza, por brindarnos su apoyo y colaboración desinteresada durante el desarrollo de la presente investigación.

Al personal del Puesto de Salud "Rancha" y a las autoridades comunales, por brindarnos las facilidades para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
I. REVISIÓN DE LITERATURA	
1.1. Antecedentes referenciales	13
1.2. Base teórica	16
1.3. Marco conceptual	29
1.4. Hipótesis	29
1.5. Operacionalización de variables	30
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1. Tipo de estudio	32
2.2. Diseño de investigación	32
2.3. Área de estudio	32
2.4. Población	32
2.5. Muestra	32
2.6. Técnica e instrumento de recolección de datos	33
2.7. Procesamiento y análisis de datos	33
III. RESULTADOS	
IV. DISCUSIÓN	
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	

NIVEL DE LA DEPRESIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO POBLADO DE RANCHA, AYACUCHO – PERÚ, 2012.

Bach. MOROTE FLORES, Haydee
Bach. PALOMINO VILLANUEVA, Gina

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar en qué medida el nivel de la depresión influye en la calidad de vida del adulto mayor en el centro poblado de Rancho, Ayacucho 2012. Para tal propósito se planteó una investigación cuantitativa, correlacional de corte transversal. La muestra fue seleccionada de forma intencional no probabilística, representada por 70 adultos mayores. La técnica de recolección de datos fue una entrevista estructurada además de la aplicación de la psicometría; los instrumentos utilizados fueron la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage y el Cuestionario breve de calidad de vida. En el análisis de los datos se utilizó la estadística inferencial mediante la aplicación del Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman.

Los resultados de la investigación determinaron que, en el Centro Poblado de Rancho, la prevalencia de depresión en el adulto mayor se presentó en el 75,7% (53 casos); de los cuales, la depresión severa representa el 35,8%, la moderada 32,1% y la depresión leve 32,1%.

En conclusión, de acuerdo con el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman, el nivel de depresión influye significativamente en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Poblado de Rancho ($r = - 0,70$; $p < 0,001$); vale decir que, a mayor nivel de depresión descende más la calidad de vida del adulto mayor, y cuanto más severo es la depresión es mayor la limitación funcional del desenvolvimiento personal con consecuencias negativas en el entorno social y familiar del adulto mayor.

PALABRAS CLAVE. Nivel de Depresión, calidad de vida, adulto mayor.

LEVEL OF DEPRESSION AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE FOR OLDER AT THE TOWN OF LATE BLIGHT, AYACUCHO - PERU, 2011.

Br. MOROTE FLORES, Haydee
Br. PALOMINO VILLANUEVA, Gina

ABSTRACT

The present study aimed to determine to what extent the level of depression affects the quality of life of the elderly in the town of Rancho, Ayacucho, 2012. To this end was raised a quantitative, correlational and nonexperimental design. The probabilistic sample was 70 adults over a population of 85. The techniques of data collection were interviews and psychometrics, while instruments Abbreviated Scale of Yesavage geriatric depression and brief questionnaire of quality of life. In the analysis of the data was used inferential statistics by applying the correlation coefficient "Rho" Spearman.

The results of the investigation determined that, in the town of Rancho, the prevalence of depression in the elderly is equivalent to 75.7% (53). Major depression occurred in 35.8% of adults, followed by mild depression (32.1%) and moderate (32.1%).

In conclusion, according to the Correlation Coefficient "Rho" Spearman, the level of depression significantly affects the quality of life of the elderly the town of Rancho ($r = - 0.70$, $p < 0.001$), ie that the greater the level of depression descends over the quality of life of the elderly, and the more severe the depression is greater functional limitation of personal development with negative consequences on the social and family environment of the elderly.

KEY WORDS. Depression, level, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento constituye un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible. Todos los seres humanos en las diversas etapas del ciclo de vida atraviesan una serie de crisis que permiten o no superar los cambios que se presentan en cada una de ellas, pero específicamente en la adultez mayor la crisis se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida. Por un lado, puede aceptar la manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones y lograr un sentido de integridad; y por otro, el adulto mayor puede no aceptar la realidad inevitable de los cambios y la proximidad de la muerte, con sentimientos de desesperanza, impotencia y desánimo que pueden conducir a la depresión. ⁽⁴⁾

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los adultos mayores. La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares. ⁽¹⁾

Bajo las tendencias previstas del envejecimiento demográfico mundial, se estima que en el 2030 este porcentaje sería del 16.6% y para el 2050 del 21.5% los países europeos, junto con Japón, concentran el mayor porcentaje de adultos mayores. En la mayoría de ellos, al menos una de cada cinco personas tiene 60 años de edad o más. En el ámbito de América Latina y el Caribe, Cuba y Argentina, constituyen las regiones con mayor número de adultos de la tercera edad. Para el año 2000, esta proporción se estimó en 13.8% y 13.4%, respectivamente. ⁽⁸⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (2005), refiere que el 15% de adultos mayores presenta algún nivel de depresión durante el transcurso de sus vidas, siendo condicionado entre otros, por problemas financieros, muerte de algún ser querido o adaptarse a un nuevo estilo de vida.

En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión (se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población general padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres.

En México, en adultos jubilados notifican una prevalencia de depresión de 71%, el nivel de depresión de estas personas se puede considerar como riesgoso para su vida. ⁽¹⁰⁾

En tanto la prevalencia de la depresión en el adulto mayor en los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. ⁽⁶⁾

En Perú, la proporción de adultos mayores equivale al 7.5%. Para el año 2020 se estima en 11% y para el 2025, el 12,6%. ⁽⁸⁾

Según el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2005), la prevalencia del trastornos depresivos en Lima (2002) asciende al 18.2% y en la sierra, al 16.2%. Estas cifras tienden a incrementar en grupos de riesgo, como el caso específico de las adultas mayores de las zonas urbano marginales en situación de pobreza. ⁽⁵⁾

En la región de Ayacucho, según esta misma fuente, la prevalencia de vida para los episodios depresivos en la población adulta mayor asciende al 22.1% con variaciones sustanciales respecto al sexo (20.4% en varones y 23.4% en mujeres) y la edad (20.7% en adultos de 60 a 74 años y 25.4% en mayores de 74 años). ⁽⁸⁾

En este contexto, el problema no es el incremento de la esperanza de vida al nacer, sino que por circunstancias de abandono y marginación, puede verse afectada la calidad de vida del adulto mayor, es así que el centro poblado de Rancho, de la distrito de Ayacucho cuenta con una población adulta mayor equivalente a 85 personas. Muchos de ellos viven en situación de pobreza y exclusión, en los que se identificó manifestaciones características de los episodios depresivos como: tristeza, melancolía, desesperanza, llanto y pocos deseos de continuar viviendo.

Durante las experiencias pre-profesionales en el puesto de salud de Rancho se observó la poca atención que brindan las familias al adulto mayor, que en muchos casos son considerados como una carga que limita el bienestar de la familia y en otros casos prefieren no convivir con ellos y los dejan en completo abandono, sin considerar sus necesidades de afecto y apoyo familiar. Considerando que la depresión representa un problema de salud mental frecuente en la población geriátrica, con repercusiones importantes en su desenvolvimiento personal, familiar y social; considerando además que los adultos mayores afrontan situaciones diversas que impactan negativamente sobre su calidad de vida; originándose de este modo el interés por investigar : ¿En qué medida influye el nivel de la depresión en la calidad de vida del adulto mayor en el centro poblado de Rancho, Ayacucho - 2012?.

El objetivo general fue: Determinar la influencia de los niveles de depresión en la calidad de vida del adulto mayor, en el centro poblado de Rancho, Ayacucho, 2012.

Los objetivos específicos fueron:

- a) Determinar el número de casos de depresión en el adulto mayor del Centro Poblado de Rancho.
- b) Identificar los niveles de depresión en el adulto mayor del Centro Poblado de Rancho.

- c) Evaluar la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado de Rancho.
- d) Establecer la relación entre los niveles de depresión y la calidad de vida del adultos mayor en el Centro Poblado de Rancho.

La hipótesis de investigación fue formulada de la siguiente manera: El nivel de depresión influye significativamente en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado de Rancho.

Para tal propósito se planteó una investigación cuantitativa, correlacional de corte transversal. La muestra probabilística, al azar simple, fue de 70 adultos mayores de una población de 85. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista estructurada y la psicometría; mientras que, los instrumentos la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage y el Cuestionario breve de calidad de vida. En el análisis de los datos se utilizó la estadística inferencial mediante la aplicación del Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman.

Las necesidades de salud de los adultos mayores son diferentes al de otras etapas de la vida, por ser un grupo poblacional complejo y más próximo a la muerte. Los adultos mayores en esta etapa de la vida, se enfrentan no sólo a cambios físicos o que involucren un deterioro cognitivo; sino que también, es probable que manifiesten ciertos sentimientos de abandono o soledad, haciéndolos más vulnerables a la depresión, impidiendo la satisfacción o bienestar al que todos aspiramos y que tienen relación en la calidad de vida.

La importancia de la presente investigación justificó en la necesidad de determinar el nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Poblado de Rancho, una comunidad rural con características socio-demográficas diferentes y con escasa dotación de personal profesional en salud mental.

Los resultados de la investigación determinaron que, en el Centro Poblado de Rancho, la prevalencia de depresión en el adulto mayor se presentó en el 75,7% (53 casos); de los cuales, la depresión severa representa el 35,8%, la moderada 32,1% y la depresión leve 32,1%.

En conclusión, de acuerdo con el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman, el nivel de depresión influye significativamente en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Poblado de Rancho ($r = - 0,70$; $p < 0,001$); vale decir que, a mayor nivel de depresión descende más la calidad de vida del adulto mayor, y cuanto más severo es la depresión es mayor la limitación funcional del desenvolvimiento personal con consecuencias negativas en el entorno social y familiar del adulto mayor.

Los resultados obtenidos favorecerán directamente a la población de adultos mayores del Centro Poblado de Rancho y permitirá a las autoridades regionales plantear políticas de acción dirigidas a mejorar las relaciones personales al interior de la familia, fortalecer la atención de los adultos mayores con intervenciones psicológicas y psiquiátricas que permitan el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la depresión, con la participación activa de la familia y demás redes sociales, que redunden en una mejorara de su calidad de vida. Del mismo modo, pretende que la familia y la sociedad tengan un trato considerado con el adulto mayor.

La investigación ha sido estructurada en cuatro capítulos: revisión de literatura, material y métodos, resultados y discusión. Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Hecha la revisión de la literatura referente al problema, se menciona algunos estudios relacionados:

En la investigación titulada: "Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Que tuvo como objetivo establecer la prevalencia de depresión en una población constituida por los ancianos que viven en su propio domicilio en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, 2008. Se obtuvo el siguiente resultado: La prevalencia encontrada fue de 36,2% de los sujetos estudiados, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres. Aparecieron como factor de riesgo la actividad (OR 4,21 a los desempleados, el estado civil (OR 3,16 los viudos/as y 2,32 los solteros/ as) y la edad (OR 2,90 para el rango de 80 a 84 años). Cinco de los 30 reactivos de la EDG resultaron positivos en más del 50% de los sujetos estudiados. ⁽⁵⁾

Del mismo modo en el estudio titulado: "Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados". Que tuvo como objetivo determinar la frecuencia de la depresión en adultos mayores en la población adscrita a una unidad de primer nivel ubicada en la zona urbana de la Ciudad de México en el año 2004, muestra una frecuencia de síntomas depresivos en los ancianos mucho mayor que la comunicada en la bibliografía, resultados probablemente vinculados con los múltiples factores de riesgo presentes en la

población estudiada. En relación con estos factores, se corrobora la mayor frecuencia en mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, con familias disfuncionales y con dependencia económica, resultados similares a los descritos en la bibliografía. Una vez establecido el diagnóstico situacional de los adultos mayores en relación con la depresión, se pueden planear las estrategias orientadas a disminuir el número de complicaciones. ⁽⁴⁾

En la investigación "Depresión en el adulto mayor en la república chilena", en el año 2000, determinaron que: La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. La prevalencia de depresión mayor es de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo. El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos, o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento. Por otro lado, tampoco existe la rutina de hacer tamizaje para la depresión en atención ambulatoria, todo lo cual lleva a que este problema pase largo tiempo sin ser diagnosticado o sea insuficientemente tratado. ⁽¹⁾

En la investigación: "Situación de la Salud Mental en el Perú", desarrollada en el año 2005, describe los siguientes resultados: a) La prevalencia de trastornos depresivos según CIE-10 en Lima (2002) es de 18.2% y en la sierra (2003) es de 16.2%. b) La prevalencia de vida de algún trastorno psiquiátrico de acuerdo al CIE-10 según ciudad es lo siguiente: Lima (2003) 37.3%, Ayacucho (2003) 50.6%, Pucallpa (2004) 39%, Cajamarca (2003) 28.3%, Huaraz (2003) 34.9%, Iquitos (2004) 41.3% y Tarapoto (2004) 32.6%. Como se evidencia, el departamento de Ayacucho registra la prevalencia de vida más alta de trastornos psiquiátricos con respecto a las otras ciudades. ⁽⁸⁾

En el estudio: "Nivel de depresión según género y apoyo familiar en adultos mayores del programa de autocuidado de la Municipalidad de Jesús

María”, en Lima durante el año 2005, tuvo como objetivo: Determinar el nivel de depresión del adulto mayor según género y grado de apoyo familiar en la municipalidad de Jesús María. Resultados: Se encontró que el género femenino presentó 47% de depresión entre severa y moderada y que el género masculino se ubica en un 33%; el apoyo familiar fue regular en 50% con mayor percepción del “afecto” (43.3%) y menos en las del “apoyo a la estima” y el “apoyo instrumental”. El nivel de depresión fue de rango moderado en 60% y severo sólo en 20%. Conclusión: La depresión considerada como el desorden funcional más común en diferentes edades tiende a aumentar en el adulto mayor de sexo femenino, siendo diversos los factores etiológicos y elementos asociados como el género y el apoyo familiar, por lo que se impone el desarrollo de alternativas de intervención en materia de consejería de pareja y familiar que favorezcan un envejecimiento saludable y autónomo con calidad de vida. ⁽²⁾

En la investigación titulada: “Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”, en Lima, durante el año 2005, tuvo como *objetivo*: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de la depresión mayor en el adulto mayor. *Resultados*: Se encontró que 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 8.3% de pacientes tenían depresión mayor según DSMIV. Los principales síntomas depresivos fueron estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía. Además se realizó revisión de la literatura sobre el tema de depresión en adultos mayores. ⁽³⁾

En el estudio: “Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años: estudio piloto y análisis psicométrico”, en Lima durante el año 2004, sobre una muestra de 122 adultos mayores de 60 años, concluyeron que, el 80,3% se encontraban satisfechos con sus vidas y 19,7% insatisfechos. Adicionalmente, el 78,8% afirmaban que les dolía o molestaba alguna parte de sus cuerpos. ⁽⁹⁾

En la investigación: “Influencia del clima familiar en la calidad de vida del adulto mayor del distrito Jesús Nazareno”, en Ayacucho en el año 2006,

en una muestra sistemática de 170 adultos mayores, se determinó que el 38,2% presentaba mala calidad de vida, 31,2% calidad de vida regular y 30,6% buena. ⁽¹⁰⁾

En el estudio “Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Huancaraylla”, en Ayacucho e el año 2006, sobre una muestra al azar simple de 80 adultos mayores, determinó que el 38% presentó calidad de vida mala. ⁽¹¹⁾

1.2. BASE TEÓRICA.

1.2.1. DEPRESIÓN

1.2.1.1. Definción

La depresión (del latín depressio, que significa «opresión», «encogimiento» o «abatimiento») es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología. Según el modelo médico, la psiquiatría la describe como un trastorno del estado de ánimo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. ⁽¹⁶⁾

Con demasiada frecuencia coexisten en la persona mayor la depresión y la enfermedad física, y sin embargo se infravalora la primera a favor de la segunda. Los estados depresivos pueden presentarse como aparentes trastornos cognitivos progresivos que simulan demencia. Las características son: enlentecimiento, escasa atención y falta de iniciativa, retraimiento social, pesimismo, trastorno del sueño, llanto e ideación suicida, mientras que los cambios afectivos pueden no ser tan evidentes. Habitualmente los pacientes se quejan de pérdida de memoria. En los ancianos, entre las circunstancias que predisponen a padecer depresión destacan la desaparición de seres queridos y la hospitalización. Los trastornos depresivos presentan una mayor prevalencia entre los ancianos que conviven en un centro residencial.

1.2.1.2. Síntomas de depresión

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Pérdida de placer en actividades habituales.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

1.2.1.3. Causas

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditaria), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos. Incluso si los genes hacen que usted sea más propenso a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida generalmente desencadena esta afección. ⁽¹³⁾

Muchos factores pueden causar depresión, como:

- Alcoholismo o drogadicción
- Afecciones y tratamientos médicos, como: Ciertos tipos de cáncer, dolor prolongado, medicamentos esteroides, baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)
- Problemas para dormir
- Situaciones o hechos estresantes en la vida, como:
- Maltrato o rechazo
- Muerte de un amigo o familiar
- Divorcio, incluso el divorcio de los padres

- Enfermedad en la familia
- Pérdida del trabajo
- Aislamiento social (causa común de depresión en los ancianos)

1.2.1.4. La depresión en la vejez

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.⁽¹⁷⁾

1.2.1.5. Niveles de depresión

La depresión generalmente se clasifica en términos de gravedad: leve, moderada o severa, de acuerdo con el número y variedad de los síntomas.

- **Depresión leve.** Debe presentarse entre 1 a 2 síntomas de depresión durante al menos dos semanas.
- **Depresión moderada.** Debe presentarse entre 3 a 4 síntomas de depresión durante al menos dos semanas.
- **Depresión severa o grave.** Debe presentarse más de cuatro síntomas de depresión durante al menos dos semanas, aunque esta condición tiende a continuar por al menos 6 meses. ⁽¹³⁾

1.2.1.6. Evaluación del nivel de depresión geriátrica

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión ⁽¹⁾:

- Población Normal (sin depresión): 00 - 04 puntos
- Depresión leve: 05 - 08 puntos
- Depresión moderada: 09 - 12 puntos
- Depresión grave: 13 - 15 puntos

1.2.1.7. Mitos respecto de la depresión en el adulto mayor

Al igual que en otros aspectos concernientes al adulto mayor, muchas creencias firmemente arraigadas son devueltas por la investigación como una serie de prejuicios o mitos.

- **Sintomáticamente diferente:** A veces hacer el diagnóstico de depresión se hace difícil por la tendencia de los adultos mayores a negar los sentimientos de culpa, tristeza o malestar psicológico. Sin embargo, en estudios en pacientes hospitalizados y en la comunidad no se observaron mayores diferencias en la presentación de los cuadros clínicos, aunque aparecieron algunas peculiaridades, como una mayor representación de ánimo deprimido, molestias psicosomáticas, pobre satisfacción con la vida y desconfianza.
- **Más frecuente:** Aunque algunos estudios muestran que la población mayor presenta síntomas disfóricos frecuentemente, estos suelen asociarse con una variedad de estresores psicosociales y no llegan a constituirse en episodios depresivos, de hecho hoy se considera que la prevalencia de depresión en el adulto mayor es menor que en el resto de la población, tal como ocurre en el caso de Chile.
- **Más crónica:** Trabajos iniciales indicaban una alta tasa de recurrencia de los episodios depresivos en sujetos de la tercera edad lo cual se ha mantenido sin cambios. Lo que ha ido variando es el conocimiento cada vez mayor acerca del curso de los trastornos depresivos, resaltando la alta recurrencia de estos en todos los grupos etáreos, incluidos los adultos mayores. Estos hallazgos han impulsado a instaurar tratamientos de mantención muy prolongados o de por vida tras el segundo o tercer episodio.
- **Más difícil de tratar:** Se ha especulado que la depresión en el adulto mayor responde más difícilmente a tratamiento que en otro grupos etáreos. Lo que hoy está claro es que los episodios depresivos no

complicados con comorbilidad somática o daño cognitivo tiene la misma probabilidad de respuesta a tratamiento que en pacientes más jóvenes. La comorbilidad somática, frecuente en estos pacientes, se ha demostrado que empeora el pronóstico de la enfermedad depresiva a cualquier edad.

1.2.1.8. Tratamiento

a) Medidas Generales:

- **Variables ambientales.** Se debe tener en cuenta el lugar donde el paciente vive y se desenvuelve, con quienes se relaciona y constituyen su red de apoyo social. ¿A quién podremos solicitar apoyo o cuidados especiales en caso de requerirlo?
- **Autonomía del paciente.** ¿Es el paciente capaz de cuidar de sí mismo, de encargarse de su tratamiento?. O tal vez debemos considerar el concurso especial de familiares o amigos, y de no lograrlo evaluar la hospitalización del paciente como medida de protección y medio de asegurar el cumplimiento de las indicaciones.
- **Factores económicos.** Se debe evaluar la existencia de un sistema previsional adecuado o en su defecto la posibilidad de apoyo económico familiar. Debemos estar seguros de que el paciente tiene los recursos para cumplir con las indicaciones que estamos dando. Si no es así tendremos que reconsiderar nuestras opciones.
- **Enfermedades somáticas concomitantes.** La presencia de otras enfermedades hará considerar en forma especial la tolerancia del paciente a nuestros tratamientos tanto por factores orgánicos (ej., disminución de proteínas plasmáticas, falla hepática, falla renal, etc.) como por la interacción con otros fármacos.

- **Necesidad de hospitalizar.** En casos en que la severidad del cuadro así lo requiere, por ideación suicida franca o necesidad de cuidados de enfermería se debe indicar la hospitalización. También se debe efectuar cuando tenemos dudas de que el paciente por razones de poca autonomía o escasa red de apoyo pueda cumplir las indicaciones.

b) Medicación antidepresiva

La depresión mayor es una de las enfermedades psiquiátricas que pueden tratarse con mayor eficacia hoy en día. Existen medicamentos eficaces, con relativamente pocos efectos secundarios y aunado a procedimientos psicoterapéuticos, hacen que la meta del tratamiento antidepresivo, sea la completa remisión de la sintomatología.

Los primeros antidepresivos, se utilizaron en la década de los años cincuenta del siglo XX. El primero fue la iproniazida. Esta molécula fue sintetizada con miras a ser empleada para el control de la tuberculosis(antifímico), pero, al poco tiempo de ser administrada a los pacientes con tuberculosis, se vio que estos mejoraban del estado de ánimo, aun cuando, los estudios radiológicos, no daban mucha señal, de que hubiera una mejoría del proceso fímico.

En esa misma década, se sintetizó la imipramina, el cual es una molécula con tres anillos, por lo cual se le clasificó como parte de los compuestos tricíclicos. La imipramina, se empleó inicialmente para el manejo de la psicosis, y concretamente, para el manejo de la esquizofrenia. Nuevamente, la historia se repitió, al administrarse imipramina a los enfermos esquizofrénicos, estos no mejoraron de su psicosis, pero si hubo una mejoría del estado de ánimo. Utilizada en deprimidos, la imipramina, resultó que esta molécula se comportaba eficazmente. Finalmente, se hizo la observación, de que si dos medicamentos, que mejoraban la depresión, parecían trabajar aumentando la cantidad de norepinefrina y serotonina en la sinapsis y

que otro medicamento, antihipertensivo, la reserpina, producía disminución sináptica de estas mismas moléculas.

1.2.1.9. Evaluación diagnóstica

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, el médico debe averiguar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio. Quien diagnostique también debe preguntar acerca del uso de alcohol y drogas, y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

1.2.2. CALIDAD DE VIDA

1.2.2.1. Definición

La calidad de vida no es un “estado”, es un fenómeno social complejo y un proceso activo que incluye la producción, distribución y percepción social de ciertos valores, objetivos y subjetivos, que son los que condicionan lo que han llamado “calidad de la vida” que es la que, a su vez, condiciona el grado de satisfacción o insatisfacción de la población, vale decir, el nivel de bienestar alcanzado ⁽⁹⁾.

El Programa de Salud Mental de la OMS, en el Foro Mundial de la Salud realizado en 1996, definió la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de

valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; todo ello matizado por las dimensiones (facetas): físico (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológico (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) ⁽¹⁰⁾.

Fernández-Ballesteros ⁽¹¹⁾ en varias publicaciones enfatiza teóricamente, y con aplicación en la práctica, en la especificidad del concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes como es la autonomía. Rechaza la igualdad de calidad de vida con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad de factores personales como salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción y factores socioambientales como apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales. ⁽¹¹⁾. Es por ello, que si un adulto mayor satisface un sus necesidades podría mantener salud mental.

La literatura de mayor acceso enfatiza aspectos biológicos y psicológicos, en donde lo social aparece como un contexto o marco general que apoya la discusión. Sin embargo, "lo social", entendido bajo la perspectiva del trabajo social, tiene una alta repercusión en la evaluación y tratamiento de la calidad de vida de los adultos mayores. Un concepto amplio de calidad de vida, podría ser lo que hace que una vida sea mejor, es decir, "una buena vida" ⁽⁵⁾. Esta definición se sustenta en tres grandes teorías:

1) **La teoría hedonista**, es subjetiva, se basa en las experiencias conscientes que se caracterizan como placer, felicidad o disfrute y que acompañan la satisfacción de los deseos;

2) **La teoría relacionada con la satisfacción de las preferencias**, también es de carácter subjetiva y tiene que ver con la satisfacción de los deseos pero no como experiencia consciente sino como objetos;

3) **La teoría relacionada con los ideales específicos de una buena vida**, es objetiva y explícitamente normativa, como por ejemplo la autodeterminación y la autonomía.

Para algunos autores, las dos primeras teorías son lo que se denomina "bienestar" ⁽⁶⁾, pero surge la pregunta sobre qué preferencias deben satisfacerse para tener calidad de vida ⁽⁶⁾.

1.2.2.2. Determinantes de la calidad vida

- **La económica y ambiental (vivienda):**

La forma de enfrentar la vejez desde una perspectiva individual varía tanto por factores biopsicosociales internos como externos, lo que no es una excepción en el caso de necesidades materiales como las económicas o ambientales. Sin embargo, en un contexto local y general, se puede señalar que estadísticamente los adultos mayores en su mayoría son propietarios de su vivienda, producto de esfuerzos de años anteriores o herencias. Esta vivienda en muchos casos presenta dos características: Deficitario estado de conservación, debiéndose a la escasez de recursos económicos o materiales para remodelar, terminar o reparar la infraestructura básica, a lo que se suma el factor años de antigüedad, ya que en general la vivienda se adquiere durante los inicios de la etapa laboral.

Esta situación económica no facilita que el adulto mayor participe en organizaciones comunitarias o actividades de orden cultural, educativo

o artístico, pues sus ingresos van dirigidos a satisfacer necesidades básicas de alimentación, salud y servicios básicos, marginando variables de tipo educacional, recreativo y social.

- **La educación**

La educación influye además en la percepción de autoeficacia, es decir, en la capacidad de los adultos mayores de tener control sobre lo que les ocurre. Por tanto, la persona educada adopta un rol activo frente a su proceso de envejecimiento.

1.2.2.3. Componentes de la calidad de vida

Existe acuerdo de que el constructo es multidimensional, y debe incluir aspectos físicos, psicológicos, de funcionamiento social, independencia, ambiente y espiritualidad; así como que el constructo debe incluir aspectos positivos y negativos.

A pesar de que no existe una definición consensuada de calidad de vida en el campo de la depresión, sí existe un acuerdo universal de que el humor y el afecto, la capacidad preservada del paciente para disfrutar, para experimentar emociones positivas y sentimientos de pertenencia; así como la ausencia de experiencias emocionales negativas (humor deprimido y ansiedad) son componentes importantes para la calidad de vida. En esta evaluación multidimensional; se puede pensar que no todas las áreas se modifican con relación al grado de deterioro cognitivo, y que la depresión en fases más severas no necesariamente debe asociarse con peor calidad de vida en todas las áreas. ⁽¹⁸⁾

1.2.2.4. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones,

comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida (Schalock, Keith, Verdugo y Gómez, en prensa). Los criterios para la selección de un indicador se basan en si éste se relaciona funcionalmente con la consiguiente dimensión de calidad de vida, si mide lo que supuestamente mide (validez), si es consistente entre personas o evaluadores (fiabilidad), si mide el cambio (sensibilidad), si refleja únicamente los cambios en la situación concerniente (especificidad) y si es abordable, oportuno, centrado en la persona, puede ser evaluado longitudinalmente y es sensible a la cultura (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

1.2.2.5. Modelo de calidad de vida aplicado a personas mayores

Margaret y Paul Baltes ofrecen un modelo psicológico de competencia para el estudio del envejecimiento con éxito: la optimización selectiva con compensación. La puesta en marcha de los mecanismos de selección, optimización y compensación posibilita que la persona pueda vivir una vida de calidad, efectiva, aunque restringida ⁽¹⁷⁾.

En este escenario, el Cuestionario Breve de Calidad de Vida emplea el modelo descrito evaluando la percepción de la calidad de vida en términos de salud general, integración social, habilidades funcionales, patrón de actividad y ocio, percepción de la calidad ambiental, satisfacción con los servicios sociales y sanitarios, satisfacción con la vida y patrón de alimentación ⁽¹⁸⁾.

1.2.2.6. Enfoques en la calidad de vida

- **Enfoque cuantitativo:** donde analizan factores sociales, es decir, las condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.-; psicológicos, que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales- y ecológicos, que

determinan el ajuste de los recursos del sujeto y las demandas del ambiente.

1. Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, la familia, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.);

2. Psicológicos (que miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y

3. Ecológicos (que evalúan el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente).

- **Enfoque cualitativo:** que adoptan una postura de escucha ante las personas que relatan sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarle eficazmente.

Al referirnos a la calidad de vida, se debe buscar el bienestar del sujeto desde el punto de vista biológico, psicológico y social, proporcionarle un equilibrio ecológico adecuado, en los elementos abióticos, bióticos, socioculturales, etcétera.

1.2.2.7. Calidad de vida y salud en el adulto mayor

El término “calidad de vida” se refiere a una evaluación de todos los aspectos de nuestras vidas, lo que incluye por ejemplo el lugar donde vivimos, el modo como nos comportamos, la satisfacción laboral, etc. La calidad de vida relacionada con la salud abarca sólo aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influenciados de modo significativo por la salud personal ⁽⁸⁾.

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psíquico y social, hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente

cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos. Por otra parte, el envejecimiento poblacional ha hecho que el cuadro epidemiológico varíe en forma considerable, con un gran aumento parte del paciente. Es así como la anamnesis y la exploración física rara vez proporciona datos útiles para establecer conclusiones sobre la calidad de vida relacionada con la salud del paciente ⁽⁹⁾.

1.3. MARCO CONCEPTUAL

1.3.1. ADULTO MAYOR

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se consideran personas mayores a aquellas que tienen 60 o más años.

1.3.2. CALIDAD DE VIDA

La percepción del individuo, de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y de los sistemas de valores en los que vive y con relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

1.3.3. DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, ya sea desde el punto de vista de la psicología o desde el punto de vista de la psiquiatría, pero siempre dentro del ámbito de la psicopatología.

1.4. HIPÓTESIS

Hi: El nivel de depresión influye negativamente en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado de Rancho.

Ho: El nivel de depresión no influye negativamente en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado de Rancho.

1.5. VARIABLES

1.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	INDICADOR	VALOR
Nivel de depresión	Tristeza	Ausente(sin depresión): 00 - 04 puntos
	Melancolía	Depresión leve: 05 - 08 puntos
	Desesperanza	Depresión moderada: 09 - 12 puntos
	Llanto	Depresión grave: 13 - 15 puntos.
	Pocos deseos de vivir	

1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Calidad de vida	Salud general	Salud subjetiva, objetiva y psíquica	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 014 – 020 puntos 007 – 013 puntos 000 – 006 puntos	Buena Regular Mala
	Integración social	Frecuencia de apoyo familiar, en Relación con visitas de los familiares.	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 022 – 033 puntos 011 – 021 puntos 000 – 010 puntos	Buena Regular Mala
	Habilidades funcionales	Capacidad para valerse por sí mismo en relación al vestido, higiene personal y de vivienda.	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 012 – 016 puntos 006 – 011 puntos 000 – 005 puntos	Buena Regular Mala
	Actividad y ocio	Disponibilidad y uso del tiempo para realizar las actividades diarias.	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 022 – 033 puntos 011 – 021 puntos 000 – 010 puntos	Buena Regular Mala
	Percepción de la calidad ambiental	Grado de satisfacción con la comodidad de la vivienda (ruido, temperatura, iluminación, orden, limpieza y mobiliario)	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 013 – 018 puntos 007 – 012 puntos 000 – 006 puntos	Buena Regular Mala

	Satisfacción con los servicios sociales y sanitarios	Frecuencia con que utiliza servicios sociales y sanitarios que ofrece la comunidad.	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 006 – 007 puntos 003 – 005 puntos 000 – 002 puntos	Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
	Satisfacción con la vida	Evaluación que se hace de la forma de vida actual.	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 017 – 024 puntos 009 – 016 puntos 000 – 008 puntos	Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
	Patrón de alimentación	Acceso a los alimentos y hábitos de alimentación.	Puntaje específico obtenido en la Encuesta sobre calidad de vida: 015 – 021 puntos 008 – 014 puntos 000 – 007 puntos	Buena Regular Mala

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Correlacional, porque determinó la relación, el tipo y grado de correlación entre las variables.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Transversal, porque la información fue acopiada en un solo momento (no hubo necesidad de seguimiento).

2.3. ÁREA DE ESTUDIO:

Centro Poblado de Rancho del distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga de la Región Ayacucho.

2.4. POBLACIÓN

Constituida por 85 (100%) adultos mayores del Centro poblado de Rancho - Ayacucho.

2.5. MUESTRA

2.5.1. TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 70 adultos mayores del Centro poblado de Rancho.

2.5.2. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional.

2.5.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Un adulto mayor del Centro poblado de Rancho - Ayacucho.

2.5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores del Centro Poblado de Rancho que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

2.5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adultos mayores del Centro Poblado de Rancho que no desearon voluntariamente colaborar en la investigación.

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue entrevista estructurada y la psicometría; mientras que, los instrumentos, la escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage y el Cuestionario breve de calidad de vida. Ambos instrumentos fueron validados por Ramírez y Salcedo (2011), en la ciudad de Ayacucho.

2.7. PROCESAMIENTO DE DATOS:

Luego de la obtención de los datos, éstos fueron procesados tanto descriptiva como analíticamente con ayuda del programa estadístico IBM – SPSS versión 19,0; a fin de presentar los resultados en gráficos y /o tablas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. A nivel inferencial se utilizó el Coeficiente de Correlación “Rho” de Spearman al 95% de nivel de confianza.

CAPITULO III
RESULTADOS

TABLA 01

DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE RANCHA. AYACUCHO, 2012.

Depresión	Nº	%
No presenta	17	24,3
Presenta	53	75,7
Total	70	100,0

Fuente. Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

En el presente cuadro se observa que del 100% (70) de adultos mayores del Centro Poblado de Rancho el 75,7% presenta depresión y 24,3% no presenta este trastorno emocional.

TABLA 02

NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE RANCHA. AYACUCHO, 2012.

Nivel de depresión	Nº	%
Leve	17	32,1
Moderado	17	32,1
Severo	19	35,8
Total	53	100,0

Fuente. Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

Nota aclaratoria. A partir de la presente tabla se exceptúan a los adultos mayores que no presentaron depresión.

Del 100% (53) de adultos mayores del Centro Poblado de Rancho el 35,8% presenta depresión severa; mientras que, 32,1% depresión leve y moderada respectivamente.

TABLA 03

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR SEGÚN DIMENSIONES EN EL CENTRO POBLADO DE RANCHA. AYACUCHO, 2012.

DIMENSIONES	CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR						TOTAL	
	Mala (Baja)		Regular (Media)		Buena (Alta)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Salud en general	30	55,6	17	32,1	06	11,3	53	100,0
Integración social	34	66,0	14	26,4	04	7,5	53	100,0
Habilidades funcionales	24	45,3	16	30,2	13	24,5	53	100,0
Actividad y ocio	32	60,4	19	35,8	02	3,8	53	100,0
Percepción sobre calidad de vida	22	41,5	22	41,5	09	17,0	53	100,0
Satisfacción sobre servicios	00	00	32	60,4	21	39,6	53	100,0
Satisfacción con la vida	21	39,6	31	58,5	01	1,9	53	100,0
Patrón de alimentación	10	18,9	33	62,3	10	18,9	53	100,0
TOTAL	03	5,7	38	71,7	12	22,6	53	100,0

Fuente: Cuestionario breve de calidad de vida.

Del 100% (53) de adultos mayores del Centro Poblado de Rancho el 71,7% presenta calidad de vida regular, 22,6% buena y 5,7% mala.

Por desagregado, la categoría mala o baja predomina en las dimensiones integración social (66%), actividad y ocio (60,4%) y salud en general (55,6%); mientras que la categoría regular o media en el patrón de alimentación (62,3%), satisfacción con los servicios sociales y sanitarios (60,4%) y satisfacción con la vida (58,5%).

TABLA 04

CALIDAD DE VIDA SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE RANCHA. AYACUCHO, 2012.

Nivel de depresión	Calidad de vida						Total	
	Mala		Regular		Buena			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leve	-	-	05	9,4	12	22,6	17	32.1
Moderada	-	-	17	32,1	-	-	17	32.1
Severa	03	5,7	16	30,2	-	-	19	35.8
Total	03	5,7	38	71,7	12	22,6	53	100,0

Fuente. Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage y cuestionario breve de calidad de vida.

$r = 0,70$

$p < 0,001$

Del 100% (53) de adultos mayores del Centro Poblado de Rancho el 35,8% presenta depresión severa, de ellos, 30,2% expresa calidad de vida regular y 5,7% mala; el 32,1% presenta depresión leve, de quienes, 22,6% expresa calidad de vida buena y 9,4% regular.

De acuerdo con el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman, el nivel de depresión influye negativamente en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Poblado de Rancho ($r = - 0,70$; $p < 0,001$); vale decir, a mayor nivel de depresión desciende la calidad de vida debido a las manifestaciones clínicas que cuando son severas limitan el desenvolvimiento personal, familia y social del adulto mayor.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los adultos mayores.

En el Perú, según el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (2005), la prevalencia de los trastornos depresivos alcanza al 18,2% en Lima Metropolitana y 16,2% en la sierra, cifras que incrementan en grupos poblacionales de riesgo, como es el caso específico de las adultos mayores de las zonas urbano – marginales, rurales o en situación de pobreza.

Según esta misma fuente, en la Región de Ayacucho, la prevalencia de vida para los episodios depresivos, en la población adulta mayor, equivale a 22,1% con variaciones sustanciales respecto a la edad (20,7% en adultos de 60 a 74 años y 25,4% en mayores de 74 años).

En el distrito de Carmen Alto, Hurtado y Estrada (2010) reportan una prevalencia de depresión en el adulto mayor del 65%.

Gavilán y Altamirano (2011), en adultos mayores del distrito de Jesús Nazareno determinó una prevalencia de depresión de 65,9% y en Carmen Alto de 72,7%.

Ramírez y Salcedo (2011), en la Asociación “Señor del Huerto”, determinaron que el 37,3% de adultos mayores presentaba algún nivel de depresión.

En el Centro Poblado de Rancho, el número de casos de depresión en el adulto mayor equivale al 75,7% (**Tabla 01**), cifra superior a los hallazgos reportados por Gavilán y Altamirano (2011) en el cercado del distrito de Jesús Nazareno (65,9%) y Carmen Alto (72,7%).

De acuerdo a los resultados, en el Centro Poblado de Rancho, comunidad rural en situación de pobreza, 8 de cada 10 adultos mayores presenta algún nivel de depresión debido a la exposición a diferentes situaciones de pérdida que generan estados emocionales negativos como las limitaciones en la actividad física, disminución de agudeza visual y auditiva, menor productividad, pérdida de amigos y familiares, entre otros.

En cuanto a los niveles de depresión, Hurtado y Estrada (2010), en el distrito de Carmen Alto, identificaron el nivel moderado en el 55,4% de adultos mayores y leve en el 44,6%. En esta investigación, no se hallaron casos de depresión severa.

Gavilán y Altamirano (2011), en el distrito de Jesús Nazareno determinó que el 89,6% presentaba depresión moderada, 7% leve y 3,4% severa. En el distrito de Carmen Alto, el 84,4% presentaba depresión moderada, 9,4% leve y 6,2% severa.

Ramírez y Salcedo (2011), en la Asociación "Señor del Huerto", determinaron una prevalencia de depresión leve de 74,2% y moderado en 25,8%.

En el Centro Poblado de Rancho, del 100% (53) de adultos mayores con depresión el 35,8% presentaron en su nivel severo; mientras que, 32,1% leve y moderado, respectivamente (**Tabla 02**). Es decir, de 10 adultos mayores con depresión, cerca de 4 presentan en el nivel severo, lo que significa que se encuentran expuestos, de manera continua, a estresores vitales que no reciben atención oportuna.

Estos hallazgos describen que la situación socio-emocional del adulto mayor es más crítica en el Centro Poblado de Rancho, debido a la situación de

pobreza, limitado acceso a servicios básicos, ausencia de una pensión de jubilación e inaccesibilidad a los servicios de salud mental.

Para Li et al. (2007), no todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona. Los más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de, incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento.

Un episodio moderado de depresión se caracteriza por el humor disminuido, la falta de disfrute con las actividades que antes generaban placer, el pensamiento negativo y la escasa vitalidad, que conducen al inadecuado funcionamiento social, que se traduce en sufrimiento y malestar.

Los adultos mayores que presentan depresión severa perciben la vida con sumo pesimismo e incertidumbre. Según propias expresiones de los adultos “solo esperan la muerte para acabar con sus sufrimientos” y referencia la coexiste de una combinación de manifestaciones clínicas intensas que interfieren con la capacidad para trabajar, conciliar el sueño, alimentarse y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras

Frente a este problema, el Puesto de Salud de Rancho no está preparado para atender estos casos, debido a la ausencia de profesionales de psicología, psiquiatría y enfermeras especialistas en salud mental. Como se sabe, el tratamiento de la depresión moderada y severa, además de las psicoterapias, demanda del empleo de antidepresivos.

Analizando la calidad de vida, Alarcón (2009) en la investigación “Educación y calidad de vida en adultos mayores de la zona rural y urbana de Ayacucho”, determinó que el 100% de adultos del área rural presenta calidad de vida regular; mientras que, 97,5% en las zonas urbanas.

Ramírez y Salcedo (2011), en la Asociación “Señor del Huerto”, concluyen que el 50,7% presenta mala calidad de vida, 37,3% regular calidad de vida y

12% buena calidad de vida. Por desagregado, la mala calidad de predominó en todas las dimensiones: salud en general (44,6%), integración social (51,9%), habilidades funcionales (48,2%), actividad y ocio (48,2%), percepción de la calidad ambiental (49,4%), satisfacción con los servicios sociales y sanitarios (44,6%), satisfacción con la vida (44,6%) y patrón de alimentación (56,7%).

En la muestra en estudio, del 100% (53) de adultos mayores del Centro Poblado de Rancho el 71,7% presentó calidad de vida regular, 22,6% buena y 5,7% mala. Por desagregado, la categoría mala o baja predomina en las dimensiones integración social (66%), actividad y ocio (60,4%) y salud en general (55,6%); mientras que la categoría regular o media en el patrón de alimentación (62,3%), satisfacción con los servicios sociales y sanitarios (60,4%) y satisfacción con la vida (58,5%) (**Tabla 03**).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la calidad de vida del adulto mayor en el Centro Poblado de Rancho es predominantemente regular; es decir, ni bueno o malo.

Todo parece indicar que el poblador rural goza de mayor calidad de vida en comparación con los pobladores urbanos. Esta diferencia estaría influenciada por el mayor contacto con la naturaleza, con las redes sociales y la vida en común; a diferencia de los adultos mayores urbanos que permanecen más en casa, por temor a los accidentes de tránsito y demás peligros si se desplazan por las vías públicas de la ciudad.

Ramírez y Salcedo (2011), determinaron que del 100% (83) de adultos mayores de la Asociación "Señor del Huerto", el 50.7% expresó mala calidad de vida, de los cuales, 30.1% presentó depresión y 20.6% no presentó este padecimiento. El 37.3% expresó regular calidad de vida, de los cuales, 32.5% no presentó depresión y 4.8% si presentó este padecimiento (**Tabla 04**).

Infiriendo la relación de variables, Rojas et al. (2002), en Chile, refieren que los cuadros depresivos producen grados importantes de discapacidad en

distintas culturas, a pesar de tratarse de cuadros leves y moderados, con impacto negativo en la calidad de vida.

Ramírez y Salcedo (2011), en la Asociación "Señor del Huerto", determinaron que los adultos mayores con depresión manifestaron mala calidad de vida relacionada con la satisfacción (28.9%), habilidades funcionales (26.5%), actividad - ocio y percepción de la calidad ambiental respectivamente (25.3%).

Los hallazgos obtenidos describen que en los adultos mayores con depresión severa fue menor la calidad de vida respecto a quienes presentaron un nivel de depresión leve, como consecuencia la mayor notoriedad de las manifestaciones clínicas de los episodios depresivos, que en el mediano o corto plazo pueden conducir al intento de suicidio si no reciben tratamiento adecuado en antidepresivos y psicoterapias.

De acuerdo con el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman, el nivel de depresión influye inversa y significativamente en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Poblado de Rancho (r = - 0,70; p < 0,001); vale decir, a mayor nivel de depresión descende la calidad de vida debido a las manifestaciones clínicas que cuando son severas limitan el desenvolvimiento personal, familia y social del adulto mayor (Anexo).

Similares resultados fueron descritos por Ramírez y Salcedo (2011), en la Asociación "Señor del Huerto", quienes corroboraron que el nivel de depresión se relaciona inversamente con la calidad de vida de los adultos mayores (r = - 0.322; p < 0.05).

El coeficiente de correlación en la presente investigación, fue mucho mayor (r = - 0,70 que equivale a grado moderado) en comparación a los hallazgos de Ramírez y Salcedo (r = - 0,322 que equivale al grado débil), lo que significa que en el Centro Poblado de Rancho el nivel de depresión genera mayor deterioro de la calidad de vida en los adultos mayores. Vale decir, que la presencia de depresión y aún más de nivel severo resulta muy incapacitante para el adulto mayor.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo con el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman, el nivel de depresión influye significativamente en la calidad de vida del adulto mayor del Centro Poblado de Rancho ($r = -0,70$; $p < 0,001$); vale decir que, a mayor nivel de depresión descende más la calidad de vida del adulto mayor, y cuanto más severo es la depresión es mayor la limitación funcional del desenvolvimiento personal con consecuencias negativas en el entorno social y familiar del adulto mayor.
2. Los resultados de la investigación determinaron que, en el Centro Poblado de Rancho, la prevalencia de depresión en el adulto mayor equivale al 75,7% (53) de una muestra de 70 (100%).
3. De la totalidad de adultos mayores con depresión (53), el 35,8% presenta en su nivel severo; mientras que, 32,1% leve y moderado respectivamente.
4. El 71,7% de adultos mayores presenta calidad de vida regular, 22,6% buena y 5,7% mala.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud, para que implemente proyectos sociales que promuevan la salud mental del adulto mayor para prevenir la depresión y otras secuelas propias del envejecimiento.
2. Al Programa de Salud Mental y del Adulto Mayor del Puesto de Salud de Rancho, fortalecer la atención de los adultos mayores con depresión leve aplicando psicoterapias alternativas; así mismo mejorar el sistema de referencia y contra-referencia de los adultos mayores con depresión moderada y severa, con el propósito de mejorar su calidad de vida.
3. A los profesionales de enfermería del Puesto de Salud "Rancho", promover la salud del adulto mayor, mediante intervenciones de consejería familiar y vistas domiciliarias. De igual modo, se sugiere el acceso a programas de educación continua en salud mental a través de especialidades y maestrías.
4. A los bachilleres de enfermería, realizar nuevas investigaciones que permitan brindar una mejor atención al adulto mayor, disminuir la frecuencia de los episodios depresivos e incrementar su calidad de vida.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Valenzuela, E. y Marín, P. (2000). Depresión en el Adulto Mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica". Rev. Med. Chil. 128 (1). Chile.
2. Olazo Obando, Fressia Angelica : "Nivel de depresión según genero y apoyo familiar en adultos mayores del programa de autocuidado de la Municipalidad de Jesús María". Lima- Perú.2005.
3. Capuñay Chafloque José. "Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia". Lima, 1995
4. *E Márquez Cardoso*; "Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados". México, 2004.
5. Pando Moreno, M.; "Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Que tuvo como objetivo establecer la prevalencia de depresión en una población constituida por los ancianos que viven en su propio domicilio en la zona metropolitana de la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. 2008.
6. García, T. (2007). La educación de adulto mayor. Antecedentes y perspectivas. Edit. Universidad Central de las Villas. Cuba.
7. Pereira, C. y Martínez, A. (2003). Programa para disminuir indicadores de depresión mediante el desarrollo de estrategias de afrontamiento en adolescentes institucionalizados de 15 a 14 años. Órgano de difusión

- científica del departamento de psicología de la Universidad Católica Boliviana. Bolivia.
8. Saavedra, J. (2005). Situación de la Salud Mental en el Perú. Edit. Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Lima.
 9. Inga, J. y Vara, A. Calidad y satisfacción de vida de los adultos mayores de 60 años en Lima – Perú: Estudio piloto y análisis psicométrico. Edit. Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM). Lima.
 10. Llallahui, J. y Medina, N. (2006). Influencia del clima familiar en la calidad de vida del adulto mayor del distrito Jesús Nazareno. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho.
 11. Llanos, A. (2006). Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en el distrito de Huancaraylla. Informe SERUMS de la Dirección Regional de Salud Ayacucho.
 12. Montoya, T. y Vargas, M. (2001). Efecto de un Programa de Enfermería de Terapia Grupal en Ancianos con depresión del Albergue Central Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro. Lima.
 13. Plat, María (2005). El nivel de depresión según el inventario de Beck. Instituto Mexicano de la pareja; 1 (1). México.
 14. GIBSON, Ivanicevich y Donelly. (1996): Las Organizaciones, Editorial McGraw Hill, 8va Edición, España.

15. French, W. (1996). Desarrollo organizacional. 5ta. Edición. Pretince – Hall. México.
16. Pineda, C. (2003). Sistemas de Recompensas, Calidad de Vida en el Trabajo y Administración del Estrés. Foro desarrollo organizacional y formación de equipos. España. 2003.
17. Yanguas, J. (2006). Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Edit. Serie Personas Mayores. Colección Estudios. España.
18. Fernández, R. (2004). CUBRECAVI, cuestionario breve de calidad de vida. TEA Ediciones. España.
19. OMS (1958). Organization, constitution of the World Health Organization, Annex 1. En 10 years of WHO. Edit. Organización Mundial de la Salud. Geneva.
20. OMS (2001). Principios básicos para la investigación biomédica. URL: <http://www.who.org>.
21. Alarcón, R. (2009). Educación y calidad de vida en adultos mayores de la zona rural y urbana de Ayacucho. Tesis doctoral – Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima.
22. Hurtado, B. y Estrada, E. (2010). Factores relacionados con la depresión en adultos mayores de la jurisdicción del centro de salud “Carmen Alto”. Ayacucho. Tesis de Pregrado – Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho.

23. Ramírez, A. y Salcedo, C. (2011). Depresión y calidad de vida de los adultos mayores de la asociación "señor del huerto". Informe de investigación docente - Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho.
24. Gavilán, C. y Altamirano, E. (2011). Niveles comparativos de ansiedad y depresión en adultos mayores de las asociaciones de ancianos de los distritos de Jesús Nazareno y Carmen Alto. Tesis de Pregrado – Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho.
25. Rojas, G., Gaete, J. et al. (2002). Mujer, depresión y calidad de vida en la atención primaria / Woman, depression and life quality in primary care
Fonte: Rev. psiquiatr. clín.; 39(1). Chile.
26. Li, M., Friedman, B., Conwell, y Fiscella, K. (2007). Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. Journal of the American Geriatric Society; 55 (1). Washington.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "Nivel de la depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor en el centro poblado de Rancho, Ayacucho- Marzo del 2012". habiendo sido informada (o) del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que las investigadoras utilizarán adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado señor.- Las investigadoras del proyecto en base a su formación profesional regidas por el Código de Ética y Deontología y considerando el secreto profesional como un derecho del usuario, se comprometen a guardar la máxima confidencialidad de información; así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

.....
Firma del familiar
o apoderado
DNI:

.....
Firma del paciente
DNI:

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN ADULTO MAYOR

(Cuestionario Breve de Calidad de Vida Modificado)

INSTRUCCIONES:

Esta encuesta es personal y anónima, tiene el propósito de conocer sus necesidades, problemas y potencialidades, su área física, psicosocial y espiritual en esta etapa de su vida. A continuación se formularán las preguntas, las que deberán ser contestadas con sinceridad. De ser necesario se le repetirá la pregunta.

I. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES:			
#	Preguntas	Respuestas	Cód
1	Sexo de la persona encuestada	Masculino ☐ Femenino ☐	1 0
2	Lugar de nacimiento	Ayacucho ☐ Provincia ☐	0 1
3	¿Cuántos años tiene?	_____ años No respondió ☐	#
4	Máximo nivel educativo alcanzado ¿Hasta que año escolar estudio?	primaria incompleta ☐ primaria completa ☐ secundaria incompleta ☐ secundaria completa ☐ superior incompleta ☐ superior completa ☐	0 1 2 3 4 5
5	Ocupación laboral pasada (si ha sido profesional independiente, indagar qué profesión o carrera técnica desempeña o ha desempeñado)	Ninguna ☐ Ama de casa ☐ Obrero ☐ Empleado público ☐ Comerciante ☐ Profesional ☐ Independiente: ☐	0 1 2 3 4 5 6

II. SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL:			
#	Preguntas	Respuestas	Cód
6	Condición habitacional actual	Vive solo. ☐ Vive con su pareja. ☐ Vive con su pareja e ☐ hijos. Vive con parientes. ☐	0 1 2 3
7	¿Recibe prestaciones de jubilación? (si recibe, cuántos soles al mes)	no ☐ sí ☐ : _____ soles	0 #

8	¿Tiene seguro social (médico o de salud)?	no ☐ sí ☐	0 1
9	¿De dónde recibe sus ingresos económicos? (Puede marcarse más de una opción)	No recibe ingresos ☐ Su familia ☐ Su jubilación ☐ Sus ahorros de trabajo ☐ Sus amigos ☐ Programas sociales ☐	0 1 1 1 1 1
10	Nivel de ingresos. ¿Considera que sus ingresos satisfacen sus necesidades básicas?	no ☐ sí ☐	0 1

III. SALUD GENERAL					
#	Preguntas	Respuestas			Cód
11	¿Se siente Ud. satisfecho con su actual estado de salud?	Nada ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Mucho ☐			0 1 2 3
12	En el último mes ¿Ha tenido Ud. algunos de los siguientes signos y síntomas patológicos? <i>Puede marcarse más de una opción):</i>	Dolor de garganta Constante tos con flema Fuerte dolor abdominal Diarrea por más de un día Fuerte picazón en el cuerpo Fuertes dolores de cabeza Alteraciones en el sueño Falta de apetito	Si ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	No ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	0 1 1 1 1 1 1 1 1
#	Ítems/alternativas	Casi a diario	Al menos 1 vez a la semana	Al menos 1 vez al mes	Nunca
13	¿Podría decirme con qué frecuencia le ocurren a Ud. las siguientes cuestiones que le voy a indicar: - Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado. - Tener problema de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo, donde puso sus objetos personales. - Se desorienta o pierde en algún	☐ 0 ☐ 0 ☐ 0	☐ 1 ☐ 1 ☐ 1	☐ 2 ☐ 2 ☐ 2	☐ 3 ☐ 3 ☐ 3

	lugar.				
--	--------	--	--	--	--

IV. INTEGRACIÓN SOCIAL					
#	Ítems/alternativas	Casi a diario	Al menos 1 vez a la semana	Al menos 1 vez al mes	Raras veces/ o no los ve
14	¿Con qué frecuencia suele Ud. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?:				
	- Hijos/as que no viven con Ud. en la misma casa.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Nietos/as que no viven con Ud. en la misma casa.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Familiares que no viven con Ud. en la misma casa.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Vecinos.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Amigos que no sean vecinos.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
#	Ítems/alternativas	Satisf.	Indiferen.	Insatisf.	Ns/Nc
15	¿En qué medida está Ud. satisfecho de la relación que mantiene con las personas allegadas que le voy a indicar?:				
	- Su cónyuge.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Sus hijos.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Sus nietos.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Otros familiares.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Vecinos.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
	- Amigos no vecinos.	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

V. HABILIDADES FUNCIONALES					
16	¿Considera Ud. que se puede valer por sí mismo?:	Muy bien	☐	4	
		Bien	☐	3	
		Regular	☐	2	
		Mal	☐	1	
		Ns/Nc	☐	0	
17	¿Se viste y desviste sin ayuda?	Casi siempre	☐ 3	A veces	☐ 2
		Raras veces	☐ 1	Nunca	☐ 0
18	¿Se baña y hace sus necesidades higiénicas solo?	Casi siempre	☐ 3	A veces	☐ 2
		Raras veces	☐ 1	Nunca	☐ 0
19	¿Realiza tareas caseras solo? (barrer, cargar cosas)	Casi siempre	☐ 3	A veces	☐ 2
		Raras veces	☐ 1	Nunca	☐ 0
20	¿Realiza sin ayuda las compras fuera de casa?	Casi siempre	☐ 3	A veces	☐ 2
		Raras veces	☐ 1	Nunca	☐ 0
VI. ACTIVIDAD Y OCIO					
#	Ítems/alternativas	Casi a diario	Al menos 1 vez a	Al menos 1 vez al	Raras veces/ o no los ve

			<i>la sema n</i>	<i>mes</i>	
21	¿Con qué frecuencia realiza Ud. las siguientes actividades?: - Leer un libro - Visitar amigos - Ver la televisión - Escuchar la radio - Caminar - Jugar con otras personas - Cuidar niños - Hacer manualidades (coser, hilar, etc.) - Hacer recados o gestiones - Ir de compras - Viajar	☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3	☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2	☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1	☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
22	¿En general está Ud. satisfecho de la forma en que se ocupa de su tiempo?	Satisfecho Indiferente Insatisfecho Ns/Nc.	☐ ☐ ☐ ☐	3 2 1 0	

VII. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL					
#	ítems/alternativas	Satisfecho	Indiferente	Insatisf.	Ns/Nc
23	¿Qué grado de satisfacción tienen UD. en relación con los siguientes aspectos de la casa / residencia donde vive?: - El ruido/ silencio. - La temperatura. - La iluminación. - Orden y limpieza. - El mobiliario. - Las comodidades (electrodomésticos).	☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3 ☐ 3	☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2 ☐ 2	☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1 ☐ 1	☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0

VIII. SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS				
24	¿Con que frecuencia utiliza Ud. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad?	Frecuentemente Ocasionalmente Nunca Ns/Nc.	☐ ☐ ☐ ☐	3 2 1 0
25	¿En qué medida está Ud. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?	Muy satisfecho Bastante satis. Algo satisfecho Nada satis. Ns/Sc.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	4 3 2 1 0

VIII. SATISFACCIÓN CON LA VIDA:					
#	ítems/alternativas	Casi a diario	1a3 veces por seman a	Rara s vece s	Nunca
26	Siente que ha desperdiciado su vida o que su vida ha sido un fracaso (<i>siente que no aprovecho las oportunidades que le brindó la vida / se arrepiente de no haber aprovechado su juventud</i>)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
27	Está insatisfecho con su vida actual (<i>hubiese preferido tener otro tipo de vida</i>)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
28	Siente que no merece vivir como lo hace ahora (<i>cree que la vida le pudo dar mejores cosas que las que tiene ahora</i>)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
29	Siente que su vida no tiene sentido	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
30	Siente que sus familiares no lo quieren (<i>se siente despreciado por su familia</i>)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
31	Se siente inútil y/o un estorbo para los demás	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
32	Siente soledad, desesperanza o confusión en su vida	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
35	Siente que su cuerpo está débil, dolorido y enfermo	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

IX. PATRÓN DE ALIMENTACIÓN		
Preguntas	Si	No
Tiene alguna enfermedad o condición que le ha hecho cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come	2	0
Come menos de dos comidas al día	3	0
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche	2	0
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días	2	0
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificulta comer	2	0
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita	4	0
Come a solas la parte de las veces	1	0
Toma al día tres o más medicinas diferentes, con o sin receta	1	0
Ha perdido o ganado peso, sin querer, 4.5 Kg. (10 lb.) en los últimos 5 meses	2	0
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse	2	0

Fuente: ALARCÓN, R. (2009). *Educación y calidad de vida en adultos mayores, de la zona rural y urbana de Ayacucho. Tesis Doctoral – Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima.*

ESCALA DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

DIMENSIONES CALIDAD DE VIDA	BUENA	REGULAR	MALA
Salud general	014 – 020 puntos	007 – 013 puntos	000 – 006 puntos
Integración social	022 – 033 puntos	011 – 021 puntos	000 – 010 puntos
Habilidades funcionales	012 – 016 puntos	006 – 011 puntos	000 – 005 puntos
Actividad y ocio	022 – 033 puntos	011 – 021 puntos	000 – 010 puntos
Percepción de la calidad ambiental	013 – 018 puntos	007 – 012 puntos	000 – 006 puntos
Satisfacción con los servicios sociales y sanitarios	006 – 007 puntos	003 – 005 puntos	000 – 002 puntos
Satisfacción con la vida	017 – 024 puntos	009 – 016 puntos	000 – 008 puntos
Patrón de alimentación	015 – 021 puntos	008 – 014 puntos	000 – 007 puntos