

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
COLCABAMBA.CAJABAMBA.CAJAMARCA 2024
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA: Bach. Enf. Ericka Madaí Morillo Fernández

ASESORA: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Cajamarca - Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Ericka Madai Morillo Fernández**
DNI: **70494757**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

Bachiller Título profesional Segunda especialidad

Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:

Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional

Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD COLCABAMBA. CAJABAMBA. CAJAMARCA 2024

6. Fecha de evaluación: **26/01/2025**

7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (ORIGINAL) (*)**

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **15%**

9. Código Documento: **oid: 3117:423683696**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Fecha Emisión: **27/01/2025**

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*



Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
DNI: 26663814

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2025 by
Ericka Madaí Morillo Fernández
Todos los derechos reservados

**Morillo E.2025. DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD
COLCABAMBA.CAJABAMBA. CAJAMARCA 2024**

Tesis para optar el Grado Académico de Licenciada en Enfermería Universidad Nacional de Cajamarca.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería- UNC
2025/72 páginas

Asesora:

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez.

Docente Universitaria Principal de la EAP de Enfermería

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD COLCABAMBA. CAJABAMBA.
CAJAMARCA 2024**

AUTORA: Bach. Enf. ERICKA MADAÍ MORILLO FERNÁNDEZ

ASESORA: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

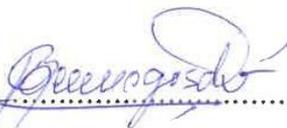
JURADO EVALUADOR



.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera
PRESIDENTE



.....
Dra. Miriam Silvana Bringas Cabanillas
SECRETARIA



.....
M. Cs. Petronila Ángela Bringas Durán
VOCAL



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

Facultad de Ciencias de la Salud

Av. Atahualpa 1050

Teléfono/ Fax 36-5845



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 11: am del 14 de Enero del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 11-304 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD, COLCABAMBA, CAYABAMBA, CAJAMARCA 2024.

del (a) Bachiller en Enfermería:

ERICKA KADAÍ MORILLO FERNÁNDEZ

Siendo las 12:30 pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: MUY BUENO, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. DOLORS EVANGELINA CHAVEZ CADARZA</u>	
Secretario(a):	<u>Dra. MIRIAM SILVANA BRINGAS CABANILLAS.</u>	
Vocal:	<u>M.C.S. PETRONILA ANGELA BRINGAS DURAN</u>	
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. CARMEN YRENE YOPANQUI VÁSQUEZ</u>	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A mis padres. Este logro académico es un reflejo de todo el esfuerzo que han invertido para brindarme una educación de calidad. Su dedicación y compromiso conmigo y con mi educación son la mejor herencia que me dejan. Esta Tesis es la retribución de todo su amor y sacrificio en todo mi proceso educativo.

Ericka

AGRADECIMIENTO

Esta tesis no habría sido posible sin la presencia de Dios, pues él me ha guiado y acompañado en todo mi camino como estudiante universitaria, siendo mi fortaleza y compañía espiritual.

Le doy gracias a mis padres Emilio y Flavia por brindarme su apoyo emocional y económico en todo momento, asimismo por los valores que han logrado inculcarme y por haberme dado la oportunidad de una carrera profesional.

A mis hermanos Ever, Haydée y Estefani, por motivarme, apoyarme moralmente y por ser ejemplo de desarrollo profesional. A Shanty, por haberme brindado su amor incondicional todos estos años, por haber sido mi refugio, mi consuelo, mi motivación y ahora por cuidarme y protegerme desde el Cielo.

Agradecer también a mi asesora, la Dra. Carmen, por compartir sus conocimientos y por ofrecerme su apoyo incondicional para hacer posible el desarrollo de este trabajo de investigación.

A los adultos mayores por recibirme amablemente en su hogar y por participar voluntariamente en el estudio.

Ericka

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	vii
Agradecimiento	viii
Lista de tablas	viii
Lista de anexos	xi
Resumen	xiii
Abstract	xvi
Introducción	xv
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Justificación del estudio	18
1.4. Objetivos	19
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio.	20
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Bases conceptuales	26
2.4. Hipótesis	35
2.5. Variables del estudio	35
2.6. Operacionalización de variables	36
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Ámbito de estudio	40
3.2. Diseño y tipo de estudio	40
3.3. Población de estudio	40
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	41
3.5. Unidad de análisis	41
3.6. Muestra	41
3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos	41
3.8. Procedimiento y análisis de resultados	44
3.9. Consideraciones éticas	44
CAPÍTULO IV	
Resultados y discusión	46
Conclusiones	57
Sugerencias y recomendaciones	58

Referencias bibliográficas

59

Anexos

67

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba.Cajabamba.Cajamarca 2024.	46
Tabla 2. Nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.	49
Tabla 3. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.	51
Tabla 4. Nivel de calidad de vida según sus dimensiones de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.	53
Tabla 5. Relación entre nivel de depresión y nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.	55

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento Informado	67
Anexo 2. Cuestionario de depresión y calidad de vida de los adultos mayores	68
Anexo 3. Resultados de la prueba piloto	73
Anexo 4. Tabla 6. Características sociodemográficas según el nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.	74
Anexo 5. Tabla 7. Características sociodemográficas según el nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.	75

RESUMEN

El estudio titulado: Depresión y Calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024, tuvo como objetivo: determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores, fue un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo-correlacional y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 82 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, la técnica elegida para la recolección de datos fue la entrevista. Se aplicó dos cuestionarios: primero el instrumento escala de depresión Geriátrica de Yesavage y la escala de WHOQOL-BREF para medir el nivel de calidad de vida. Resultados: 42,7% de los adultos mayores no presentan depresión, 30,5% muestra depresión leve y 26,8% depresión establecida. Se encontró que 87,8% tiene un nivel de calidad de vida media, 11% alta y 1,2% baja. En la dimensión salud física, 70,7% presenta una calidad de vida media, 15,9% baja y el 13,4% alta; en la dimensión salud psicológica, 74,4% calidad de vida media, 18,3% baja y 7,3% alta; en la dimensión ambiente, 85,4% calidad de vida media, 9,8% calidad de vida baja; y en la dimensión relaciones sociales, 62,2% muestra una calidad de vida media y 37,8% baja, para la correlación se usó la prueba de Chi-cuadrado. Conclusión: Se ha encontrado relación significativa entre las variables en estudio con valor de $p=0,021$.

Palabras clave: Calidad de vida, depresión, adulto mayor.

ABSTRACT

The study titled: Depression and Quality of Life among older adults attended at the Colcabamba Health Post, Cajabamba. Cajamarca 2024, aimed to determine the relationship between the level of depression and the quality of life among older adults. This was a quantitative, non-experimental, descriptive-correlational, and cross-sectional study. The sample comprised 82 older adults who met the inclusion criteria, and data collection was conducted using interviews. Two questionnaires were administered: the Yesavage Geriatric Depression Scale and the WHOQOL-BREF scale to measure quality of life. Results: 42,7% of older adults did not present depression, 30,5% exhibited mild depression, and 26,8% had established depression. It was found that 87,8% had a medium level of quality of life, 11% a high level, and 1,2% a low level. In the physical health dimension, 70,7% had a medium quality of life, 15,9% low, and 13,4% high. In the psychological health dimension, 74,4% had a medium quality of life, 18,3% low, and 7,3% high. In the environment dimension, 85,4% had a medium quality of life, and 9,8% a low quality of life. Regarding social relationships, 62,2% had a medium quality of life, and 37,8% a low one, for the correlation the Chi-square test was used. Conclusions: A significant relationship was found between the variables with a p-value of 0,021.

Keywords: Quality of life, depression, older adult.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno grave del estado de ánimo, puede afectar la manera como se siente, actúa y piensa. La depresión es un problema frecuente en las personas mayores, pero no es una parte normal del envejecimiento, la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con su vida, a pesar de tener más enfermedades o problemas físicos que los más jóvenes. La depresión es grave, pero hay tratamientos que pueden ayudar. En la mayoría de las personas mejora con tratamiento, también es importante la consejería y otras formas de apoyo psicológico (1).

El objetivo general de la investigación fue determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca en el año 2024. Con los resultados se busca obtener datos actualizados del nivel de depresión y de calidad de vida de los adultos mayores y con ello tener evidencia de la realidad de la salud mental de los adultos mayores y cómo esto afecta a su calidad de vida. También se busca que, a partir de los resultados se implementen estrategias que beneficien a este grupo vulnerable: luego de la interpretación y análisis de los resultados, se concluye que existe relación significativa entre las variables en estudio con valor de $p=0,021$.

El estudio está estructurado en capítulos: En el capítulo I, se presenta el problema de investigación donde considera la definición y planteamiento del problema, seguido de la justificación del estudio y los objetivos tanto general como específica. El capítulo II, contiene el marco teórico albergando los antecedentes, bases teóricas, hipótesis de investigación y las variables de estudio. El capítulo III, muestra el diseño metodológico donde se considera al diseño y tipo de investigación, población, muestra, unidad de análisis; técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procesamiento y análisis de datos, y las consideraciones éticas. Finalmente, El capítulo IV, plasma los resultados obtenidos, su análisis y discusión, así como las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Actualmente, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años, por ello, todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población, es así como se prevé que, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más y que para el 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado llegando a 2100 millones y con esto incrementará la posibilidad de un aumento en las cifras de depresión en este grupo (2).

La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres). A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (4). En cuanto a la situación de los adultos mayores, la OMS estima que el 5,7% de los adultos mayores de 60 años experimenta depresión (4). En un trabajo de investigación realizado con países latinoamericanos, se obtuvo como resultados que Chile es el país donde se observa un porcentaje mayor de depresión en adultos mayores (24,3 %); países como México, Costa Rica y Brasil se encuentra en un rango medio (entre 17 y 19 %), y Barbados es el que tiene un porcentaje menor (3,3 %) (8). En un estudio realizado en el país, se obtuvo como resultado que la prevalencia de depresión en los adultos mayores fue de 13,18% (9). Lamentablemente, no existen datos porcentuales a nivel de la región Cajamarca ni en la provincia de Cajabamba.

Según las tendencias del 2022, la depresión encabeza la lista de afecciones en América Latina y el Caribe con 3,35% del total de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (5). A nivel Nacional, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. De acuerdo al Ministerio de Salud (MINSA), en el 2022 se atendieron 272,432 casos de depresión (6). A nivel Regional, la Dirección Regional de Salud de Cajamarca; aseguró que la cifra de pacientes con depresión ha aumentado en un 10% durante el último año (7).

Así pues, en los adultos mayores la salud mental viene determinada no solo por el entorno físico y social, sino también por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento.

La exposición a la adversidad, la pérdida significativa de la capacidad intrínseca, la disminución de la funcionalidad, el duelo, la reducción de los ingresos, un menor sentido de propósito con la jubilación, la discriminación y maltrato por motivos de edad, el aislamiento social, el abandono y la soledad son factores de riesgo clave para padecer afecciones de salud mental como la depresión en este grupo; asimismo algunos adultos mayores corren un mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad, debido a las pésimas condiciones de vida, la mala salud física o la falta de acceso a apoyo y servicios de calidad (10).

La depresión en edades avanzadas de la vida tiene una relación bidireccional con otras condiciones patológicas, destacando problemas médicos como el dolor crónico (11) y puede empeorar el pronóstico de otras enfermedades como las cardíacas (12). Además, se ha observado una estrecha relación entre la depresión y la disfunción cognitiva (13), también puede causar o empeorar otros problemas de salud física y mental, afectar las relaciones personales, deteriora la calidad de vida y aumenta las probabilidades de suicidio (14).

Valera J, et al, señala que la depresión influye en la calidad de vida, tema de discusión de larga data, la cual es definida por la OMS 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 su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (15).

Ante esta problemática, el Gobierno del Perú mediante el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta con normas para la atención de los adultos mayores, tales como: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores, Norma Técnica de Salud de centros de salud mental comunitarios, Norma Técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores, asimismo cabe resaltar que el gobierno del Perú cuenta con 248 Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) distribuido a nivel Nacional, contando con un CSMC en la provincia de Cajabamba;

lastimosamente, estos centros de Salud son muy pocos conocidos y por ende muy poco visitados, contribuyendo muy poco a la problemática en mención (16).

Aunque no existen datos precisos sobre la presencia de depresión en los adultos mayores en la Provincia de Cajabamba y Colcabamba, según el personal del establecimiento de salud es un problema frecuente en este grupo etario, que se puede identificar durante el triaje y consulta con tristeza, llanto, sentimientos de desesperanza, culpabilidad, soledad, impotencia, inutilidad; inquietud, pérdida de interés en actividades cotidianas, cansancio, problemas para dormir y pensamientos de muerte, cuando se identifican casos severos estas personas son derivadas a Cajamarca, luego de la referencia, el personal del centro de salud no realiza el seguimiento, de tal forma que los adultos mayores no continúan su tratamiento o lo abandonan.

De otro lado no se han realizado estudios sobre calidad de vida en este grupo etáreo, por lo tanto, no existen datos objetivos sobre el tema, sin embargo, se puede encontrar adultos mayores que cuentan con recursos económicos y satisfacen sus necesidades básicas, aunque no de forma total y en otros casos se puede encontrar personas mayores de 70 años en absoluta pobreza con un nivel de calidad de vida baja que podrían tener problemas de salud mental como la depresión.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba.Cajabamba.Cajamarca 2024?

1.3. Justificación del estudio

La investigación parte de la experiencia de la autora del estudio, quien a través de la observación y el contacto con adultos mayores pudo identificar depresión cuando eran atendidos en el Puesto de Salud de Colcabamba, estas personas acudían al establecimiento de salud por otros motivos como, consulta externa, curación de heridas, etc. Sin embargo, el personal de salud subvaloraba este problema de salud mental, encaminado sus actividades solo al aspecto fisiológico de la enfermedad.

Con los resultados de la investigación se busca obtener datos actualizados del nivel de depresión y de calidad de vida de los adultos mayores que se atienden en el Puesto de Salud de Colcabamba y con ello tener evidencia de la realidad de la salud mental de este

grupo y cómo esto afecta a su calidad de vida. También se busca que, a partir de los resultados se implementen estrategias que beneficien a los adultos mayores.

Los hallazgos benefician a los adultos mayores y a la familia, ya que usualmente los signos y síntomas de depresión se confunden con algún problema fisiológico, buscando atención de salud no adecuado y oportuno, por ese motivo se recomendará concientizar a la familia a través de la difusión de resultados, haciendo uso de visitas domiciliarias, programas radiales y un trabajo coordinado con autoridades comunales y personal de salud.

La relevancia social de la investigación radica en el impacto de la depresión como problema de salud mental común en la tercera edad, subvalorado por la familia y por el personal de salud, los resultados buscan hacer visible esta situación, dándole voz a este grupo poblacional no priorizado.

El aporte a la carrera de enfermería se sustenta en que los hallazgos pueden motivar a docentes y estudiantes a plantear y ejecutar otras investigaciones con diferente abordaje que incluyan otros ámbitos de estudio e incluyan a la familia y a otros actores sociales. También servirá como fuente bibliográfica para otras investigaciones.

1.4. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.
2. Categorizar el nivel de depresión en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.
3. Identificar el nivel de calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.
4. Estudiar el nivel de calidad de vida en sus dimensiones física, psicológica, ambiente y relaciones sociales en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de investigación

Internacionales

Arias D, (Ecuador, 2022). En su investigación que tuvo como objetivo determinar la asociación entre depresión y calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al Centro Gerontológico San Francisco del Cantón Sigchos-Ecuador, durante el periodo septiembre 2021 – enero 2022. Con un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, trasversal se realizó con una muestra de 28 adultos mayores a quienes se les aplicó dos instrumentos: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Cuestionario para Calidad de Vida WHOQoLOLD. Obtuvo como resultado que la mitad de los participantes no presentaban ningún indicio de depresión (50%); el 35,7 % una depresión leve; y un 14,3% presentan depresión establecida; por otro lado, el 67,9% de los adultos mayores afirman tener una calidad de vida satisfactoria, un 25% considera que tiene una calidad de vida muy satisfactoria y el 7,1% señala sentirse ni insatisfecho ni satisfecho. Así concluye que se da una asociación entre las variables ya que a mayores niveles depresión menor será la calidad de vida, y viceversa (17).

Zapata M, (Ecuador, 2021). Realizó su investigación con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión de los adultos mayores del Hospital General de Latacunga-Ecuador. El estudio fue descriptivo correlacional de corte trasversal en una muestra de 100 adultos mayores, a los que se les aplicó se usó dos instrumentos: el Cuestionario de Salud SF-36 y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Se tuvo como resultados, que solo el 29% de los encuestados tienen una mala y regular calidad de vida, por otra parte, el 15% presenta depresión moderada y el 12% severa. Por lo tanto, la correlación de las dos variables fue negativa, estadísticamente no significativa, debido a que, de acuerdo con los datos, hay ancianos que tienen regular o mala calidad de vida y alto nivel de depresión (18).

Nacionales

Albinagorta J, (Lima, 2022). Realizó un estudio, con el objetivo de conocer si existe alguna relación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores albergados en una institución pública en Lima. El estudio fue de tipo correlacional. Participaron 120 adultos mayores, a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y la escala de calidad de vida (WHOQOL-OLD), donde resultó que, el 25,8% de la población tiene depresión grave o severa, mientras que el 31,7% tiene depresión moderada, 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. Concluyendo que no existe relación entre la variable depresión y calidad de vida (19).

Gutiérrez M; Luyo R, (San Martín, 2021). Elaboraron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre calidad de vida y depresión en adultos mayores en el establecimiento de Salud en San Martín, septiembre-diciembre 2021; cuyo tipo de estudio fue descriptivo correlacional; la muestra estuvo conformada por 118 adultos mayores; se empleó el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL para medir la calidad de vida y la Escala de Depresión Geriátrica para la medición de la variable depresión; resultando: 22,9% de los participantes presentan calidad de vida baja, el 50,8% media y el 26,3% calidad de vida alta. En lo que respecta a la depresión, el 14,4% presenta nivel bajo de depresión, el 50,8% nivel medio y el 34,7% nivel alto y que la correlación es estadísticamente significativa entre las variables. Se concluyó mencionando que la depresión es una condición emocional que afecta directamente la calidad de vida (20).

Silva S, (Arequipa, 2021). Elaboró un estudio con el objetivo establecer la relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa; el tipo de estudio básica, de diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 210 adultos mayores, a quienes se les aplicó el, la escala FUMAT para la variable de Calidad de vida y la escala de depresión geriátrica 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 o viceversa. Además el 11,9% de adultos mayores presentan depresión leve, 58,1% depresión moderada y el 30% depresión

grave; en cuanto a calidad de vida, el 39% presenta bajo nivel de calidad de vida, el 58,1% calidad de vida mediana y solo 2,9% alto nivel de calidad de vida (21).

Chuco E, (Junín, 2021). Realizó una investigación con el objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en adultos mayores de un centro poblado de Huaynacancha-Junín. Su investigación fue descriptivo-correlacional, contó con la participación e 184 adultos mayores, a quienes se les aplicó la Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Resultando que la calidad física fue percibida por el 94.6% de los adultos mayores como alta, mientras que la calidad psicológica se ubicó en una categoría media en el 98,9% de la muestra, en la dimensión relación social predominó la calidad de vida moderada con 62% y en la dimensión medio ambiente se encontró el mayor porcentaje en la calidad de vida moderada con 94,6% ; el 97,8 % califica su calidad de vida como moderada, el 1,6% baja y 0,5% alta; el 75% presenta una depresión moderada y el 24% una más grave, existiendo una correlación significativa e inversa entre la calidad de vida y la depresión (22).

Quispe Y, (Lima, 2021). Realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable en San Martín de Porres-Lima; fue de enfoque cuantitativo y de diseño correlacional-transversal; participaron 130 adultos mayores, a quienes se les aplicó a Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el cuestionario WHOQOL-OLD. Obtuvo como resultados que, en cuanto a la depresión, el 40,8% tienen un diagnóstico de normal, el 40,8% depresión leve y 18,5% depresión establecida; en cuanto a calidad de vida, el 3,1% presenta una calidad de vida mala, el 78,5% moderadamente buena y el 1,5% buena; por lo tanto, existe relación significativa entre la depresión y calidad de vida (23).

Regionales

Torres G, (Chota, 2022). Elaboró una investigación con el objetivo de describir y analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, fue de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, cuya población estuvo constituida por 80 adultos mayores a los que se les aplicó el cuestionario Pfeiffer y la escala abreviada de Yesavage. Resultando que, el 75% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 12,5% tienen depresión

establecida y el 10% no tienen depresión. Concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre deterioro cognitivo y depresión (24).

Cerna G; Tanta M, (Cajamarca, 2022). Plantearon un estudio con el objetivo de determinar los niveles de calidad de vida de los adultos mayores del CIAM Cajamarca en el año 2021. Tuvo enfoque cuantitativo, cuya muestra fue de 100 adultos mayores, a quienes se les aplicó el cuestionario de WHOQOL BREF. Resultando que el 79% presentó un nivel moderado de calidad de vida, el 20% un nivel bajo y el 1% un nivel alto. En la dimensión de salud física, el 91% presenta nivel moderado, el 8% un nivel bajo y 1% un nivel alto; en la dimensión salud psicológica, el 78% presentó nivel moderado, el 22% nivel alto y 0% un nivel bajo; en la dimensión del ambiente, el 53% presentó nivel moderado el 47% nivel bajo y no hay presencia de un nivel alto; en la dimensión de relaciones sociales, el 79% presentó nivel moderado, el 20% un nivel bajo y 1% nivel alto. Concluyendo que el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del CIAM Cajamarca es moderado (72%) (25).

Quiroz Y, (Cajamarca, 2020). Elaboró un estudio con el objetivo determinar los factores biopsicosociales que se relacionan con la depresión del Adulto Mayor atendido en el Puesto de Salud Agocucho-Cajamarca-2019, el tipo de estudio fue descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por 84 Adultos Mayores a quienes se les aplicó un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala de Yesavage; resultando que, predomina la depresión moderada 60,7% (26).

Fernández J, (Cajamarca, 2020). Realizó una investigación con el objetivo de determinar el nivel de calidad de vida en adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Cajamarca, el cual fue de corte descriptivo, donde se evaluó a 130 adultos mayores a quienes se les aplicó cuestionario WHOQOL-BREF. Resultando que el 12% presenta un nivel de calidad de vida alta, el 74% un nivel de calidad de vida moderada y el 14% un nivel de calidad de vida baja; en relación a la primera dimensión, la dimensión física, se evidencia que el 92% presenta un nivel de calidad de vida moderada y el 8% un nivel de calidad de vida baja; en la dimensión psicológica, el 91% presenta un nivel de calidad de vida moderada y el 9% presenta un nivel de calidad de vida baja; en la dimensión social, el 49% presenta un nivel de calidad de vida moderada y el 51% un nivel de calidad de vida baja; en la dimensión ambiente, el 48% presenta un nivel de calidad de vida moderada y el 52% un nivel de calidad de vida baja (27).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría relacionada con el tema de investigación

Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem

Esta teoría fue publicada por primera vez en 1971, incluye tres conceptos que se relacionan: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería (28).

A. Autocuidado

La teoría de los autocuidados se basa en cuatro conceptos: autocuidados, tratamiento de los autocuidados, requisitos de autocuidados y demanda de autocuidados terapéuticos (28).

El concepto de autocuidados son las actividades que realiza un individuo independientemente a lo largo de su vida para promover y mantener su bienestar personal. El tratamiento de los autocuidados es la capacidad del individuo de realizar actividades de autocuidados y consiste en dos agentes: uno de autocuidados (un individuo que realiza autocuidados independientes) y un agente de atención dependiente (persona distinta del individuo que presta la atención). Los requisitos de autocuidados o también denominados necesidades de autocuidados, son medidas o acciones que se toman para prestar los autocuidados. Existen tres categorías de estos requisitos (28):

1. Requisitos universales, comunes a todas las personas. Incluyen el mantenimiento de la captación y eliminación de aire, agua y alimento; el equilibrio entre reposo, soledad e interacción social; la prevención de peligros para la vida y el bienestar; y la promoción del funcionamiento humano normal (28).
2. Requisitos de desarrollo resultantes de la madurez o asociados con condiciones o acontecimientos, como el ajuste al cambio en la imagen corporal o a la pérdida del cónyuge (28).
3. Requisitos de desviación de la salud resultantes de una dolencia, una lesión o una enfermedad o su tratamiento. Incluyen acciones como buscar ayuda de cuidados de salud, obedecer las terapias prescritas y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o el tratamiento (28).

La demanda de autocuidados terapéuticos son todas las actividades de autocuidados requeridas para satisfacer los requisitos de autocuidados existentes, es decir, las acciones para mantener la salud y el bienestar (28).

B. Déficit de los autocuidados

Dorothea Orem plantea que se produce un déficit de autoatención cuando el tratamiento de autocuidados no es adecuado para satisfacer la demanda de autocuidados conocida. La teoría del déficit de autocuidados de Orem explica no solo cuándo se necesita la enfermería, sino también el modo en que puede ayudarse a las personas a través de cinco métodos: actuación, orientación, enseñanza, apoyo y favorecimiento de un entorno que promueva las aptitudes del individuo para satisfacer demandas actuales y futuras (28).

C. Sistemas de Enfermería

Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería. Los cinco métodos de ayuda expuestos para el déficit de autocuidados pueden usarse en cada uno de los sistemas de enfermería (28):

1. Sistemas totalmente compensatorios, necesarios para individuos incapaces de controlar su entorno y de procesar la información (28).
2. Sistemas parcialmente compensatorios, diseñados para individuos que no pueden valerse por sí solos para algunas, pero no todas, las actividades de autocuidados (28).
3. Sistemas de apoyo y educativos (de desarrollo), diseñados para personas que necesitan aprender a realizar sus medidas de autocuidados y necesitan ayuda para ello (28).

Esta teoría sostiene que los individuos tienen la capacidad y responsabilidad de cuidar de sí mismos para mantener su salud y bienestar (28). Lamentablemente, cuando se presentan déficits en la salud, como la depresión, los adultos mayores son afectados negativamente en su capacidad para realizar actividades de autocuidado, lo que a su vez puede empeorar su calidad de vida y pueden requerir apoyo y asistencia para mejorar su salud.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Adulto Mayor

Persona adulta mayor (PAM) a aquella persona que tiene 60 o más años de edad. Asimismo, se denomina adulto mayor saludable la persona adulta mayor que adopta un estilo de vida saludable y tiene la capacidad de mantenerse independientemente, activo, participativo y productivo. También define a la persona adulta mayor dependiente como aquellas personas adultas mayores en condición de dependencia con alguna discapacidad física y/o mental que requieren apoyo de otra persona para realizar actividades de la vida diaria (29).

2.3.1.1. Cambios en el adulto mayor

Cambios biológicos

A. Sistemas Sensoriales

En cuanto a la visión; disminuye el tamaño de la pupila, menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores (30).

En la audición existe menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales (30).

En el gusto y olfato disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. En el tacto, la piel presenta arrugas, manchas, flacidez y sequedad (30).

B. Sistemas orgánicos

- ✓ **Sistema muscular:** Se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, lo que conlleva al deterioro de la fuerza muscular (30).

- ✓ **Sistema Osteoarticular :** La masa esquelética disminuye, ya que los huesos se tornan más porosos y quebradizos. Además, se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura . Se reduce su flexibilidad por lo que se tornan menos eficientes. Se produce mayor rigidez articular debida a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos; produciendo dolor (30).
- ✓ **Sistema cardiovascular:** En el corazón existe un aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción. Mientras que los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (30).
- ✓ **Sistema respiratorio:** Su rendimiento está disminuido debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos (caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios); lo que produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un10% y un15% (30).
- ✓ **Sistema excretor:** El deterioro del sistema excretor hace frecuentes los episodios de incontinencia y el riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho (30).
- ✓ **Sistema digestivo:** Los cambios en este sistema, hacen que la digestión sea dificultosa, así pues; la pérdida de piezas dentales dificultan una buena masticación; la disminución de los movimientos esofágicos dificultan la deglución; la reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, también dificulta la digestión; la atrofia de la mucosa gastrointestinal hace que la absorción de nutrientes sea menor; la disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por tanto, estreñimiento. También la vesícula e hígado en las personas mayores producen una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado (30).

C. Cambios Sociales

- ✓ **La Jubilación:** Es uno de los grandes problemas del ciclo vital en el hombre, ya que constituye un cambio en el cual la persona deja de realizar actividades en las cuales siempre basó su seguridad. Las principales consecuencias que tiene la jubilación son pasar de un estado de actividad laboral a un estado de inactividad, pérdida de

capacidad adquisitiva, pérdida de contactos sociales y aumento del tiempo libre, con la jubilación ya no se involucran en cuestiones de trabajo, eventualmente su salud empieza a tener imperfecciones y así poco a poco se empiezan a encerrar más en su casa (31).

- ✓ **Estructura familiar:** Las pérdidas y cambios del rol suponen para el adulto mayor adaptarse a las nuevas situaciones. Los hijos se van del hogar, llegan los nietos que en muchos casos pasan a ser cuidados por los abuelos, puede morir uno de los cónyuges. En ocasiones lo más destacado en la persona mayor es su pérdida de poder o valor dentro de la familia pasando a ser relegado por otros miembros como los hijos (31).
- ✓ **Viudez:** La situación de viudez en las mujeres es más frecuente, pues sus maridos la esperanza de vida del hombre es menor. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y crear una nueva imagen de uno mismo (31).
- ✓ **No jubilación:** Existen adultos mayores que no tienen jubilación ya sea porque en su trabajo nunca se la dieron, porque estaban en trabajos informales o no trabajaban a base de un sueldo, por lo que pasan a depender de sus familiares, de las instituciones gubernamentales o piden y viven de la limosna que les da la gente (31).
- ✓ **Pérdida de relaciones sociales:** Debido a los cambios relativos a la disminución de amistades por aislamiento social, muerte de amigos o familiares. Conforme las personas envejecen tienden a pasar menos tiempo con otros, para algunos adultos mayores las enfermedades hacen más difícil salir y convivir con otras personas (31).
- ✓ **Traslado o abandono:** En ciertas ocasiones los adultos mayores se ven obligados a cambiar de casa, dejando su hogar que fue su espacio por muchos años, para terminar, viviendo en casa de uno de sus hijos o familiares y en el peor de los casos son trasladados a asilos, alejados de sus seres queridos (31).

D. Cambios psicológicos

- ✓ **Pérdida de la autoestima:** La persona mayor que se siente bien, saludable, con fuerzas y se le dice que ya no se puede prescindir de ella, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta que ya no puede aportar nada a pesar de ella sentirse bien y capaz (31).

- ✓ **Pérdida de la facilidad de adaptación:** Al llegar a una mayor edad, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y le es difícil adaptarse a estos.
- ✓ **La aflicción por una pérdida:** Puede experimentar pérdida de la pareja de tantos años, de la salud o del trabajo; para calmarla la persona tiene que aceptar los términos finales de esta pérdida para ellos se experimenta diversos sentimientos como tristeza, enojo, amargura, entre otros (31).
- ✓ **Insomnio:** Es muy común en las personas mayores de 60 años, pues los patrones de sueño cambian al envejecer. Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (31).
- ✓ **Estrés:** Se puede presentar en la edad avanzada ante la inminencia de la jubilación, problemas familiares y problemas financieros (31).
- ✓ **Pérdida de la memoria:** La edad va asociada a la pérdida normal de la memoria. Una muestra puede ser la charla operativa sobre un solo tema, una y otra vez. La pérdida de memoria asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo de la enfermedad de alzheimer (31).

Además, la personalidad es un rasgo muy estable a lo largo de la vida e influye en el proceso de envejecimiento; pues, una personalidad positiva va a favorecer el estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, va a proteger, la salud psicológica y la capacidad de aceptar y de adaptarse a los cambios propios de la edad (30).

2.3.1.2. Clasificación de la persona adulta mayor (PAM)

Según el Ministerio de Salud a través de la norma la norma técnica de salud para el cuidado integral de salud de las personas adultas mayores los clasifica en (29):

- A. PAM independiente:** Es la PAM que posee capacidad alta y estable para realizar sus actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, control de esfínteres y arreglo personal; también pueden realizar actividades instrumentales de la vida diaria como cocinar, limpiar, toma adecuada de medicamentos, usar transporte, realizar compras, cumplimiento de citas y otras labores como jardinería, cuidado de animales entre otras (29).
- B. PAM dependiente parcial:** es la PAM con deterioro de la capacidad funcional, limitación para alguna de las actividades básicas de la vida diaria y o actividades instrumentales de la vida diaria (29).

C. PAM dependiente total: es la PAM con pérdida considerable de capacidad funcional que requiere de ayuda total para realizar actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria (29).

2.3.2. Depresión en el Adulto Mayor

La depresión es una enfermedad mental. Definido como un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser; tanto que el adulto mayor deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Además, junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del adulto mayor, interfiriendo gravemente en la calidad de vida de este (32).

2.3.2.1. Factores de riesgo de la depresión en el adulto mayor

Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen: Sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedad medica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño (Insomnio), abatimiento funcional, duelo familiar, económico o funcional, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiacepinas, etc. Además, dentro de los factores de riesgo más importantes para desarrollar depresión es el insomnio no solo como un factor de riesgo, también está asociado a la persistencia y recurrencia de la depresión. Otro factor de riesgo importante es la ocurrencia de un infarto del miocardio ya que el riesgo de presentar depresión se incrementa 4 veces, así mismo posterior a un evento vascular cerebral hay 3,4 veces más probabilidades de morir en los siguientes 10 años (33). Asimismo, influyen los siguientes factores:

A. Factores personales y sociales: La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres; las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco;

los rasgos neuróticos de la personalidad, difícil afrontamiento de acontecimientos, dependencia y aislamiento; los pacientes que presentan migraña; la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas. El bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales (desempleo y baja laboral); el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico (32).

B. Factores cognitivos: Los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales; la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (32).

C. Factores familiares y genéticos: Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general (32).

2.3.2.2. Cuadro clínico de la depresión en el adulto mayor

En los adultos mayores, la depresión puede ser difícil de reconocer porque las personas mayores pueden tener síntomas diferentes que las personas más jóvenes, pues para algunas personas mayores con depresión, la tristeza no es su síntoma principal, ya que podrían estar sintiéndose más aturdidos o podrían tener menos interés en las actividades.

Los síntomas más comunes que presenta el adulto mayor con depresión son: Estado de ánimo persistente de tristeza, ansiedad o "vacío", sentimientos de desesperanza, culpabilidad, inutilidad o impotencia, irritabilidad, inquietud o dificultad para quedarse quieto, pérdida de interés en actividades que alguna vez fueron placenteras, incluido el sexo, disminución de energía o fatiga, mayor lentitud al moverse o hablar, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, problemas para dormir, despertarse demasiado temprano en la mañana o quedarse dormido, aumento o pérdida de peso no planificados que generalmente acompaña el comer mayor o menor cantidad de lo habitual y pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio (34).

2.3.2.3. Tipos de depresión en el adulto mayor

Según el National Institute on Aging de Estados Unidos, los Adultos mayores presentan diferentes tipos de depresión, los cuales son:

- A. Trastorno depresivo mayor:** incluye síntomas que duran al menos dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias (34).
- B. Trastorno depresivo persistente (distimia):** un estado de ánimo depresivo que dura más de dos años, pero la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias, a diferencia de las personas con trastorno depresivo mayor (34).
- C. Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos:** depresión relacionada con el consumo de sustancias, como alcohol o analgésicos (34).
- D. Trastorno depresivo debido a una afección médica:** depresión relacionada con una enfermedad separada, como una enfermedad cardíaca o esclerosis múltiple (34).

2.3.3. Calidad de vida

La calidad de vida es un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas. Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (35).

2.3.3.1. Calidad de vida en el Adulto Mayor

Vera M, para definir la calidad de vida en el adulto mayor, cita a:

Velandia (1994) quien define a la calidad de vida en el adulto mayor como la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez (36).

Krzejmen (2001) sostiene también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor. Según Martín (1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa (36).

Eamon O'Shea (2003) sostiene que la calidad de vida del adulto mayor es una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida, y que se debe indagar, preguntando al adulto mayor, sobre cómo da sentido a su propia vida, en el contexto cultural, y de los valores en el que vive, y en relación a sus propios objetivos de vida (36).

2.3.3.2. Dimensiones de la calidad de vida

- A. Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento (37).
- B. Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo sobre su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye tanto las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (37).
- C. Dimensión social:** Es la percepción del individuo sobre las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral (37).
- D. Dimensión ambiental:** Es la percepción del individuo respecto a su ambiente o entorno en donde vive, como las facilidades de trasladarse, el funcionamiento de los servicios sanitarios, las condiciones y seguridad en donde vive (37).

2.3.2.4. Características sociodemográficas del adulto mayor

- A. Envejecimiento de la población:** Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. La población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 13,9% en el año 2024 (38).
- B. Hogares con algún miembro adulto mayor:** En el primer trimestre del año 2024, 42,2% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años. Del total de hogares jefaturados por adultos mayores, 49,3% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijos o sin estos, el 23,6% de hogares de los adultos mayores son unipersonales, 20,5% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes, 5,5% son hogares sin núcleo y 1,1% son hogares compuestos, es decir existen dentro del hogar además de los parientes, otros miembros que no son familiares (38).
- C. Educación:** 11,7% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o solo tiene nivel inicial, 37,0% alcanzó a estudiar primaria; 29,5% secundaria y 21,8% nivel superior. Existe una gran brecha entre hombres y mujeres adultos mayores en el nivel superior universitaria, donde 16,8% de los hombres y 8,0% de las mujeres alcanzaron este nivel de educación. 14,6% de la población de 60 y más años no sabe leer ni escribir. En cuanto a analfabetismo, 22,6% de adultas mayores son analfabetas, mientras que 5,8% de los adultos mayores lo son (38).
- D. Acceso a la identidad y programas sociales:** 99,7% de los adultos mayores cuenta con el Documento Nacional de Identidad. Por sexo, 99,8% de la población masculina y 99,6% de la población femenina. 20,1% de los jefes de hogar adulto mayor declararon ser beneficiarios del programa social Pensión 65. Según sexo, este programa social alcanzó al 22,7% de las mujeres adultas mayores que conducen su hogar y al 18,5% de sus pares, los hombres (38).
- E. Salud:** 80,3% de la población adulta mayor del país presenta algún problema de salud crónico. Según sexo, 85,3% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico y los hombres 74,7%. En todos los ámbitos geográficos, una menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónico (38).

F. Actividad económica: Según los resultados de la Encuesta Permanente de Empleo Nacional (EPEN), en el primer trimestre del año 2024, el 50,8% de los adultos mayores participaron activamente en el mercado de trabajo, sea en condición de ocupado o buscando empleo activamente, siendo mayor el porcentaje de hombres (60,6%) que el de mujeres (41,2%) en 19,4 puntos porcentuales (38).

2.4. Hipótesis de investigación

Hi: Existe relación significativa entre nivel de depresión y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

2.5. Variables de Estudio

Variable Dependiente: Nivel de depresión

Variable Independiente: Nivel de calidad de vida

2.6. Operacionalización de variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de Depresión	Trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo (32).	Escala de Yesavage que consta de 15 preguntas (42,43).	Normal o sin depresión Depresión Leve Depresión Establecida	0 - 5 6 - 9 ≥ 10	Cualitativa	Ordinal

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de Calidad de vida	Estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (35).	Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF que consta de 26 preguntas (44).	Baja Media Alta	1-43 puntos 44-87 puntos 88-130 puntos	Cualitativa	Ordinal

Dimensiones de la calidad de vida

DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Física	Percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento (37).	Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF que consta de 26 preguntas (44).	Baja	5-15 puntos	Cualitativa	Ordinal
			Media	16-25 puntos		
			Alta	26-35 puntos		
Psicológica	Percepción del individuo sobre su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, etc. También incluye tanto las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (37).		Baja	5-13 puntos		
			Media	14-22 puntos		
			Alta	23-30 puntos		

Relaciones sociales	Percepción del individuo sobre las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral (37).		Baja Media Alta	3-8 puntos 9-12 puntos 13-15 puntos		
Ambiente	Percepción del individuo respecto a su ambiente o entorno en donde vive, como las facilidades de trasladarse, el funcionamiento de los servicios sanitarios, las condiciones y seguridad en donde vive (37).		Baja Media Alta	5-15 puntos 16-28 puntos 29-40 puntos		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en la comunidad de Colcabamba, perteneciente al centro poblado de Colcabamba, el cual está ubicado dentro en el distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, en la Región de Cajamarca; en este Centro poblado se encuentra ubicado el Puesto de Salud de Colcabamba; el establecimiento de salud es de categoría I-2 en el distrito de Cajabamba y corresponden a la Microred Cajabamba, Red Cajabamba (39).

El Puesto de Salud cuenta con 9 trabajadores de Salud entre Médico Serums, 2 obstetras, 2 Licenciadas de Enfermería, 2 Técnicas de Enfermería, un Cirujano Dentista y un Técnico en laboratorio, quienes atienden a la población de 7 comunidades, conformados por 847 familias, con un total de 2795 pobladores, entre los cuales 280 son adultos mayores de 60 años (39).

3.2. Diseño y tipo de estudio

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, porque se utilizó herramientas de análisis matemático y estadístico; de diseño no experimental, pues la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables; descriptivo-correlacional porque describe las variables y determina la relación que existe entre ellas y de corte transversal, ya que los instrumentos se aplicaron en un momento determinado (40).

3.3. Población de estudio

Adultos mayores hombres y mujeres mayores de 60 años de la comunidad de Colcabamba atendidos en el Puesto de Salud de Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca durante el año 2024. Siendo un total de 82 adultos mayores; según datos obtenidos del patrón del Censo 2024 realizado por el Puesto de Salud de Colcabamba.

3.4. Criterios de inclusión

A. Criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores de 60 años de la comunidad de Colcabamba atendidos en el Puesto de Salud de Colcabamba y que estén registrados en la base de datos del Puesto de Salud.
- ✓ Adultos mayores de 60 años que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
- ✓ Adultos mayores de 60 años en pleno uso de sus facultades mentales y físicas.

3.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada adulto mayor hombre y mujer de la comunidad de Colcabamba y cumpla con los criterios de inclusión.

3.6. Muestra

La muestra fue de tipo censal; Ramírez afirma que la muestra censal es aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra, debido a que el grupo es pequeño, se consideró a toda la población; siendo el tamaño de 82 adultos mayores hombres y mujeres que se atienden en el Puesto de Salud de Colcabamba en el presente año (41).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se usó la técnica de la entrevista y como instrumentos se utilizaron dos escalas, la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, las cuales fueron modificados algunos términos y aplicados por la autora, ya que ciertos términos no eran entendidos por los participantes del estudio en la prueba piloto, sin embargo se conserva la esencia y sentido de las preguntas de acuerdo al instrumento elegido para recopilar la información. Asimismo, se aplicó un cuestionario con preguntas relacionadas a datos sociodemográficos.

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no; pero en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original (41). Esta

escala investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días y excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo (43).

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte según el estudio de Torres G. son (24):

0 – 5: Normal o sin depresión

6 – 9 : Depresión Leve

Mayor o igual a 10 : Depresión Establecida.

La Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), se utilizó para la recolección de datos, pues, ha sido validada y usada en varias investigaciones como por Torres G, quien obtuvo valores de fiabilidad intra e interobservador de 0,96 y 0,89 respectivamente, considerados como excelentes (24).

Escala de WHOQOL-BREF

El instrumento WHOQOL-BREF, es una escala tipo Likert de 26 ítems, cada ítem con 5 opciones puntuando entre 1 y 5 . Los ítems 1 y 2 interrogan sobre calidad de vida y salud globales y los 24 restantes se agrupan en 4 dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente, donde mayores puntuaciones significan mayores niveles de calidad de vida autopercibida (45). Cada dimensión tiene indicadores independientes y el puntaje de cada ítem se agrupa con las del mismo dominio para calcular el puntaje total del dominio (45).

Dimensión salud física

Constituida por siete ítems (3,4,10,15,16,17,18) (45), con indicadores de:

5 - 15 calidad de vida baja

16 -25 calidad de vida media

26 -35 calidad de vida alta (20).

Dimensión salud psicológica

Consta de seis ítems (5,6,7,11,19,26) (45), con indicadores de:

5-13 calidad de vida baja

14 - 22 calidad de vida media

23 -30 calidad de vida alta (20).

Dimensión ambiente

Constituye ocho ítems (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25) (45), con indicadores de:

5 -15 calidad de vida baja

16- 28 calidad de vida media

29- 40 calidad de vida alta (20).

Dimensión relaciones sociales

Consta de tres ítems (20, 21, 22) (45), con indicadores de:

3-8 calidad de vida baja

9-12 calidad de vida media

13-15 calidad de vida alta (20).

Puntaje Global

Se presenta en tres niveles:

1-43 calidad de vida baja

44-87 calidad de vida media

88-130 calidad de vida alta (20).

El instrumento WHOQOL-BREF, ha sido validado y usado por Gutiérrez M y Luyo R en su trabajo de investigación, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,78 (20).

Proceso de recolección de datos

Para llevar a cabo el procedimiento de recolección de datos: Primero se gestionó la autorización del jefe del establecimiento de Salud, a través de una solicitud. Se obtuvo el Padrón de adultos mayores que se atienden en el Establecimiento de Salud.

Luego se visitó los hogares de los adultos mayores para solicitar su participación voluntaria el estudio para lo cual firmaron el consentimiento informado.

Finalmente, en una visita posterior se realizó la entrevista y se aplicaron los instrumentos, el tiempo aproximado fue de 25 minutos. Todo este proceso se llevó a cabo desde el 29 de febrero al 30 de julio del 2024.

Prueba Piloto

Para conocer la validez y confiabilidad del instrumento para la recolección de información, el 4 de marzo del 2024, se aplicó la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF a 8 adultos mayores de 60 años; en la comunidad de Rumi Rumi. Se comprobó la validez de las preguntas planteadas, ya que los participantes las respondieron con facilidad, salvo algunos términos que fueron adaptados al grupo; y el nivel de confiabilidad se alcanzó según el α de Cronbach con un valor de 0,80 en la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage y de 0,87 en la escala de calidad de Vida WHOQOL-BREF.

3.8. Procedimiento y análisis de resultados

En primer lugar, se procesaron los datos recolectados en el programa SPSS versión 26. Luego, se revisó la consistencia de datos; seguidamente se organizaron los resultados en tablas estadísticas que fueron realizadas en el programa Excel 2016. Posteriormente, se analizaron e interpretaron los resultados mediante la estadística descriptiva, porcentajes y frecuencias. Después, se demostró la hipótesis mediante prueba estadística y la estadística inferencial. Finalmente, se realizó la discusión de los resultados, los cuales fueron confrontada con la literatura consultada.

3.9. Consideraciones éticas

✓ **Autonomía:** Hace referencia al respeto que se le debe dar a las personas, las cuales son capaces de tomar sus propias decisiones (46). En este estudio, los adultos

mayores fueron informados sobre la investigación; el propósito, los objetivos y la metodología; luego se les consultó si deseaban participar, lo cual se plasmó con la firma o huella del consentimiento informado.

- ✓ **Beneficencia:** Considera que se debe tratar a las personas respetando sus decisiones, protegiéndolas de daño y asegurando su bienestar (46). En los casos donde se encontraron casos de depresión y/o alguna situación de riesgo, se realizó una consejería a los familiares y se reportó a los profesionales de la posta de salud de Colcabamba.
- ✓ **No Maleficencia:** Se identifica con el principio hipocrático de “primum non nocere” (ante todo no dañar); es decir no se debe realizar acciones que dañen a las personas (46). Los adultos mayores participantes no se expusieron a ningún riesgo.
- ✓ **Justicia:** En investigación, este principio se refleja en asegurarse que los beneficios obtenidos de la misma no van a aplicarse solamente a las clases más favorecidas sino a todos los grupos sociales susceptibles de beneficiarse de ella (46). Los adultos mayores que participaron en el estudio fueron seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión y no fueron discriminados por ningún otro motivo.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024

Características Sociodemográficas	N	%
Edad		
De 60 a 69	25	30,5
De 70 a 79	30	36,6
De 80 a más	27	32,9
Sexo		
Mujer	48	58,5
Hombre	34	41,5
Estado civil		
Casado (a)	40	48,8
Viudo (a)	23	28,0
Conviviente (a)	10	12,2
Soltero (a)	9	11,0
Situación de convivencia		
Familia nuclear	10	12,2
Familia extensa	18	22,0
Solo	15	18,3
Pareja	39	47,6
Grado de instrucción		
Sin nivel/ inicial	49	59,8
Primaria	32	39,0
Secundaria	1	1,2
Ocupación		
Pensionado	29	35,4
Independiente	35	42,7
No trabaja	18	22,0
Problemas de salud		
Si	63	76,8
No	19	23,2
Ingreso económico		
Estado	31	37,8
Hijos	13	15,9
Trabajo	34	41,5
Otros familiares	4	4,9
Total	82	100

Fuente: Datos recopilados por la autora

En la tabla 1, se observa que 36,6% de los adultos mayores oscilan entre 70 a 79 años; 58,5% son mujeres; 48,8% están casados; 47,6% viven con su pareja; 59,8% no tienen nivel educativo; 39% alcanzó algún grado de primaria; 42,7% de los participantes menciona que trabaja de manera independiente, mientras que, 35,4% son pensionados; 76,8% refieren tener problemas de salud; 41,5% mencionó que su ingreso económico es por su trabajo y 37,8% refiere es por parte del estado (Pensión 65).

Los adultos mayores de la Comunidad Colcabamba viven en una zona eminentemente rural, estas personas se dedican a la agricultura y ganadería, las mujeres se dedican a labores domésticas como el cuidado de los hijos y pareja con la preparación de alimentos, orden e higiene del hogar y la crianza de animales menores; mientras que los hombres se dedican al cultivo del campo y la crianza y comercialización de animales mayores como ganado vacuno y ovino. Respectos al estado civil, la mayoría son casados, pues es una costumbre que las hijas antes de formar una familia deben ser casada de manera religiosa y civil. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023; no existe una gran diferencia en la distribución según el sexo en los adultos mayores de 60 años, pues, 14,5% son mujeres y 13,8% son hombres, indicándonos una ligera predominancia de las mujeres (47).

El número de viudos ha aumentado en la zona por causa de la COVID-19, ya que en la época donde surgió la enfermedad los adultos mayores fueron los más afectados. Además, la mayoría vive con su pareja, debido a que los hijos migran a la ciudad en la búsqueda de mejores oportunidades tanto a nivel educativo como profesional y laboral. Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el primer trimestre del 2024, del total de hogares jefaturados por adultos mayores, 49,3% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijos o sin estos; 23,6% de hogares de los adultos mayores son unipersonales, 20,5% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes, 5,5% son hogares conformados por un jefe sin cónyuge ni hijos, que vive con otras personas con las que puede o no tener relaciones de parentesco; siendo la mayor cantidad de estos que viven en familia nuclear y con su pareja (38).

Por otro lado, los adultos mayores no lograron estudiar y por ende no saben leer ni escribir, otros alcanzaron a estudiar algún grado del nivel primaria, en su mayoría hasta 2° grado, ya que solo existía la educación hasta ese grado por falta de docentes en la

comunidad. INEI También refiere que, 11,7% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo, 37% alcanzó a estudiar primaria; 29,5% secundaria y 21,8%, nivel superior, 12,2% superior universitaria y 9,6% superior no universitaria (38).

Al dedicarse a la agricultura y la ganadería, su mayor fuente de ingresos es proveniente de estas actividades, así como también del apoyo que reciben del estado con el programa de “Pensión 65”. Según los resultados de la Encuesta Permanente de Empleo Nacional (EPEN), en el primer trimestre del año 2024, 50,8% de los adultos mayores participaron activamente en el mercado de trabajo, sea en condición de ocupado o buscando empleo activamente, siendo mayor el porcentaje de hombres (60,6%) que el de mujeres (41,2%) en 19,4 puntos porcentuales. Así mismo, según INEI, 20,1% de los jefes de hogar adulto mayor son beneficiarios del programa Pensión 65 (38).

Los adultos mayores presentan diversos problemas de salud como diabetes, HTA, artritis, artrosis y osteoporosis, debido al proceso natural de la edad y al poco cuidado en su salud que tuvieron en su juventud y adultez. El 80,3% de la población adulta mayor del país presenta algún problema de salud crónico. Según sexo, el 85,3% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico, siendo 10,6 puntos porcentuales más que sus pares los hombres (74,7%) (38).

Tabla 2. Nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024

Nivel de depresión	N	%
Normal o sin depresión	35	42,7
Depresión leve	25	30,5
Depresión establecida	22	26,8
Total	82	100

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

La tabla 2, muestra los resultados obtenidos en cuanto al nivel de depresión; 42,7% no presenta depresión, 30,5% presentan depresión leve y 26,8% tienen depresión establecida.

Los datos obtenidos coincidieron con Arias D; pues obtuvo que 50% no presentaban ningún indicio de depresión; 35,7% depresión leve; y 14,3% depresión establecida (17). De igual manera con Quispe Y, donde 40,8% tienen un diagnóstico de normal, 40,8% depresión leve y 18,5% depresión establecida (23) y con Torres G, pues, en su estudio, 75% de los adultos mayores manifestaban depresión leve, 12,5% depresión establecida y 10% no presentan depresión (24). En todos los estudios, el mayor porcentaje de los adultos mayores presentan depresión.

A nivel mundial, la OMS estima que 5,7% de los adultos mayores de 60 años experimenta depresión (3). Asimismo, en un estudio realizado en el país, se obtuvo como resultado que la prevalencia de depresión en los adultos mayores fue de 13,18% (8). La depresión en los adultos mayores se presenta como un estado de ánimo triste, alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. Además, aparecen alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican la vida del adulto mayor, interfiriendo gravemente en su calidad de vida. Existen diversos factores de riesgo como: difícil afrontamiento de acontecimientos, personalidad, dependencia, aislamiento, problemas crónicos (32).

Los resultados del estudio muestran que existe depresión leve y establecida en 57,3%, esta situación puede afectar a los participantes cuando uno o más de los hijos abandona

el hogar, muere la pareja, por la aparición de enfermedades, los cambios del propio envejecimiento, la presencia de violencia en el hogar, situaciones precarias que les impide satisfacer sus necesidades básicas, la presencia de dolores y/o enfermedades crónicas y agudas y problemas familiares que generalmente con las nueras y yernos.

Al respecto Brookshire B, refiere que, las experiencias traumáticas predisponen a la depresión. Lo mismo ocurre al vivir en la pobreza o los problemas para acceder a la atención médica o enfrentar barreras del idioma. Asimismo, menciona que hay enfermedades que son más comunes en los adultos mayores en las que la depresión es un efecto secundario, como la enfermedad de Parkinson y la demencia. Y a medida que las personas envejecen, los vasos sanguíneos en su cerebro pueden endurecerse, como en la arteriosclerosis, lo que causa daños en algunas áreas del cerebro. Además, esos vasos rígidos pueden aumentar el riesgo de un tipo de depresión llamada depresión vascular. Esto es más común en los adultos mayores y puede ir acompañada de deterioro cognitivo (48).

Los adultos mayores de Colcabamba con depresión muestran insatisfacción con su vida, dejan de hacer cosas que les gustaba hacer antes, se sienten vacíos, desprotegidos, aburridos, tristes, están preocupados porque algo malo les puede pasar, prefieren quedarse en casa que salir, se sienten inútiles, sin energía y sin esperanza; muchos de ellos no le encuentran sentido a la vida y creen que lo mejor sería morir. En este sentido Brookshire B, refiere que, los adultos mayores podrían tener calificaciones similares en las escalas de depresión que las personas más jóvenes, pero podrían sentirse mucho más afectados por sus síntomas. “No tienen en cuenta su higiene; descuidan la alimentación”. Personas de todas las edades hacen esto cuando están gravemente deprimidas, pero en los adultos mayores, incluso la depresión moderada puede afectar cuán bien se cuidan a sí mismos (48).

Como futura profesional de enfermería se considera importante la identificación de adultos mayores vulnerables que viven en contextos pocos favorables para su salud física y emocional, ya sea durante la atención intramural a través de la consulta médica como en las visitas domiciliarias que forman parte de la labor extramural, priorizando aspectos emocionales y salud mental como la depresión, que puede influir negativamente en la calidad de vida del anciano.

Tabla 3. Nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024

Nivel de calidad de vida	N	%
Baja	1	1,2
Media	72	87,8
Alta	9	11,0
Total	82	100

Fuente: Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF

En la tabla 3, se observa que, 87,8% de los adultos mayores tienen un nivel de calidad de vida media, 11% un nivel alto y 1,2% baja; predominando la calidad de vida media.

Los resultados en la investigación de Albinagorta J, coinciden con los del estudio, pues encontró que la calidad de vida en los adultos mayores se manifiesta como media al 69,2% de participantes, mientras que 29,2% presenta calidad de vida alta y 1,6% calidad de vida baja (19). Asimismo, coinciden con los resultados de Gutiérrez M, Luyo R, ya que encontró que, 50,8% de los participantes presentan calidad de vida media, 26,3% calidad de vida alta y 22,9% presentaron calidad de vida baja, predominando la calidad de vida moderada, seguida de la alta y baja (20).

Difiere con los estudios de Chuco E, cuyos resultados fueron que, 97,8 % califica su calidad de vida como media, 1,6% baja y 0,5% alta (22); de Cerna G, Tanta M, quienes determinaron que 79% presentó un nivel medio de calidad de vida, 20% un nivel bajo (25); de Quispe Y, quien, en cuanto a calidad de vida, encontró que 78,5% presenta una calidad de vida media, 3,1% presenta una calidad de vida baja, y 1,5% alta (23) y de Fernández J, pues encontró que el 74% un nivel de calidad de vida media, 14% un nivel de calidad de vida baja y 12% presenta un nivel de calidad de vida alta (27). Predominando la calidad de vida media, seguida de la baja y alta. Sin embargo, en todos los estudios mencionados, predomina la calidad de vida media (49).

La calidad de vida es definida por la OMS 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 su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (15).

La calidad de vida media como el resultado lo refiere, se relaciona con los medios económicos de los adultos mayores de Colcabamba, ya que como se mencionaba anteriormente existe cierto nivel económico pues tienen recursos agrícolas y ganaderos para comercializar, así mismo existe apoyo con el programa “Pensión 65”. Respecto a esto Aranco N y colaboradores refieren que las personas mayores de la región de América Latina y el Caribe viven más tiempo con mejor salud y menos pobreza que hace 20 años. En el año 2000, una persona promedio de 65 años podía esperar vivir 7,1 años con buena salud y sin pobreza. En el año 2019, este indicador había aumentado un 37%, hasta los 9,7 años. Alrededor del 86% de esta ganancia es atribuible a un descenso de las tasas de pobreza entre las personas mayores (del 48% al 34%) (49).

En cuanto a su salud, se sienten hasta cierto grado insatisfechos, asimismo, tienen algún dolor que no les impide realizar sus actividades diarias, tienen problemas a la hora de dormir, cuentan con poco apoyo familiar y/o amical y se encuentran insatisfechos con el ambiente y servicios de salud del entorno donde viven, asimismo Aranco N y colaboradores menciona que en América Latina y el Caribe, la calidad de vida de las personas mayores varía sustancialmente entre países. En países como Brasil, Chile, Panamá y Uruguay, una persona de 65 años puede esperar vivir más de 12 años en condiciones saludables y sin pobreza. Estas grandes diferencias se explican por las discrepancias tanto en la esperanza de vida saludable como en las tasas de pobreza. Además, en promedio, en los países de América Latina y el Caribe, el 14,4% de las personas mayores de 65 años viven en situación de dependencia funcional y necesitan ayuda para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (49).

Tabla 4. Nivel de calidad de vida según sus dimensiones de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024

Dimensiones	Nivel de calidad de vida						Total	
	Baja		Media		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Física	13	15,9	58	70,7	11	13,4	82	100
Psicológica	15	18,3	61	74,4	6	7,3	82	100
Ambiente Relaciones Sociales	8	9,8	70	85,4	4	4,9	82	100
	31	37,8	51	62,2	0	0,0	82	100

Fuente: Escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF

La tabla 4, en cuanto al nivel de calidad de vida de los adultos mayores de acuerdo a sus dimensiones se observa que; en la dimensión salud física; 70,7% presenta una calidad de vida media y 15,9% baja ; en la dimensión salud psicológica; predomina la calidad de vida media con 74,4%, seguido 18,3% baja; en la dimensión ambiente; predomina la calidad de vida media con 85,4%, seguido de la calidad de vida baja con 9,8%; y en la dimensión relaciones Sociales; 62,2% presenta calidad de vida media y 37,8% baja.

Con el estudio de Chuco E, los resultados coinciden en la dimensión salud psicológica, relación social y medio ambiente, pues predominó la calidad de vida media con 98,9%, 62% y 94,6% respectivamente; mientras que discrepan en la dimensión de salud física, ya que predominó la calidad de vida alta con un porcentaje de 94,6% (22). También con Cerna G y Tanta M, coincidieron en todas las dimensiones porque hubo predominancia de la calidad de vida media (25). De igual forma con Fernández J, donde predomina la calidad de vida media en las dimensiones de salud física y psicológica. Sin embargo, en la dimensión relaciones sociales predominó la calidad de vida baja con 51%, y ambiente, pues predominó la calidad de vida baja con 52% (27).

Los adultos mayores de la comunidad de Colcabamba presentan predominantemente un nivel de calidad de vida moderada en sus 4 dimensiones. En las dos últimas décadas, el nivel de vida de las personas mayores de la región mejoró notablemente, y muchas de ellas pasaron a formar parte de la clase media o alta. El porcentaje de personas mayores en estos grupos aumentó del 29% al 42%. El cambio fue ligeramente mayor entre las

mujeres, con 14 puntos porcentuales (del 21% al 35%), en comparación a 12 puntos porcentuales entre los hombres (del 38% al 50%) (49).

Existe también un porcentaje considerable de adultos mayores con calidad de vida baja en las 4 dimensiones; en lo concerniente a la dimensión salud física, presentan dolor que les impide hacer sus actividades de la vida diaria y necesitan de un tratamiento médico, no tienen energía suficiente, son capaces de desplazarse, pero con cierta dificultad, están insatisfechos con su sueño, etc. En cuanto a la dimensión salud psicológica, no disfrutan la vida, sienten que la vida no tiene sentido, no son capaces de concentrarse, no aceptan su apariencia física, están insatisfechos con ellos mismos y sienten con frecuencia sentimientos negativos.

En lo referente a la dimensión ambiente, se sienten inseguros, consideran que su ingreso económico es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas, no realizan actividades de ocio, se encuentran insatisfechos del lugar donde viven y del transporte de su zona. En la dimensión relaciones sociales, existen conflictos familiares que pueden influir negativamente su calidad de vida.

La buena salud es un determinante esencial de la calidad de vida de las personas mayor, así como la capacidad de vivir de forma independiente. El envejecimiento se asocia a menudo con un mayor riesgo de perder la capacidad funcional debido a la disminución de las funciones sensoriales o cognitivas. En algunos casos, este deterioro se debe a la progresión de las enfermedades crónicas. Por lo general, las personas mayores pierden primero la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria de forma independiente, como comprar alimentos, cocinar una comida caliente, tratar su salud, administrar el dinero y salir a la calle. La reducción de la capacidad para realizarlas es un indicador de un mayor deterioro físico y/o cognitivo. A medida que la capacidad funcional se deteriora, las personas mayores pueden perder la capacidad de realizar de forma independiente algunas actividades básicas de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse o ir al baño (49).

Tabla 5. Relación entre nivel de depresión y nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024

Nivel de depresión	Nivel de calidad de vida						Valor p
	Baja		Media		Alta		
	N	%	N	%	N	%	
Normal o sin depresión	0	0,0	27	37,5	8	88,9	
Depresión Leve	0	0,0	24	33,3	1	11,1	0,021
Depresión Establecida	1	100,0	21	29,2	0	0,0	
Total	1	100	72	100	9	100	

Fuente: Datos recopilados por la autora

La tabla 5, muestra la relación entre las dos variables en estudio, donde se observa que $p=0,021 < 0,05$, por lo tanto, existe relación significativa entre depresión y calidad de vida de los adultos mayores, es decir, que existe relación entre nivel de depresión y el nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba con un valor de $p=0,021$. La depresión presenta junto a la tristeza otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del adulto mayor, interfiriendo gravemente en la calidad de vida de este (32).

Correlación que coincidió con los estudios de Arias D (17), Gutiérrez M (20), Luyo R (22), Chuco E (23), Quispe Y y Torres G (24), ya que en todos los estudios se determinó la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables. Sin embargo, los resultados obtenidos discreparon de Zapata M (18), Albinagorta J (19) y Silva S (21) porque en estos estudios se determinó que la relación entre variables no fue significativa.

Se ha determinado que existe relación entre la variable depresión y calidad de vida, pues a mayor nivel de depresión menor calidad de vida y viceversa, lo que se relaciona con la presencia de deficiencias en la salud, como la depresión, ya que los adultos mayores son afectados negativamente en su capacidad para realizar actividades de autocuidado, lo que a su vez puede empeorar su calidad de vida y pueden requerir apoyo y asistencia para mejorar su salud; lo que se relaciona con la teoría de Dorotea Orem.

En 2019 se determinó que, por cada 100 personas mayores de 65 años, los trastornos mentales son responsables de 14 años vividos con discapacidad, una tasa dos veces superior a la de la diabetes y más de tres veces por encima de la de las neoplasias. Por un lado, la aparición de un padecimiento crónico puede llevar a la dependencia funcional en el mediano y largo plazo. Por otra parte, la dependencia funcional puede conducir a la aparición de enfermedades crónicas debido a la falta de actividad física, las deficiencias nutricionales, y el desarrollo de síntomas de depresión. Existe una vasta y sólida evidencia de que las buenas políticas para aumentar la cobertura y la calidad de las pensiones, el sistema de salud, y la atención a la dependencia mejoran la calidad de vida de las personas mayores (49).

CONCLUSIONES

1. Según las características sociodemográficas, la mayoría de los adultos mayores tienen entre 70 y 79, son mujeres, casados, viven con su pareja, no tienen nivel educativo, trabaja de manera independiente, tiene problemas de salud y su ingreso económico depende de su trabajo.
2. Acerca del nivel de depresión, la mayoría de los adultos mayores presentan depresión entre leve y establecida.
3. En el nivel de calidad de vida, la mayoría de los participantes presentan un nivel de calidad de vida media.
4. El nivel medio de calidad de vida se presentó con mayor porcentaje en las dimensiones física, psicológica, ambiente y relaciones sociales.
5. Existe relación significativa entre el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Al Puesto de Salud

- ✓ Implementar programas de promoción y prevención, para la salud mental de los adultos mayores, que incluyan al cuidador.
- ✓ Capacitar al personal de salud en temas de salud mental.
- ✓ Socializar los resultados del estudio con otros actores sociales como promotores de salud, autoridades comunales y programas sociales (Pensión 65).

A la Escuela de Enfermería

- ✓ Realizar un mayor número de investigaciones con adultos mayores y en temas de salud mental, así como también en puestos de ámbitos de estudio dónde no se haya trabajado anteriormente.
- ✓ Considerar los resultados de la investigación como guía para el emprendimiento de nuevos estudios, así como profundizar en el análisis de los problemas de Depresión y Calidad de vida.
- ✓ Promover y ejecutar proyectos de responsabilidad social universitaria priorizando a grupos vulnerables como el adulto mayor en base a un trabajo coordinado entre docentes y alumnos para plantear y desarrollar actividades de promoción y prevención de depresión y bajo nivel de calidad de vida en este grupo, a través de reuniones educativas efectivas, círculos de lectura y manualidades del adulto mayor, musicoterapia, etc.
- ✓ Incluir en los contenidos teóricos y prácticos de la asignatura de Salud del Adulto y Adulto mayor temas relacionados como identificación y valoración de adultos mayores vulnerables con la participación de la familia y cuidadores para promover la sensibilización y apoyo emocional al anciano y a la familia.

Al adulto y anciano

- ✓ Acudir al Puesto de Salud de Colcabamba y expresar lo que siente al personal de salud.
- ✓ Buscar ayuda en la familia y amigos.

A los investigadores

- ✓ Realizar investigaciones cualitativas con las variables de este estudio
- ✓ Trabajar con las demás comunidades que se atienden en el Puesto de Salud de Colcabamba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional sobre el envejecimiento. Las personas mayores y la depresión. (citado noviembre 2024). Disponible desde: <https://order.nia.nih.gov/sites/default/files/2024-08/personas-mayores-depresion.pdf>
2. OMS [Internet]. Envejecimiento y salud; 2023 oct (citado enero 2024). Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Corea MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña [Internet].2021 may (citado julio 2023);89 (1):51-68. Disponible desde: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
4. OMS [Internet]. Depresión; 2023 mar (citado julio 2023). Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
5. Pan American Life. La salud mental en América Latina y el Caribe La Pan.pdf [Internet].2022 (citado enero 2024).12-13.
6. Perú 21 [Internet]. Perú. ¿Cuál es la situación actual de la salud mental en el Perú?; 2023 feb (citado junio 2023). Disponible desde: <https://peru21.pe/vida/salud/cual-es-la-situacion-actual-de-la-salud-mental-en-el-peru-salud-mental-salud-mental-en-el-peru-trastornos-mentales-depresion-ansiedad-articulo-noticia/>
7. EnConsulta [Internet]. Perú. Más de 18 mil cajamarquinos recibieron atención por depresión durante el 2021; 2022 jun (citado junio 2023). Disponible en: <https://enconsulta.pe/notas/mas-de-18-mil-cajamarquinos-recibieron-atencion-por-depresion-durante-el-2021/>
8. Méndez E. Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines [Internet].2021 dic (citado julio 2023); 38(2):13-15. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/journal/180/18066677007/>

9. Torres J, Torres D. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Horizonte Médico [Internet]. 2023 sep (citado julio 2023);23(3):e2220. Disponible desde: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2220>
10. OMS [Internet]. Salud mental de los adultos mayores; 2023 oct (citado enero 2024). Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
11. Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, Sykioti P, Varrassi G, Paladini A. Depresión y dolor crónico en ancianos: vínculos y desafíos en su manejo. PMC [Internet]. 2017 abr (citado julio 2023). 21 (12):709-720. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407450/>
12. Hare D, Toukhsati S, Johansson P, Jaarsma T. Depresión y enfermedad cardiovascular: una revisión clínica. Pub Med [Internet]. 2014 jun (citado julio 2023);35(21):1365-72. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24282187/>
13. Leyhe T, Reynolds C, Melcher T, Linnemann C, Klöppel S, Blennow K, Zetterberg H, Dubois B, Lista S, Hampel H. Un desafío común en los adultos mayores: clasificación, superposición y terapia de la depresión y la demencia. Pub Med [Internet]. 2017 ene (citado julio 2023);13(1):59-71. Disponible desde: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27693188/>
14. Valera J, Lucerón L, Torres M. Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Publica. [Internet]. 2021 Oct (citado julio 2023); 8(95):e202110166. Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8248249>
15. OMS. ¿Qué es calidad de vida? Foro mundial de la salud [Internet]. 1996 (citado junio 2023); 17(4) : 385-38. Disponible desde: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
16. Plataforma Digital única del Estado Peruano [Internet]. Solicitar atención en Centros de Salud Mental Comunitaria en el Perú; 2023 (citado junio 2023). Conocer los Centros de

Salud Mental Comunitaria en el Perú. Disponible desde: <https://www.gob.pe/10942-conocer-los-centros-de-salud-mental-comunitaria-en-el-peru>

17. Arias D. Depresión y calidad de vida en adultos mayores que pertenecen al Centro Gerontológico San Francisco del Cantón Sigchos. [Tesis de titulación]. Quito, Ecuador: Universidad central del Ecuador;2022 (citado junio 2023). Disponible desde: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26102/1/FCP-CPC-ARIAS%20DAYANA.pdf>
18. Zapata M. Relación entre Depresión y Calidad de vida en adultos mayores del Hospital General De Latacunga. agosto de 2021. [Tesis de titulación]. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Ecuador;2021 (citado junio 2023). Disponible desde: <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e219e767-a221-46f2-a069-3f1565308bd8/content>
19. Albinagorta J. Depresión y Calidad de vida en adultos mayores albergados en una institución pública, Lima, Perú 2022. [Tesis de titulación].Lima, Perú: Universidad Garcilaso de la vega ;2022 (citado junio 2023). Disponible desde: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6510289>
20. Gutiérrez M, Luyo R. Calidad de vida y depresión en adultos mayores en el Establecimiento de Salud en San Martín, septiembre-diciembre 2021. [Tesis de titulación].Trujillo, Perú: Universidad César Vallejo;2021 (citado febrero 2024).Disponible desde: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/88201/Guti%c3%a9rrez_RMJ-Luyo_RRR-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Silva S. 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 titulación].Trujillo, Perú: Universidad César Vallejo;2021 (citado enero 2024). Disponible desde: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60385/Silva_ASP-SD.pdf

22. Chuco E. Calidad de vida y Depresión en adultos mayores del Centro Poblado de Huaynacancha, Junín.[Tesis de titulación]. Lima, Perú: Universidad Autónoma del Perú;2021 (citado junio 2023); Disponible desde: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1316/Chuco%20M%20acalapu%2c%20Erika%20Martha.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
23. Quispe Y. Depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable en San Martín de porres. Revista de investigación científica Ágora [Internet]. 2021 dic (citado julio 2023); 8(2):3-10. Disponible desde: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/178/132>
24. Torres G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud patrona de Chota, 2021.[Tesis de titulación]. Chota, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 (citado junio 2023). Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5184/TESIS%20DETERIORO%20COGNITIVO%20%20Y%20DEPRESION%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%202022.%20gelin%20daniksa%20%20finall.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Cerna G, Tanta M. Calidad de vida del adulto mayor del CIAM Cajamarca, 2021.[Tesis de titulación]. Cajamarca, Perú: UPAGU; 2021 (citado junio 2023). Disponible desde: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/2263/TESIS%20FINAL%20GIOVANNY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Quiroz Y. Factores Biopsicosociales y la depresión del adulto mayor. Puesto de Salud Agocucho-Cajamarca-2019.[Tesis de titulación]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca;2020 (citado junio 2023). Disponible desde: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/3827/TESIS%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Fernández J. Calidad de vida en adultos mayores de un centro del adulto mayor en Cajamarca.[Tesis de titulación]. Cajamarca, Perú:UPAGU;2020 (citado junio 2023). Disponible desde: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1229/1.%20TESIS%20CALIDAD%20DE%20VIDA%20P%2c%20PUBLICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

28. Berman A, Snyder S. Teorías de enfermería y marcos conceptuales. En: Illescas M, Cardoso T, Martín M, editores. Fundamentos de Enfermería. Novena Edición. Madrid: GEA Consultoría Editorial; 2013. p. página 39-51.
29. Minsa [Internet]. Perú. Norma Técnica de salud para el cuidado integral de la salud de las personas adultas mayores;2023 (citado septiembre 2023). Disponible desde: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-789-2023-MINSA-MOD-RM-948-2023>.
30. McGraw [Internet]. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales; (citado junio 2023). Disponible desde: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
31. García M. [Internet].Cambios psicosociales en el adulto mayor; (citado diciembre 2024). Disponible desde: <https://es.scribd.com/document/510817646/Cambios-Psicosociales-en-El-Adulto-Mayor>
32. Gonzáles A, Valdés M, Iglesias S, García M, González D. La depresión en el anciano. NPunto [Internet]. 2018 nov (citado julio 2023); 1(8):3-10. Disponible desde: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
33. IMSS [Internet]. Diagnóstico y tratamiento de la depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención; (citado diciembre 2024). Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/194GRR.pdf>
34. National Institute on Aging [Internet]. EEUU. Las personas mayores y la depresión;2022 ene (citado septiembre 2023). Disponible desde: <https://www.nia.nih.gov/espanol/depresion/personas-mayores-depresion>
35. Rubio D, Rivera L, Borges L, Gonzáles F. Calidad de vida en el adulto mayor. Varona [Internet]. 2015 jul (citado julio 2023);(61):1-7. Disponible desde: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
36. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2007 sep ;68(3):284-90.

Disponible desde: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012#:~:text=Conclusiones%3A%20Para%20el%20adulto%20mayor,%20%2C%20decisi%C3%B3n%2C%20comunicaci%C3%B3n%20e%20informaci%C3%B3n.

37. Bautista L. La calidad de vida como concepto. Ciencia y cuidado[Internet]. 2017 (citado julio 2023); 14(1). Disponible desde: <https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/508/5082219008/html/>
38. INEI [Internet]. Situación de la población adulto mayor; (citado agosto 2024). Disponible desde: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6548711/5706764-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-enero-febrero-marzo-2024.pdf>
39. MINSA [Internet]. Puesto de Salud Colcabamba en Cajabamba; (citado agosto 2023). Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/puesto-de-salud-colcabamba-cajabamba/>
40. Hernández R. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En: Toledo M, Mares J, Rocha M. Metodología de la investigación. [Internet]. México: Interamericana editores;2014 [citado 20 agosto 2023] P.2-18. Disponible desde: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista- Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
41. UNERG-CUE [Internet]. Metodología de la Investigación Enfermería; [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <http://metinvest.jimdofree.com/marco-metodol%C3%B3gico/>
42. Hoyol T, Valenzuela E, Marín P. 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.Scielo [Internet]. 2000 nov (citado abril 2024);128(11). Disponible desde: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003#:~:text=La%20Escala%20de%20Depresi%C3%B3n%20Geri%C3%A1trica%20de%20Yesavage%20es%20un%20instrumento,preguntas%20de%20formato%20si%20Dno.

43. Gómez A, Campo A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial .Scielo [Internet]. 2011 dic (citado junio 2024);10(3). Disponible desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008
44. Eduardo J, Pérez P. Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación. Scielo [Internet]. 2018 may (citado junio 2024);34(2): 251-257. Disponible desde: https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v34n2/es_0212-9728-ap-34-02-251.pdf
45. Espinoza I, Osorio P, Torrejón J; Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista médica de Chile [Internet]. 2011 (citado mayo 2024);139:579-586. Disponible desde: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>
46. Escudero V y colaboradores. La ética de la investigación enfermera. Revista Enfermería C y L [Internet]. 2010 (citado mayo 2024);2 (2) :3-14. Disponible desde: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2018/02/45-160-1-PB-3.pdf>
47. INEI [Internet]. Encuesta Demográfica y de salud familiar 2023; (citado agosto 2024). Disponible desde: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
48. Brookshire. B. AARP [Internet]. La depresión en los adultos mayores; (citado agosto 2024). Disponible desde: <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2024/depresion-en-personas-mayores.html#:~:text=En%20una%20encuesta%20de%20Gallup,o%20m%C3%A1s%20informaron%20lo%20mismo.>
49. Aranco N, Bosch M, Stampin M, Azuara O, Goyeneche L, Ibarán P, et al. BID [Internet]. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores; (citado agosto 2024). Disponible desde:

<https://publications.iadb.org/es/envejecer-en-america-latina-y-el-caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores>

ANEXO N° 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Ericka Madaí Morillo Fernández, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. El objetivo del estudio es determinar la relación entre el nivel de depresión y calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ericka Madaí Morillo Fernández. He sido informado sobre el estudio.

Colcabamba,.....del 2024.

Firma del Participante

ANEXO N° 2.**CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS
MAYORES****I. PRESENTACIÓN**

Buenos días/tardes, Soy Ericka Morillo Fernández, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca. El presente cuestionario es con la finalidad de conocer la presencia de algún nivel de depresión y el nivel de su calidad de vida. La información proporcionada será confidencial. El cuestionario tiene una duración aproximada de 25 minutos.

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**1. Edad:.....****2. Sexo:**

1. () Femenino

2. () Masculino

3. Estado Civil:

1. () Casado (a)

2. () Viudo (a)

3. () Conviviente

4. () Separado (a)

5. () Soltero (a)

6. () Divorciado (a)

4. Situación de Convivencia

1. () Familia nuclear

2. () Familia extensa

3. () Solo

4. () Pareja

5. Grado de Instrucción

1. () Sin nivel/ inicial

2. () Primaria

3. () Secundaria

4. () Superior no universitaria

5. () Superior universitaria

6. Ocupación

1. () Empleado

2. () Pensionado

3. () Independiente

4. () No trabaja

7. Problemas de Salud

1. () Sí

2. () No

8. Ingreso Económico

1. () Estado

2. () Hijos

3. () Trabajo

4. () Otros familiares

III. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Instrucciones

A continuación, se presenta un listado de preguntas sobre depresión. Responda según como se ha sentido Ud. Durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1.	¿Está Ud. Satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades anteriores?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5.	¿Está Ud. de buen ánimo (tranquilo/a) la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado o que no vale nada?	SI	NO
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?	SI	NO
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable actualmente?	SI	NO
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15.	¿Cree Ud. que las personas están en general mejor que Usted?	SI	NO
	Total		

IV. Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Responda las preguntas que se le realizará, pensando en su vida durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Está satisfecho/a con su salud?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO N° 3.

RESULTADOS DE PRUEBA PILOTO

Estadísticas de fiabilidad

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

N de preguntas	15
Alfa de Cronbach	0,797

Estadísticas de fiabilidad

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

N de preguntas	26
Alfa de Cronbach	0,870

ANEXO N° 4.

Tabla 6. Características sociodemográficas según el nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

Características sociodemográficas	Nivel de depresión						Total	
	Normal o sin depresión		Depresión leve		Depresión establecida		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Edad								
De 60 a 69	17	68,0	5	20,0	3	12,0	25	100
De 70 a 79	13	43,3	11	36,7	6	20,0	30	100
De 80 a más	5	18,5	9	33,3	13	48,1	27	100
Sexo								
Mujer	17	35,4	15	31,3	16	33,3	48	100
Hombre	18	52,9	10	29,4	6	17,6	34	100
Estado Civil								
Casado (a)	20	50,0	10	25,0	10	25,0	40	100
Viudo (a)	5	21,7	7	30,4	11	47,8	23	100
Conviviente (a)	4	40,0	6	60,0	0	0,0	10	100
Soltero (a)	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	100
Situación de Convivencia								
Familia nuclear	3	30,0	5	50,0	2	20,0	10	100
Familia extensa	8	44,4	4	22,2	6	33,3	18	100
Solo	4	26,7	4	26,7	7	46,7	15	100
Pareja	20	51,3	12	30,8	7	17,9	39	100
Grado de Instrucción								
Sin nivel/ inicial	15	30,6	17	34,7	17	34,7	49	100
Primaria	20	62,5	8	25,0	4	12,5	32	100
Secundaria	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100
Ocupación								
Pensionado	8	27,6	10	34,5	11	37,9	29	100
Independiente	22	62,9	8	22,9	5	14,3	35	100
No trabaja	5	27,8	7	38,9	6	33,3	18	100
Problema de salud								
Si	21	33,3	21	33,3	21	33,3	63	100
No	14	73,7	4	21,1	1	5,3	19	100
Ingreso económico								
Estado	9	29,0	10	32,3	12	38,7	31	100
Hijos	2	15,4	7	53,8	4	30,8	13	100
Trabajo	21	61,8	8	23,5	5	14,7	34	100
Otros familiares	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	100

ANEXO N°5.

Tabla 7. Características sociodemográficas según el nivel de calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024.

Características sociodemográficas	Nivel de calidad de vida						Total	
	Baja		Media		Alta		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Edad								
De 60 a 69	0	0,0	22	88,0	3	12,0	25	100
De 70 a 79	0	0,0	25	83,3	5	16,7	30	100
De 80 a más	1	3,7	25	92,6	1	3,7	27	100
Sexo								
Mujer	0	0,0	46	95,8	2	4,2	48	100
Hombre	1	2,9	26	76,5	7	20,6	34	100
Estado Civil								
Casado (a)	0	0,0	34	85,0	6	15,0	40	100
Viudo (a)	1	4,3	21	91,3	1	4,3	23	100
Conviviente (a)	0	0,0	9	90,0	1	10,0	10	100
Soltero (a)	0	0,0	8	88,9	1	11,1	9	100
Situación de Convivencia								
Familia nuclear	0	0,0	9	90,0	1	10,0	10	100
Familia extensa	0	0,0	18	100,0	0	0,0	18	100
Solo	1	6,7	13	86,7	1	6,7	15	100
Pareja	0	0,0	32	82,1	7	17,9	39	100
Grado de Instrucción								
Sin nivel/ inicial	1	2,0	46	93,9	2	4,1	49	100
Primaria	0	0,0	25	78,1	7	21,9	32	100
Secundaria	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100
Ocupación								
Pensionado	1	3,4	28	96,6	0	0,0	29	100
Independiente	0	0,0	27	77,1	8	22,9	35	100
No trabaja	0	0,0	17	94,4	1	5,6	18	100
Problema de salud								
Si	1	1,6	59	93,7	3	4,8	63	100
No	0	0,0	13	68,4	6	31,6	19	100
Ingreso económico								
Estado	1	3,2	30	96,8	0	0,0	31	100
Hijos	0	0,0	12	92,3	1	7,7	13	100
Trabajo	0	0,0	26	76,5	8	23,5	34	100
Otros familiares	0	0,0	4	100,0	0	0,0	4	100

ERICKA MORILLO FERNÁNDEZ

TESIS ERICKA MORILLO FERNÁNDEZ.pdf

 My Files

 My Files

 Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:423683696

Fecha de entrega

26 ene 2025, 2:36 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

27 ene 2025, 10:58 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS ERICKA MORILLO FERNÁNDEZ.pdf

Tamaño de archivo

331.2 KB

44 Páginas

12,998 Palabras

66,023 Caracteres

15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 13%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 13% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
hdl.handle.net		2%
2	Internet	
repositorio.upagu.edu.pe		<1%
3	Internet	
cdn.www.gob.pe		<1%
4	Internet	
repositorio.unjfsc.edu.pe		<1%
5	Internet	
repositorio.unc.edu.pe		<1%
6	Internet	
intra.uigv.edu.pe		<1%
7	Internet	
repositorio.unsa.edu.pe		<1%
8	Internet	
repositorio.unap.edu.pe		<1%
9	Internet	
repositorio.upse.edu.ec		<1%
10	Trabajos entregados	
uncedu on 2023-11-24		<1%
11	Internet	
cybertesis.unmsm.edu.pe		<1%