



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Relación entre calidad de vida y depresión en los adultos  
mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un  
Hospital I, Arequipa – 2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Enfermería

**AUTORA:**

Silva Andia, Sofia Paola (ORCID: [0000-0002-7554-7196](https://orcid.org/0000-0002-7554-7196))

**ASESORA:**

Dra. Ruiz Lavado, Noemí Emérita (ORCID: [0000-0003-2809-1322](https://orcid.org/0000-0003-2809-1322))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud mental

TRUJILLO – PERÚ

2021

## **DEDICATORIA**

A Dios Todopoderoso y a la Virgen de Chapi, por ser luz y guía en mi vida.

A mis amados padres Alfredo y Norita, por ser mi mayor y más grande motivación para seguir adelante, por su amor infinito, por creer siempre en mí y porque no me permitieron rendirme nunca. A mis queridas hermanas y a mis preciosos sobrinos por su cariño y apoyo en todo momento.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios porque sin Él nada de esto hubiera sido posible

Mi agradecimiento a la Universidad César Vallejo. Institución que me brindó la oportunidad de poder realizar este trabajo de investigación y así culminar con esta etapa.

A mi asesora de tesis, por la orientación y ayuda que me brindó para la realización de esta tesis y por haberme dado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos científicos.

A mis padres Alfreddito y Norita, por su apoyo incondicional, por su preocupación, por estar a mi lado y sobre todo por toda la paciencia que han tenido conmigo durante todo este tiempo.

Lo que más deseo es que siempre se sientan orgullosos de tenerme como hija, porque yo me siento privilegiada de tenerlos como padres.

A mis hermanas, quienes siempre estuvieron apoyándome en todo momento y por comprender mi ausencia en muchas ocasiones especiales.

¡Gracias!

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	6
III. METODOLOGÍA.....	19
3.1. Tipo y diseño de la investigación .....	19
3.2. Variables y operacionalización.....	19
3.3. Población, muestra, muestreo.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.5. Procedimientos .....	23
3.6. Método de análisis de datos.....	23
3.7. Aspectos éticos .....	23
IV. RESULTADOS.....	24
V. DISCUSIÓN .....	27
VI. CONCLUSIONES .....	30
VII. RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Correlación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa 2020...	24
Tabla 2: Nivel de calidad de vida en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa 2020 .....	25
Tabla 3: Grado de depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa 2020 .....	26

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo principal establecer la relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, para lo cual se desarrolló una investigación de tipo básica, de diseño no experimental, transversal, de tipo descriptivo correlacional; la muestra fue de 210 adultos mayores calculada a partir de la población conformada por 459 pacientes, los cuales pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria de un Hospital I en distintos distritos de la ciudad de Arequipa; para recolectar los datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios, la escala FUMAT para la variable de Calidad de vida y la escala de depresión geriátrica de Yesavage para la variable Depresión. Los datos obtenidos mediante los cuestionarios se vertieron a una matriz de datos que se analizaron con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 23. Los resultados mostraron correlación significativa y negativa ( $r_s = -0,602$ ;  $p < 0.01$ ) entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, lo cual indica que, a mayor calidad de vida, menor grado de depresión o viceversa.

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

## ABSTRACT

The primary objective of the research was to establish the relationship between quality of life and depression in elderly in the Home Care Programme (PADOMI) in a I-Hospital in Arequipa, for which a basic, non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational research was undertaken. The sample consisted of 210 elderly people selected from the population of 459 patients, who belong to the Home Care Programme of a I-Hospital in different districts of Arequipa city. To collect the data, the survey technique was used and two questionnaires were used as instruments, the FUMAT scale for the Quality of Life variable and the Yesavage Geriatric Depression Scale for the depression variable. The data obtained from the questionnaires was converted into a data matrix that was analysed with the help of the SPSS version 23 statistics package. The results showed a significant and negative correlation ( $r_s = -0.602$ ;  $p < 0.01$ ) between quality of life and depression in elderly in the Home Care Programme (PADOMI) in a I-Hospital in Arequipa, which indicates that the higher the quality of life, the lower the degree of depression or vice versa.

**Keywords:** Quality of life, depression, elderly.

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la población de adultos mayores constituye un grupo vulnerable en la sociedad. Esto se debe a que muchos de ellos se encuentran frente a situaciones de riesgo propiciadas por la carencia de recursos personales, económicos, familiares y sociales. La Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> sostiene que entre los años 2015 al 2050 la población adulta mayor pasará a representar del 12% al 22% de la población mundial, lo que en cifras significan 2000 millones de adultos mayores.

Al alcanzar la etapa de la senectud, el sujeto atraviesa por una serie de cambios fisiológicos y funcionales esperados para su edad; cambios propios en el proceso del envejecimiento del ser humano. Estos cambios, en general, implican una reducción de las capacidades físicas y psicológicas del adulto mayor; cambios que pueden verse intensificados por la presencia de enfermedades o patologías que pueden ocasionar un deterioro en la capacidad funcional.<sup>2</sup> Frente a este escenario, surge la idea del envejecimiento digno y saludable; en tal sentido, un cuidado familiar y una atención por parte del sistema sanitario que cubra todas las necesidades de la persona, se traducirá como una mejora en el bienestar de los adultos mayores en aspectos tales como, físicos, psíquicos y sociales. Tales aspectos han de lograrse mediante el apoyo dentro del contexto de la familia, y con una mejor cobertura de servicios sociales y sanitarios de calidad; asimismo, el acceso a la asistencia alimentaria y nutricional, junto a mayores oportunidades propiciará un estilo de vida más armónico dentro del contexto familiar y comunitario para los adultos mayores.<sup>3</sup> Por ende, velar y cubrir estas demandas permitirá que los mismos mejoren sus condiciones y tengan acceso a una mejor calidad de vida.

Este concepto tiene un carácter multidimensional, y abarca, a la vez, aspectos objetivos y subjetivos, los cuales, guardan relación con las condiciones materiales y la experiencia propia del individuo. Los aspectos objetivos hacen referencia a aquellas condiciones observables que contribuyen al bienestar; entre estas se encuentran los servicios de los que dispone el sujeto, la presencia o ausencia de dolencias o enfermedades, los recursos económicos disponibles,

la calidad de las relaciones con sus familiares, etc. Los aspectos subjetivos se relacionan con las valoraciones, juicios y sentimientos hacia la propia vida. Dentro de estos aspectos se debe considerar también, la satisfacción con la vida, la aceptación a los cambios que experimentan, el sentimiento de bienestar, la percepción de sentirse discriminado y la función que pudiera desempeñar el propio individuo en la sociedad, entre otros.<sup>4</sup>

La calidad de vida en el adulto mayor está estrechamente ligada con la salud; una mejor condición de vida permitirá cubrir de manera óptima las necesidades específicas de este sector vulnerable de la población; así, por ejemplo, el contar con el fácil acceso a servicios sanitarios permitirá una atención oportuna a las dolencias que aquejan al adulto mayor; de esta manera se previene que estas condiciones evolucionen a cuadros más severos. La presencia de enfermedades, especialmente las de carácter crónico, son algunos de los factores que más impactan en la calidad de vida del individuo, particularmente aquellas dolencias que afectan fundamentalmente la funcionalidad y autonomía del adulto mayor y que demandan cuidados médicos constantes. Respecto a los recursos económicos, el contar con una jubilación o percibir ingresos propios permiten adquirir mejores condiciones de alimentación, vestido, vivienda y demás servicios. Asimismo, es importante considerar la red de soporte familiar y social del adulto mayor, ya que esta facilita asistencia en aquellas actividades que ellos no puedan realizar por sí solos; además de brindar un clima relacional cercano que permita al adulto mayor sentirse querido y apreciado.<sup>5</sup> Cuando las condiciones mencionadas anteriormente son precarias, existe una mayor probabilidad de aparición de dolencias y cuadros clínicos severos ocasionados por una inadecuada nutrición y falta de acceso a servicios de salud; asimismo, el no contar con apoyo instrumental de parte de otras personas aumenta los riesgos de sufrir accidentes y lesiones incapacitantes; además de esto, el no percibir servicios sociales de jubilación o una red de apoyo familiar aumenta las probabilidades de marginación e indigencia. Todas estas condiciones, unidas a la insatisfacción con respecto a la vida, menor percepción del bienestar, dificultad para adaptarse a los nuevos cambios y sentirse poco útil; son factores importantes que pueden afectar significativamente la vida anímica del adulto

mayor, dando pie a la aparición de sentimientos de tristeza con el potencial de evolucionar a un cuadro depresivo de mayor gravedad. Es importante considerar también la depresión subclínica, ya que impacta considerablemente en la calidad de vida, y además es un factor de riesgo considerable entre los trastornos depresivos.<sup>5</sup> Por otro lado, diferentes estudios han demostrado que el percibir condiciones de vida poco adecuadas se considera un factor de riesgo para la presencia de alteraciones anímicas, siendo la más frecuente la depresión.<sup>6</sup>

Concebimos a la depresión como una enfermedad mental recurrente caracterizada por la falta de interés, sentimiento de aflicción, carencia o poca autoestima, sentimientos de remordimiento o culpa, fatiga severa, problemas en la concentración y disminución en el apetito y sueño. Esta enfermedad tiende a volverse crónica, afectando significativamente la vida del individuo en los aspectos afectivos, cognitivos y de comportamiento.<sup>7</sup> La depresión en el adulto mayor es ocasionada principalmente por los sentimientos de abandono y soledad, así como la percepción de la cercanía a la muerte, considerarse un peso familiar o sentirse poco valorado son sentimientos que provocan en mayor o menor grado, un cuadro de tristeza patológica, una sensación de malestar subjetivo y sentimientos de incapacidad para afrontar las exigencias de la vida, así como un patrón de irritabilidad y decaimiento.<sup>8</sup>

En la práctica de enfermería en un Hospital I de Arequipa, se ha observado que los adultos mayores presentan enfermedades de carácter crónico y degenerativo, como por ejemplo la diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, osteoporosis, demencia, Parkinson y Alzheimer, entre las más recurrentes. Estas dolencias aumentan progresivamente el grado de dependencia del adulto mayor e impactan significativamente en su calidad de vida. Por otra parte, una afección psicológica de alta frecuencia en el adulto mayor es la depresión, la cual se ve determinada por las condiciones de existencia de este y la situación social de exclusión y marginación de parte de sus propios familiares y de la sociedad en general.

Por ello, se ha planteado el problema de investigación que se describe a continuación:

¿Cuál es la relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I, Arequipa – 2020?

La investigación tiene relevancia práctica ya que la decisión de estudiar la relación entre las variables mencionadas en el grupo generacional de adultos mayores de un programa de atención domiciliaria en un Hospital de nivel I, sirve como fuente de información del estado mental de la población elegida; generando consecuentemente que las autoridades de las instituciones de salud conozcan la realidad y puedan implementar estrategias concretas para prevenir la depresión y mejorar sus condiciones de vida, logrando también que perciban un servicio de calidad brindado por las instituciones sanitarias.

Este trabajo de investigación tiene relevancia teórica ya que podrá ser utilizada con fines educativos por estudiantes y profesionales de la salud en general, ya que, brindará información acerca de la condición de salud mental y calidad de vida de este sector poblacional; posteriormente, dicho conocimiento podrá ser utilizado como base para próximas investigaciones científicas.

El presente estudio posee relevancia a nivel social, ya que al conocer la realidad concreta de este sector poblacional vulnerable se podrá intervenir oportunamente sobre los factores que alteren la calidad de vida, de manera que pueda ser corregida o mejorada, y de esta manera disminuir también la depresión.

Asimismo, fue realizable y/o factible ya que se contó con los adultos mayores en número y proporción estadística requeridos, además se utilizaron instrumentos estructurados de acuerdo a las variables. De igual forma, se contó con el presupuesto, tiempo, recursos y conocimientos metodológicos para orientar adecuadamente el estudio.

Los objetivos que se plantearon para la investigación fueron:

Objetivo General

Establecer la relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa.

## Objetivos Específicos

Determinar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa.

Determinar el grado de depresión de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa.

## Hipótesis

H<sub>1</sub>. La calidad de vida se relaciona con la depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I, Arequipa 2020.

## Hipótesis Nula

H<sub>0</sub>. La calidad de vida no se relaciona con la depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I, Arequipa 2020.

## II. MARCO TEÓRICO

Teniendo como participantes a 71 adultos mayores, Manrique Chirinos<sup>9</sup> en el año 2019 encontró que el 77.46% de los mismos presentaba manifestaciones depresivas, las que estaban asociadas significativamente con un nivel bajo de instrucción y un grado de deterioro cognitivo leve. Apaza Veles, M.<sup>10</sup> en el año 2018 en una muestra conformada por 138 adultos mayores, encontró que el 66.7% de los mismos presentaba mala calidad de vida, el 32.6% calidad de vida regular y sólo 0.7% buena calidad de vida; además el 65.2% presentaba depresión severa, 27.5% moderada y el 7.3% no presentaba depresión. Adicionalmente, el autor también encontró correlación significativa entre dichas variables.

Por su parte Bedón Córdova, C.<sup>11</sup> en el año 2018 a partir de una muestra conformado por 60 adultos mayores, encontró que el 87% de los mismos calificaron su nivel calidad de vida como bajo y el 13% en un nivel medio; respecto a la salud física, el 87% refirió niveles intermedios y el 13% niveles bajos; en relación a su salud psicológica, el 58% refirió niveles medios y el 42% un nivel bajo. Las relaciones sociales mostraron que 73% de las personas encuestadas presentaba niveles bajos en este aspecto y el 27% refirió niveles medios; en cuanto al ambiente; el 68% refirió niveles bajos y el 32% niveles medios.

En otro estudio realizado en el año 2018, Roque Afray, M.<sup>12</sup> en una muestra de 61 pacientes con enfermedades crónicas, encontró en sus resultados que el 64.3% de los pacientes que se encontraban entre los 41 a 65 años no padecían de depresión y el 57.1% con edades de 66 años a más presentaban depresión ligera. El 59% de los pacientes con depresión ligera mostraban leve apatía, falta de energía e interés.

Por su parte Acosta Quiroz, C.; Tánori Quintana J.; García Flores, R.; Echeverría Castro S.; Vales García, J.; y Rubio Rubio, L.<sup>13</sup> en el año 2017 en una muestra de 489 adultos mayores encontró que, las percepciones negativas en conjunto a la soledad social y familiar determinan la presencia de síntomas depresivos y

deterioro respecto a la calidad de vida y también, una mayor predisposición a enfermedades.

La definición sobre calidad de vida presenta diversas concepciones, que han originado un amplio número de planteamientos y elaboraciones conceptuales al respecto.<sup>14</sup> El presente estudio ha tomado como referencia la propuesta de Schalock y Verdugo, quienes plantean que la calidad de vida constituye un sentimiento anhelado de bienestar con uno mismo que está conformado por varias dimensiones que están a su vez influidas por determinantes de carácter personal y ambiental; tales dimensiones son las mismas para todos los seres humanos, pero varían en la importancia y el valor que se le atribuye individualmente a cada persona. La evaluación de estas dimensiones está fundada en indicadores que son modificados de acuerdo con la cultura y contexto en donde se aplica.<sup>15</sup>

Son ocho las dimensiones que proponen estos autores: bienestar físico, inclusión social, bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material, autodeterminación y derechos; cada una de estas dimensiones se define a partir de indicadores específicos.<sup>15</sup>

La dimensión correspondiente al bienestar físico tiene relación con el goce de un buen estado de salud, condición física saludable y hábitos de alimentación sanos. Asimismo, comprende indicadores como la atención sanitaria, la calidad del sueño, estado general de salud y la presencia de dolencias o enfermedades, realización de actividades, disposición de ayuda técnica y calidad de la dieta alimenticia.<sup>16</sup>

El proceso de envejecimiento se acompaña de una limitación en las capacidades físicas y alteraciones en los órganos de los sentidos; así por ejemplo, se produce una reducción de la capacidad sensorial general que afecta principalmente a los sentidos de la vista y el oído; respecto al sistema músculo esquelético se produce la pérdida de la masa muscular, lo que causa disminución de la fuerza y velocidad de contracción, así como dificultades para la marcha y el equilibrio; en los huesos se produce la pérdida de calcio con aumento en la reabsorción y la disminución en la función de los osteoblastos, que ocasiona un alto riesgo de

fractura por traumatismo.<sup>17</sup> Estas funciones guardan estrecha relación con la capacidad del adulto mayor para realizar sus actividades diarias; por ende, cuando estas funciones no se encuentran conservadas disminuye la capacidad funcional y aumenta la dependencia.<sup>18</sup> Asimismo, las alteraciones en los sistemas respiratorio, cardiovascular, digestivo, genitourinario, inmunológico y nervioso provocan un mayor riesgo de afecciones que de no tratarse adecuadamente pueden producir cuadros severos que requieran cuidados médicos constantes.<sup>17</sup> La falta de bienestar físico se vincula con la dependencia del adulto mayor, la misma que guarda relación con la aparición de síntomas de depresión.<sup>19</sup>

La inclusión social comprende indicadores como la integración, participación, accesibilidad y apoyo; es decir, este factor está vinculado a la inclusión del individuo en actividades con otras personas; asimismo, hará que se sientan integrados, apoyados y parte del grupo social.<sup>16</sup>

La presencia del adulto mayor en grupos de distinta índole y su interrelación con otras personas contribuye con su calidad de vida. Múltiples investigaciones relacionan la actividad social con la calidad de vida y los índices de satisfacción, depresión e integración del adulto mayor a la sociedad; estos aspectos conllevan a un fomento del bienestar social, repercutiendo también en la salud. La inclusión social implica que el adulto mayor sea visibilizado por la sociedad y participe activamente de ella; además, disponer de una red de soporte propiciado amistades, familia y otras organizaciones gubernamentales es primordial. Cuando el adulto mayor no se encuentra integrado a su sociedad se produce un fenómeno de marginación y exclusión social, problemas que impiden canalizar ayuda al adulto mayor y que generan en él, sentimientos negativos por no sentirse valorado y útil; estas condiciones a largo plazo puedan dar pie a la aparición de síntomas de tristeza y soledad que devengan en un trastorno depresivo más grave.<sup>20</sup>

La dimensión de bienestar emocional tiene relación con el sentimiento de tranquilidad y seguridad, la ausencia de preocupaciones y otras afecciones emocionales. Comprende indicadores como la presencia o ausencia de

sentimientos negativos o manifestaciones de estrés, así como el sentimiento de satisfacción general o el auto concepto del individuo.<sup>16</sup>

Las emociones positivas en el adulto mayor son beneficiosas a nivel de salud física, así como también influyen en el nivel de salud psicológica; en cambio, cuando presentan emociones dañinas tienen una percepción negativa respecto a su salud. Se ha demostrado que el incremento de la activación emocional negativa ayuda al incremento de efectos dañinos en los adultos mayores, tanto a nivel psicológico como en el sistema inmunológico y cardiovascular en comparación a personas jóvenes.<sup>21</sup>

La dimensión de desarrollo personal está asociada a las posibilidades que presenta la persona para adquirir nuevos aprendizajes, los conocimientos adquiridos y el sentimiento de realización personal. Comprende indicadores como las capacidades que se poseen, el acceso a nuevas tecnologías, oportunidades de aprendizaje, habilidades relacionadas con el trabajo y habilidades funcionales en general.<sup>16</sup>

Este desarrollo le permite al adulto mayor sentirse valorado por sí mismo y la comunidad, poniendo a disposición de otros su experiencia y habilidades; de esta forma se contribuye a la mejora de su calidad de vida como de la comunidad.<sup>22</sup> Si ve la vida como improductiva, el adulto mayor se sentirá culpable por sus acciones pasadas; si piensa que no pudo lograr sus metas en la vida, se percibirá descontento con esta; estas razones darán pie a la aparición de la desesperación, que consecutivamente darán lugar a la depresión.<sup>23</sup>

La dimensión de relaciones interpersonales se refiere a la capacidad de relacionarse con otras personas y mantener buenas conexiones emocionales con ellos. Comprende indicadores como la calidad de las relaciones sociales, la presencia de amigos íntimos, las relaciones con la familia, los contactos sociales positivos, las relaciones de pareja y la sexualidad.<sup>16</sup>

Las relaciones interpersonales se muestran mediante la interacción y el mantenimiento de buenos vínculos con la familia y los amigos; esto se manifiesta en los adultos cuando se sienten queridos por personas importantes para ellos.

La calidad de vida está estrechamente relacionada con las relaciones sociales, las relaciones con los familiares y con el estado de salud.<sup>24</sup>

El interactuar con personas de la misma edad ayuda a los adultos mayores a mantenerse activos física y mentalmente; asimismo, permite compartir actividades de recreación y ocio.<sup>25</sup> Mantener buenas interacciones y relaciones de cercanía facilita la participación en diversas actividades, el establecimiento de amistades y el contacto continuo con la familia; de esta manera, el adulto mayor experimenta sentimientos de afecto al sentirse apreciado por las personas y al gozar de contactos sociales gratificantes. La carencia de adecuadas relaciones interpersonales restringe la red de soporte social del adulto mayor, impide establecer relaciones íntimas donde poder expresar sus emociones y sentimientos; el no poder compartir momentos de ocio o recreación contribuirá a generar un patrón de aislamiento y soledad.<sup>26</sup>

El bienestar material comprende aspectos económicos y materiales que facilitan al adulto mayor llevar una vida confortable, saludable y sentimientos de satisfacción. Comprende indicadores como la vivienda, los ingresos económicos y las posesiones materiales.<sup>16</sup>

La vivienda está relacionada con la calidad de vida de quienes la habitan debido a que es uno de los principales satisfactores para la supervivencia. Para personas de edad avanzada, disponer de recursos económicos estables y un lugar adecuado para vivir es un factor importante para un envejecimiento digno y con la posibilidad de autonomía; adicionalmente, percibir ingresos económicos adecuados permite al adulto mayor adquirir bienes y servicios de mejor calidad. Por el contrario, cuando el adulto mayor carece de un ingreso o este es insuficiente es probable que no pueda acceder a una dieta nutricional balanceada o acorde a su edad; además, se le dificulta el acceso a servicios sanitarios de calidad y a los medicamentos o suplementos que pueda necesitar; también es probable que no pueda costear otros servicios domésticos básicos o actividades de ocio y recreación. La falta de ingresos económicos puede ocasionar la dependencia hacia otros familiares y un sentimiento de

insatisfacción al no poder controlar sus propios gastos; en casos más extremos puede desencadenar un estado de indignancia.<sup>27</sup>

La dimensión de autodeterminación se refiere a la capacidad del sujeto para decidir por sí mismo y de esta forma tener la oportunidad de escoger las pertenencias que quiere, la manera en la que quiere vivir, su tiempo de ocio, el lugar donde vive y las personas con las que quiere relacionarse. De igual manera, comprende indicadores relacionados a los objetivos personales y preferencias, así como a la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma.

16

En los adultos mayores es de mucha importancia las acciones realizadas en el tiempo de ocio y también la capacidad de toma de decisiones sobre estas actividades; esta autodeterminación influye en una mejor calidad de vida y percepción de bienestar favoreciendo estilos de vida saludables y que las personas envejecan activa y satisfactoriamente. Esto enriquece el contacto con el grupo social estableciendo redes de apoyo; de esta forma se reduce la soledad y la depresión promoviendo el bienestar integral. Sin embargo, al no ser elegidas por el propio adulto mayor puede ocasionar que estos se vean marginados afectando su salud y calidad de vida, vulnerándose su autodeterminación.<sup>28</sup>

La dimensión de derechos se refiere al grado en que el individuo es tratado con justicia y equidad respecto a los demás, asimismo implica el respeto a su forma de ser, las opiniones que emite, sus deseos, derechos e intimidad. Comprende indicadores como intimidad, respeto, conocimiento y ejercicio de derechos.<sup>16</sup>

La vida de las personas mayores debe ser digna y autosuficiente; debe gozar de buena salud y ser plenamente satisfactoria. Además, tienen derecho a no ser discriminados por su edad; deben vivir en familia y envejecer dentro de un grupo social. Asimismo, participar activamente de esta, realizar labores de acuerdo a su edad y capacidad física e intelectual, llevar una vida sin violencia y recibir una atención integral.<sup>29</sup> Tradicionalmente, el marco legal ha enfocado propiciar atención asistencial a la población de la tercera edad; sin embargo, es importante reconocer a la persona mayor como sujeto de derechos y no solo beneficiarios; esto implica reconocer también sus garantías y responsabilidades respecto a sí

mismos, su familia, sociedad, entorno inmediato y futuras generaciones. Además de esto, reconocer a las personas mayores como objeto de derecho implica su reconocimiento como parte de la sociedad.<sup>30</sup> Un adulto mayor que no pueda hacer ejercicio pleno de sus derechos se encuentra en una situación de vulnerabilidad y desprotección. Estas acrecientan las necesidades y carencias que pueda presentar este sector vulnerable de la población. Además, influye también en su posibilidad de acceder a servicios sociales que pudieran aliviar condiciones precarias y dotarlos de mejores condiciones de vida.<sup>31</sup>

La calidad de vida en sus diferentes dimensiones impacta directa o indirectamente sobre la salud física, psicológica y social del adulto mayor; de manera general, cuando las condiciones de vida son poco adecuadas dan pie a una serie de sentimientos negativos que afectan la salud psicológica de la persona, siendo la depresión una de las patologías con mayor frecuencia en la tercera edad.<sup>32</sup>

Entendemos a la depresión como una afección psicológica que afecta de manera profunda la manera de sentir y pensar de un individuo. Normalmente, esta tiene por características la presencia de aflicción, falta o pérdida de interés o goce. Además, se muestra a través de sentimientos de remordimiento, culpa, pérdida de autoestima, afecciones del sueño o de la falta de apetito, cansancio extremo y falta de concentración.<sup>32</sup>

La depresión podría adquirir un carácter crónico y dificultar significativamente el desempeño del individuo en sus actividades diarias; de igual manera, puede menguar su capacidad para hacerle frente a la vida y en condiciones más severas, podría llevar a que el individuo atente contra su vida.<sup>33</sup> Esta enfermedad puede manifestarse en diferentes modalidades, dependiendo de la intensidad y persistencia de los síntomas, por ejemplo, la depresión grave o mayor suele obstaculizar en la realización de sus actividades, tales como, trabajar, dormir, la concentración, comer y el disfrute de la vida. Se ha observado que existen personas que tienen un solo episodio depresivo en la vida; sin embargo, es más frecuente que tengan varios. Cuando el trastorno depresivo es persistente puede ser llamado distimia, lo cual implica el afloramiento de síntomas depresivos, de

menor gravedad a los de una depresión mayor, pero que persisten en el tiempo; por otra parte, la depresión menor supone síntomas de menor intensidad a cuadro grave o persistente, además que no se mantienen presentes por mucho tiempo.<sup>34</sup>

La depresión en el adulto mayor es influenciada por diversos factores: demográficos, biológicos, sociales, psicológicos y económicos; los cuales se encuentran relacionados con la calidad de vida ya que diversas limitaciones en este aspecto no permiten que el adulto mayor logre una vida plena y digna llegando muchas veces a ser considerado como una carga. Esto ocasiona que sea abandonado, discriminado y tratado con violencia.<sup>35</sup> En los factores demográficos se hace evidente que la depresión se presenta más frecuentemente en personas mayores de 60 años, dentro de este grupo, del 15% al 20% de la población ambulatoria muestra síntomas de depresión, mientras que en la población hospitalizada estas cifras se incrementan desde 25% a 40%; en casos nuevos la incidencia es del 13 % por año.<sup>35</sup> Mediante numerosos estudios se demostró que la proporción de depresión es mayor en población femenina que en masculina. De igual forma, se observó que las personas viudas, ancianas, aisladas, pobres, institucionalizadas y sometidas a estrés presentan depresión con mayor frecuencia.<sup>36</sup> Estos factores no permiten que el individuo se desarrolle plenamente afectando seriamente su calidad de vida.

Entre los factores biológicos se encuentran la enfermedad orgánica, el deterioro funcional, deterioro cognitivo y el insomnio, el cual en muchas ocasiones limita de forma grave al individuo, propiciando una relación de dependencia con sus cuidadores. La conexión entre la enfermedad física y la depresión no necesariamente es directa, ya que la depresión puede desencadenarse a causa del malestar y la discapacidad provocada por alguna enfermedad en particular o, incluso, por el deterioro físico y sensorial asociado al envejecimiento.<sup>37</sup>

Gran cantidad de afecciones se relacionan con la depresión en personas de la tercera edad pues por caracteres individuales poseen mayor comorbilidad<sup>36</sup>. Las morbilidades más comunes en adultos mayores son las afecciones cardio-

metabólicas y desórdenes neuropsiquiátricos; además de estos, depresión y ansiedad.<sup>38</sup>

Un buen porcentaje de personas en la tercera edad presenta problemas relacionados con la salud, lo que ocasiona limitaciones funcionales; asimismo, se conoce que una tercera parte de dicha población experimenta limitaciones de movilidad y discapacidad en ciertos sentidos, tales como, la visión y audición.<sup>39</sup>

Poseer salud física es una de las principales preocupaciones en muchos adultos mayores. Por lo menos dos tercios de la población perteneciente al grupo etario de más de 55 años de edad han sufrido una enfermedad recurrente crónica diagnosticada en su vida; por otro lado, 40% ha padecido dos o más enfermedades de esta clase.<sup>40</sup> La pérdida funcional de habilidades se prolonga a lo largo de la vida del anciano; esto produce que este sector poblacional lleve una vida de incapacidad en el movimiento provocando inestabilidad y deteriorándose intelectualmente.<sup>41</sup>

En el adulto mayor es mucho más frecuente este tipo de deterioro pues está relacionado con la existencia de algunos cambios relacionados con la edad, factores de sociabilidad y afecciones físicas. Asimismo, 25% de las personas de la tercera edad cercanas al grupo etario de 65 años necesitan ayuda para realizar actividades simples como ducharse, vestirse, comer y movilizarse. De forma similar, ocurre con las actividades instrumentadas de la vida cotidiana como con el uso del transporte, las compras de víveres y objetos de aseo personal, la cocina, utilización del teléfono, manejo de dinero, ingesta de medicinas, actividades relacionadas con la limpieza doméstica y demás.<sup>42</sup>

La depresión y el deterioro cognitivo se relacionan ampliamente de forma científica; en algunas ocasiones la depresión puede ser un signo de demencia; por ende, algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia.<sup>43</sup>

Gran cantidad de investigaciones han mostrado la relación existente entre trastornos depresivos y la pérdida cognitiva en los ancianos. Se sabe que existe una prevalencia de depresión entre el 13% al 23% en adultos mayores de 65

años. Asimismo, se determinó que, de cada 5 ancianos, 1 es afectado por el deterioro cognitivo presentando como consecuencia problemas en la vida diaria como en un mayor riesgo de caídas, fracturas de cadera y, en consecuencia, mayor estancia hospitalaria; esto disminuye notablemente la calidad de vida del anciano.<sup>44</sup>

Uno de los problemas más recurrentes en las personas con edad avanzada es el insomnio, considerado por algunos como un problema de salud pública, este está asociado a cambios en los estilos de vida y las condiciones socioeconómicas. Muchos estudios han determinado que se puede observar depresión frecuente especialmente en algunos sectores poblacionales como son adultos mayores y mujeres. Esto se debe a la presencia de enfermedades o síntomas que a su vez contribuyen en la disminución de la funcionalidad durante las diferentes etapas de vida de estos diversos grupos poblacionales.<sup>45</sup>

El aislamiento social constituye un factor determinante en la depresión, pudiendo por sí mismo provocarla o agravar su manifestación; además, impacta de forma negativa sobre la salud y la calidad de vida.<sup>46</sup> La vida social y emocional cambia con la edad, las relaciones sociales se estrechan y las emociones experimentadas son más predecibles y menos cambiantes.<sup>47</sup>

Evidentemente, la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas; por ende, es probable que personas con bajos ingresos económicos presenten síntomas de depresión. Esto es aplicable a todas las edades; sin embargo, en el adulto mayor provoca una relación de dependencia poniendo en riesgo su dignidad y calidad de vida.<sup>36</sup>

La ausencia relativa de una red de seguridad sanitaria pone en riesgo a las personas mayores con desventajas socioeconómicas en los países de ingresos bajos y medianos.<sup>48</sup>

Con relación a las manifestaciones clínicas de la depresión se muestra que, si bien el síntoma básico es la tristeza vital, las personas mayores pueden expresar también aburrimiento, apatía o indiferencia. La anhedonia es uno de los síntomas que se presenta inicialmente; de igual forma el desinterés por las actividades que

antes le resultaban gratificantes. Frecuentemente, y de la mano con la tristeza se presenta un sentimiento de angustia, que se manifiesta en el nivel psicológico y somático; con frecuencia se suelen presentar alteraciones del sueño, siendo la más común el insomnio, también es frecuente la falta de apetito, en muchos casos se puede observar proporcionalidad entre la gravedad de los síntomas depresivos y la intensidad restrictiva del apetito.<sup>49</sup> Otra característica de las personas con depresión es su incapacidad para mantener un adecuado cuidado personal, descuidándose principalmente en la higiene, vestimenta y alimentación.<sup>50</sup>

Con respecto al rol de la enfermería, muchas teorías la relacionan con el cuidado, ya sea para esta u otras falencias; dentro de estas teorías resalta la “Teoría de los cuidados” de Kristen Swanson. Esta autora define el cuidado como un modo educativo de relacionarse con un “otro” valorado, hacia el que se siente una sensación personal de atención y responsabilidad.<sup>51</sup> Esta teoría tiene como propuesta central la concepción de los procesos de cuidado como manifestaciones de intervención en enfermería; tiene también como propuesto que el bienestar del paciente debe estar mediado por la comprensión de las respuestas humanas que surgen frente a la presencia de un problema sanitario específico.<sup>51</sup> En el marco de esta teoría, Berman, Snyder, Koziar y Erb<sup>51</sup> plantean que las investigaciones en el campo de la enfermería deben orientarse a desarrollar y ampliar las respuestas del sujeto frente a los problemas de salud, ya sean estos reales o potenciales; asimismo se debe indagar el impacto que las intervenciones de enfermería tiene sobre esta respuesta; sostienen además que el propósito final de la investigación en enfermería es asegurar una atención de calidad a pacientes.

La Teoría de los cuidados, propone una forma diferente de interactuar con el paciente. Swanson pues formula cinco procesos básicos acerca del cuidado que proporciona el enfermero los cuales son: conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias. De los procesos mencionados, el conocimiento corresponde a las facultades para brindar el cuidado teniendo en cuenta el aspecto empírico y ético; el “estar con” son las preocupaciones y compromisos personales que viabilizan los cuidados a fin de preservar o buscar

que el individuo sane; el “hacer por” son los términos entre la enfermera y el cliente que aumentan o disminuyen las probabilidades de brindar atención; el “posibilitar” corresponde a las acciones y cuidados brindados; por último el “mantener las creencias” hace referencia a la confianza que se tiene del otro para poder superar la dificultad que afecta a su bienestar.<sup>52</sup>

Esta teoría se relaciona con la calidad de vida en la tercera edad en la medida que la teoría de cuidado asume que el bienestar del paciente tiene lugar al potenciarse los cuidados que se le brindan; de igual manera la calidad de vida tiene una estrecha relación con el bienestar de la persona, en el que también se consideran las características personales del individuo, y las condiciones materiales de existencia.<sup>15</sup> Las personas mayores suelen presentar afectaciones a nivel físico y cognitivo que demandan intervenciones y cuidados de enfermería para restaurar sus capacidades y consecuentemente incrementar su calidad de vida. En estos casos, los objetivos de los cuidados de enfermería se deben centrar en mantener la seguridad y la comunicación con los pacientes que tienen estos deterioros, con la finalidad de aumentar al máximo sus posibilidades, mantener su calidad de vida y su dignidad.<sup>51</sup>

La teoría de cuidados se relaciona también con la depresión en el adulto mayor, en la medida que los pacientes son más proclives a manifestar síntomas físicos inespecíficos, que a describir que están deprimidos; esto para evitar el estigma que suelen traer consigo los trastornos mentales, lo cual conlleva también a que eviten solicitar la ayuda adecuada. Los pacientes con depresión están menos predispuestos a recibir tratamiento y continuarlo, así como acatar recomendaciones, por lo que el cuidado de la enfermera resulta indispensable.

53

Rojas, García, Cárdenas, Vázquez y Silveira<sup>54</sup> adaptaron la teoría del cuidado de Kristen Swanson al adulto mayor, planteando que el personal de enfermería debe tener en consideración seis acciones terapéuticas las cuales propician un estado de bienestar y calidad de vida en el entorno hospitalario, estas acciones son las siguientes: el acompañamiento familiar, la esperanza, el movimiento, la orientación en salud, el diálogo terapéutico y el amor. Asimismo, en cuanto a los

procesos, estos quedan formulados como: mantener las creencias, conocer, estar con y posibilitar.

El proceso de “mantener las creencias”, se refiere a la fase de diagnóstico en la que es necesario comprender la vida del adulto, entender lo que significa ser adulto, identificar las peculiaridades que lo hacen vulnerable, ser empáticos en su cuidado y conocer el entorno en el que vive, lo cual permitirá establecer una relación de confianza y reconocimiento. El proceso de “conocer”, se corresponde al esfuerzo por entender el significado de la vida del otro. El proceso de “estar con”, se refiere a la etapa de intervención; en tal sentido el personal de salud debe involucrarse con el otro, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos, es hacer por los demás lo que se haría por uno mismo. Finalmente, el proceso de “posibilitar” se corresponde con la etapa de evaluación en la que se plantean técnicas de cuidado y bienestar del ser. Según Rojas y otros<sup>54</sup>, el cuidado de las personas adultas debe basarse en la filosofía humanista, manteniendo una perspectiva del adulto mayor como un ser humano que debe ser tratado con dignidad, respeto y amor.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de la investigación**

##### **Tipo de investigación:**

La investigación desarrollada fue de tipo básica.

##### **Diseño de investigación:**

Este trabajo de investigación tuvo un diseño de tipo no experimental, de carácter transversal, y de alcance descriptivo correlacional. Los estudios con este tipo de diseños buscan examinar las relaciones entre las variables con el propósito de pronosticar y explicar su comportamiento.<sup>55</sup>

#### **3.2. Variables y operacionalización**

##### **Variable independiente:**

Calidad de vida: Compuesto por las dimensiones de bienestar físico, inclusión social, bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, bienestar material, autodeterminación y derechos.

##### **Variable dependiente:**

Depresión: Leve, moderada, severa.

##### **Matriz de Operacionalización de Variables. (Anexo 1)**

#### **3.3. Población, muestra, muestreo**

##### **Población**

Para este estudio, la población estuvo constituida por 459 pacientes que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, que proceden de 8 distritos, que corresponden a la jurisdicción del establecimiento de salud.

## **Muestra**

La muestra se constituyó con 210 adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa.

## **Muestreo**

El tamaño muestral, se calculó a partir de la aplicación de la fórmula de Fisher y Navarro para poblaciones finitas. Posteriormente se aplicó una técnica de muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia para obtener el número de sujetos que participaran del estudio. **(Anexo 2)**

## **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores que pertenecían al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de un Hospital I Arequipa.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que tenían la capacidad de poder comunicarse y responder a las preguntas.
- Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado. **(Anexo 3)**
- Adultos mayores que pertenecían a los distritos que corresponden a la jurisdicción del establecimiento de salud.

## **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que no pertenecían al Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de un Hospital I Arequipa.
- Adultos mayores que no firmaron el formato del consentimiento informado.
- Adultos mayores que no podían comunicarse verbalmente

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica empleada en la recolección de información fue la encuesta; asimismo, se utilizaron dos cuestionarios como instrumentos. Para la variable «Calidad de vida» se utilizó la Escala FUMAT y para la variable «Depresión» se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

- **Escala FUMAT**

El cuestionario está conformado por 55 ítems o reactivos que evalúan ocho dimensiones: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. **(Anexo 4)**

### **Validez y confiabilidad**

Ataucusi y Díaz<sup>56</sup> analizaron la validez de contenido y de constructo de la escala en una muestra de adultos mayores del distrito de Huáchac, provincia de Chupaca y región Junín. Para calcular la validez de contenido sometieron el cuestionario al juicio de tres expertos y calcularon el coeficiente de concordancia V de Aiken obteniendo valores mayores o iguales a 0.83 para todos los ítems, lo cual indica la validez de los ítems.

La validez de constructo se obtuvo mediante las correlaciones ítem-total, para ello, Ataucusi y Díaz<sup>56</sup> realizaron una aplicación piloto del cuestionario en una muestra de 20 adultos mayores; los valores de los coeficientes de correlación r de Pearson oscilaron entre 0.236 y 0.694; teniéndose como punto de corte el valor de 0.2 para los coeficientes, se concluyó que el cuestionario era válido.

Ataucusi y Díaz<sup>56</sup> también calcularon la confiabilidad de la escala por medio del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.928 para la escala en general; al ser el valor del coeficiente mayor a 0.8, indica un buen nivel de confiabilidad de la escala.

Para la presente investigación se calculó la confiabilidad de la escala, a través del coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.930, lo cual indica un buen nivel de confiabilidad del instrumento. **(Anexo 5)**

- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**

Es un instrumento de autoreporte, que está compuesto por 30 reactivos los cuales se encargan de realizar la medición de la presencia de síntomas de depresión mediante preguntas directas, 20 de ellas se encargan de medir la presencia de síntomas, mientras que 10 son considerados ítems inversos.<sup>57</sup> **(Anexo 6)**

### **Validez y confiabilidad**

La versión original de la escala fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, en lo posterior, la misma fue traducida y validada para diversos idiomas, entre los que se incluye el español.<sup>58</sup>

Fernández<sup>59</sup> analizó las propiedades de validez y confiabilidad de la escala en una muestra de 302 adultos mayores de la Provincia de Trujillo, en el año 2016.

Para analizar la validez de la escala, Fernández<sup>59</sup> calculó los índices de discriminación ítem – test con el método  $r$  corregido, obteniendo valores que oscilaban entre 0.206 y 0.635, a excepción del ítem 29 que obtuvo un valor de -0.123. En general los ítems tuvieron un índice de discriminación de aceptable a muy bueno. Adicionalmente, Fernández realizó el análisis factorial exploratorio, obteniendo cinco factores que explicaban el 80.364% de la varianza total con saturaciones mayores a 0.20 respecto a los factores al que carga cada reactivo.

Para determinar la confiabilidad, Fernández<sup>59</sup> empleó el método de consistencia interna, por medio del coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), obteniendo un valor de 0.858, lo cual indica un buen nivel de confiabilidad de la escala.

Para la presente investigación se calculó la confiabilidad de la escala, a través del coeficiente Kuder-Richardson (KR-20) para escalas con ítems dicotómicos, obteniéndose un valor de 0.852, lo cual indica un buen nivel de confiabilidad del instrumento. **(Anexo 7)**

### **3.5. Procedimientos**

Primero se procedió a obtener la autorización de los responsables del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa.

#### **(Anexo 8)**

Se evaluaron los criterios de inclusión y exclusión; a las personas que cumplieron con todos los criterios de inclusión, se procedió a informarles el motivo de la investigación. Seguidamente, se aplicó los dos cuestionarios que fueron respondidos por ellos mismos con ayuda de la investigadora y previa firma del consentimiento informado que les fue entregado. Obtenidos los cuestionarios completados se procedió a su calificación para identificar el nivel de calidad de vida y el grado de depresión que presentaban.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Los datos obtenidos de los cuestionarios de calidad de vida y la escala de depresión se vertieron a una matriz de datos y posteriormente, con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 23 se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables, para luego realizar el análisis inferencial por medio de la prueba estadística Rho de Spearman.

### **3.7. Aspectos éticos**

El desarrollo del presente estudio tuvo como base los siguientes principios bioéticos:

- **Justicia:** Se trató a todos los participantes del estudio por igual.
- **Respeto:** Se respetó la autonomía de las personas que decidieron participar del estudio, ya que expresaron su deseo voluntario de hacerlo, y contaron además con la información adecuada, pudiéndose retirar cuando lo vieran por conveniente.
- **Beneficencia y no maleficencia:** Se informó a los pacientes acerca de la calidad de vida y la depresión; asimismo la investigadora garantizó el no causar ningún daño a los pacientes que participaron del estudio.

#### IV. RESULTADOS

**TABLA 1**

**CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) EN UN HOSPITAL I, AREQUIPA – 2020**

			Calidad de Vida (CV)	Depresión
Rho de Spearman	Calidad de Vida (CV)	Coefficiente de correlación	1,000	-,602**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	210	210
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,602**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	210	210

\*\* p<0.01

Fuente: Escala de calidad de vida FUMAT y escala de depresión geriátrica de Yesavage aplicada a adultos mayores.

La tabla 1 muestra los resultados de la prueba no paramétrica Rho de Spearman para analizar la relación existente entre las variables. El valor del nivel de significancia calculado o p valor es menor al 0.05, lo cual indica que se debe rechazar la hipótesis nula en favor de la hipótesis alterna, esta última establece que las variables correlacionan de forma significativa.

También se puede apreciar, que la dirección de la correlación entre las variables es negativa o inversa, lo cual indica a mayor nivel de calidad de vida, menor grado de depresión en el adulto mayor, o viceversa.

**TABLA 2**

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) EN UN HOSPITAL I, AREQUIPA – 2020

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo nivel de calidad de vida	82	39,0
Calidad de vida medio	122	58,1
Alto nivel de calidad de vida	6	2,9
Total	210	100,0

Fuente: Escala de calidad de vida FUMAT aplicada a adultos mayores

La tabla 2 muestra el nivel de calidad de vida general de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, expresados en frecuencias y porcentajes. Se observa que el 58,1% de los mismos han referido niveles medios de calidad de vida, en tanto que el 39% refirió niveles bajos en dicha variable, y solo el 2,9% manifestó niveles altos o elevados de calidad de vida.

**TABLA 3**

**GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) EN UN HOSPITAL I, AREQUIPA – 2020**

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión leve	25	11,9
Depresión moderada	122	58,1
Depresión grave	63	30,0
Total	210	100,0

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage aplicada a adultos mayores.

La tabla 3 muestra el grado de depresión de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, expresados en frecuencias y porcentajes. Se puede observar que el 58,1% de los adultos mayores evaluados presenta un grado moderado de depresión, seguido del 30% que presenta un nivel grave de depresión, y el 11,9% que presenta un nivel leve de depresión.

## V. DISCUSIÓN

La presente investigación pudo demostrar la existencia de correlación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa; dicha correlación presenta una dirección inversa o negativa, lo cual indica que las puntuaciones elevadas en una de las variables se corresponden con puntuaciones bajas en la otra, o lo que es lo mismo, que a mayor calidad de vida, menor depresión, o por el contrario, que a menor calidad de vida, mayor depresión. Es decir que, si las condiciones de vida o factores que se asocian a la percepción que un sujeto tiene sobre su calidad de vida, son precarias, existe una mayor probabilidad de que se desarrollen síntomas depresivos.

Los resultados encontrados son similares a los hallados en otras investigaciones tanto a nivel nacional como internacional, entre ellos podemos resaltar el de Loje<sup>60</sup> realizado en Chimbote en el año 2018 donde se halló una relación altamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre las variables en una población de la tercera edad; de igual forma Salvador, Salvador V. y Vela<sup>61</sup> en una investigación realizada en Ecuador encontraron en una población de adultos mayores, una relación inversa entre depresión y calidad de vida.

Estos resultados se pueden explicar si consideramos que la depresión en el adulto mayor suele estar influenciada por diferentes factores, tales como los relacionados al ambiente, demográficos, biológicos, sociales, psicológicos y económicos<sup>36</sup>, es decir, el entorno donde vive el sujeto; en razón a ello, son diversas las investigaciones que han logrado relacionar los síntomas depresivos con la soledad, condiciones precarias de vida, abandono familiar y otros, lo cual a su vez afecta la calidad de vida del individuo, entre estos estudios podemos destacar el de Acosta, Tánori, García, Echeverría, Vales y Rubio<sup>13</sup> quienes en una población de adultos mayores en México, encontraron que la soledad determina la depresión y la calidad de vida del individuo; otros estudios también señalan la influencia de la discapacidad,<sup>62</sup> la calidad de sueño,<sup>63</sup> entre otros.

Muchos de estos factores están asociados también como percibe el individuo su calidad de vida, así por ejemplo, Schalock y Verdugo<sup>15</sup> definen este concepto como un sentimiento anhelado de bienestar determinado por diferentes componentes que a su vez se encuentran influenciadas por determinantes personales y ambientales, entre los que incluyen el bienestar físico, la inclusión social, el bienestar emocional, el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, el bienestar material, la autodeterminación y el ejercicio de los derechos, condiciones que hacen referencia también al contexto general en el que se desenvuelve la persona. Si tanto la depresión en el adulto mayor como la calidad de vida del mismo están determinadas por las condiciones de existencia de la persona, es esperable que exista cierta regularidad entre las variables, la cual se ve expresada en el estadístico calculado.

Respecto a la caracterización de las variables en la muestra de estudio, se pudo encontrar que con respecto a la calidad de vida la mayoría de los participantes presentó niveles bajos o medios de calidad de vida, siendo, ínfimo el porcentaje de adultos mayores con niveles altos de la variable, ello puede deberse a condiciones de vida poco adecuadas, además si tomamos en cuenta que el promedio de edad de la muestra está por arriba de los 80, es de esperarse que las condiciones de salud estén más deterioradas, impactando así en el nivel de calidad de vida de los mismos. Al respecto, los resultados obtenidos por otras investigaciones son diversos, de esta forma se tienen estudios con resultados similares y otros que contrastan como el estudio que realizara Carbajal<sup>64</sup> quien encontró un nivel alto en la calidad de vida de una muestra de adultos mayores; ello podría deberse a que se tiene la influencia de otros aspectos tales como la actividad física,<sup>65</sup> deficiencias sensoriales,<sup>66</sup> entre otros.

En cuanto a la variable depresión, se puede apreciar que el mayor porcentaje de los participantes presenta niveles moderados de depresión, seguido por quienes presentaban un nivel grave de depresión. Resultados similares fueron encontrados por otras investigaciones en el ámbito nacional e internacional; si bien ello podría indicar que la depresión es una característica de esta edad, es importante resaltar que los factores implicados son diversos, teniendo entre ellos el bajo nivel educativo, los pocos recursos sociales, la soledad, las

relaciones de dependencia, entre otros, <sup>67</sup> dichos factores en la sociedad peruana son comunes, ya que la población del adulto mayor es una de las más desatendidas por el estado. <sup>68</sup>

## VI. CONCLUSIONES

1. Se encontró relación significativa y negativa ( $r_s = -0,602$ ;  $p < 0.01$ ) entre la calidad de vida y la depresión en los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, lo cual indica que, a mayor calidad de vida, menor grado de depresión o viceversa.
2. Se pudo identificar que el 58,1% de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, presentan niveles medios de calidad de vida; el 39% niveles bajos de calidad de vida, y solo el 2,9% presenta niveles altos de calidad de vida.
3. Se pudo identificar que el 58,1% de los adultos mayores del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I Arequipa, presenta un grado depresión moderada, el 30% presenta un grado de depresión grave, y solo el 11,9% presenta un grado de depresión leve.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda a las autoridades de la institución fortalecer el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).
2. Se sugiere a los responsables del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) realizar indagaciones sobre los aspectos que parecen tener una mayor influencia en la calidad de vida de los adultos mayores, para su abordaje.
3. Se sugiere a los encargados del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) realizar intervenciones que tengan como propósito mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, particularmente en aquellas áreas donde se han podido identificar mayor problema.
4. Se recomienda a los encargados del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) fortalecer las actividades de promoción de la salud mental e identificar los casos y brindar el tratamiento correspondiente.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida. [Citado el: 10 de Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
2. Millán J. Envejecimiento y calidad de vida. Revista Galega de Economía [Publicación periódica en línea]. 2011 [citada: 2021 enero 10]; 20: [1-13 p]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/391/39121275006.pdf>.
3. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Publicación periódica en línea]. 2016 [citada: 2021 enero 10]; 33: [199-201 p]. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2219>.
4. León D., Rojas M. y Campos F. Guía de calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011.
5. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2015. [Citado el: 8 de Noviembre de 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=DA959DC7F0C7A0EF7B6B562069701395?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=DA959DC7F0C7A0EF7B6B562069701395?sequence=1).
6. Segura A., Cardona D., Segura Á. y Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia 2012. Revista de Salud Pública [Publicación periódica en línea] 2015 [citada: 2021 enero 7]; 17: [184-194 p] Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n2/184-194>.
7. Caldas S. y Correa M. Depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores de una residencia geriátrica. [Tesis de licenciatura] Lima : Universidad Ricardo Palma; 2019
8. Reyes J. Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor - San Miguel Diciembre 2016. [Tesis para optar el Título

Profesional de Licenciadas en Psicología] Lima : Universidad Privada San Juan Bautista, 2017.

9. Manrique V. Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor. Club del Adulto Mayor de la Municipalidad del distrito de Mariano Melgar Arequipa. [Tesis de licenciatura] Arequipa : Universidad Nacional de San Agustín, 2019.

10. Apaza M. Calidad de vida y depresión en asistentes al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, Puno, 2017. [Tesis de licenciatura] Puno : Universidad Nacional del Altiplano, 2018.

11. Bedón C. Calidad de vida que tiene el adulto mayor que asiste a consultorios externos del Hospital San José Callao 2018. [Tesis para obtener el título profesional de licenciado en enfermería] Lima : Universidad César Vallejo, 2018.

12. Roque M. Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital de nivel I de Lima Este. [Tesis de licenciatura] Lima : Universidad Peruana Unión, 2018.

13. Acosta C., Tánor J., García, R., Echeverría, S., Vales, J., Rubio, L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud* [Publicación periódica en línea] 2017 [citado: 2021 enero 2]; 27(2): [179-188 p] Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>.

14. Urzúa A. y Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica* [en línea] 2012 [citado: 2021 enero 4]; 30 (1) [61-71 p] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>.

15. Schalock R. y Verdugo M. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero* [En línea] 2007 [citado: 2021 enero 4]; 38 (4) [21-36 p] Disponible en: [https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224\\_articulos2.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf).

16. Verdugo M., Schalock R., Arias B., Gómez L., Borja F. *Calidad de vida*. En: Verdugo M. (coord) y Schalock R. (coord). *Discapacidad e inclusión*. Salamanca: Amarú, 2013. p. 443 – 462.
17. d'Hyver C. *Geriatría*. 2.<sup>a</sup> ed. México : Manual Moderno, 2014.
18. Ávila, Flor y Montaña, Mariano. *Funcionalidad*. En: Gutiérrez L., García M., Arango V. y Pérez M. *Geriatría para el médico de familia*. México D.F.: Manual Moderno, 2012.
19. Runzer F., Castro G., Merino A., Torres C., Díaz G., Pérez C., Parodi J. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico* [en línea] 2017 [citado: 2020 diciembre 4]; 17 (3): [50-57 p] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v17n3/a09v17n3.pdf>.
20. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte de España, 2008.
21. García M. *Las emociones y el bienestar en las personas mayores* [Tesis de licenciatura]. Castellón de Plana : Universitat Jaume I, 2017.
22. Novoa G. *Desarrollo Personal en la Vejez*. IV Congreso Chileno de Antropología; 2001; Santiago de Chile.
23. Orosco C. *Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*. *Persona* [en línea] 2015 [citado: 2021 enero 4]; (18): [91-104 p].
24. Caurino Y. y Barboza E. *Calidad de vida de los usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Barranca*, 2019. [Tesis de licenciatura] Huacho : Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, 2019.
25. Sandoval E. *Tercera edad y la importancia de las relaciones interpersonales*. Instituto de Políticas Públicas en Salud IPSUSS. [En línea] 2018 Marzo 6. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/eduardo->

sandoval/tercera-edad-y-la-importancia-de-las-relaciones-interpersonales/2018-03-06/172633.html.

26. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. Madrid : Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España.

27. Madrigal M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquense. Papeles de población [en línea] 2010 [citado: 2020 diciembre 4]; 16 (63): [117-153p] Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n63/v16n63a5.pdf>.

28. Mesa M., Pérez J., Nunes C. y Menéndez, S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea] 2019 [citado: 2020 diciembre 15]; 24 (1): [115-124 p]. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n1/1678-4561-csc-24-01-0115.pdf>.

29. Ley de la persona Adulta Mayor. Publicado en el diario oficial El Peruano, Ley n° 30490, (26 de agosto de 2019).

30. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los derechos de las personas mayores. Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2011.

31. Dabove M. Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención americana y sus implicancias bioéticas. *Revista Latinoamericana Bioética* [en línea] 2016 [citado: 2020 noviembre 22]; 16 (1): [38-59 p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a03.pdf>.

32. Becerra M. y Sosa A. *Depresión*. En: d'Hyver C. y Gutiérrez L. Geriatria. México D.F. : Manual Moderno, 2014.

33. Organización Mundial de la Salud [internet]. Depresión. [En línea] 2017. [Citado el: 05 de 11 de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.

34. National Institute of Mental Health. [Internet] Las personas mayores y la depresión; 2017 [Citado el: 05 de 11 de 2020]. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/index.shtml>.

35. Martínez J., Esquivel C., Martínez V., Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [en línea] 2005 [citada: 2020 noviembre 20]; 45 (1): [21-28 p]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf>.

36. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana* [en línea] 2018 [citado: 2020 noviembre 18]; 29: [182-191 p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>

37. Fiske A., Wetherell J. y Gatz M. Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology* [publicación periódica en línea] 2009 [citado: 2020 noviembre 18]; 5: [363-389 p]. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

38. Schäfer I., Leitner E., Schön G., Koller D., Hansen H., Kolonko T., Kaduszkiewicz H., Wegscheider K., Glaeske G. y Bussche H. Multimorbidity Patterns in the elderly: A new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS ONE*. [publicación periódica en línea] 2010 [citado: 2020 diciembre 10]; 5 (12): [1-10 p]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0015941>.

39. Sinchire M. y Ordóñez A. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos. [Tesis de licenciatura] Loja : Universidad Nacional de Loja, 2017.

40. Cuadros A. Aproximaciones desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. *Documentos de trabajo social* [en línea] 2014 [citado: 2021 enero 2]; (52): [109-132 p]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703008>

41. Laguado E., Camargo K., Campo E. y Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos* [en línea] 2017 [citado: 2020 noviembre 18]; 28 (3): [135-141 p].

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>.

42. Segovia M. y Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [en línea] 2011 [citado: 2021 enero 3]; 22 (4): [162-166 p]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n4/comunicacion2.pdf>.

43. Hesel K., Bleckwenn M., Wiese B., Mamone S., Riedel S., Stein J., et al. Late-Life depressive symptoms and lifetime history of major depression: Cognitive deficits are largely due to incipient dementia rather than depression. Journal of Alzheimer's Disease. [en línea] 2016 [citado: 2020 noviembre 10]; 54 (1): [185-199 p]. Disponible en: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad160209>.

44. Vílchez J., Soriano A., Saldaña D., Acevedo T., Bendezú P., et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta Médica Peruana [en línea] 2017 [citado: 2020 noviembre 15]; 34 (4): [266-272 p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>.

45. d'Hyver C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [en línea] 2018 [citado: 2020 noviembre 2]; 61 (1): [33-45 p]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>.

46. Hawton A., Green C., Dickens A., Richards S., Taylor R., Edwards R., et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. Quality of Life Research [en línea] 2011 [citado: 2020 noviembre 4]; 20: [57-67 p]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-010-9717-2>.

47. Fernández L., Ricarte J., Ros L. y Latorre J. Emotional Differences in Young and Older Adults: Films as Mood Induction Procedure. Frontiers in Psychology [en línea] 2018 [citado: 2020 diciembre 6]; 9 (1110): [1-14 p]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01110/full>.

48. Brinda E., Rajkumar A., Attermann J., Gerdtham U., Enemark U. y Jacob K. Health, Social, and Economic Variables Associated with Depression Among Older People in Low and Middle Income Countries: World Health Organization Study on Global AGEing and Adult Health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [en línea] 2016 [citado: 2020 diciembre 15]; 24 (12): [1196-1208 p]. Disponible en: [https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(16\)30184-1/abstract](https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(16)30184-1/abstract).
49. Gómez A. La depresión en el anciano. *Offarm* [en línea] 2007 [citado: 2020 diciembre 4]; 26 (9): [80-94 p]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresión-el-anciano-13111062>.
50. Díaz N. y Talla M. Depresión en el adulto mayor. [Tesis de maestría] Chíncha: Universidad autónoma de Ica, 2018.
51. Berman A., Koziar B. y Snyder S. *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Pearson Educación, S.A., 2008.
52. Rodríguez VA. y Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. *Enfermería Global* [en línea] 2012. Octubre [citado: 2020 diciembre 12]; (28): [316-322 p]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo2.pdf>.
53. Eby L. y Brown N. *Cuidados de enfermería en salud mental*. Madrid: Pearson, 2010.
54. Rojas J., García M., Cárdenas L., Vásquez L. y Silveira S. Adaptación del modelo de Kristen Swanson para el cuidado de enfermería en adultas mayores. *Texto & Contexto Enfermagem*. [en línea] 2018 [citado: 2020 diciembre 15]; 27 (4): [1-11 p]. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e0660017.pdf>.
55. Hernandez R., Fernández C. y Baptista M. *Metodología de la Investigación*. México, D.F. : McGraw Hill, 2014.
56. Ataucusi M. y Díaz N. Influencia del programa "Envejecimiento saludable" para mejorar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores de una asociación

del distrito de Ahuac. [Tesis para obtener el título profesional de Psicología] Huancayo : Universidad Peruana Los Andes, 2016.

57. Blanco M. y Salazar M. *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage*. En: Smith V. (compiladora). Cuadernos Metodológicos. Compendio de Instrumentos de Medición IIP- 2014. Costa Rica: Instituto de Investigaciones Psicológicas, 2014. p. 241 – 246.

58. Hoyl T., Valenzuela E. y Marín P. Depresión en el adulto mayor evaluación preliminar de la afectividad como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la escala de depresión geriátrica. *Revista Médica de Chile* [en línea] 2000. Noviembre [citado 2020 diciembre 20]; 128 (11): [1199-1204 p]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_abstract&tlng=es).

59. Fernández C. *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo*. . [Tesis para obtener el título profesional de Psicología] Trujillo : Universidad Cesar Vallejo, 2016.

60. Loje R. *Depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial de Ancash, Chimbote - 2018*. [Tesis para optar el grado académico de maestro en Salud Pública] Chimbote: Universidad Católica los Ángeles Chimbote, 2018.

61. Salvador A., Salvador V. y Vela M. Depresión en el adulto mayor, Factor predisponente para la mala calidad de vida. *Dominio de las Ciencias* [en línea] 2020 [citado: 2021 enero 2]; 6 (4): [98-109 p]. Disponible en: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/viewFile/1552/2918>.

62. Akosile C., Mgbeojedo U., Maruf F., Okoye E., Umeonwuka I. y Ogunniyi A. Depression, functional disability and quality of life among Nigerian older adults: Prevalences and relationships. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [en línea] 2018. Enero [citado: 2021 enero 3]; (74): [39-43 p]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954240/>.

63. Becker N., Jesús S., Viseu J., Stobäus C., Guerreiro M. y Domínguez R. Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [en línea] 2018. Diciembre [citado: 2020 diciembre 2]; 18 (1): [8-17 p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220925/>.
64. Carbajal, Diego. Calidad de vida en el adulto mayor del centro integral de La Molina. [Tesis de licenciatura] Lima: Universidad Nacional Federico Villareal, 2019.
65. Puciato D., Borysiuk Z. y Rozpara M. Quality of life and physical activity in an older working-age population. *Clinical Interventions in Aging* [en línea] 2017. Octubre [citado: 2020 diciembre 2]; (12): [1627–1634 p]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29042763/>.
66. Tseng Y., Liu S., Lou M. y Huang G. Quality of life in older adults with sensory impairments: a systematic review. *Qual Life Res* [en línea] 2018. Agosto [citado: 2020 diciembre 12]; 27 (8): [1957-1971 p]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29404924/>
67. Padayachey, U., Ramlall, S. y Chipps, J. Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice* [en línea] 2017 [citado: 2020 noviembre 2]; 59 (2): [61-66 p]. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/safp/article/view/155877>.
68. Blouin C., Tirado É. y Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Lima : Konrad Adenauer Stiftung, 2018.
69. Cuaresma S., Medina A. y Salvatierra S. Relación entre funcionalidad familiar y manifestaciones depresivas en el adulto mayor con diabetes - Programa de diabetes en un hospital del MINSA - junio - agosto 2018. [Tesis de licenciatura] Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019.
70. Hernández J., Malagón A. y Rodríguez L. Demencia tipo Alzheimer y Lenguaje. Bogotá : Centro Editorial de la Universidad del Rosario, 2018.

71. Domínguez, Julio. Cognición, competencia, conductual y calidad de vida en adultos mayores de un CAM de Trujillo. [Tesis para optar el grado de Maestro en Psicología Clínica] Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2019.

## ANEXO 1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Son las condiciones de vida deseadas por una persona con relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo persona, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos. <sup>15</sup>	La calidad de vida en sus diferentes dimensiones impacta sobre la salud física, psicológica y social del adulto mayor. Se midió utilizando la encuesta como técnica y como instrumento la Escala de Fumat.	<b>Bienestar Emocional</b>	- Satisfacción - Auto concepto - Ausencia de estrés	Ordinal
			<b>Relaciones Interpersonales</b>	- Interacciones - Relaciones sociales - Relaciones familiares - Apoyos	
			<b>Bienestar material</b>	- Condiciones de vivienda - Condiciones del lugar de trabajo - Condiciones del servicio al que acude	
			<b>Desarrollo personal</b>	- Educación - Actividades de la vida diaria - Conducta adaptativa	
			<b>Bienestar físico</b>	- Atención sanitaria - Consecuencias de la salud - Salud general	
			<b>Autodeterminación</b>	- Autonomía en metas personales - Decisiones	
			<b>Inclusión social</b>	- Participación - Integración	
			<b>Los derechos</b>	- Conocimiento de derechos - Intimidad - Respeto	

<b>DEPRESIÓN</b>	<p>Se conoce la depresión como un estado de ánimo triste, donde se vive una alteración del estado del humor y puede causar un cuadro de tristeza patológica, de manera desproporcionada e intensa que conlleva al ser humano a perder el interés por vivir, o al sentimiento de incapacidad de realizar ciertas tareas. Suele manifestarse mediante la falta de apetito, alteraciones del pensamiento, la alteración del sueño y síntomas somáticos.<sup>69</sup></p>	<p>La depresión en el adulto mayor se ve influenciada por diversos factores, los cuales se relacionan con la calidad de vida. Se midió a través de la encuesta, utilizando como instrumento la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.</p>	<p>- Insatisfacción</p>	Ordinal
		<p><b>Estado cognitivo</b></p>	<p>- Insatisfacción</p>	
		<p><b>Estado conductual</b></p>	<p>- Aburrimiento - Renuncia de actividades</p>	
		<p><b>Estado afectivo</b></p>	<p>- Soledad - Estado de ánimo - Fallas de memoria - Indecisión - Sensación de fracaso - Bajo nivel de energía</p>	

## ANEXO 2: CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se utilizó el muestreo no probabilístico (Fórmula de Fisher y Navarro, 2002)

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{e^2(N * 1) + z^2 * p * q}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra

N: Tamaño de población

Z: Nivel de confianza 95%

e= Error de estimación

p= Probabilidad en contra

Reemplaza en la fórmula:

N= 459

e= 0,05

z= 1,96

p= 0.5

q= 0.5

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 459}{0.05^2 * (459 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 210$$

La muestra total obtenida es de 210, con un 95% de confianza y un 5% de error

## **ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender lo siguiente: la presente investigación es conducida por la señorita Br. SILVA ANDIA, SOFÍA PAOLA, egresadas de la Universidad César Vallejo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería que llevan a cabo un estudio sobre la “Relación entre calidad de vida y depresión en los adultos mayores del programa de atención domiciliaria (PADOMI) en un Hospital I, Arequipa 2020”. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento. La participación de este estudio es completamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial. Sus respuestas a la encuesta serán anónimas. Si durante la encuesta, alguna pregunta le parece incómoda, tiene el derecho de hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

---

Br. Silva Andia, Sofia Paola

---

Firma del Encuestado

**ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA  
VARIABLE CALIDAD DE VIDA**

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FUMAT**

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida presente				
2. Manifiesta sentirse inútil				
3. Se muestra intranquilo o nervioso				
4. Se muestra satisfecho consigo mismo				
5. Tiene problemas de comportamiento				
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe				
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido				
8. Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad				

<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas				
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude				
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude				
12. Carece de familiares cercanos				
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad				
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él				

<b>BIENESTAR MATERIAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15. El lugar donde vive es confortable				
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)				
17. Se queja de su salario (o pensión)				
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
20. Dispone de las cosas materiales que necesita				
21. El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades				

<b>DESARROLLO PERSONAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, entre otros.)				
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean				
24. Tiene dificultades para expresar información				
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan				
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, entre otros.)				
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe				
28. Es responsable de la toma de su medicación				
29. Muestra escasa flexibilidad mental				

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30. Tiene problemas de movilidad				
31. Tiene problemas de continencia				
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal				
33. Su estado de salud le permite salir a la calle				
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, entre otros.)				
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				

<b>AUTODETERMINACIÓN</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36. Hace planes sobre su futuro				
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, entre otros.)				
38. Otras personas organizan su vida				
39. Elige cómo pasar su tiempo libre				
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
41. Su familia respeta sus decisiones				
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas				
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				

<b>INCLUSIÓN SOCIAL</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan				
45. Está excluido en su comunidad				
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita				
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude				
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude				
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude				
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades				
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad				

<b>DERECHOS</b>	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos				
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe				
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados				
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal				
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, entre otros.)				

## ANEXO 5: CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA FUMAT

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,930	57

<b>Estadísticas de total de elemento</b>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BE_1	132,0524	522,193	,451	,928
BE_2	132,2095	518,367	,556	,928
BE_3	131,8190	530,216	,336	,929
BE_4	131,7333	529,134	,412	,929
BE_5	132,2286	528,254	,361	,929
BE_6	131,7571	532,395	,218	,930
BE_7	131,7810	528,736	,279	,930
BE_8	132,0238	514,932	,596	,927
RI_9	131,2857	516,454	,632	,927
RI_10	131,7000	535,455	,180	,930
RI_11	130,8714	528,869	,364	,929
RI_12	132,7762	535,935	,154	,930
RI_13	132,3810	525,854	,314	,930
RI_14	132,5571	521,052	,507	,928
BM_15	132,5000	530,146	,287	,930
BM_16	131,9524	529,433	,305	,929
BM_17	132,2190	543,378	-,042	,932
BM_18	132,2857	521,152	,466	,928
BM_19	132,4476	529,741	,305	,929
BM_20	132,2381	521,044	,486	,928
BM_21	131,9810	519,148	,502	,928
DP_22	131,4524	524,995	,389	,929
DP_23	132,1190	533,991	,243	,930
DP_24	132,3762	517,882	,526	,928
DP_25	131,4286	534,457	,181	,930
DP_26	132,1190	529,330	,288	,930
DP_27	132,4857	522,576	,514	,928
DP_28	132,4476	522,038	,430	,929
DP_29	132,1190	520,335	,553	,928
BF_30	131,6048	513,216	,543	,928
BF_31	132,0762	511,114	,587	,927
BF_32	132,1476	523,935	,359	,929
BF_33	131,3190	524,525	,446	,928
BF_34	132,5667	517,749	,567	,928
BF_35	132,2714	520,132	,468	,928
AU_36	130,9429	532,963	,401	,929
AU_37	132,1905	512,633	,614	,927
AU_38	131,8429	509,846	,602	,927
AU_39	131,9952	513,086	,655	,927
AU_40	132,7524	528,991	,280	,930
AU_41	132,4429	519,702	,580	,928
AU_42	132,1048	513,070	,589	,927
AU_43	132,1571	509,291	,673	,927
IS_44	131,1667	526,101	,460	,928
IS_45	131,4524	519,062	,461	,928
IS_46	131,7000	532,096	,259	,930
IS_47	131,3048	518,711	,493	,928
IS_48	131,9905	516,660	,492	,928

IS_49	130,8667	527,398	,369	,929
IS_50	130,5952	532,280	,320	,929
IS_51	132,1095	539,763	,084	,930
IS_52	131,6476	514,363	,551	,928
DE_53	132,0286	525,081	,473	,928
DE_54	131,8524	525,179	,519	,928
DE_55	132,3429	520,638	,544	,928
DE_56	131,3571	536,393	,163	,930
DE_57	132,0905	528,408	,376	,929

**ANEXO 6: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA  
VARIABLE DEPRESIÓN**

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Centro:** \_\_\_\_\_

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

## ANEXO 7: CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	30

<b>Estadísticas de total de elemento</b>				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
DEPR_1	16,0952	33,780	,298	,850
DEPR_2	15,4333	33,634	,273	,851
DEPR_3	16,0143	33,095	,383	,848
DEPR_4	15,6429	32,585	,399	,847
DEPR_5	15,7286	31,892	,518	,843
DEPR_6	15,5286	32,978	,358	,848
DEPR_7	15,9714	32,908	,393	,847
DEPR_8	15,3905	33,799	,266	,851
DEPR_9	15,5524	32,650	,412	,847
DEPR_10	16,0000	34,335	,114	,855
DEPR_11	15,4905	32,538	,466	,845
DEPR_12	15,3524	34,047	,239	,851
DEPR_13	15,7333	33,842	,169	,854
DEPR_14	15,7000	33,972	,147	,855
DEPR_15	16,0143	32,311	,555	,843
DEPR_16	15,6476	31,674	,567	,842
DEPR_17	15,6810	32,735	,367	,848
DEPR_18	15,8381	34,328	,089	,857
DEPR_19	15,7190	31,839	,528	,843
DEPR_20	15,5000	32,634	,441	,846
DEPR_21	15,8333	31,451	,616	,840
DEPR_22	15,6762	32,124	,479	,845
DEPR_23	15,4238	34,111	,174	,853
DEPR_24	15,8048	33,000	,322	,850
DEPR_25	15,5095	33,198	,323	,849
DEPR_26	15,7381	31,792	,537	,843
DEPR_27	15,9524	32,122	,542	,843
DEPR_28	15,3381	34,321	,179	,852
DEPR_29	15,6381	32,289	,454	,845
DEPR_30	15,6810	32,333	,440	,846

## Anexo 8: Permiso para realizar trabajo de investigación en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

SOLICITO: Permiso para realizar Trabajo de Investigación



DR. GERSON LÓPEZ TICONA  
DIRECTOR HOSPITAL I AREQUIPA

Yo, **SOFÍA PAOLA SILVA ANDÍA**, identificada con DNI N° 44486460, con domicilio en Urb. Leoncio Prado Calle las Gardenias V-10 del Distrito de Paucarpata. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de **ENFERMERÍA** solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de investigación en la institución que Ud. representa sobre **"RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR"** con los pacientes del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), para optar el grado de Licenciada en Enfermería.

### POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma: Sofía Paola Silva Andía  
Para: Excepción bajo Autorización  
30 DIC. 2020  
Arequipa, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

  
Dr. Gerson López Ticona  
DIRECTOR HOSPITAL I AREQUIPA

Arequipa, 30 de diciembre del 2020

  
SOFÍA PAOLA SILVA ANDÍA  
DNI N° 44486460