



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Influencia de la depresión, ansiedad y estrés en la calidad de vida del adulto mayor. Hospital Luis Albrecht, Trujillo

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano

AUTOR:

Aldea Vigo, Víctor Alejandro (ORCID: 0000-0002-3691-5099)

ASESORA:

Dra. Chávez Ventura, Gina María (ORCID: 0000-0002-4638-3487)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

TRUJILLO — PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres, Ricardo Aldea y Rosa Vigo ...

quienes me otorgan su confianza, su tiempo y apoyo incondicional, para lograr mi meta trazada, que es ser un gran médico

A mi hermano ...

quien siempre está dispuesto a brindarme su apoyo y darme su cariño

A mi novia ...

Quien es mi motor y motivo para continuar adelante en este gran recorrido que implica ser médico y darme todo su cariño y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora:

Gracias Dra. Gina Chávez Ventura por todo su tiempo brindado para llevar a cabo el desarrollo de mi investigación, también agradecerle por sus consejos y sobre todo paciencia, ya que gracias a su apoyo logré concluir este trabajo con éxito.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	Pág. 9
II. MARCO TEÓRICO	Pág. 11
III. METODOLOGÍA	Pág. 17
3.1. Tipo y diseño de investigación	Pág. 17
3.2. Variables y operacionalización	Pág. 17
3.3. Población, muestra y muestreo	Pág. 18
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos... ..	Pág.
183.5. Procedimientos	Pág.
	20
3.6. Método de análisis de datos.....	Pág. 20
3.7. Aspectos éticos	Pág. 20
IV. RESULTADOS	Pág. 21
V. DISCUSIÓN	Pág. 28
VI. CONCLUSIONES	Pág. 31
VII. RECOMENDACIONES	Pág. 32
REFERENCIAS	34
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Niveles de depresión, ansiedad y estrés en adultos mayores Pág. 22

Tabla 2: Correlación entre calidad de vida, depresión, ansiedad y estrés Pág. 22

Tabla 3: Regresión lineal entre calidad de vida, depresión, ansiedad y estrés Pág.23

Tabla 4 : Análisis de la varianza entre calidad de vida, depresión, ansiedad Pág.23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01: Diagrama de dispersión entre calidad de vida y depresión Pág. 24

Figura 02: Diagrama de dispersión entre calidad de vida y ansiedad Pág. 24

Figura 03: Diagrama de dispersión entre calidad de vida y estrés Pág. 25

RESUMEN

Objetivo : Determinar la influencia de la depresión, ansiedad y estrés sobre la calidad de vida de los adultos mayores del Hospital Luis Albrecht de Trujillo.

Material y método : Se utilizó un diseño no experimental , transeccional causal, que contó con la participación de 86 adultos mayores, de los cuales 55 fueron mujeres y 31 varones. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de calidad de vida SF36 versión abreviada, cuestionario de depresión, test de ansiedad de Hamilton y cuestionario de estrés (EEP 10). Para determinar la causalidad se hizo uso de la regresión lineal.

Resultados: Se determinó que las variables antes mencionadas tienen un impacto negativo en la calidad de vida en un 83% de los encuestados (r^2 ajustado 0.83). De acuerdo al Análisis de la varianza (ANOVA) se demostró que existen una relación causal altamente significativa entre las variables.

Conclusiones : La depresión, ansiedad y estrés influyen de manera negativa sobre la calidad de vida del adulto mayor.

Palabras clave: depresión, ansiedad, calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of depression, anxiety and stress on the quality of life of the elderly at the Luis Albrecht Hospital in Trujillo.

Material and method: A non-experimental, transectional causal design was used, which had the participation of 86 older adults, of which 55 were women and 31 men. The instruments used were the SF36 quality of life questionnaire, abbreviated version, depression questionnaire, Hamilton anxiety test and stress questionnaire (EEP 10). Linear regression was used to determine causality.

Results: It was determined that the aforementioned variables have a negative impact on the quality of life in 83% of the respondents (adjusted r^2 0.83). According to the Analysis of Variance (ANOVA) it was shown that there is a highly significant causal relationship between the variables.

Conclusions: Depression, anxiety and stress negatively influence the quality of life of the elderly.

Keywords: depression, anxiety, quality of life, older adult.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, uno de los principales desafíos que combate la humanidad desde la óptica demográfica es el envejecimiento poblacional y los efectos que esta situación acarrea en todos los ámbitos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se espera que, en el año 2050, la proporción de la población mundial de 60 años a más doblará el valor del año 2000, de alrededor del 11% al 22% ¹

En 1950, la estructura poblacional peruana estaba conformada principalmente por niños/as; de cada 100 individuos 42 tenían menos de 15 años de vida; en el año 2020 son menores de 15 , 25 de cada 100 ciudadanos. En este proceso de avejantamiento del pueblo peruano, aumentó la tasa de individuos de la tercera edad de 5,7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020. ²

Las ciudades en las que viven una considerable cantidad de personas de la tercera edad son Arequipa, Moquegua, Lima y Callao, donde esta categoría de edad constituye más del 10% de la población general; otro conjunto de departamentos conformados por Áncash, Ica, Lambayeque, La Libertad, Puno, Cusco, Apurímac, Junín y Piura tienen más del 8% de su población compuesta por personas mayores de 60 años. La Libertad cuenta con una población de 1,859,640 ciudadanos, donde cerca del 10% representa la población adulta mayor (182,399).³

El envejecimiento es un proceso dinámico experimentado por todas las personas de manera distinta por cada individuo. Por lo cual, encanecer es una experiencia heterogénea, debido a que hay diversos elementos que la determinan, entre los cuales tenemos al estrato social, grado de instrucción, cultura, género y sanidad. La persona adulta mayor hace alusión a aquella que se encuentra en el período subsiguiente a la adultez; de acuerdo al apartado 2 de la Ley de la Persona Adulta Mayor define como persona adulta mayor a “aquella que tiene 60 o más años”.⁴

Cuando nos referimos al envejecimiento salen a la luz diversas patologías propias de las personas de tercera edad, pues, conforme envejecemos se generan considerables modificaciones, tanto en el aspecto físico como psicológico, en esta

etapa, las personas presentan mayor riesgo de padecer patologías crónicas degenerativas como la diabetes, hipertensión y osteoporosis, las cuales afectan de manera negativa el modo de vida de las personas añosas.⁵

El incremento del promedio de vida no significa obligatoriamente que la calidad con la que se viven los últimos años haya mejorado. Por lo cual es necesario investigar diversas opciones que contribuyan a la mejora del modo de vida de los individuos de la tercera edad. En tal sentido, debido a las particularidades y transformaciones asociadas al proceso de envejecer, es fundamental entender el modo de vida con el que se afronta este ciclo.^{6,7}

El estado mental de los individuos de la tercera edad nos invita a revisar factores como la ansiedad, depresión y el estrés, los cuales pueden originarse por diversas circunstancias como, por ejemplo: el fallecimiento de un ser querido, la jubilación, los cambios físicos propios de la edad, el cambio de residencia, entre otras cosas, debido a que generan un efecto perjudicial en la salud.⁸

Recientemente, debido a la pandemia por COVID 19 el mundo que conocíamos antes cambió drásticamente, ya que este virus generó gran morbilidad en la población, que conllevó a adoptar medidas preventivas como el distanciamiento social, uso de mascarillas, confinamiento de las personas, especialmente de quienes son más susceptibles como los adultos mayores, lo cual generó en estos individuos niveles elevados de ansiedad, enojo, consternación y estrés.⁹

Gran parte de estudios que investigaron las alteraciones psicológicas en la pandemia por COVID-19 reportaron que las personas afectadas manifiestan sintomatología de angustia, depresión, estrés, cambios de humor, irritabilidad, insomnio, déficit de atención, trastorno de hiperactividad, estrés postraumático.^{10,11} Según un metaanálisis realizado en Irán demostró que la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión, producto de la afectación global por COVID19, son del 30%, 32% y 34% respectivamente.¹² Si bien es cierto los estudios referidos caracterizan la sintomatología que presenta la población general, en el contexto de la pandemia, existe evidencia que el impacto también se presenta en la etapa del adulto mayor.¹³

Los estudios que han reportado la influencia de la ansiedad , depresión y estrés en la calidad de vida del adulto mayor, no han sido concluyentes, ya que existen investigaciones que afirman que no hay relación significativa de la depresión sobre las condiciones de vida ¹³, sin embargo hay estudios en donde se ha descrito la influencia negativa de los trastornos mentales en las condiciones de vida de los ancianos.¹⁴ Por tanto, resulta pertinente responder al problema de investigación ¿Cómo influye la depresión , ansiedad y estrés en la calidad de vida del adulto mayor del Hospital Luis Albrecht de Trujillo?

En la actualidad los adultos mayores han sido afectados tanto física como mentalmente debido al envejecimiento poblacional, ya que este grupo etario son los más perjudicados debido a su susceptibilidad. En todo el mundo, más o menos 15% de los ancianos presentan cierto grado de desórdenes mentales, entre los más frecuentes tenemos a la demencia, la depresión y el síndrome confusional agudo.¹⁵

Las hipótesis de este estudio son: H1: La ansiedad influye en la calidad de vida del adulto mayor del Hospital Luis Albrecht de Trujillo. H2: La depresión influye en la calidad de vida del adulto mayor del Hospital Luis Albrecht de Trujillo.H3 : El estrés influye en la calidad de vida del adulto mayor del Hospital Luis Albrecht de Trujillo.

El objetivo general es determinar la influencia de la depresión, ansiedad y estrés en la calidad de vida en el adulto mayor del Hospital Luis Albrecht de Trujillo.

Los objetivos específicos son: Determinar la frecuencia de ansiedad en los adultos mayores del Hospital Luis Albrecht de Trujillo. Determinar la frecuencia de depresión en los adultos mayores del Hospital Luis Albrecht de Trujillo. Determinar la frecuencia de estrés en los adultos mayores del Hospital Luis Albrecht de Trujillo.

II. MARCO TEÓRICO:

Akosile et al.¹³ (Nigeria,2019) tuvieron como finalidad determinar la prevalencia de incapacidad funcional, depresión y calidad de vida de las personas añasas que habitan en Uyo y los lugares aledaños. El diseño fue transversal en el cual participaron 206 adultos mayores nigerianos, a quienes se les aplicó el cuestionario WhoqoL-Old para calidad de vida, test de estado funcional (FSQ) y el test de depresión geriátrica. El 46 % de los adultos presentaban depresión y cerca del 30 % tenían disfunción funcional, pero la calidad de vida fue manifestada como buena por 60 % de los participantes, por lo que concluyeron que la depresión y la invalidez funcional son frecuentes, pero no generan un impacto perjudicial sobre la calidad de vida.

Ghimire et al¹⁴ (Nepal,2018) tuvieron como objetivo valorar la relación entre la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores de Nepal, fue un estudio correlacional transversal en el cual participaron 289 individuos de la tercera edad. Los instrumentos utilizados fueron el test de depresión geriátrica y la herramienta europea de calidad de vida. La prevalencia de depresión en este grupo poblacional fue de 57,4% que se relacionó con un detrimento del nivel de vida de las personas añasas nepalíes con IC del 95%.

Taghiabadi¹⁶ (Irán,2017) tuvo como objetivo establecer la asociación entre angustia ante la muerte con vivencias religiosas y agrado con la vida de los individuos de la tercera edad, fue un estudio transversal con diseño descriptivo analítico en el cual participaron 190 ancianos iraníes. Las herramientas empleadas fueron el índice de satisfacción de Wood y Shifor, el test de ansiedad de Aminpour y el cuestionario de experiencias espirituales. El porcentaje de ansiedad fue del 57 % y se halló una correlación inversamente significativa entre las condiciones de vida y ansiedad ante la muerte con un $r = -0,2$.

Vargas¹⁷ (Colombia,2017) tuvo como finalidad hallar los elementos relacionados a la condición de vida de las personas añasas de Cartagena, el tipo de estudio fue transversal con muestreo realizado en 2 etapas :inicialmente estratificado y después aleatorio simple, para lo cual participaron 657 ancianos. Las herramientas empleadas fueron la escala de depresión de Yesavage y el índice multicultural de calidad de vida. La escala de Yesavage arrojó que el 87% (571)

no presentaban síntomas, el 12% (77) arrojó depresión leve y en el 1 % (9) se evidenció síntomas depresivos de importancia clínica. Los participantes manifestaron que su calidad de vida fue excelente para el 87,4 % (574); mala 12,6 % (83).

Gato¹⁸ (Brasil, 2018); tuvo como fin valorar el estado de salud mental, nivel de depresión, humor y calidad de vida (cv) de ancianos, el tipo de estudio fue transversal cuantitativo, en la cual participaron 122 adultos mayores, atendidos en asistencia médica básica. Los datos se obtuvieron con cuestionarios de valoración de calidad de vida (whoqol-old/whoqol-bref), escala de Depresión Geriátrica y cuestionario sociodemográfico y clínico. Gran parte de las personas de la tercera edad se consideran saludables, aunque el 40 % tienen problemas de salud, el 56 % usan ansiolíticos y antidepresivos y 62 % aquejan cierto grado de depresión, asociada estadísticamente a ser mujeres ,estar en soledad y el escaso tiempo dedicado a las actividades de ocio y comunitarias.

Al-Butmeh¹⁹ (Palestina,2018); tuvo como objetivo identificar los trastornos mentales más prevalentes y sus consecuencias en las condiciones de vida de los individuos de la tercera edad del Distrito de Belén , fue un estudio transversal que contó con la colaboración de 291 adultos mayores para lo cual utilizaron un cuestionario estructurado, se evaluó la calidad de vida con el WHOQOL-BREF y el estado psicológico actual y la ansiedad con el Brief Symptom Inventor. 101 (35%) participantes describieron niveles severos o muy severos de somatización, 39 (14%) individuos presentaron síntomas obsesivo compulsivos graves o muy graves, 27 (9%) manifestaron que tenían síntomas de ansiedad severos o muy severos y 37 (13%) tuvieron depresión severa o muy severa. Concluyeron que la alta prevalencia de enfermedades crónicas ocasiona un efecto negativo sobre la salud psicológica y la calidad de vida.¹⁹

Apaza²⁰ (2018); tuvo como objetivo establecer la relación entre la depresión y calidad de vida en individuos de la tercera edad, el tipo de estudio fue correlacional con diseño transversal en el cual participaron 138 adultos mayores. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de Whogol Bref y el test de depresión geriátrica de Yesavage. El 67% de los ancianos manifestaron tener una mala calidad de vida y el 65% tienen depresión severa, por lo cual concluyó

que la depresión influencia de manera negativa sobre las condiciones de vida con un nivel de significancia $p < 0.05$.

De Frías²¹ (Estados Unidos, 2016) tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés con la calidad de vida en adultos mayores y la importancia de los factores protectores, fue un estudio transversal que contó con la participación de 134 adultos mayores. Los instrumentos empleados fueron el SF36 para medir la calidad de vida y el cuestionario de estrés vital para ancianos, donde se encontró que los ancianos con estrés presentaban peor calidad de vida expresado como trastornos en la salud mental y física.²¹

La OMS conceptualiza a la calidad de vida como la idea que un sujeto tiene de su lugar en la existencia, en el ámbito de la educación y la ética con la que vive y en relación con sus objetivos, sus anhelos, sus reglas y sus preocupaciones. Esta definición es empleada para valorar el modo de vida de un individuo o de una sociedad evaluando el grado de desarrollo conseguido, la obtención de una existencia decente, saludable, libre, justa y alegre.²²

La condición de vida comprende un concepto amplio, una construcción subjetiva, con múltiples dimensiones que busca proporcionar una imagen completa de la percepción que un sujeto tiene de sí mismo en el mundo.²³ Una herramienta valiosa que sirve para medir la calidad de vida es el SF-36 que abarca las siguientes dimensiones; las cuales incluyen la función física que hace referencia al grado de delimitación para llevar a cabo ejercicios físicos tales como caminar, subir gradas, inclinarse, levantar peso y los trabajos de intensidad moderada.

Otra de ellas es el rol físico, el cual manifiesta el nivel en que la condición física impide el correcto trabajo y otras actividades diarias que incluyen desempeño menor al deseado, restricción en el tipo de actividades realizadas o inconvenientes en la ejecución de acciones. El dolor corporal, que es otra de las dimensiones, hace alusión a la intensidad del mismo y su impacto en el trabajo cotidiano, en casa o fuera del hogar. Otro aspecto que evalúa este instrumento es la salud general, que engloba la información sobre el estado de salud actual y las expectativas para el futuro, así como la renuencia a enfermar.²⁴

La vitalidad es otra dimensión de este instrumento, que se refiere a la fuerza y vigor frente a la sensación de fatiga y extenuación. Así también tenemos a la función social que es el grado en que los padecimientos que afectan el estado físico o emocional dificultan la vida social de los ancianos. Otra dimensión incluida en esta herramienta es el rol emocional que hace referencia a la magnitud en que los trastornos emocionales impiden llevar a cabo con normalidad las actividades cotidianas. Por último, tenemos a la salud mental que incluye a patologías como la depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.²⁴

El uso del término estrés se ha vuelto habitual pese a que los individuos no tengan claro su concepto. Selye en 1966 introdujo este vocablo haciendo referencia a un conjunto de reacciones fisiológicas inespecíficas del cuerpo a diversos elementos dañinos del ambiente, de naturaleza física o química ²⁵. Lazarus conceptualiza al estrés como la consecuencia de la relación entre un sujeto y el medio que lo rodea, este entorno es concebido por la persona como peligroso y que coloca en riesgo su salud. Este autor resalta la importancia de lo externo, es decir, manifiesta que el entorno es el principal elemento que participa en la presentación del estrés. ²⁶

Zaldivar define al estrés como una condición de vida desagradable que se sostiene en el tiempo, acompañado de alteraciones psicofisiológicas que se manifiestan en una persona como resultado de los cambios producidos en su relación con el entorno, que exige al individuo requerimientos los cuales le resultan intimidante, y sobre los cuales tiene o cree tener poco o ningún control.²⁷

El estrés es una respuesta dada por la interrelación de un individuo con el medio que lo rodea, es un proceso activo, variable gracias a la relación existente entre los estímulos del entorno y las técnicas personales que son usadas para administrar o disminuir los requerimientos internos o externos que son percibidos como desmesurados por el ser humano.²⁸ El estrés se origina cuando se rompe la homeostasis que existe entre las fuerzas adversas intrínsecas o extrínsecas y las respuestas fisiológicas; la respuesta adaptativa al estrés depende mucho del estímulo hormonal principalmente el eje hipotálamo- hipófisis- glándula adrenal y el sistema nervioso autónomo.²⁹

La ansiedad es conceptualizada como la reacción efusiva ante una posición no deseada, que abarca tres elementos que son la parte cognitiva, la parte fisiológica y por último la función motora, en los cuales la apreciación y las singularidades del sujeto frente a los estímulos internos y externos es lo que ocasiona dicha respuesta .³⁰

La ansiedad de pensamiento o cognitiva se basa en pensamientos anticipados haciendo suposiciones de las posibles consecuencias, valorando los peligros seguido de ideas negativas en gran parte de los casos. Son pensamientos que se generan antes de experimentar una realidad que traiga consigo un estado de ansiedad, ya que implica la generación de figuras negativas.³¹

La ansiedad fisiológica tiene su base en los centros del sistema nervioso que empiezan con su activación, sobre todo del sistema nervioso autónomo, que se manifiesta con aumento de la frecuencia cardiaca sumado a esto se presenta taquipnea, sudoración profusa; lo que indica que el organismo se está preparando ante una situación peligrosa.³¹

El tipo de ansiedad de conducta y motora se basa en la sobre estimulación e inhibición motora, de modo que el organismo responde a un estímulo nocivo colocándose en un modo de alerta. Tenemos el ejemplo cuando una persona es asaltada, como respuesta a esa situación de riesgo se queda quieta o parada, debido a que ocurrió una inhibición a nivel de los centros nerviosos superiores, este mecanismo suele presentar cuando una persona está expuesta a niveles elevados de ansiedad.³¹

Los trastornos emocionales y problemas físicos que están presentes en el anciano pueden provocar, además del estrés, la zozobra ante el estado financiero, el círculo familiar y el desgaste físico generando un nerviosismo excesivo , crisis de ansiedad, lo cual conlleva a un deterioro de la salud.^{32,33}

La enfermedad depresiva en la población adulto mayor es un problema sanitario frecuente y a la vez grave que se asocia a comorbilidades como deterioro funcional, mayor uso de recursos en salud, y deficientes condiciones de vida. La depresión no es un proceso fisiológico del envejecimiento, el dolor y la tristeza son respuesta a las circunstancias que acompañan al proceso de envejecer

como son la pérdida de familiares cercanos, desempleo, dependencia económica, abandono. ³⁴

Las teorías que abordan el origen de la depresión son la parte genética, donde se evidencia que los individuos con antecedentes familiares de depresión son más susceptibles a padecer este trastorno afectivo y también aquellos que presentan una alteración en la expresión del gen transportador de la serotonina.

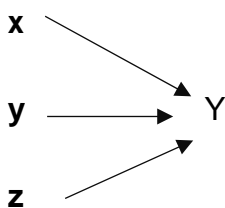
Otro elemento importante es el ambiente, que en su mayoría se asocia a eventos adversos ocurridos en la infancia como el abuso sexual infantil, traumas, escaso apoyo social, problemas maritales, divorcio. También tenemos al componente hormonal donde destaca la hormona liberadora de corticotropina en respuesta a situaciones de estrés y depresión, las mujeres muestran por lo general una mayor capacidad de respuesta al estrés que los varones, lo que es consistente con la mayor incidencia de depresión mayor en las mujeres. ³⁵

III. METODOLOGÍA:

3.1. Tipo y Diseño De investigación:

Tipo de investigación: Aplicada

Diseño de investigación: Diseño no experimental, transversal, transeccional causal



3.2 Variables y operacionalización de variables:

VARIABLES:

Variables independientes : Ansiedad, depresión y estrés

Variable dependiente: Calidad de vida

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: (Ver Anexo 01)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: 10720 adultos mayores que se atienden en el Hospital Luis Albrecht de Trujillo, es un establecimiento de nivel I que pertenece a EsSalud de la región La Libertad.

Criterios de inclusión:

Individuos que tengan 60 o más años de edad

Individuos mayores que acepten cooperar en el estudio.

Individuos que completen adecuadamente las encuestas.

Criterios de exclusión:

Personas de edad que tengan diagnóstico de demencia manifestadas por los entrevistados o sus acompañantes en la entrevista.

Adultos mayores con discapacidad física crónica.

Muestra: El tamaño muestral fue obtenido con el programa estadístico G *power versión 3.1.9.7, para una prueba de una cola , con un alfa de 0.05 ,con uso de tres predictores y una potencia de 0.95 ,donde se obtuvo que la muestra mínima a encuestar eran 74 personas, sin embargo, se entrevistaron a 86 adultos mayores.

Muestreo: El acopio de datos se llevó a cabo por estudio no probabilístico por conveniencia, que fueron captados cuando acudían al establecimiento de salud.

Unidad de análisis: Adultos mayores que se atienden en el Hospital Luis Albrecht de Trujillo.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Técnica: Se aplicó una encuesta presencial para recopilar información sobre las variables de estudio

Instrumento de recolección de datos:

Cuestionario de calidad de vida SF-12

El cuestionario SF-12 tiene 12 apartados englobados en ocho dimensiones que son :función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Este instrumento genera 8 resultados con puntajes de 0 a 100, donde el valor 0 corresponde al más deficiente estado de salud y 100 al óptimo estado de salubridad. ^{36,37}

Validez y confiabilidad del instrumento:

La encuesta SF-36 fue elaborada por Alonso, Prieto y Antó en la década de los años 90 y fue validado en el Perú por Salazar y Bernabé en el año 2012. El Medical Outcome Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) es un test muy empleado para la evaluación de la calidad de vida, siendo traducido y ajustado para cualquier tipo de población. Es conciso, pero, amplio, de fácil aplicabilidad y entendimiento. ³⁸

El grado de confiabilidad del cuestionario SF-36 versión abreviada tiene una relación de alfa de Cronbach con valores que se encuentran entre 0,75 a 0,94.³⁹ Este valor fue obtenido en personas mayores de 18 años que participaron en el estudio que estaban sanos o presentaban patologías como dolor musculoesquelético y depresión.

Escala de ansiedad de Hamilton

Fue elaborada por Hamilton en 1959 y adaptada por Lobo et al⁴⁰ en el año 2002 con el objetivo de medir el nivel ansiedad, está constituida por 14 preguntas de las cuales las 13 primeras hacen referencia a signos y síntomas de ansiedad y la última pregunta evalúa el comportamiento del encuestado durante la entrevista. La puntuación para cada ítem va de 0 a 4 puntos .El alfa de Cronbach fue de 0,88 a 0,89 en población adulta mayor, que contó con la participación de 107 encuestados.

Escala de depresión geriátrica abreviada

Fue estudiada por Gómez y Campo⁴¹ en el año 2011, esta evalúa 5 ítems para determinar a los adultos mayores que presentan depresión, un valor mayor o igual a 2 es indicativo de depresión. El instrumento tiene un alfa de Cronbach de 0,75 obtenido en 270 adultos mayores peruanos encuestados de la Macrorregión sur del Perú.

Cuestionario de estrés percibido

Fue elaborado por Remor⁴² en el 2017, existen 3 versiones, la primera evalúa 14 ítems, la segunda 10 ítems y la última 4 ítems, este test es utilizado para medir el estrés percibido en el último mes. El cuestionario que evalúa 10 ítems que fue utilizado en el presente trabajo de investigación tiene un alfa de Cronbach de 0,82 para población adulta mayor, con una mínima de 60 años.

3.5. Procedimientos:

Para establecer la relación entre depresión, ansiedad y estrés con calidad de vida, se recurrió a la aplicación de los cuestionarios. Se realizó en tres instancias:

La primera instancia correspondió a la selección de personas de la tercera edad que fueron elegidos en base a los criterios de inclusión y exclusión mencionados previamente.

La segunda instancia consistió en proporcionar el consentimiento informado, manifestar al participante el objetivo de la investigación y conseguir su visto bueno.

La tercera instancia se llevó a cabo de manera presencial cuando los pacientes fueron al establecimiento de salud, donde se les aplicó las encuestas.

3.6. Métodos de análisis de datos

El producto que se obtuvo de los cuestionarios, mediante una encuesta presencial fueron guardados en una base de datos Microsoft EXCEL 2016. Los análisis se realizaron haciendo uso del programa software del International

Business Machine SPSS Statistics v26.0, se comprobaron los supuestos para llevar a cabo la regresión lineal que son la independencia, homocedasticidad, linealidad, no colinealidad y normalidad por lo cual se acepta el modelo.

3.7. Aspectos éticos

A todas las personas que colaboraron en la investigación se les comunicó la finalidad del estudio, de esa manera se obtuvo su permiso mediante la firma del consentimiento informado para la aplicación del instrumento. La información obtenida se almacenó de manera confidencial, para posteriormente ser revisada en un ordenador personal por el investigador. Se respetaron los criterios de ética que están consignados en la declaración de Helsinki. Además el presente trabajo pasó por la revisión del comité de ética de la Universidad César Vallejo.⁴³

IV. RESULTADOS

TABLA 1 : NIVELES DE DEPRESIÓN , ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL LUIS ALBRECHT DE TRUJILLO

		f	%
Depresión	CON DEPRESIÓN	22	26
	SIN DEPRESIÓN	64	74
Ansiedad	CON ANSIEDAD MAYOR	27	31
	CON ANSIEDAD MENOR	28	33
	SIN ANSIEDAD	31	36
Estrés	SEVERO ESTRÉS	0	0
	MODERADO ESTRÉS	6	7
	LEVE ESTRÉS	10	12
	SIN ESTRÉS	70	81

TABLA 2 : CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA, DEPRESIÓN , ANSIEDAD y ESTRÉS

		CALIDAD_DE_VIDA	DEPRESIÓN	ANSIEDAD
CALIDAD_DE_VIDA	Correlación de Pearson			
DEPRESIÓN	Correlación de Pearson	-0.907		
ANSIEDAD	Correlación de Pearson	-0.874	0.912	
ESTRÉS	Correlación de Pearson	-0.735	0.816	0.830

TABLA 3 : REGRESIÓN LINEAL ENTRE CALIDAD DE VIDA ,DEPRESIÓN , ANSIEDAD y ESTRÉS

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,916 ^a	,839	,833	1,520	2,212

a. Predictores: (Constante), Estrés, Depresión, Ansiedad

b. Variable dependiente: Calidad de vida

TABLA 4 : ANÁLISIS DE LA VARIANZA ENTRE CALIDAD DE VIDA, DEPRESIÓN, ANSIEDAD y ESTRÉS

ANOVA						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	985,814	3	328,605	142,202	,000 ^b
	Residuo	189,488	82	2,311		
	Total	1175,302	85			

a. Variable dependiente: Calidad de vida

b. Predictores: (Constante), Estrés, Depresión, Ansiedad

FIGURA 01: DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN

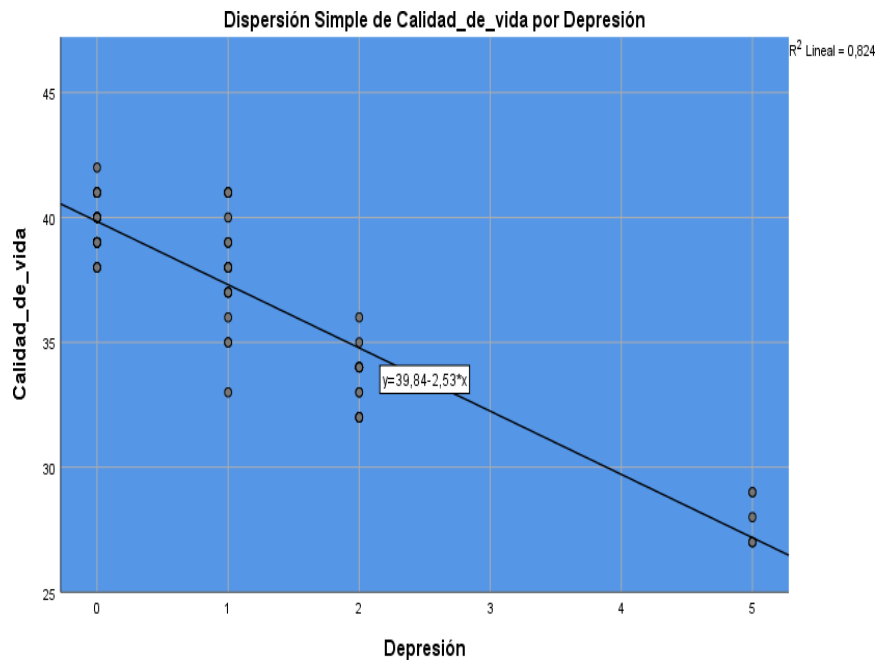


FIGURA 02 : DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ANSIEDAD

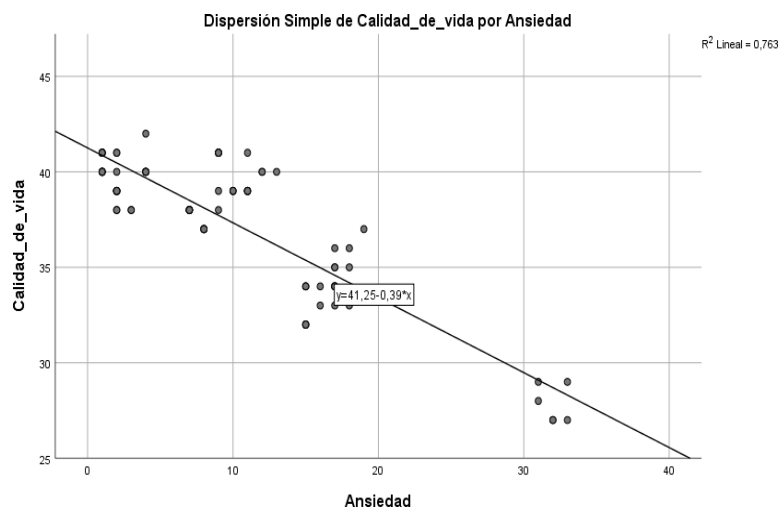
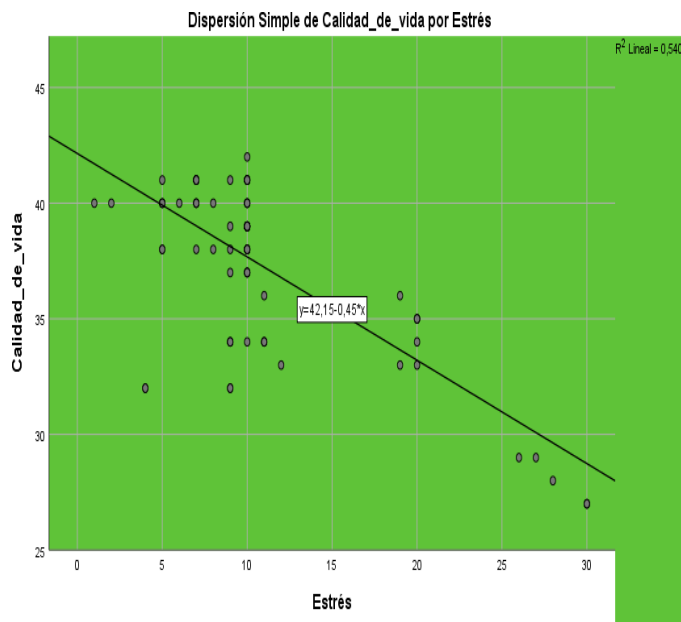


FIGURA 03 : DIAGRAMA DE DISPERSIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS



V. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación, se evaluó la influencia de la depresión, ansiedad y estrés en la calidad de vida en el adulto mayor del Hospital Luis Albrecht de Trujillo, debido a que los trastornos mentales son problemas de salud frecuentes en este grupo poblacional.

La población estudiada estuvo conformada por 86 personas, las cuales 55 eran mujeres que representan el 64 % de los encuestados y 31 varones (36%), la edad mínima de los participantes fue 60 años y la máxima 85 años. La mayoría de los encuestados fueron mujeres dato importante ya que en las personas del sexo femenino la prevalencia de trastornos afectivos es el doble comparada con los varones, esto se explica principalmente por el factor hormonal ,siendo la molécula involucrada el estradiol que se encarga de la regulación del comportamiento y la respuesta ante situaciones de estrés. ⁴⁴

En este trabajo se identificó que la calidad de vida está influenciada negativamente por la depresión, ansiedad y estrés, ya que estas variables predicen en un 83% que las personas con estos trastornos afectivos tendrán una inadecuada calidad de vida (r^2 ajustado= 0.83),este valor nos indica una fuerte asociación, ya que según Domínguez para conceptualizar como magnitud del efecto fuerte se considera un valor de r^2 ajustado mayor de 0.64.Lo cual nos indica que estos trastornos afectivos afectan severamente la calidad de vida, y esto se evidencia con la alteración de las dimensiones de la calidad de vida como son la salud mental, rol emocional. ⁴⁵

Considerando que las variables del estudio se correlacionan de manera negativa con la calidad de vida, se realizó el ANOVA; se compararon la depresión, ansiedad y estrés con la calidad de vida donde se obtuvo un alto nivel de significancia ($p=0,000$). La depresión estuvo presente en el 26% de los adultos mayores encuestados e influyó perjudicialmente en la calidad de vida como se puede observar en la figura 01 , este resultado fue similar a lo encontrado por otros estudios ^{14, 20} donde manifestaron que los ancianos con depresión tuvieron un detrimento en su nivel de vida. Por el contrario otras investigaciones ^{13,17} hallaron que la depresión es un problema frecuente en el adulto mayor pero no afecta significativamente su calidad de vida.

La depresión es un problema de salud frecuente en los individuos de la tercera edad, ya que existen circunstancias que acompañan al proceso de envejecer que los hacen más susceptible a presentar este trastorno afectivo como son el abandono, dependencia funcional, enfermedades crónicas degenerativas, la pérdida de familiares³².

El porcentaje de ancianos encuestados con ansiedad fue del 64% y se evidenció una influencia negativa sobre la calidad de vida. En la figura 02 se observa una fuerte correlación negativa ya que a mayor niveles de ansiedad presenten las personas peor será su calidad de vida. Un resultado similar fue obtenido por Taghiabadi¹⁶ donde el porcentaje de ansiedad en su población estudiada fue del 57 % y encontró una relación inversamente significativa entre la ansiedad y las condiciones de vida. Por el contrario Al-Butmeh et al¹⁹ encontraron niveles más bajos de ansiedad en su grupo estudiado y concluyeron que el detrimento de la calidad de vida fue debido principalmente a la alta prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas más que a trastornos afectivos como la ansiedad.

Con respecto a los individuos encuestados que presentaron estrés fueron cerca del 20 % y se encontró una influencia negativa en la calidad de vida como se puede observar en la figura 03. Este resultado concuerda con lo encontrado por De Frías²¹ quien manifestó que el estrés afecta significativamente la calidad de vida, ya que genera un efecto perjudicial sobre la salud mental y física, esto se explica gracias a las vías bioquímicas y factores hormonales como el cortisol que está activo frente a situaciones de estrés promoviendo la excitabilidad prolongada del sistema nervioso generando un desgaste para el cuerpo humano.

Es importante resaltar que la depresión, ansiedad y estrés son trastornos afectivos frecuentes en la población adulta mayor. Como se observó en este trabajo existe una relación negativa entre estas variables y la calidad de vida, de allí la importancia de buscar alternativas que reduzcan el impacto de estos problemas como por ejemplo promover el desarrollo de un mayor número de programas de adultos mayores donde puedan interrelacionarse entre ellos, ya que la soledad, el escaso tiempo de ocio según Gato¹⁸ son factores que influyen en la calidad de vida.

El contexto actual en que vivimos de la pandemia por COVID 19, es un hecho que no debe pasar por alto ya que al estar en confinamiento o con medidas restrictivas impuestas por el gobierno de cada nación, hace más susceptibles a las personas adultas mayores a desarrollar niveles más altos de estrés, ansiedad lo que se evidencia en manifestaciones somáticas como taquicardia, cefalea. En un estudio grande se encontró que la prevalencia de trastornos afectivos ha aumentado significativamente en la pandemia, siendo la depresión el trastorno más frecuente con 34%, seguido de la ansiedad con 32% y finalmente pero no menos importante el estrés con 30%.

Una de las limitaciones del presente trabajo fue la dificultad para encuestar a los adultos mayores, ya que debido al contexto de la pandemia, gran parte de la consultas médicas se realizaban por telemedicina. Además, el tipo de muestreo fue intencional, no probabilístico, lo que afecta la generalización de la investigación. Otra limitación fue el restringido acceso por parte del establecimiento de salud para obtener la data de la población.

Para futuras investigaciones se debe considerar otras variables que influyen en la calidad de vida de las personas adultas mayores como el abandono, la soledad , el escaso tiempo de ocio, la dependencia funcional; con ello se obtendría un análisis más preciso para determinar que variables están relacionadas en mayor porcentaje con los niveles de calidad de vida.

VI. CONCLUSIONES

1. La depresión, la ansiedad y el estrés influyen de manera negativa sobre la calidad de vida de los adultos mayores del Hospital Luis Albrecht de Trujillo.
2. La tercera parte de los adultos mayores encuestados presentan ansiedad mayor.
3. La cuarta parte de los adultos mayores encuestados tienen depresión
4. La frecuencia de estrés en los adultos mayores del Hospital Luis Albrecht de Trujillo es cercana al 20%.

VII. RECOMENDACIONES

- Investigar otras variables que influyen en la calidad de vida del adulto mayor como el abandono, el escaso tiempo para el ocio y actividades recreacionales
- Se sugiere un manejo multidisciplinario en los adultos mayores que permita mejorar su calidad de vida.
- Se recomienda a futuros investigadores, incluir en los estudios causales factores protectores, con la finalidad de determinar qué aspectos son necesarios reforzar para mejorar la calidad de vida
- Trabajar con un muestro probabilístico que permita la generalización.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un enfoque de ciclo de vida del envejecimiento saludable: proyecto de estrategia mundial y plan de acción sobre el envejecimiento y la salud. 69.a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 22 de abril de 2016 (A69 / 17).

Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf .

2.- INEI.Situación de la Población Adulta Mayor Octubre, Noviembre, Diciembre. Informe técnico, Perú;2021.

Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2020.pdf>

3.- INEI (2015): Estadísticas de la Población Adulta Mayor en la Región la Libertad; 2015.

Disponible en: [https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/La_Libertad2.html#:~:text=N%C3%9AMERO%20DE%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES,poblaci%C3%B3n%20adulta%20mayor%20\(182%2C399\).](https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/La_Libertad2.html#:~:text=N%C3%9AMERO%20DE%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES,poblaci%C3%B3n%20adulta%20mayor%20(182%2C399).)

4.- Blouin C, et al. La situación de la Población Adulta Mayor en el Perú; ed Konrad Adenauer Stiftung; Lima: Perú;2018.

Disponible en: <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wpcontent/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>

5.- Botero B, Pico M . Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Revista Hacia la Promoción de la Salud,12,11- 24;2017

6.-Aponte V. Calidad de Vida en la Tercera Edad. Ayaju, La Paz: Bolivia;2015

Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003

7. Haraldstad, K., Wahl, A., Andenaes, R. *et al.* A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res* **28**, 2641–2650 (2019).

Disponible en : <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>

8. Buitrago L. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología; volumen 6; 2018.

Disponible en :

<https://www.integracionacademica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estrés%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf>

9. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020. 14;395(10227):912–20.

10. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(1):75–7.

11. Rubin GJ, Wessely S. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*. 2020;368:m313.

12. Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 16, 57 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

13. Akosile C et al. Depression, functional disability and quality of life among nigerian older adults: Prevalences and relationships. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.

Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2017.08.011>

14. Ghimire, S., Baral, B.K., Pokhrel, B.R. et al. Depression, malnutrition, and health-related quality of life among Nepali older patients. *BMC Geriatr* 18, 191 (2018).

Disponible en : <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0881-5>

15. Gálvez M, Aravena C, Aranda H, Ávalos C, López F. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Oct 13] ; 58(4): 384-399. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272020000400384&lng=es.

16. Taghiabadi M, Kavosi A, Mirhafez SR, Keshvari M, Mehrabi T. The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electron Physician.* 2017;9(3):3980-3985. Published 2017 Mar 25.

Disponible en : doi:10.19082/398

17. Vargas-Ricardo S, Melquizo-Herrera E. Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública.* 2017;19 (4):549-554.

Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n4/0124-0064-rsap-19-04-00549.pdf>

18. Gato J M, Zenevicz LT, Faganello Madureira VS, Gaffuri da Silva T, Sedrez Celich KL, Silva de Souza S, et al. *Av Enferm.* 2018;36(3) 302-310.

Disponible en : doi: 10.15446/av.enferm.v36n3.68498

19. Al-Butmeh S, Al-Khataib N. Mental health and quality of life of elderly people in the Bethlehem district: a cross-sectional study. *Lancet.* 2018 Feb 21;391 Suppl 2:S46.

Disponible en : doi: 10.1016/ S0140-6736(18)30412-4

20. Apaza M. Calidad de vida y depresión en asistentes al Centro Integral de Atención del Adulto Mayor. Puno: Perú;2018

Disponible en :

http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11022/Apaza_Velez_Marie_la_Roc%c3%ado.pdf?sequence=1&isAllowed=y

21. De Frias C, Whyne E (2016) Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness, *Aging & Mental Health*, 19:3, 201-206, DOI: 10.1080/13607863.2014.924090
22. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(10):1.403-1.409.
23. Krzemien D. Calidad de vida y participación social en la vejez femenina. Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata, Grupo de investigación psicológica del desarrollo; 2001. p. 3.
24. Ware J, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:903–912.
25. Taset Y. Estrés psicológico en las cuidadoras familiares de ancianos con Demencia Vascular *Revista Chilena de Neuropsicología*, vol. 12, núm. 2, diciembre, 2017, pp. 1-7
26. Macías M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe [Internet]*. 2013
27. Zaldívar, P. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnico, 45-84.
28. Buitrago L, Córdón L, Cortés R. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. *Revista científica ALFEPSI*; vol. 6; 2018.
29. Tsigos C, Kyrou I, Kassi E, et al. Stress: Endocrine Physiology and Pathophysiology. [Updated 2020 Oct 17]. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. *Endotext [Internet]*. South Dartmouth (MA): MDTText.com, Inc.; 2000-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278995/>

30. Mayor, J. & Pinillos, D. J. (2015). Tratado de psicología general: t. 8 motivación y emoción. Madrid: Alhambra

31. Toro Yolanda, González M, Arce D, Reinoso S, Reina C. Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. MEDISAN [Internet]. 2014.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001000012&lng=es.

32. Horenstein A, Heimberg R. Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. Clinical Psychology Review, Philadelphia USA ; 2020.

Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>

33. Tello T, Alarcón R, Vizcarra D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev. perú. med. exp. salud pública, 2016.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>.

34. Espinoza R, Unutzer J. Diagnosis and management of late-life unipolar depression. Ed Uptodate, June; 2019.

35. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. Acta Derm Venereol. 2000;80(8):430–4.

37. Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. SAGE open medicine, 4, 2050312116671725.

Disponible en : <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>

38. Ilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer G, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit; 2005.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.

39. Romero E. Confiabilidad del cuestionario de salud SF-36, Revista Colombiana, Cartagena de Indias;2010.

40. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med. Clin (Barc) 2002;118(13):439-9.

41. Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10 (3), 735-743.

42. Remor, E., Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). Ansiedad y estrés. 2001;7(2-3):195–201

43. Asociación Médica Mundial AMM. (2008). Declaración de Helsinki.

Recuperado en septiembre de 2008. Disponible en <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>

44. Rubinow, D.R., Schmidt, P.J. Sex differences and the neurobiology of affective disorders. Neuropsychopharmacol 44, 111–128 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0148-z>

45. Dominguez S . Magnitud del efecto, una guía rápida; 2018.

46. Curran, E., Rosato, M., Ferry, F. y Leavey, G. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ansiedad y la depresión en adultos mayores: diferencias de género en indicadores psicosociales. Revista de trastornos afectivos. doi: 10.1016 / j.jad.2020.02.018

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición de concepto	Definición operacional	Indicadores	Tipo y Escala de Medición
----------	------------------------	------------------------	-------------	---------------------------

Calidad de Vida	Es la idea que un sujeto tiene de su lugar en la vida, en el ámbito de la educación y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus anhelos, sus reglas y sus preocupaciones.	Salud general	Score	Tipo: cualitativa	
			Excelente	Escala: Nominal	
			Buena		
			Muy buena		
			Regular		
			Mala		
			Vitalidad	Siempre	
			Salud Mental	Casi siempre Muchas veces Alguna vez Solo alguna vez Nunca	
			Dolor corporal	No, ninguno Sí , muy poco Sí , un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí , muchísimo	
			Función física	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	
	Rol físico	Sí			
	Rol emocional	No			
	Función social	Nada Un poco Regular			

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Invitación a participar: Se le hace presente una invitación para participar en una encuesta de un trabajo de investigación denominado " Influencia de la depresión , ansiedad y estrés en la calidad de vida del adulto mayor. Hospital Luis Albrecht, Trujillo " .Su participación es de carácter voluntario y no está obligado/a, a participar.

La información obtenida nos ayudará a determinar los factores que afectan la calidad de vida de este grupo poblacional.

Si acepta ser participe del estudio contestará una encuesta sobre cómo se siente
Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada bajo estricta confidencialidad

Si requiere cualquier otra información sobre su participación en este trabajo, o cree que ha sido perjudicado al participar, puede comunicarse con el Investigador del Proyecto, Víctor Alejandro Aldea Vigo, celular 949430103, para absolver cualquier duda.

Conclusión: Después de haber recibido y leído la información presente en este documento, y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en el proyecto " Influencia de la depresión , ansiedad y estrés en la calidad de vida del adulto mayor. Hospital Luis Albrecht, Trujillo ""

Acepto participar voluntariamente en el estudio : **SI**

NO

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

ANEXO I. CUESTIONARIO DE SALUD SF-12 (VERSIÓN 2).

1. En general, usted diría que su salud es:
 - A. Excelente-(1)
 - B. Muy buena-(2)
 - C. Buena-(3)
 - D. Regular-(4)
 - E. Mala-(5)
2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? si es así, ¿cuánto?
 - A. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminarás de 1 hora.
 - a) Sí, me limita mucho-(1)
 - b) Sí, me limita un poco-(2)
 - c) No, no me limita nada-(3)
 - B. Subir varios pisos por la escalera
 - a) Sí, me limita mucho-(1)
 - b) Sí, me limita un poco-(2)
 - c) No, no me limita nada-(3)
3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - A. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Nunca-(4)
 - B. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - A. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
- B. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
 - A. Nada-(1)
 - B. Un poco-(2)
 - C. Regular-(3)
 - D. Bastante-(4)
 - E. Mucho-(5)
6. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con que frecuencia...
 - A. ¿Se sintió calmado y tranquilo?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
 - B. ¿Tuvo mucha energía?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
 - C. ¿Se sintió desanimado y deprimido?
 - a) Siempre-(1)
 - b) Casi siempre-(2)
 - c) Algunas veces-(3)
 - d) Sólo algunas veces-(4)
 - e) Nunca-(5)
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)
 - A. Siempre-(1)
 - B. Casi siempre-(2)
 - C. Algunas veces-(3)
 - D. Sólo algunas veces-(4)
 - E. Nunca-(5)

ESCALA DE DEPRESIÓN

Anexo 1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15-GDS), reordenada comenzando con las preguntas correspondientes a la versión abreviada de 5-ítems (5-GDS). Los ítems de 5-GDS son presentados en letra cursiva negrita. La escala tiene un formato si-no, las respuestas sugerentes de depresión están señaladas con un asterisco

1. ¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?	Si-No*
2. ¿Se aburre con frecuencia?	Si*-No
3. ¿Se siente inútil frecuentemente?	Si*-No
4. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	Si*-No
5. ¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?	Si*-No

ESCALA DE ESTRÉS

Tabla 1. EEP-10 y calificación.

Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ESCALA DE ANSIEDAD

Escala de ansiedad de Hamilton					
Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorias</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borboríngos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas de sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i>	0	1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonias palpebrales 					

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Heteroaplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.

