

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) - Tabalosos - Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Rudy Gabriela Samaniego Chocán

Ileana Cahuaza Peas

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Nerida Idelsa González González

Tarapoto - Perú

2021



Esta obra está bajo una [Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/)

Vea una copia de esta licencia en
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) - Tabalosos - Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Rudy Gabriela Samaniego Chocán

Ileana Cahuaza Peas

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Nerida Idelsa González González

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTORAS:

Rudy Gabriela Samaniego Chocán

Ileana Cahuaza Peas

ASESORA:

Lic. Enf. Mg. Nerida Idelsa González González

Tarapoto – Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021

AUTORAS:

Rudy Gabriela Samaniego Chocán

Ileana Cahuaza Peas

Sustentada y aprobada el 29 de diciembre del 2021,

ante el honorable jurado:

.....
Obsta Dra. Evangelina Ampuero Fernández

Presidente

.....
Lic. Enf. M.Sc. Luz Karen Quintanilla Morales

Secretaria

.....
Lic. Enf. Mg. Julia Cornejo Quispe

Vocal

Constancia de asesoramiento

La que suscribe el presente documento, hace constar:

Que he revisado y bajo mi asesoramiento las señoritas Bachillers en enfermería **Bach. Rudy Gabriela Samaniego Chocán e Ileana Cahuaza Peas**, han ejecutado el proyecto de investigación titulado:

Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 29 de diciembre de 2021.

Atentamente

Lic. Enf. Mg. Nerida Idelsa González González
Asesora

Declaratoria de autenticidad

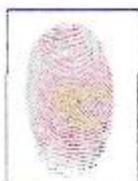
Rudy Gabriela Samaniego Chocán, con DNI N° 42503035 e **Ileana Cahuaza Peas**, con DNI N° 71934319, bachilleres de la Escuela profesional de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autoras de la tesis titulada: **Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.**

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

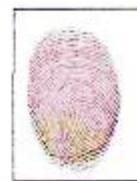
Por lo antes mencionado, asumimos bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de nuestro accionar, sometiéndonos las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto 29 de diciembre de 2021.



Bach. Rudy Gabriela Samaniego Chocán

DNI N° 42503035



Bach. Ileana Cahuaza Peas

DNI N° 71934319

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Samaniego Chocán Rudy Gabriela			
Código de alumno :	034226	Teléfono:	996315033	
Correo electrónico :	isana784@hotmail.com		DNI:	42503035

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de:	Enfermería

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	()
Trabajo de suficiencia profesional	()		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) - Tabalosos - Lomas - San Martín. Período enero a junio 2021
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	()
Acceso restringido **	()		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia **CREATIVE COMMONS**

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

14 / 01 / 2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.


Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: Cahuaza Peas Ileana	
Código de alumno : 114202	Teléfono: 963744702
Correo electrónico : eli_love_visle@hotmail.com.	DNI: 71934319

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de: Enfermería

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabajo de investigación	<input type="checkbox"/>
Trabajo de suficiencia profesional	<input type="checkbox"/>		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título : Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM)- Tabalosos - Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021
Año de publicación: 2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	<input checked="" type="checkbox"/>	Embargo	<input type="checkbox"/>
Acceso restringido **	<input type="checkbox"/>		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".



Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

14 / 01 / 2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A mis padres, Santos Nestor y María Gabriela, por su firme confianza en mi y su apoyo incondicional; son parte de mi formación, me inculcaron buenos valores que me han permitido aplicar en mi vida tanto personal como profesional y a pesar de las circunstancias difíciles, siempre me mostraron el valor de luchar por nuestros objetivos.

A mi esposo Emilio Guevara por su apoyo desde el inicio de mi etapa universitaria hasta la culminación de toda mi formación profesional y a mis hijos Natalia, Benjamin, Nestor y Gabriela por estar a mi lado, la paciencia y ser el impulso para seguir adelante. Son parte importante de los logros obtenidos en mi vida.

Rudy G. Samaniego Ch.

Dedicatoria

A mis padres, que sin ellos no hubiera logrado mis metas en mi vida profesional. Mamá, gracias por estar a mi lado en esta etapa de mi formación, tu apoyo moral y entusiasmo que me brindaste para seguir adelante en mis propósitos. Papá, gracias por tu amor, el tiempo que me dedicaste y los consejos compartiendo tus experiencias.

A mis maestros por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos sin su instrucción profesional no habría llegado a este nivel, quienes brindaron dedicación al impartir su cátedra de tal forma que lo aprendido se ha utilizado en la vida real, por el apoyo brindado.

Ileana Cahuaza P.

Agradecimiento

Damos gracias en primer lugar a Dios por sus bendiciones, por colocar en nuestro camino a las personas indicadas y así poder lograr la culminación de este proyecto el cual nos llena de satisfacción.

También agradecemos a nuestros docentes por sus enseñanzas durante toda nuestra formación universitaria y hospitalaria, en especial agradecemos a nuestra asesora Lic. Mg. Nerida Idelsa González González, una gran maestra, por guiarnos y apoyarnos activamente hasta la culminación de nuestro proyecto.

Finalmente agradecemos al alcalde de la Municipalidad Distrital de Tabalosos Prof. Hamilton Jhonny Chávez Santillan por las facilidades brindadas para la aplicación del instrumento y recolección de datos. Con especial mención agradecemos al Sr. César Goicochea Silva por guiarnos y ser el facilitador directo con el Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) de Tabalosos, sobretodo agradecemos muy infinitamente a todos los adultos mayores que colaboraron con entusiasmo y nos facilitaron la recolección de datos importantes para nuestro proyecto el cual, nos permitirá conocer más a fondo sus dificultades y así poderles brindar alternativas de acuerdo a su realidad.

Las autoras.

Índice de contenido

	Pág.
Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento.....	viii
Índice de contenido.....	ix
Índice de tablas	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco Conceptual.....	1
1.2. Antecedentes.....	5
1.3. Bases teóricas	10
1.4. Justificación.....	29
1.5. Problema.....	31
II. OBJETIVOS	32
2.1. Objetivo General.....	32
2.2. Objetivos Específicos	32
2.3. Hipótesis de la investigación	32
2.4. Sistema de variables	32
III. MATERIAL Y MÉTODOS	35
3.1. Tipo de estudio	35
3.2. Diseño de la investigación.....	35
3.3. Universo, población y muestra	36
3.4. Procedimiento.....	37
3.5. Métodos e instrumento de recolección de datos	37
3.6. Plan de análisis e interpretación de datos	40
IV. RESULTADOS	41
V. DISCUSIÓN	45

VI. CONCLUSIONES.....	48
VII. RECOMENDACIONES	49
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
IX. ANEXOS.....	60

Índice de tabla

Tabla	Título	Pág.
1	Características sociodemográficas en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas – San Martín. Periodo enero a junio 2021.	41
2	Nivel de ansiedad en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas – San Martín. Periodo enero a junio 2021.	42
3	Nivel depresión en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.	42
4	Calidad de vida según dimensiones: físicas, psicológicas, sociales y medio ambiente en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.	43
5	Ansiedad relacionada con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021	43
6	Depresión relacionada con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.	44

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo la ansiedad y depresión relacionado con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021. Estudio cuantitativo de tipo descriptiva de corte transversal, diseño transversal-no experimental la muestra fue de 40 adultos Mayores, como instrumento se utilizó para las variables la escala de Ansiedad de Zung y para valorar Depresión la escala de Depresión Geriátrica- Test de Yesavage y para la variable calidad de vida se utilizó el Test de WHOQOL- BREF. Resultados: el 52.5% (21) se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 65.0% (26) son de sexo masculino, el 100% (40) de la población estudiada provienen de Tabalosos, el 67.5% (27) son convivientes, el 47.5% (19) tienen estudios primarios, el 67.5% (27) viven con sus hijos, el 80.0% (32) padecen alguna enfermedad, y el 45.0% (18) profesan la religión católica. El 55.0% (22) presentan ansiedad moderada, seguido del 22.5% (9) se encuentran ligeramente ansiosos, el 12.5% (5) no presentan ansiedad y un 10.0% (4) presentan ansiedad severa. El 72.5% (29) presentan depresión moderada, seguido del 27.5% (11) presentan depresión severa y ninguno de los encuestados presentan depresión leve. El 55.0% (22) presentan regular calidad de vida, continuo del 37.5% (15) presentan mala calidad de vida y solo un 7.5% (3) muestran buena calidad de vida. Concluyendo que existe relación significativa entre ambas variables según la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,032$ y $p < 0,041$, evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

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

Abstract

The present research work aimed at anxiety and depression related to the quality of life of the Elderly, Centro Integral Adult Mayor (CIAM) - Tabalosos - Lamas - San Martín. Period from January to June 2021. A quantitative, descriptive, cross-sectional study, cross-sectional-non-experimental design, the sample was 40 Older adults, as an instrument the Zung Anxiety scale was used for the variables and the Geriatric Depression scale to assess Depression. - Yesavage test and the WHOQOL-BREF Test was used for the quality-of-life variable. Results: 52.5% (21) are between the ages of 60 to 70 years of age, 65.0% (26) are male, 100% (40) of the studied population come from Tabaloso, 67.5% (27) are cohabiting, 47.5% (19) have primary education, 67.5% (27) live with their children, 80.0% (32) suffer from some disease, and 45.0% (18) profess the Catholic religion. 55.0% (22) present moderate anxiety, followed by 22.5% (9) are slightly anxious, 12.5% (5) do not present anxiety and 10.0% (4) present severe anxiety. 72.5% (29) present moderate depression, followed by 27.5% (11) present severe depression and none of the respondents present mild depression. 55.0% (22) have a regular quality of life, 37.5% (15) have a poor quality of life and only 7.5% (3) show a good quality of life. Concluding that there is a significant relationship between both variables according to the non-parametric chi square statistical test read with a level of significance $p < 0.032$ and $p < 0.041$, showing that there is a relationship between both variables.

Keywords: Anxiety, depression, quality of life, elderly.



TÍTULO:

Ansiedad, depresión y Calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Conceptual

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años (1). En el Perú existen 4 millones 140,000 personas de 60 a más años de edad que representan el 12,7% de la población total al año 2020. Del total de la población de adultos mayores, el 52,4% son mujeres (2 millones 168 mil) y 47,6% hombres (1 millón 973 mil). Las mujeres adultas mayores representan el 13,2% del total de la población femenina del país y los hombres adultos mayores el 12,2% del total de la población masculina. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020 (2). De acuerdo con las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el 2020 San Martín contaría con una población proyectada de 899 648 habitantes. Tenemos más de 84 mil adultos mayores en la región (3).

Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores.

La depresión afecta a un 7% de la población de adulto mayor en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud, la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (1).

La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos para la salud. Esta enfermedad es la principal causa de sufrimiento del adulto mayor y de la considerable disminución de su calidad de vida. En ninguna otra etapa de la vida, como lo es la edad geriátrica, se combinan tanto los aspectos físicos, psíquicos y sociales, provocando disminución o abandono del trabajo, cambios en el nivel social y económico, sumado a las progresivas pérdidas de familiares y amigos, con la disminución de la posibilidad de establecer nuevas relaciones sociales (4).

En el continente europeo y latinoamericano la depresión y la ansiedad son los trastornos afectivos más frecuentes en el adulto mayor y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; porque el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. La depresión y ansiedad disminuyen de forma sustancial la calidad de vida del adulto mayor y puede abocar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades.

La depresión y la ansiedad son el problema de salud mental más frecuente en los sujetos mayores de 65 años de edad. En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los adultos mayores que la padecen. El adulto mayor con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte (5).

El envejecimiento es parte continuo del hombre en el ciclo vital; sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado

mostrar solo algunas características. En cuanto a salud, los adultos mayores tienen una prevalencia más elevada de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras); tienen más episodios de enfermedades agudas, y enfrentan un riesgo más alto de accidentes que el resto de la población. Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales (6).

La descripción del envejecimiento nos muestra que el estilo de vida, la actividad física y mental desarrollada es muy diferente en las distintas personas. Así algunas llegan a una edad avanzada funcionando perfectamente y otras se deterioran y requerirán apoyo para la realización de sus actividades de la vida diaria (7).

En los últimos años la población Adulto Mayor en el Perú ha crecido considerablemente, sin embargo, el que la esperanza de vida haya aumentado no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado. Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida. El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas (8).

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en las que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, por ejemplo; el retiro laboral, aumento en la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la funcionalidad, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros. La especificidad va a depender del contexto demográfico, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez (tanto grupal como individualmente) porque, desde el punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo. Entonces, se puede convenir que las características de género, sociales y socioeconómicas determinan tanto las condiciones de vida de los individuos como sus expectativas y valoraciones, y en consecuencia su apreciación sobre qué es una buena o mala calidad de vida (9).

Toda persona mayor, incluso en los casos más extremos, puede aspirar a mayores grados de satisfacción y bienestar, así como a mejorar su calidad de vida. Los avances en la aproximación a este tema se visualizan en el cambio de enfoque que ha ocurrido en los últimos años, hoy se entiende al adulto mayor como “un ser complejo y multidimensional; en cuyo bienestar influyen distintos aspectos, no solo económicos, sino también su salud, el apoyo familiar y social, el nivel de funcionalidad, su grado de participación en la sociedad y su historia de vida, entre otros factores” (10).

En nuestro país, a pesar de los esfuerzos realizados en la descripción de la depresión en pacientes geriátricos y en la búsqueda de mejores tratamientos, continúan existiendo consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas, como para su entorno familiar y social. Por lo que, es necesario realizar estudios epidemiológicos a poblacionales en distintas áreas geográficas y determinar la prevalencia de esta enfermedad a fin de establecer políticas de salud dirigidas a su prevención (11).

La experiencia obtenida durante nuestra preparación pre profesional, en la que acudimos a distintos lugares para poder realizar el trabajo comunitario, observamos adultos mayores en abandono familiar y social con una calidad de vida por debajo de lo adecuado que les permita llevar una vida acorde a su edad y condición actual. Un adulto mayor en general recibe atención frente a sus problemas de salud física, pero no se profundiza para detectar a tiempo problemas de salud mental, muchas veces se pasa por alto porque se cree que el adulto mayor tiene ansiedad o depresión como parte de su enfermedad y el envejecimiento. El problema se agrava cuando los adultos mayores tienen enfermedades crónicas y degenerativas, esto les impide el desarrollo de sus actividades normales, y si viven con la familia se sienten como una carga y al estar ansiosos o deprimidos no manifiestan sus necesidades, por el contrario, se excluyen de la familia, además de que la situación económica no es adecuada en muchos de los adultos mayores, al vivir solos ya sea por la muerte del cónyuge o una separación, y todo ello afecta en su calidad de vida.

El programa Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), de la municipalidad de Tabalosos, distrito de Tabalosos, se encuentra ubicado en la provincia de Lamas, departamento de San Martín, Perú, a 39 km (44 minutos) de Tarapoto. Su superficie es de 485.25 km². Creado por Ley, el 25 de noviembre de 1876. Su población es de 13 879 habitantes (censo 2017), El clima del distrito es cálido y húmedo durante todo el año, oscilando entre una temperatura

máxima de 28.2°C y la mínima de 17.3°C. Cuenta con diversos recursos naturales, flora y fauna en peligro de extinción. Su principal actividad económica es la agricultura (12).

El presente trabajo de investigación se realizó para conocer de cerca cual es la situación actual de la salud mental, específicamente los trastornos: ansiedad, depresión, y la calidad de vida que puede estar presente en el adulto mayor. En tal sentido nuestro proyecto está dirigido principalmente aquellos adultos mayores que asisten al “Centro Integral Adulto Mayor (CIAM)” que ascienden a 40 en el Distrito de Tabalosos – Provincia de Lamas y Región San Martín.

1.2. Antecedentes

Calderón O, Ibarra A. (2019), realizó un estudio: “Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María-Quito, Ecuador”. Su objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores abandonados en los asilos. Este fue realizado en el Hogar de Ancianos “Corazón de María” con una muestra de 40 adultos mayores residentes del lugar en el año 2019. La investigación fue fundamentada en la teoría cognitiva de Piaget con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, no experimental. Los instrumentos que se utilizó fue una encuesta sociodemográfica y La escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage. Los resultados arrojados por el test GDS demostró que existe un 40% con depresión leve de la totalidad de los adultos mayores encuestados y suman 70% entre depresión leve y severa. Sin embargo, el grupo de las mujeres presenta más casos con Depresión de entre leve y severa a diferencia del grupo los hombres, 83.33% y 59.09% respectivamente. Por lo tanto, se concluye que aún existe un alto índice de depresión entre las personas adultas mayores que son internadas y abandonadas en los asilos (13).

Celeiro T, Galizzi M. (2019), realizaron un estudio: “Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá - Santiago, Argentina”. Cuyo objetivo, fue explorar la calidad de vida de los adultos mayores entre 70 a 85 años de edad, institucionalizados y no institucionalizados de la Ciudad de Nogoyá. Se administró la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, En los resultados, en el total de la muestra, perciben su calidad de vida como “buena”, según el instrumento, con un puntaje superior a los 3 puntos tanto en la Calidad de Vida Global como en los dominios propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a saber: Salud

Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente. Se encontró que las mujeres registraron medias levemente superiores en la percepción de la calidad de vida en relación al sexo. Por otro lado, a mayor edad se perciben menores valores en la escala de calidad de vida. Por último, con el objetivo de determinar si la percepción de la calidad de vida en adultos mayores varía al estar o no institucionalizados, se concluyó que los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá perciben mejor calidad de vida en relación a los institucionalizados, en el dominio de Salud Física y en los dominios de Calidad de Vida Global, Salud Psicológica y Medio Ambiente, sin encontrar diferencia significativa en el dominio de Relaciones Sociales que se mantiene similar en ambos grupos. La conclusión es: que los adultos mayores entre 70 a 85 años de la ciudad de Nogoyá que no están institucionalizados, perciben un nivel más alto de calidad de vida en relación a aquellos que si se encuentran institucionalizados. Pero, el supuesto que sostenía que los varones presentan mayor calidad de vida que las mujeres no se pudieron comprobar, como así tampoco que a mayor edad se produce un mayor deterioro de la calidad de vida (14).

Gutiérrez A, Orozco J, Rozo W, Martínez Y. (2017), realizaron un estudio: “Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en municipios de Tenjo y Cajicá en Bogotá, Colombia”. El objetivo fue evaluar la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en hogares geriátricos de los municipios de Tenjo y Cajicá (Cundinamarca), el estudio desarrollado es multicéntrico, descriptivo de corte transversal, se utilizó el instrumento denominado índice multicultural de calidad de vida. La población son adultos mayores de 60 años de edad institucionalizados. Se obtuvo una calidad de vida alta para los dos municipios. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios. Por lo tanto, se concluye que la población de adultos mayores institucionalizados en los municipios de Tenjo y Cajicá (Cundinamarca) cuenta en términos generales con una alta calidad de vida, determinada principalmente por el bienestar psicológico/social, bienestar físico y satisfacción personal para el municipio de Cajicá y satisfacción personal, percepción global de localidad de vida y bienestar psicológico/social para el municipio de Tenjo (15).

Valdés M, González J, Salisu M. (2016), realizaron un estudio: “Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores en La Habana”, Cuba. Cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo

asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Se realizó un estudio descriptivo transversal. Universo constituido por 48 adultos mayores parcialmente institucionalizados en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley". Muestra representada por 20 adultos mayores parcialmente institucionalizados atendidos en la consulta de psico-geriatría en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley". A los pacientes se les aplicó el método clínico, entrevista semiestructurada. Encuesta para la pesquisa de depresión mediante tres preguntas orales (EPD-3PO), versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 preguntas). Mini-examen del estado mental de Folstein (M.M.S.E). En los resultados se obtuvo que el 60 % de los pacientes presentaron depresión y el 95 % enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo. Conclusiones: la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores (16).

Polar S. (2019), realizó su estudio: “Nivel de depresión en adultos mayores del asilo Apaktone en Madre de Dios-Perú”. Su objetivo general fue Determinar el nivel de depresión en adultos mayores del asilo Apaktone de Madre de Dios, investigación es no experimental y de corte transversal, con su estudio de tipo no experimental y de corte transversal, con una población y la muestra de 23 adultos mayores del asilo Apaktone. Se utilizó como instrumento, el cuestionario denominado: “Escala De Depresión Geriátrica, Test de Yesavage”, estructurado por 15 ítems. Se utilizó el programa estadístico SPSS. Como resultado de su estudio se encontró que el 55 % de los adultos mayores que presentan depresión tienen entre 71 a 80 años de edad, el 35 % tienen entre 81 a más años y el 13.4% tienen entre 60 a 70 años de edad; el 80 % de los adultos mayores que presentan depresión son del género masculino y el 20 % son mujeres; en cuanto al grado de instrucción el 55 % de los adultos mayores que presentan depresión no tienen grado de instrucción y según datos de nivel de depresión obtuvo 56.52% con un nivel de Depresión grave o severa, 30.43 % presentan un nivel de depresión moderada y 13.04 % un nivel de depresión leve. Llegando a la conclusión: que la depresión si existe en los adultos mayores en el 60,87% (17).

Quispe A. (2018), realizaron un estudio: “Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata en un Hospital del MINSA”. Cajamarca”. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo en los Adultos Mayores beneficiarios del

programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata, el de estudio fue descriptivo-transversal, se aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Goldberger y un cuestionario de factores biopsicosociales. Resultados: la prevalencia encontrada fue 20% y 72,5% de ansiedad y nivel leve de depresión respectivamente. Se encontró como factores de riesgo biológicos: presentan dolor crónico 72.5%, presencia de enfermedades crónicas 70%, la falta de tratamiento médico 57.5%, y el sexo femenino con 52.5%; en los factores psicológicos: los más relevantes son: temor a enfermarse 95%, temor a la muerte 75%, sienten que el desempeño de sus actividades de la vida diaria lo realizan con dificultad 70%, suelen estar tristes o llorosos 57.5%; respecto al factor social: sus familias no les hacen partícipe en la toma de decisiones respecto a sus actividades de la vida diaria 47.5%; la frecuencia de acercamiento con sus amigos o vecinos es de 45%; no participan en ningún tipo de actividad recreativa, deportiva o social 35%; están en situación de viudez 30%. Conclusión: La prevalencia de ansiedad, depresión y factores de riesgo biopsicosociales presentes en los Adultos Mayores varían de acuerdo a las situaciones favorables o desfavorables que les han tocado vivir, en la mayoría son positivas, las mujeres tienen en mayor porcentaje ansiedad y depresión (18).

Loje R. (2018), realizó un estudio: “Depresión y calidad de vida en usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial Ancash, Chimbote Ancash-Perú”. Cuyo como objetivo fue determinar la relación entre depresión y calidad de vida en los usuarios del centro del adulto mayor de la red asistencial– 2018. La muestra fue de 136. Para el recojo de la información se utilizaron como instrumentos: El inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida en personas mayores de Verdugo, Gómez y Arias, modificado por el autor. En los resultados se evidencian que el 31.6% de los adultos mayores presentan depresión leve, el 27.2% depresión moderada, el 25% depresión grave y el 16.2% no presentan depresión; con respecto a la calidad de vida el 51.4% presentan nivel medio, el 26.5% nivel alto y el 22.1% nivel bajo de calidad de vida. La relación entre depresión y calidad de vida se encontró altamente significativa. (.000) $p < 0.05$ aceptándose la hipótesis alternativa; así también todas las dimensiones de la calidad de vida se relacionan significativamente con la depresión; concluyendo que existe relación entre la depresión y la calidad de vida (19).

Pablo J. (2016), realizo un estudio: “Calidad de vida del adulto mayor de la casa “Polifuncional Palmas Reales” Los Olivos Lima-Perú”. Su objetivo fue Determinar la

calidad de vida del adulto mayor que asiste a la Casa “Polifuncional Palmas Reales”. Estudio de tipo descriptivo, corte transversal y prospectivo, con una población conformada por 150 adultos mayores entre varones y mujeres. Se utilizó como instrumento, El WHOQOL-BREF. Los resultados obtenidos muestran que, del total de los adultos mayores 46% (69) presentan una calidad de vida baja o mala, seguido por un 41.3% (62) presentan una calidad de vida media o regular; y solo un 12,7% (19) presentan una calidad de vida buena. Respecto a la evaluación de las 4 dimensiones, se determinó que, en la Dimensión Salud física, un 64.7% de adultos mayores presentan una calidad de vida media o regular, en cuanto a la Dimensión de Salud Psicológica un 48% presenta una Calidad de vida Media o regular, con respecto a la Dimensión de Relaciones Sociales un 52.7% la calidad de vida es media o regular, y en la Dimensión Medio ambiente un 47.3% presenta una calidad de vida baja o mala. Concluyendo que existe un mayor predominio de adultos mayores que perciben su Calidad de Vida como Bajo o malo (20).

Muñoz Y, Chujandama G, Quintanilla L. (2018), “realizo un estudio: “Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del asentamiento humano Satélite Banda de Shilcayo. San Martín-Perú”, tuvo como objetivo determinar los trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el adulto mayor, estudio de tipo no experimental- cuantitativo, descriptivo correlacional, la muestra estuvo constituido por 45 adultos mayores. Resultados; Se evidencia que el 55.56% (25) adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años de edad, el 64.44% (29) son de sexo masculino, el 48.89% (22) sin grado de instrucción, 46.67% (21) viudos, el 53.33% (24) trabajan, 68.89% (31) viven con familiares, el 71.11% (32) padecen de alguna enfermedad y el 60% (27) no reciben tratamiento. El 53.33% (24) presentan depresión severa; un 24.44% (11) sin depresión y un 22.22% (10) presentan depresión leve. Así mismo; el 40% (18) padecen de ansiedad moderada, el 24.44% (11) se encuentran ligeramente ansiosos, el 20% (9) no padecen de ansiedad y un 15.56% (7) están severamente ansiosos; 40% (18) tienen inadecuados autocuidados, así mismo; el 28.89% (13) presentan déficit en su autocuidado, el 17.78% (8) presentan autocuidado parcialmente adecuados y solo un 13.33% (6) tienen autocuidado adecuados. Conclusiones; que los resultados son comprobados estadísticamente por lo tanto existe relación significativa entre los trastornos emocionales con el autocuidado que tienen los adultos mayores del AA.HH Satélite, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,05$ (21).

Pizarro K, Hidalgo L. (2016), en un estudio “Relación entre la valoración integral con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Lamas-San Martín-Perú”. Tuvo como objetivo conocer la relación entre la valoración integral con la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor. Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte trasversal y diseño correlacional cuya muestra fue 79 adultos mayores. Utilizo como instrumento el cuestionario en la valoración integral (Tets Pfeiffer, Test de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida), Test de Katz, valoración sociofamiliar) y en calidad de vida (WHOOQOL-BREF). Llegando a los siguientes resultados: Existe un predominio del sexo femenino (55,7%), casados/as (46.8%), primaria incompleta (58,2%) y edades entre 65 – 74 años (59.4%). La valoración integral del Adulto mayor es Regular (75,9%) con tendencia a Mala (15,2%). Según dimensiones encontramos que en la dimensión funcional (82,3%) se ubica en un estado independiente y en la dimensión cognitivo (55,7%) y afectiva (50,6%) en el estado Normal. Resalta riesgo social (53,2%) y problema social (24,1%) en la dimensión sociofamiliar. La calidad de vida de Adulto mayor es Regular en un 73,4%. Concluyendo que existe asociación significativa entre la valoración integral con la calidad de vida del adulto mayor ($p < 0.05$). Existe mayor frecuencia en la dimensión salud física (72,2%), psicológica (63,3%) relaciones sociales (60,8%) y satisfacción del entorno (70,9%). La dimensión de la valoración integral de mayor asociación a la calidad de vida es la dimensión cognitiva ($p < 0,01$) (22).

1.3. Bases teóricas

Ansiedad

La ansiedad es una emoción que todo el mundo ha experimentado en algún momento y que ayuda al organismo a prepararse para hacer alguna cosa importante. La ansiedad produce una reacción psicofisiológica de activación intensa del sistema nervioso central y de todo el organismo. Aparece cuando se ha de actuar en una situación que demanda un esfuerzo intenso o sostenido y sirve para activar y hacer frente a una amenaza o peligro que está ocurriendo en el presente o que puede pasar en el futuro. Por lo tanto, la ansiedad provoca cambios en diferentes sistemas del cuerpo (activándolos) que nos preparan para actuar y ayudan a responder de manera rápida.

Ansiedad en el Adulto Mayor.

Es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser interno o externo”. Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (23).

El manual de criterios diagnósticos del DSM-V define al trastorno de ansiedad generalizada como una ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades, y al individuo le es difícil controlar la preocupación. Los síntomas que se presentan durante la ansiedad comprenden inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfecho) (24).

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (25).

Baeza J, describe diferentes grupos de síntomas de ansiedad tales como:

- **Físicos:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- **Psicológicos:** inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización,

temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.

- **De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- **Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
- **Sociales:** Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc. (26).

Patilla C, además de los síntomas de la ansiedad antes descrita, detalla otras características en las alteraciones emocionales como tristeza patológica, angustia e irritabilidad; en las alteraciones del pensamiento fallas en la concentración y la memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante e ideación suicida; en alteraciones somáticas insomnio-hipersomnio, anorexia, hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución del lívido, fatiga, algias; alteraciones de los ritmos vitales a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas; alteraciones de la conducta como el llanto, agitación, identificación, aislamiento, mutismo. Es importante señalar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros (27).

Sistemas de Ansiedad (28).

Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuesta para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto. Según esto hay una serie de elementos que deberíamos tener en cuenta para la definición de ansiedad:

- Situación potencialmente ansiógena
- Experiencia subjetiva del individuo (cognitivo)
- Cambios fisiológicos
- Cambios en el comportamiento expresivo

Sistema cognitivo del estado de ansiedad: Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores.

- Preocupación
- Miedo o temor
- Inseguridad: Persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos.
- Aprensión: Respuestas de miedo, pero en términos físicos
- Pensamientos negativos: Inferioridad, incapacidad
- Anticipación de peligro o Amenaza
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

Sistema fisiológico del estado de ansiedad: Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

- Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

Sistemas motores del estado de ansiedad: Se refieren a comportamientos observables consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

- Hiperactividad
- Paralización motora
- Movimientos repetitivos
- Movimientos torpes y desorganizados
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- Conductas de evitación.

Niveles de Ansiedad.

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental).

Según Martínez y Cerna clasifica la ansiedad en tres niveles:

- **Ansiedad leve:** La persona está alerta, ve, oye, domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad. Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardíaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.

- **Ansiedad moderada:** El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir.
- **Ansiedad grave:** En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo, aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica esta disminuido y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal (29).

Depresión

Trastorno del humor constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva (30).

Depresión en el Adulto Mayor.

Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo (31).

“Los adultos mayores que desarrollan este tipo de trastorno emocional, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad médica incapacitante, sobre todo aquellas que implican un cambio brusco respecto al nivel previo, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos” (32).

Situación que contribuyen a la pérdida de salud emocional y afectiva de esta población mayor, que busca el apoyo de las personas cercanas a su realidad (familia, amigos, etc.), y que sin embargo en la mayoría de las ocasiones no están, desarrollando en ellos la depresión. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Además, la depresión en el adulto mayor puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (33).

Al respecto el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez afirmó que en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. “Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente (34).

Médicos Psiquiatras Rubén Alvarado, Macarena Moral señalan que los adultos mayores en sus cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer (35).

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo

moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa (36).

Clasificación de la depresión

La depresión se puede clasificar de acuerdo a sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

- **Depresión leve.** Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El peligro que entrañan las depresiones leves es que sus víctimas no se definen a sí mismas como depresivas. Las personas con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una enfermedad que comienza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente (37).

- **Depresión moderada.** Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los síntomas son presentes que se encuentran en la forma leve de la depresión y son generalmente más obvios. En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido (37).

- **Depresión severa.** Es en estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en muchos casos las personas que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida (37).

Signos y síntomas de la depresión:

- **Ánimo depresivo.** El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste "pase lo que pase".
- **Pérdida de interés en las actividades.** La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.
- **Alteraciones del apetito.** Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.
- **Alteraciones del sueño.** Puede haber insomnio o hipersomnio. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano que lo habitual y ya no puede volver a dormir).
- **Retardo psicomotor.** La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Algunos, sin embargo, presentan aumento de la actividad motora.
- **Fatiga o pérdida de energía.** La persona siente que no tiene "fuerzas" para realizar sus actividades cotidianas.
- **Ideas de minusvalía y de culpa.** El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").
- **Desesperanza.** El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades.
- **Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.**
- **Ideación suicida.** Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte (38).

Causas de la depresión.

Se han descrito factores neuro humorales, genéticos, psicológicos y ambientales algunos de los que fueron referidos previamente. Algunos estudios demuestran que existe una

disminución de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina; aumento de la actividad de la monoamino oxidasa B, así como disminución de los niveles hipotalámicos de ácido 5-hidroxiindolacético, lo que traduce una reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico, a los que se suman fundamentalmente: el abandono, la soledad, el deterioro de la imagen física, la frustración por lo no alcanzado o el haber renunciado a parte de su proyecto de vida, la jubilación sin otra actividad que sustituya a la que tenían hasta ese momento, la pérdida de autoridad y prestigio sintiéndose inútiles, el abuelo “pingpong” donde se ve una migración forzosa de un domicilio a otro, a conveniencia de los familiares, sin tener en cuenta la comodidad, privacidad y estabilidad del adulto mayor, la enfermedad ó incapacidad crónica, el aislamiento social, el duelo y la pobreza.

Las personas con baja autoestima, escasas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas, están más predispuestos a padecer depresión (39).

Consecuencias de la depresión en el adulto mayor.

“La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, ente otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios.

La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros, aunque, por ejemplo, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá debida a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario. Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud” (40).

Diagnóstico de la Depresión.

El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico a pesar de que se están desarrollando tests biológicos que, aunque de resultados muy prometedores requieren todavía más experimentación. El diagnóstico clínico se basa en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos. En la historia clínica se deberán buscar antecedentes de enfermedad depresiva en familiares de primer grado del paciente ya que la incidencia es más alta que en la población general.

Se recogerán los antecedentes personales de episodios afectivos, el nivel de funcionamiento previo al comienzo de la enfermedad, y los rasgos más característicos de la personalidad. Todos estos datos constituyen referencias muy útiles para el diagnóstico de la depresión si se tiene en cuenta el frecuente carácter recurrente, el descenso en el rendimiento global del sujeto y la constatación habitual de una personalidad previa centrada en torno a la necesidad de orden y de perfeccionismo (41).

Calidad de vida

Evolución del concepto calidad de vida

El término “Calidad de vida” aparece en la década del 70 y tuvo su máxima expansión hacia los 80, encubierto por el desarrollo de conceptos como los de bienestar, salud y felicidad. Algunos plantean que su desarrollo inicial se originó en la ciencia médica para extenderse rápidamente a la psicología y la sociología, en el afán de desplazar otros términos de difícil operacionalización como bienestar y felicidad (42).

La calidad de vida (CV) es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales. La medicina la asocia con la salud sicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con la utilidad del ingreso o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; y los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo (43).

La Calidad de vida aparece como la resultante de interacción de áreas objetivas y subjetivas y es incapaz de ser evaluada a partir de uno de estos dos polos o focos. El papel de los factores psicológicos como condicionantes del grado de satisfacción o bienestar es determinante para este proceso. Desde la Psicología, la calidad de vida se convierte en un concepto referido básicamente al tipo de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones reales de la vida diaria, y en este sentido más que una definición teórica existe acuerdo entre los investigadores en relación entre las dimensiones componentes de la calidad de vida, considerándolo como un constructo incluyente de todos los factores que impactan sobre la vida del individuo (42).

Según la OMS y el Grupo WHOQOL (2013) la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (44).

La calidad de vida es un concepto coherente con la definición de salud de la OMS que incorpora las áreas (facetas) física (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); psicológica (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); relaciones sociales (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); entorno (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); espiritual (espiritualidad, religión, creencias personales) (43).

Siendo así un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno (45).

Para tener calidad de vida necesitamos sentirnos sanos, productivos, seguros, y ser capaces de expresar nuestras emociones y compartir nuestra intimidad. Podemos sentirnos saludables y no estarlo, o estarlo (salud objetiva) y no sentirnos saludables (46).

Es reconocido que uno de los factores que mayormente influyen sobre la calidad de vida del adulto mayor es el tema de aislamiento y abandono, o dicho de otra forma la desconexión con las redes de apoyo social (42).

Calidad de vida objetiva:

La dimensión objetiva de la Calidad de Vida corresponde a la capacidad material o poder adquisitivo, en el que los ingresos económicos le permiten a la persona suplir sus necesidades básicas; entre los aspectos incluidos en la evaluación de esta dimensión, se encuentran: la capacidad física asociada a la salud, las condiciones de vida y vivienda (posesión de bienes), el nivel educativo, la composición familiar y redes sociales, la ubicación laboral y el acceso a servicios públicos (47).

Calidad de vida subjetiva

El bienestar subjetivo es la evaluación que el individuo hace acerca de su vida teniendo en cuenta la satisfacción, felicidad y bienestar que le proporcionan las cosas que lo rodean, la interpretación de sus vivencias y la significación de las experiencias positivas o negativas. El bienestar subjetivo está compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivo-emocionales, representada en los estados de ánimo del sujeto, y otra centrada en los aspectos cognitivos valorativos, representada en la evaluación de la satisfacción que hace el sujeto de su propia vida. Así, el bienestar subjetivo corresponde al grado en que una persona califica de un modo general su vida en términos positivos o, en otras palabras, está dado por la medida en que la persona está a gusto con la vida (47).

Dimensiones de la calidad de vida

El grupo WHOQOL, buscando definir el significado de la calidad de vida identifica este concepto como un constructo conceptual, definiendo dentro de 4 dominios importantes de ser evaluados en su medición: Dominio Físico, Dominio Psicológico Dominio Relaciones sociales y Dominio Medio Ambiente.

- **Dimensión de Salud Física**

- **Dolor y malestar**

Explora sensaciones físicas displacenteras experimentadas por una persona y la extensión de este dolor para producir molestias que intervienen con la vida, además incluyen en las sensaciones físicas displacenteras ya sea el entumecimiento, achaques, prurito y dolores fugaces y duraderos. Se asume que cuan más fácil se logra aliviar el dolor, se producirá un menor impacto sobre la calidad de vida.

- **Dependencia de medicación o tratamientos**

Indaga si es dependiente de medicamentos a fin de lograr un bienestar físico o psicológico. Las medicaciones pueden afectar la calidad de vida como es el caso de los efectos colaterales de la quimioterapia o mejorar esa calidad de vida en el caso de pacientes que estén tomando analgésicos, también incluyen medidas no farmacológicas como marcapasos, un miembro artificial o una bolsa de colostomía.

- **Energía y fatiga**

Explora la energía entusiasmo que tiene una persona, en orden a desarrollar las tareas necesarias para el diario vivir y su recreación. Se extiende desde el cansancio discapacitante que puede deberse a una enfermedad, depresión o sobreejercicio hasta el nivel adecuado de energía y es necesario sentirse realmente vivo (48).

- **Movilidad**

Examina la capacidad para trasladarse de un lugar a otro, en el hogar, en su trabajo o hacia los servicios de transporte. En general la capacidad de ir a cualquier lugar sin contar con la ayuda de otros, independiente de los medios que se utilicen para hacerlo, se asume que si una persona es dependiente de los medios que se utilicen para hacerlo, se asume que si una persona es dependiente de otra para movilizarse, afecta la calidad de vida adversamente.

- **Sueño y descanso**

En esta faceta se asocia que el sueño y el descanso y los problemas que se presentan afectan a la calidad de vida. Los problemas de sueño ´pueden incluir despertarse en la noche y ser incapaz de volver a dormir, levantarse temprano en la mañana despertarse en la noche y falta de descanso. Todos estos trastornos pueden que dependan de la persona o medio ambiente (48).

- **Actividades de la vida diaria**

Explora la capacidad para realizar la vida diaria que incluyen el autocuidado, la atención y el cuidado adecuado de su propiedad. El grado en el cual la persona es dependiente de la ayuda de otros para realizar las actividades, probablemente afecte su calidad de vida.

- **Capacidad de trabajar**

Examina la energía que la persona tiene para hacer su trabajo, definiéndose como la actividad de mayor importancia a la que la persona se dedica, pudiendo incluir pago o no, trabajo comunitario voluntario, estudio, cuidado de niños o tareas del hogar (48).

- **Dimensión de Salud Psicológica**

- **Sentimientos positivos**

Esta faceta examina la medida en que una persona percibe sentimientos de contención, equilibrio, paz, felicidad, esperanza, alegría y placer por disfrutar de las cosas buenas de la vida y de su futuro.

- **Espiritualidad / Religión / Creencias personales**

Indaga sobre las creencias personales del individuo y cómo estas afectan la calidad de vida, Esto puede suceder ayudando a la persona a luchar con las dificultades de su vida, dando estructura a las expectativas, brindando significado a las cuestiones personales y espirituales, generalmente dando un sentido de bienestar. Para muchas personas las creencias personales y espirituales dan confort, bienestar, seguridad, sentido de pertenencia, propósito y fuerza. Sin embargo, para mucha gente la religión tiene una influencia negativa sobre su vida.

- **Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración**

Explora la percepción del individuo con respecto al pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración y capacidad para tomar decisiones, además la rapidez y claridad de pensar.

- **Imagen corporal y apariencia.**

Indaga acerca de la visión que la persona tiene de su cuerpo, incluye desde un punto de vista positivo hasta uno negativo, esto se refiere a los deterioros físicos percibidos o actuales, si existen pueden ser corregidos con ropa, miembros artificiales, cirugía, etc.

- **Autoestima (48).**

Examina lo que la gente piensa de sí misma. Oscilando desde sentimientos positivos hasta pensamientos negativos acerca de sí, incluyendo sentimientos de autoeficacia, la satisfacción con uno mismo y autocontrol, la manera de relacionarse con otra gente, su educación, aprecio por su capacidad de cambiar, el sentido de dignidad y autoaceptación, ya sea de manera significativa y relevante para su posición en la vida.

- **Sentimientos Negativos**

Involucra los sentimientos tales como desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida y la consideración de la manera en que cualquier sentimiento negativo produce alteración, y su impacto sobre el funcionamiento cotidiano de la persona.

- **Dimensión de relaciones sociales**

- **Relaciones Sociales**

Examina la medida en la que una persona siente la compañía, amor y apoyo que desea, de sus relaciones íntimas tanto emocionalmente como físicamente.

También incluye el compromiso y la experiencia actual de cuidar y brindarse a otra gente, sentir momentos de felicidad y distracción con las personas amadas, el sentido de amar y ser amado, el tocarse y abrazarse.

- **Actividad Sexual**

Se refiere a la necesidad y deseo de la persona, y la extensión en que puede expresar y disfrutar apropiadamente de su deseo sexual, o sea, la relevancia de la actividad sexual en la calidad de vida (48).

- **Soporte Social**

Mide el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia o los amigos. Compartiendo la responsabilidad y el trabajo conjunto para resolver problemas personales y familiares; además examina en qué medida la persona siente el soporte de la familia y los amigos, en especial en una crisis; también el potencial rol negativo de la familia y amigos en la vida de la persona.

- **Dimensión Medio Ambiente**

- **Seguridad física y protección**

Examina la sensación de la persona de estar segura en relación con el daño físico, como la libertad de las personas que van de vivir sin contratiempos, hasta aquellos estados de opresión o inseguridad.

- **Ambiente hogareño**

Esta faceta examina el lugar principal en el cual vive una persona, duerme y guarda la mayoría de sus posesiones y la forma con que esto impacta en la vida personal. La calidad del hogar es valorada sobre la base de ser confortable, seguro para vivir, cantidad de espacio, hacinamiento, limpieza, privacidad, servicio tales como: electricidad, baño, agua caliente, además de la calidad de la construcción como humedad y presencia de goteras, también incluye al vecindario inmediato.

- **Recursos financieros**

Investiga el punto de vista de la persona acerca de usar recursos económicos, recursos intercambiables y la extensión en que estos satisfacen las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable. Incluyen un sentido de satisfacción/insatisfacción con aquellas cosas que pueden ser obtenidas por medio del ingreso de la persona independiente del estado de salud o de si la persona está o no empleada (49).

- **Oportunidad para adquirir información y aprendizaje**

Examina la oportunidad y deseo de la persona para aprender nuevas destrezas, adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que se está pasando, pudiendo ocurrir a través de programas formales, actividades recreacionales ya sea en grupo o

solo. Además, el estar en contacto con las noticias que están ocurriendo en su vecindario o en el mundo que tienen relevancia con la calidad de vida de las personas. Participación y oportunidad para recrearse y el ocio Indaga las oportunidades, la inclinación de la persona para participar en pasatiempos, actividades recreativas y relajación, como visitar a los amigos, deportes, leer, mirar televisión o gastar el tiempo con la familia, hasta no hacer nada. Las preguntas están enfocadas a la oportunidad y el disfrute de la recreación y relajación (49).

- **Medio Ambiente físico**

Examina la perspectiva de la persona acerca de su medio ambiente. Incluye el ruido, contaminación, clima y estética general del medio, y si esto sirve para mejorar o afectar adversamente la calidad de vida.

- **Cuidado Social y de salud**

Indaga sobre la perspectiva de la persona acerca de los servicios sociales y sanitarios en su vecindario cercano, tanto en la calidad y cantidad que ella recibe o espera recibir cuando estos servicios sean requeridos, incluyen, templos religiosos.

- **Transporte**

Investiga desde el punto de vista de la persona acerca de cuán fácil es encontrar y usar servicios de transporte para moverse. Incluyen bicicletas, autos, buses (49).

Adulto Mayor.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Adulto Mayor (AM), a la persona mayor de 60 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles”. (34)

Daños que en determinados momentos se convierte en uno de los problemas sociales y de salud cuando suceden actos de maltrato y abandono que pone en peligro la integridad física del anciano o también se pone en peligro su integridad psicológica y los principios de autonomía o los derechos fundamentales del individuo. Maltratos que se observan en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico. Por lo cual “en algún momento se clasificó a los Adultos Mayores en sano, enfermo, frágil o de alto riesgo, demente y terminal, de acuerdo a las situaciones de salud o enfermedad en que se encontraban. Actualmente se tiende a no utilizar estas clasificaciones rígidas, diferenciándose el adulto mayor sano que puede ser manejado por el médico de familia, del paciente geriátrico (50).

Clasificación del adulto mayor según actividades que realiza

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) “considera como personas mayores a los varones y mujeres que tienen 60 o más años de edad”. La definición de la salud de las personas que envejecen no se expresa en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Es así que la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ha realizado la clasificación del Adulto mayor en 3 grupos bien diferenciados, tales como:

- **Persona adulta mayor autovalente:** Es aquella persona adulta mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las 20 actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición. Sin duda, cada individuo recorre el transcurso en su vejez y de su vida en general de manera particular; todos viven el envejecimiento de manera diferente; pero, sin embargo, es una etapa de la vida que no se puede evitar y que además se debe vivir satisfactoriamente. Tal vez siempre se piense que los padecimientos que se sufran en la vejez son ocasionados por la misma vejez (51).
- **Persona adulta mayor frágil:** Se define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociado con un aumento de la susceptibilidad de discapacidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición. Son personas de edades entre 69-77 años. Son aquellas personas que cumplen alguna de las siguientes condiciones y que debido a cualquiera de ellas, se encuentran en situación de riesgo de dependencia:

- Problemas de salud: Patología crónica que condicione una incapacidad funcional; por ejemplo: neoplasia avanzada, demencia, hospitalización reciente, polifarmacia, deterioro mental, deterioro cognitivo, depresión.
 - Criterios asistenciales: Edad superior a 80 años, inmovilizado en su domicilio, residentes en instituciones.
 - Problemas sociales: Aislamiento social y/o familiar (vive solo o sin familia próxima), cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), viudedad reciente, riesgo de institucionalización prematura o inadecuada; rechazo de su situación, recursos económicos insuficientes, problemas de vivienda (barreras arquitectónicas, sin condiciones mínimas, etc.).
- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que el 3% de personas mayores que viven en la comunidad tiene esta condición (52).

Características demográficas de las Personas adultas Mayores en el Perú

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 son menores de 15 años 28 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016. En este informe técnico se considera como personas adultas mayores a la población de 60 y más años de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas (53).

1.4. Justificación

La Ansiedad y la depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas. La depresión es una enfermedad crónica o

recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del adulto mayor y de la considerable disminución de su calidad de vida (54).

La calidad de vida es un aspecto fundamental, ya que se debe aspirar no sólo a vivir más, sino en mejores condiciones para disfrutar la vida. Las condiciones económicas y la estructura de las familias, lleva a los adultos mayores a permanecer con familiares donde se les proporcionen los cuidados necesarios; sin embargo, poco se valora su percepción de su calidad de vida y de su salud en general, no obstante, la salud mental y la capacidad funcional son los factores que más influyen en la percepción del estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores (55).

De esta manera aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos (13).

La edad es uno de los principales factores que influyen en el desarrollo de enfermedades. A mayor edad, mayor riesgo de sufrir algún mal. En tal sentido, son las patologías mentales y neurológicas las que suelen incrementarse a medida que las personas tienen más años. Una de cada cinco personas mayores sufre alguna de las enfermedades mentales (52).

El envejecimiento se convierte en un fenómeno latente en nuestra sociedad, el cual es necesario darle la importancia que se merece, pues en la actualidad la cultura está condicionada por los modos de producción y competencia. Así entonces el/la Adulto/a Mayor pierde derechos, dando lugar a una serie de estereotipos negativos como persona enferma, improductiva, limitada e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones dentro de su contexto. Estas situaciones conllevan a que los/as adultos/as sean parte hoy en día de los grupos más vulnerables y excluidos socialmente (56).

El adulto mayor se encuentra expuesto a padecer depresión, ya sea por las diferentes disfuncionalidades o el desgaste de ciertos órganos por las que se atraviesan en el proceso de envejecimiento, en la actualidad la sociedad no acepta a dicha población como activa ni

con derechos, haciendo de ellos personas inútiles, con baja autoestima, incapaces de realizar diferentes actividades por sí mismos; todo ello hace que se sientan inferiores al llegar a esta etapa de la vida (57).

Por ello resulta necesario realizar esta investigación pues una salud emocional deteriorada en este grupo poblacional puede tener efectos negativos y producir sentimientos de inseguridad, lo que incide en su autopercepción, asimismo dificultando su adaptación a los cambios que se presentan, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás. Los resultados de este estudio de investigación están orientados a brindar información actualizada y fidedigna a la institución y al equipo multidisciplinario en especial al profesional de enfermería ya que es quien está en constante interacción con la persona y familia, el cual le permita formular estrategias y/o programas de carácter preventivo promocional y con ello favorecer un envejecimiento activo y saludable.

La motivación del presente estudio es debido al evidente incremento de la población mayor de 60 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer en nuestro país y a nivel mundial, situación que ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas, tornándose una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social y económica.

Por lo tanto la finalidad del presente trabajo es determinar la relación existente entre la calidad de vida y los trastornos emocionales del adulto mayor del Centro Integral de Adulto Mayor (CIAM)– Distrito de Tabaloso, Provincia de Lamas y Región de San Martín, durante el periodo comprendido entre enero - junio 2021, porque será un punto de partida para desarrollar acciones integrales de prevención, teniendo en cuenta que el aspecto emocional es un factor importante en la salud y bienestar de la persona además de ser un elemento fundamental en la valoración que hace la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor, para fortalecer la calidad de vida de este grupo etario.

1.5. Problema

¿La ansiedad y depresión se relaciona con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la ansiedad y depresión relacionado con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

2.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.
2. Identificar el nivel de ansiedad en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.
3. Identificar el nivel depresión en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.
4. Identificar la calidad de vida según dimensiones: físicas, psicológicas, sociales y medio ambiente en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

2.3. Hipótesis de Investigación

La ansiedad y depresión se relacionan significativamente con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

2.4. Sistemas de Variables

- ✓ **Variable 1:** Ansiedad, depresión
- ✓ **Variable 2:** Calidad de vida.

2.4.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Independiente Ansiedad	Son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos.	Identificación de la depresión y ansiedad en los adultos mayores utilizando la escala de depresión geriátrica (YESAVAGE) y el cuestionario de ansiedad de la escala de William Zung	Nivel de Ansiedad leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nervioso y ansioso. ▪ Temeroso. ▪ Irritado o sentimiento de Pánico. ▪ Decaído. ▪ Tembloroso. ▪ Dolores. ▪ Debilidad y cansancio. ▪ Calmado. ▪ Taquicardia. ▪ Mareos. ▪ Desmayos. ▪ Respiración con facilidad. ▪ Hormigueos. ▪ Nauseas. ▪ Poliuria. ▪ Sudor. ▪ Preocupación. ▪ Pesadilla. 	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20.	Ligeramente ansioso 50-59 puntos.	Ordinal
			Nivel de Ansiedad Moderado			Moderadamente ansioso 60-69 puntos.	
			Nivel de Ansiedad Grave			Severamente ansioso 70 a más puntos.	
Depresión			Depresión Leve	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfecho con su vida. ▪ Perdida de interés. ▪ Vida sin sentido. ▪ Aburrido. ▪ Buen animo ▪ Preocupado ▪ Feliz. ▪ Desamparado ▪ Problemas de memoria. ▪ Despreciable. ▪ Energía ▪ Perdida de interés y esperanza. 	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15.	Depresión Leve 0-5 puntos	Ordinal
			Depresión Moderada			Depresión Moderada 6-9 puntos.	
			Depresión Severa			Depresión Severa 10-15 puntos.	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALORACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable Dependiente Calidad de vida	“Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (OMS)	Identificación de la calidad de vida según dimensiones de salud mediante el instrumento: WHOQOL-BREF.	Dimensión de salud física.	- Dolor y malestar. - Dependencia de medicación o tratamiento. - Energía y fatiga. - Movilidad. - Sueño y descanso. - Actividad cotidiana - Capacidad de trabajo.	1,2,3, 4, 10, 15, 16, 17, 18	Buena 100 – 130 puntos Regular o media 70 – 99 puntos Malo o baja ≤ 69 puntos.	Ordinal
			Dimensión de salud psicológica.	- Sentimiento positivo. - Espiritualidad, religión y creencias personales. - Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración. - Imagen corporal y apariencia. - Autoestima. -Sentimientos negativos.	5, 6, 7, 11, 19, 26		
			Dimensión de relaciones sociales.	- Relaciones sociales. - Actividad sexual. - Soporte social	20, 21, 22		
			Dimensión Medio Ambiental.	-Seguridad física y protección. - Ambiente hogareño - Recurso financiero. - Oportunidad para adquirir información y aprendizaje. - Medio ambiente físico. - Cuidado social y de salud.	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25		

				- Transporte.			
--	--	--	--	---------------	--	--	--

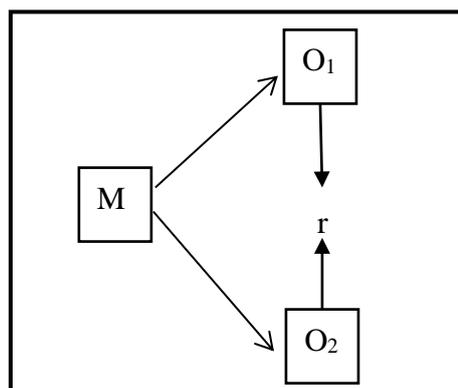
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudio

Considerando los objetivos de la investigación, se adoptó una metodología de estudio Cuantitativa de tipo Descriptiva, ya que se identificó y midió conductas, características y factores presentes en la población de estudio, sin dar respuesta al porqué de los acontecimientos. Además, fue un estudio de tipo Correlacional con el propósito de medir el grado de relación entre dos o más variables de manera positiva o negativa sin intención de determinar una relación causal, además de diseño Transversal-No experimental, es decir la recolección de los datos se realizó una sola vez y se clasificó la información en diferentes categorías, estudiando la relación entre las variables, pero sin manipular las variables.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación fue no experimental, descriptivo de corte transversal.



Dónde:

M: Adultos mayores

O₁: Ansiedad, depresión

O₂: Calidad de vida

r: Relación entre variables estudiadas.

3.3. Universo, Población y Muestra

Universo

Estuvo conformado por todos los Adultos Mayores del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín.

Población

La población estuvo conformada por todos los adultos Mayores del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín, el mismo que ascendieron a 40 integrantes. (Fuente: Coordinadora del Centro Integral Adulto Mayor – Tabalosos)

Muestra

Para la realización del presente estudio se trabajó con el 100 % de la población que correspondió a 40 adultos Mayores del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos.

3.3.1. Criterios de inclusión

- ✓ Adulto mayor que asistieron al programa del Adulto mayor Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín.
- ✓ Adulto mayor que desearon participar en el trabajo de investigación
- ✓ Adultos Mayores que asistieron continuamente al Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín.
- ✓ Adulto mayor que firmó el consentimiento informado.

3.3.2. Criterios de exclusión

- ✓ Adultos mayores que no estuvieron inscritos en el programa del Adulto mayor Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín.
- ✓ Adulto mayor que no desearon participar en el trabajo de investigación
- ✓ Adulto mayor que no desearon firmar el consentimiento informado.

3.4. Procedimientos

Para realizar el estudio se seguirá el siguiente procedimiento:

- ✓ Se presentará una solicitud de consentimiento para la realización de estudio a la coordinadora de los Adultos Mayores del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín.
- ✓ Se informará a los adultos Mayores del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín de la investigación a realizarse y con el fin de aplicar el cuestionario de ansiedad de la escala de William Zung la escala de depresión geriátrica (YESAVAGE) y el Test de **WHOQOL- BREF** con una duración de 10 - 20 minutos, la cual será totalmente anónima su participación.
- ✓ Se aplicará las encuestas a los Adultos Mayores del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín.
- ✓ Se procederá al procesamiento de los datos obtenidos.
- ✓ Se procederá a la tabulación de datos.
- ✓ Se analizará los resultados obtenidos.
- ✓ Redacción de informe.
- ✓ Presentación y aprobación de informe.
- ✓ Sustentación.

3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizará como técnica la encuesta, como instrumentos el cuestionario y fuente primaria.

Instrumento para evaluarla Calidad de Vida: Test de WHOQOL- BREF

Se utilizará el WHOQOL-BREF (La Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida), validado en el año 2000 en la población española fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de 30 lenguas en más de 40 países. Compuesto por 26 preguntas, cada una con 5 opciones de respuestas tipo Likert, puntuándose de 1 a 5; las primeras dos interrogantes se refieren a la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida y su salud, y los 24 ítems restantes evalúan cuatro dimensiones que abarcan:

- a) Salud física, que le corresponden los ítems 3, 4, 10,15, 16, 17, 18 evalúa: Dolor y malestar, dependencia de medicación o tratamiento, energía y fatiga, movilidad, sueño y descanso, actividad cotidiana y capacidad de trabajo. Con valoración 6 - 14 puntos calidad de vida mala, 15 – 25 regular, 26 – 35 buena.
- b) Psicológico, conformada por los ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26: sentimiento positivo, espiritualidad – religión y creencias personales, pensamiento - aprendizaje - memoria y concentración, imagen corporal y apariencia, autoestima, sentimientos negativos. Con valoración 6 – 14 puntos CV mala, 15- 23 regular, 24 – 30 buena.
- c) Relaciones sociales, encontradas en los ítems 20, 21, 22: relaciones personales, actividad sexual, soporte social. Con valoración 3 – 6 CV mala, 7- 10 regular, 11 – 15 buena.
- d) Medio ambiente, integrada por los ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25: seguridad física y protección, ambiente hogareño, recursos económicos, oportunidades para adquisición de información y aprendizaje, medio ambiente físico, cuidados social y de salud, transporte. Con valoración 8 -18 CV mala, 19 -28 regular, 29 – 40 buena. (Ver anexo 1)

En esta investigación hemos utilizado la puntuación de 0 a 130, para efectos de su comparación con los valores normativos propuestos para la escala³¹. Se considera que a mayor puntuación mejor CV.

Tabla de evaluación global

Calidad de vida del adulto mayor	Puntaje
Buena	100-130
Regular	70-99
Mala	≤ 69

Instrumento para evaluar la Ansiedad y Depresión en el adulto mayor

Se utilizará la escala de Ansiedad de Zung y para valorar Depresión la escala de Depresión Geriátrica- Test de Yesavage (Ver Anexo 2)

- a) La escala de Zung es un instrumento de autoevaluación, consta de veinte puntos que cuantifican síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos, durante los últimos treinta días. Cuenta con preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1 – 4 (nunca, a veces, muchas veces y siempre). Escala validada en Colombia con alfa de Cronbach de 0,863. **(Ver Anexo A)**

El rango de calificación es de 20-80.

Niveles de Ansiedad	Puntuación
Normal	25 – 49 puntos
Ligeramente Ansioso	50 – 59 puntos
Moderadamente Ansioso	60 – 69 puntos
Severamente ansioso	70 a más puntos

- b) La Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage mide el nivel de depresión de los adultos mayores este instrumento fue validado en la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2002. Consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que serán valoradas con la siguiente distribución. **(Ver Anexo B)**

Ítems (+) si = 0 No = 1

Ítems (-) si = 1 No = 0

La puntuación máxima es de 15 puntos y la mínima de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes.

Niveles de Depresión	Puntuación
Depresión Leve	0 – 5 puntos
Depresión moderada	6 – 9 puntos
Depresión Severa	10 – 15 puntos

La estructura física del instrumento está dividida en cuatro partes: La primera consta de la presentación, seguido de las instrucciones, luego los datos generales, y el último corresponde al contenido propiamente dicho constituido por 15 preguntas entre afirmativas y negativas.

3.6. Plan de Tabulación y Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos, se diseñó una base de datos en Excel 2016 y SPSS v24, que permitirá la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos.

Se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje y tablas simples para presentar los resultados.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas – San Martín. Periodo enero a junio 2021.

Características sociodemográficas	Frecuencia (fi) (n=40)	Porcentaje (%)
Edad		
De 60 a 70 años	21	52.5
De 71 a 80 años	15	37.5
De 80 a más años	4	10.0
Sexo		
Masculino	26	65.0
Femenino	14	35.0
Lugar de procedencia		
Tabaloso	40	100
San Miguel Río Mayo	0	0
Churuzapa	0	0
Ponazapa	0	0
Otros	0	0
Estado civil		
Casado (a)	8	20.0
Conviviente	27	67.5
Viudo (a)	3	7.5
Divorciado (a)	1	2.5
Soltero (a)	1	2.5
Grado de instrucción		
Primaria	19	47.5
Secundaria	10	25.0
Superior	2	5.0
Ninguno	9	22.5
¿Con quien vives?		
Pareja	9	22.5
Hijo (a)	27	67.5
Solo (a)	4	10.0
¿Padece alguna enfermedad?		
Si	32	80.0
No	8	20.0
Religión		
Católico	18	45.0
Evangélico	9	22.5
Adventista	7	17.5
Testigo de Jehova	4	10.0
Otro	2	5.0

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

En la tabla 1, se puede evidenciar que; del 100% de la población estudiada, el 52.5% (21) se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 65.0% (26) son de sexo masculino, el 100% (40) de la población estudiada provienen de Tabaloso, el 67.5% (27) son convivientes, el 47.5% (19) tienen estudios primarios, el 67.5% (27) viven con sus hijos, el 80.0% (32) padecen alguna enfermedad, y el 45.0% (18) profesan la religión católica.

Tabla 2. Nivel de ansiedad en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas – San Martín. Periodo enero a junio 2021.

NIVELES DE ANSIEDAD		(fi) (n=40)	%
Normal	[De 25 a 49 puntos]	5	12.5
Ligeramente ansioso	[De 50 a 59 puntos]	9	22.5
Moderadamente ansioso	[De 60 a 69 puntos]	22	55.0
Severamente ansioso	[De 70 a más puntos]	4	10.0

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

En la tabla 2, se puede evidenciar que; del 100% (40) adultos mayores encuestados, el 55.0% (22) presentan ansiedad moderada, seguido del 22.5% (9) se encuentran ligeramente ansiosos, el 12.5% (5) no presentan ansiedad y un 10.0% (4) presentan ansiedad severa.

Tabla 3. Nivel depresión en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

NIVELES DE DEPRESIÓN		(fi) (n=40)	%
Depresión leve	[De 0 a 5 puntos]	0	0.0
Depresión moderada	[De 6 a 9 puntos]	29	72.5
Depresión severa	[De 10 a 15 puntos]	11	27.5

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

En la tabla 3, se puede evidenciar que; del 100% (40) adultos mayores encuestados, el 72.5% (29) presentan depresión moderada, seguido del 27.5% (11) presentan depresión severa y ninguno de los encuestados presentan depresión leve.

Tabla 4. Calidad de vida según dimensiones: físicas, psicológicas, sociales y medio ambiente en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

CALIDAD DE VIDA		(fi) (n=40)	%
Buena	[De 100 a 130 puntos]	3	7.5
Regular	[De 70 a 99 puntos]	22	55.0
Mala	[≤ 69 puntos]	15	37.5

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras.

En la tabla 4, se puede evidenciar que; del 100% (40) adultos mayores encuestados, el 55.0% (22) presentan regular calidad de vida, continuo del 37.5% (15) presentan mala calidad de vida y solo un 7.5% (3) muestran buena calidad de vida.

Tabla 5. Ansiedad relacionado con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

ANSIEDAD	CALIDAD DE VIDA							Valor de p (p≤ 0.05)	
	BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL		
	fi	%	fi	%	fi	%			
Normal	1	2.5	1	2.5	1	2.5	3	7.5	p= 0.032
Ligeramente ansioso	0	0.0	4	10.0	3	7.5	7	17.5	
Moderadamente ansioso	2	5.0	15	37.5	8	20.0	25	62.5	
Severamente ansioso	0	0.0	2	5.0	3	7.5	5	12.5	
TOTAL	3	7.5	22	55.0	15	37.5	40	100	

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 5, podemos evidenciar que del 100% de adultos mayores encuestados, el 37.5% (15) muestran ansiedad moderado relacionado a la regular calidad de vida, seguido del 20.0% (8) muestran ansiedad moderado relacionado a la mala calidad de vida, el 7.5% (3) presentan ansiedad ligera relacionado a la mala calidad de vida y con los mismo resultados tambien presentan ansiedad severa relacionado a la mala calidad de vida, el 5.0 % (2) presentan ansiedad moderada con buena calidad de vida, de igual forma presentan ansiedad severa relacionado a la regular calidad de vida, el 2.5% (1) de los encuestados no presenta ansiedad porque tiene buena calidad de vida, sin embargo el 2.5% (1) no tiene ansiedad pero posee regular calidad de vida, últimamente el 2.5% (1) no tiene ansiedad pero tiene mala calidad de vida. Por lo tanto se evidencia la relación significativa ($p= 0.032$) entre la ansiedad y la calidad de vida.

Tabla 6: Depresión relacionado con la calidad vida del adulto Mayor, Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021.

DEPRESIÓN	CALIDAD DE VIDA						TOTAL		Valor de p ($p \leq 0.05$)
	BUENA		REGULAR		MALA				
	fi	%	fi	%	fi	%			
Leve	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	p= 0.041
Moderada	2	5.0	17	42.5	9	22.5	28	70.0	
Severa	1	2.5	5	12.5	6	15.0	12	30.0	
TOTAL	3	7.5	22	55.0	15	37.5	40	100	

Fuente: Elaboración propia de la investigación

En la tabla 6, podemos evidenciar que del 100% de adultos mayores encuestados, el 42.5% (17) muestran depresión moderada relacionado a la regular calidad de vida, seguido del 22.5% (9) muestran depresión moderado relacionado a la mala calidad de vida, el 15.0% (6) presentan depresión severa relacionado a la mala calidad de vida, el 12.5 % (5) presentan depresión severa con regular calidad de vida, el 5.0% (2) de los encuestados presenta depresión moderada pero con buena calidad de vida, el 2.5% (1) presenta depresión severa y buena calidad de vida, finalmente ninguno de los encuestados presentan depresión leve.

V. DISCUSIÓN

La población Adulto Mayor comprende desde los 65 años a más, sin embargo, es, uno de los grupos de mayor riesgo de problemas de depresión y ansiedad, tanto por el proceso de envejecimiento, necesidades sociales, económicos, psicológicos, entre otras, factores que desencadenan cambios en la calidad de vida del Adulto Mayor (58).

Ademas; la Organización Panamericana de salud OPS (2013) también menciona que alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (59).

Por este motivo efectuamos este trabajo en población adulta mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas, para determinar si la ansiedad y depresión se relacionan a la calidad de vida de la población estudiada, habiendo participado 40 adultos mayores de los cuales el 52.5% (21) se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 65.0% (26) son de sexo masculino, el 100% (40) de la población estudiada provienen de Tabaloso, el 67.5% (27) son convivientes, el 47.5% (19) tienen estudios primarios, el 67.5% (27) viven con sus hijos, el 80.0% (32) padecen alguna enfermedad, y el 45.0% (18) profesan la religión católica (Tabla N° 01).

Diferiendo con los resultados de Quispe A. con el trabajo de investigación titulado: “Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata – Cajamarca – 2018”. Donde se observa que 52.5% de los adultos mayores son del sexo femenino. En relación a las enfermedades crónicas 17,5% respondió que padece de osteoporosis, seguido del 15% de participantes que dijeron tener hipertensión arterial, y 22,5% manifestó padecer otras enfermedades crónicas como (gastritis, cáncer). Así mismo 72.5% declara sufrir de dolor crónico, un 57.5% dijo no recibir tratamiento médico (18).

Del mismo, los resultados encontrados en el estudio difieren a los reportados por la ENDES 2014-2015, en el estudio sobre Depresión y factores asociados en la población peruana Adulta Mayor, donde encontraron que 55,6% de la población adulta mayor fueron mujeres (51). De igual manera, tiene similitud con el estudio realizado en México, sobre ansiedad y

depresión en los adultos mayores”, quienes encontraron que 55% eran del sexo femenino (59).

En relación a edad, difiere ligeramente de los encontrados por Segura-Cardona, et al (2012), que reportan una edad promedio de 71,1 años (DE=8,21), el 62,0 % son mujeres, el estado civil predominante fueron los casados con un 29,5 %; en cuanto a la escolaridad el 61,8 % realizaron estudios de primaria o menos y predominan las personas residentes en el área urbana del departamento. (61).

Así mismo; en la tabla N° 02, se observa que el 55.0% (22) presentan ansiedad moderada, seguido del 22.5% (9) se encuentran ligeramente ansiosos, el 12.5% (5) no presentan ansiedad y un 10.0% (4) presentan ansiedad severa.

Contrastando con el trabajo de Quispe A. donde menciona que el mayor porcentaje que presentan ansiedad en los Adultos Mayores son las mujeres en un 12.5%, así mismo tanto los varones como las mujeres no presentan ansiedad en un 40 % (18). En nuestro país, no se ha encontrado estudios de prevalencia que evidencien casos de ansiedad en mujeres mayores de 60 años. Un estudio realizado en México por Acosta C y García R. (2007), reporta que las mujeres tienen un nivel de ansiedad moderado 12%, sin embargo, esta diferencia se debería al uso del instrumento de medición y el grupo poblacional del estudio (60).

Así mismo; el reporte de Tuesta J (2015), en relación a la prevalencia de ansiedad en escala global fue de 18.6%, respecto al género en las mujeres > 65 años la prevalencia fue 10-12 %, con respecto a los varones 5- 6% (31).

En la tabla N° 03, podemos evidenciar que el 72.5% (29) presentan depresión moderada, seguido del 27.5% (11) presentan depresión severa y ninguno de ellos encuestados presentan depresión leve.

Según Quispe A, menciona que 72.5% tienen un nivel de depresión leve, 5,0% depresión severa (18). Los resultados en relación a la depresión difieren de los datos encontrados por Reyes, J. (2016), en su estudio: Depresión en el Adulto Mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es amor- San Miguel, Lima, donde 54%, tuvieron depresión leve (63).

Así mismo, se contrasta los resultados con los datos que obtuvo Aliaga, E. y Del Campo, O (2017), quienes reportan que el 58% de los adultos mayores tienen un estado depresivo moderado y un 8% de estado depresivo severo (64). Ramírez A. et al. (2015), encontraron que 65% no presentaron depresión, mientras que 35% si la presentan y esto es leve 29% y depresión grave 6% (65).

En la tabla N° 04, se puede evidenciar que; del 100% (40) adultos mayores encuestados, el 55.0% (22) presentan regular calidad de vida, continuo del 37.5% (15) presentan mala calidad de vida y solo un 7.5% (3) muestran buena calidad de vida.

Varela L. en su estudio: “Salud y calidad de vida en el adulto mayor “señala: la Calidad de vida del adulto mayor en su dimensión salud general, el 12% tienen Calidad de vida muy baja, el 40% tienen una Calidad de vida baja, el 47% de adultos tiene Calidad de vida promedio (66).

Hurtado R. (2018), en su estudio: “Calidad de vida de los participantes del Club del Adulto Mayor perteneciente al Centro de Salud Los Libertadores del distrito de San Martín de Porres-Lima Perú” señala que: El nivel de calidad de vida de los participantes del club del adulto mayor en el Centro de salud Los Libertadores, responde a un nivel regular igual al 96.7% evidenciando insatisfacción en las diferentes dimensiones de la vida y que requiere un trabajo conjunto multisectorial para su tratamiento y recuperación (67).

IV. CONCLUSIONES

1. Según las características sociodemográficos, el 52.5% (21) se encuentran entre las edades de 60 a 70 años de edad, el 65.0% (26) son de sexo masculino, el 100% (40) de la población estudiada provienen de Tabaloso, el 67.5% (27) son convivientes, el 47.5% (19) tienen estudios primarios, el 67.5% (27) viven con sus hijos, el 80.0% (32) padecen alguna enfermedad, y el 45.0% (18) profesan la religión católica.
2. En cuanto la variable ansiedad; el 55.0% (22) presentan ansiedad moderada, seguido del 22.5% (9) se encuentran ligeramente ansiosos, el 12.5% (5) no presentan ansiedad y un 10.0% (4) presentan ansiedad severa.
3. Según la variable depresión; el 72.5% (29) presentan depresión moderada, seguido del 27.5% (11) presentan depresión severa y ninguno de los encuestados presentan depresión leve.
4. Los resultados de la variable calidad de vida en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021 fueron: el 55.0% (22) presentan regular calidad de vida, continuo del 37.5% (15) presentan mala calidad de vida y solo un 7.5% (3) muestran buena calidad de vida.
5. Al estudiar la relación entre la ansiedad, depresión y calidad de vida de los adultos mayores que participaron en el estudio, se puede mencionar que existe relacion significativa entre ambas variables estudiadas.

V. RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones que se deriva de la presente investigación se propone las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a las autoridades del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas, deben realizar coordinaciones con las instituciones de la jurisdicción para complementar y contar con especialistas para desarrollar programas preventivos promocionales dirigidos al adulto mayor con el fin de mejorar su calidad de vida
2. Al personal encargado del Puesto de Salud de Tabaloso, que realice frecuentemente talleres, actividades, terapias y charlas con el fin de reducir los factores de riesgo y así evitar que adquieran problemas de ansiedad y depresión y de esta manera mejorar su calidad de vida de los adultos mayores.
3. Al personal de salud, para que trabajen de una manera multisectorial, no solo con el Adulto Mayor, sino también con la pareja y familia para detectar oportunamente los factores de riesgo en la ansiedad y depresión en el adulto mayor y evitar complicaciones en su salud.
4. Los familiares de los adultos mayores deben recibir capacitación para ofrecer una atención de calidad y tiempo para compartir con ellos, de esta manera lograr una mayor integración familiar.
5. A los alumnos de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Martín, que realicen investigaciones aplicativas, mediante programas de intervención en prevención de los trastornos mentales dirigidos a diferentes grupos poblacionales, que permitan validar estrategias de trabajo dirigido a este grupo etario.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental y los adultos mayores. Centro de Prensa. 12 de diciembre de 2017. Consultado el 13 de octubre del 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
2. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática [Sede web]. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe Técnico No 2. Junio 2020. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>
3. Caracterización del departamento de San Martín [Sede web]. 26 de agosto de 2021. Consultado el 29 de diciembre del 2021. Disponible en: <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Iquitos/san-martin-caracterizacion.pdf>
4. Navas W. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. Geriátria. Depresión, el Trastorno Psiquiátrico más Frecuente en la Vejez. LXX (607) 495 - 501, 2013. [Revista en Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
5. Torrejón R. Nivel de Depresión en Adultos Mayores, Asentamiento Humano. Señor de los Milagros. Chachapoyas – Amazonas. 2015. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depresi%C3%B3n%20en%20adultos%20mayores,%20asentamiento%20humano.%20Se%C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Araya A. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Rev.Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo (Mexico). 2015 Diciembre; Vol.6.Num11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5364683.pdf>

7. Barra B, Ravinet J. Psicogeriatría. Una mirada hacia el futuro. Libro electrónico. Editorial: Orjikh Editores. Santiago de Chile, agosto 2018. Diagramación digital: ebooks Patagonia. Disponible en: https://www.antartica.cl/antartica/servlet/LibroServlet?action=fichaLibro&id_libro=232985
8. Espinoza I, Osorio P, Torrejon M, “et al” Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. Revista. Médica. Chile 2011. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123529/Espinoza2011b.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Instituto de Sociología, Guía de calidad de vida. Programa Adulto Mayor, Centro de Geriatría y Gerontología. Inscripción N° XX, ISBN N° 978-956-14-1208-8, Primera edición: Agosto de 2011, 5000 ejemplares, Santiago de Chile. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
10. Lang G, Resch K, Hofer K, Braddick F, Gabilondo A. Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. Luxembourg: European Communities. European Communities, 2010. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec46.pdf>
11. Jonis T. Mauro, Llaeta C. Diana. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Revista Médica Herediana. 2013 [citado 29 de marzo de 2020]; 24 (1):78-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Municipalidad Distrital de Tabalosos, Perú, Portal Municipal del Perú, Desarrollado por la Secretaría de Gobierno Digital – SeGDi, 2021. [Sitio web]. Consultado 29 de diciembre del 2021. Disponible en: https://www.peru.gob.pe/Nuevo_Portal_Municipal/portales/Municipalidades/1770/enti

dad/PM_MUNICIPALIDAD_DETALLE.asp?pk_id_entidad=1770&pk_id_tema=75094&pk_id_sub_tema=7735

13. Calderón O, Ibarra A. Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María". [Tesis Pre grado]. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador. 2019. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19965/1/T-UCE-0007-CPS-204.pdf>

14. Celeiro T, Galizzi M. "Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá". Universidad Católica Argentina [Tesis Pre grado]. Santiago, Argentina. 2019. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/9721/1/calidad-vida-adultos-mayores-70.pdf>

15. Gutiérrez A, Orozco J, Rozo W, Martínez Y. Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. [Tesis Pre grado]. Bogotá, Colombia. 2017. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/774/1/CALIDAD%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>

16. Valdés M, González J, Salisu M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. [Tesis de Pre grado]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296/158> 21

17. Polar S. "Nivel de Depresión en Adultos Mayores del Asilo Apaktone de Madre de Dios". Universidad Nacional Amazonica de Madre de Dios. [Tesis Pre grado]. Puerto Maldonado, Perú. Octubre 2019. Disponible en: <http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/541/004-1-9-027.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Quispe A. Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata en un Hospital del MINSA. [Tesis Pre grado]. Escuela Profesional de Enfermería. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Cajamarca-Perú. 2018. Disponible en:

<https://1library.co/document/zkw44x1z-ansiedad-depresion-factores-beneficiarios-programa-pension-puesto-cajamarca.html>

19. Loje R. Depresión y Calidad de Vida en Usuarios del Centro del Adulto Mayor de la RED Asistencial Ancash, [Tesis Pre grado]. Chimbote, Perú. 2018. Disponible en: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5970/DEPRESION_CALIDAD_DE_VIDA_LOJE_CANTINETT_RICARDO_ALCIDES.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Pablo, J. Calidad de vida del Adulto mayor de la Casa “Polifuncional Palmas Reales” [Tesis Pre grado.] Lima Perú. Universidad San Martín de Porres. 2016. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf
21. Muñoz Y, Chujandama G, Quintanilla L. “Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA.HH Satelite, Banda de Shilcayo”. Universidad Nacional de San Martín. San Martín, Perú. 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3422/ENFERMERIA%20-%20Yashmin%20Mu%C3%B1oz%20Marichin%20%26%20Gloria%20Estefani%20Chujandama%20Mego.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Pizarro K.; Hidalgo L. Valoración integral del Adulto mayor relacionado a la Calidad de vida en el Centro integral de Atención al Adulto mayor de Lamas. Junio 2015 – Febrero 2016 [Tesis Pre grado] Lamas – San Martín. Universidad Nacional de San Martín. 2016. Disponible en:
23. Boggio J. Ansiedad en el adulto mayor. [Tesis Maestral]. Venezuela: Escuela de Enfermería Universidad de Carabobo; 2013.
24. Tortella M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Revista Iberoamericana de Psicopatología (España) [Revista en Internet]. 2014 Marzo; Vol. 110 (48).
25. Blanco H, Serrana, Serrano B. Problemas de Ansiedad en la Etapa adulta mayor. [Tesis Doctoral]. México: Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo, Pachuca; 2012.

26. Baeza J, Balaguer G, Belchi I. Higiene y prevención de la ansiedad. Edición Via de Santos-España. 2010 Octubre; Vol. 88 (62).
27. Patilla C. Ansiedad, Depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes adultos. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2011.
28. Casado I. Ansiedad, Stress y trastornos Psicofisiológicos. [Tesis de grado]. España: Universidad Complutense, Madrid; 2004.
29. Martínez G, Cerna J. Valoración del estado de Salud. In. Washington EEUU: OPS-OMS; 2000. p. 15-18.
30. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Quito, Ecuador, 2017. Edición general: Dirección Nacional de Normatización, MSP. Pag. 17 Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/11/gpc_episodio_depresivo_adultos.pdf
31. Juárez J, León A, Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años. Rev. Medica Horizonte (Lima-Peru) [Revista en Internet]. 2012 Abril; Vol. 12 (2).
32. Lucero R, Casali G. Trastornos emocionales en el adulto mayor. Revista Psiquiátrica (Uruguay) [Revista en Internet]. 2012 Septiembre; Vol. 70 (2).
33. Robles G. Estrategias Psicomotivadoras para disminuir la depresión en el adulto mayor. [Tesis Pregrado]. Perú: Universidad César Vallejo, Trujillo; 2014.
34. Organización Panamericana de la Salud/ OMS. La depresión es el trastorno mental más frecuente: Epidemiología de los trastornos mentales. [online]; 2011 Mayo; Washington DC. pag. 25. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>

35. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. MINSAL. [online]; 2013 Noviembre; Chile. Pag.12. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
36. Bravo J. Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Rev.Psicomedic (Madrid- España). 2012 Enero; Vol.32(12).
37. Torrejón R. Nivel de Depresión en Adultos Mayores, Asentamiento Humano. Señor de los Milagros. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza Chachapoyas- Amazonas. 2015. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depresi%C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%2C%20asentamiento%20humano.%20Se%C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Costa M, Aguiñaga A. Programa de atención primaria de la depresión. módulo educativo sobre trastornos depresivos. Programa nacional de salud mental de Bogotá-Colombia. 2010 Junio; 9(2): p. 38-52.
39. Casanova C, Delgado S, Steves S. La depresión del adulto mayor. Revista Biomedicina.(España) [Revista en Internet]. 2010 Febrero; Vol. 15(7).
40. Aguilar S, Ávila J. La Depresión: Particularidades clínicas y consecuencia en el adulto mayor. Revista Medica de Mexico (Medigraphic). 2011 Octubre; Vol. 22(13).
41. Rozados L. El Diagnóstico de la Depresión. Rev. de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona-España) [Revista en Internet] 2010 Junio; 3(1).
42. Zapata F.H., Adulto Mayor: Participación e Identidad. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. Chile 2011. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/18562/19602> . Fecha de consulta 26 de mayo del 2017.
43. Cardona A. D, Agudelo G. H B, Construcción cultural del concepto calidad de vida. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Chile 2005. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023108> Fecha de consulta: 29 de mayo de 2017.

44. Grupo de la OMS (WHOQOL). Documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la Calidad de Vida. Ginebra Suiza. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
45. Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2009 [Fecha de consulta: 26 de mayo del 2017] Buenos Aires Argentina. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>
46. Ardila R, Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología. Colombia 2003. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>.
47. Velasco R, Londoño C. Calidad de vida objetiva, optimismo y variables socio-jurídicas, predictivos de la calidad de vida subjetiva en colombianos desmovilizados. Rev. Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 29, núm. 1, junio, 2011, pp. 114-128. Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79920065009>
48. OMS Programa de salud mental. WHOQOL. Medición de calidad de vida. Instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Whoqol-100 y Whoqol-Bref 1997. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/who_hpr_hep_98.1_spa.pdf
49. Rosas C. Percepción de calidad de vida y promoción de la salud en adultos mayores pertenecientes a centros de atención primaria de Valdivia. [Tesis de Pregrado] Universidad Austral de Chile. Chile 2008. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmr789p/doc/fmr789p.pdf>
50. Alarcon T, Montalvo J. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino. Revista Biomedicina (España) [Revista en Internet]. 2009 Noviembre; Vol. 32(2).

51. Sigüenza, M.; Sigüenza, C.; Sinche, N. Calidad de vida en el Adulto mayor en las Parroquias rurales de la Ciudad de Cuenca” [Tesis Pre grado.] Cuenca Ecuador. Universidad de Cuenca. 2013. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20221/1/TESIS%20\(23\).pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20221/1/TESIS%20(23).pdf)
52. Hernández A.; Melitón I. Vivencias del Autocuidado del Adulto Mayor de la Asociación Comunitaria de la urbanización Santa Isabel - Carabayllo 2014. [Tesis Pre grado.] Lima – Perú. Universidad de Ciencias y Humanidades. 2014 Disponible en: http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/74/Hern%C3%A1ndez_Gutierrez_Azucena_Jackeline.pdf?sequence=1&isAllowed=y ultimo acceso 20 – 06- 21
53. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor 2016. Informe técnico N° 1 - Marzo 2017. Lima Perú. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf
54. Flores M, Colunga C, Ángel M, “et al”. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Rev. Uaricha. Guadalajara México 2013. Disponible en: www.revistauricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/download/.../105/
55. Rodes J. Guardia J. Biología del envejecimiento. Editorial Masson. Edición 1997. Barcelona (España). 3472- 3475. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/envejecimiento.htm>
56. Macas M. Gladys. Maestría de salud mental área de la salud humana [Tesis Doctoral]. Loja (Ecuador). 2012. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6725/1/Macas%20Macas%20Gladys%20Beatriz%20.pdf>
57. Caldas S, Correa M. “Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica”. Universidad Ricardo Palma. [Tesis pre grado]. Lima, Perú. 2019. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2084?show=full>
58. Montenegro V, Jessica; Santisteban B. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí – Lambayeque - 2016. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en:

<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/760/montenegro%20valdivia%20jessica%20del%20milagro%20y%20santisteban%20baldera%20yessica%20medaly.pdf;jsessionid=3a7416917562df2452956901f5fd926e?sequence=1>

59. Guerra M, Prina A, Ferri C, Acosta D, Gallardo S, Huang Y, et al. Un estudio comparativo intercultural de la prevalencia de la depresión en la edad avanzada en países de ingresos bajos y medios. *Trastornos afectivos*. 15 de enero de 2016 [citado 15 de junio de 2021]; 190:362-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679114/>
60. Acosta C, García R. Ansiedad y depresión en los adultos mayores. *Psicología y salud*. México. ISSN. 2007. [citado 15 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf>
61. Segura C. Alejandra, Cardona A. Doris, Segura C. Ángela y Garzón D. María. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
62. Tuesta N. Juan. Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor. 2015 [citado 21 de junio de 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/jurotuno/depresin-y-ansiedad-en-el-adulto-mayor>
63. Reyes C. Jenifer. Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es amor – San Miguel [Tesis]. Lima. 2016. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE-%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Aliaga M. Elizabeth, Del Campo A. Olga. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Salud Magna Vallejo [tesis de Pregrado]. Cajamarca (Perú) 2017. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. [citado 22 de junio de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/710>
65. Ramírez A, Bedoya E. Lina, Correa L. Edison, Villada V. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social

al adulto mayor. Medellín (Colombia). 2015. [citado 7 de febrero de 2019]. Disponible en:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adult.os_Mayores.pdf

- 66.** Varela L., Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Perú Med. Exp Salud Pública.* (Internet) 2016 (Citado el 11 de abril del 2019). 33(2):199-201. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/363/36346797001.pdf>

- 67.** Hurtado R. Calidad de vida de los participantes del Club del Adulto Mayor perteneciente al Centro de Salud Los Libertadores del distrito de San Martín de Porres. (Tesis pregrado). Facultad de Psicología y Trabajo Social. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima-Perú 2018. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3622/008594_Trab._Suf._Prof._Hurtado%20Cristobal%20Raquel%20Rosa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

IX. ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tarapoto, 11 de mayo del 2021

Oficio S/N-2021-/RGSC-ICP.

Prof. Hamilton Jhonny Chávez Santillan
Alcalde Distrital de Tabalosos



Con Atención: Bach. Vicente Bocanegra Huamán
Subgerente de Desarrollo Social

SOLICITO: Permiso para recopilación de información y aplicar el instrumento de investigación.

Tengo el agrado de dirigirme hacia su persona con el debido respeto que se merece y expongo lo siguiente:

Los que suscriben, son Bachiller de Enfermería de la UNSM - T. Rudy Gabriela Samaniego Chocán e Ileana Cahuaza Peas; nos encontramos desarrollando la Tesis para obtener el Título Profesional de: LICENCIADAS EN ENFERMERÍA con el título: **Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida en el Adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021**, para lo cual solicito permiso y/o autorización para poder recolectar información y aplicar el instrumento de investigación (Encuesta) a todos los adultos mayores de su asociación.

Seguro de contar con su atención y aprobación a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente

.....
Rudy Gabriela Samaniego Chocán
Bachiller de Enfermería

.....
Ileana Cahuaza Peas
Bachiller de Enfermería

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



Consentimiento Informado

Muy buenos días sr/sra, somos bachilleres egresados de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Martín. Queremos manifestarle que en la actualidad estamos realizando un estudio para conocer la **Ansiedad, Depresión y calidad de vida en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021**, la finalidad de este trabajo de investigación es recolectar información relacionado con este problema, lo cual nos servirá para obtener el título de Licenciado en Enfermería. Por tal motivo solicito a usted su participación voluntaria lo cual será de mucha importancia para el estudio. Manifestarle a su vez que, de aceptar su participación, se le realizará una encuesta, la información vertida por su persona será de carácter anónimo y confidencial, en ningún momento afectará su integridad, solo será usada con fines de realizar la investigación planteada.

Muchas Gracias.

Firma de la (el) Participante

Firma del Investigador

Firma de la Investigador

Anexo 3

Instrumento de Investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

**Presentación:**

Estimado adulto mayor, somos bachilleres de Enfermería de la UNSM-T nos encontramos realizando el trabajo de investigación titulado “Ansiedad, Depresión y calidad de vida en el adulto Mayor del Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021”, el mismo que nos servirá para obtener el título profesional de licenciadas en enfermería, en el presente cuestionario le pido responder con sinceridad ya que es de carácter anónimo. Anticipadamente agradezco su colaboración.

Lee cuidadosamente y responda las siguientes preguntas.

I. Datos generales:

1. Edad: _____
2. Sexo: (M) (F)
3. Lugar de procedencia:
 Tabalosos () San Miguel R M () Churuzapa () Ponazapa ()
 Otro_____
4. Estado Civil
 Casado/a () Conviviente () Viudo/a () Divorciado/a () Soltero/a ()
5. Grado de Instrucción
 Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()
6. ¿Con quién vives?
 Pareja () Hijo/a () Solo ()
6. Padece alguna enfermedad
 Si () No ()
7. Religión
 Católico () Evangélico () Adventista () Testigo de Jehová ()
 Otro_____

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA WILLIAM ZUNG

Instrucciones: Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

Preguntas	Nunca	A veces	Siempre	Muchas veces
1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso.				
2. Se ha sentido temeroso sin razón				
3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico				
4. Se siente decaído.				
5. Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien				
6. Se ha sentido tembloroso				
7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza				
8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente				
9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto.				
10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente.				
11. Se ha sentido últimamente mareado.				
12. Se ha desmayado o sentido síntomas de desmayo.				
13. Ha podido respirar con facilidad.				
14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos.				
15. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago.				
16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal.				
17. Ha sentido sus manos secas y calientes.				
18. Se ha ruborizado con frecuencia.				
19. Ha dormido bien y descansado toda la noche.				
20. Ha tenido pesadillas.				

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

Instrucciones: Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

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

Anexo 4

Instrumento Cuestionario WHOQOL-BREF

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

	Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1 ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2 ¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4 ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5