

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



**MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA CON MENCIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**“ESTILOS DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD, DE LA CIUDAD DE
SULLANA”**

Fátima Rosalía Espinoza Porras

Asesor:

Dr. Alex Miguel Hernández Torres

Cajamarca – Perú

Enero – 2016

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



Maestría en Psicología Clínica con Mención en Psicología de la Salud

**“ESTILOS DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD, DE LA CIUDAD DE
SULLANA”**

“Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el Grado Académico de Magíster en Psicología Clínica con Mención en Psicología de la Salud”

Fátima Rosalía Espinoza Porras

Cajamarca – Perú

Enero – 2016

COPYRIGHT © 2015 BY

FATIMA ROSALIA ESPINOZA PORRAS

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

ESCUELA DE POSGRADO

APROBACIÓN DE MAESTRÍA

ESTILOS DE VIDA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD, DE LA CIUDAD DE
SULLANA, 2015

Presidente: Mg. Max Alexander Cabanillas Castrejón

Secretario: Mg. Ricardo Monzon Portillo

Vocal: Mg. Gabriela Aliaga Zamora

Asesor: Dr. Alex Hernández Torres

A:

Mis amados: Guillermo esposo, por comprenderme y ayudarme en el logro de mis objetivos y a Guillermo hijo, por ser mi fuente de motivación para seguir adelante.

Mí querida familia: Francisco, Perceberanda, Carmen, Samuel y Angelina, por brindarme su apoyo incondicional en cada uno de mis viajes.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo, por darme la fortaleza para poder lograr este objetivo, sin su bendición nada sería posible.
- A la Escuela de Post Grado de la UPAGU, especialmente al MBA. Max Cabanillas Castrejón, por acogerme en esta casa de estudios y brindarme las facilidades necesarias en el desarrollo de la presente investigación.
- Al asesor Dr. Alex Miguel Hernández Torres, quien con sus conocimientos y experiencia, ha ayudado al término de esta investigación.
- Al Centro del Adulto Mayor de EsSalud de Sullana, por otorgar el acceso a la población de estudio.
- A los adultos mayores, por brindar su tiempo y colaborar con la investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación existente entre estilos de vida y depresión, en los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud de Sullana, para lo cual se utilizó el tipo de investigación descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 120 adultos mayores usuarios del CAM, de ambos sexos y cuyas edades oscilaron entre 65 y 96 años, quienes fueron evaluados mediante el cuestionario de Nola Pender que mide estilos de vida y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, los cuales fueron baremados en la presente investigación, con la prueba de alpha de crombrach, con una confiabilidad de 0.79 y 0.76 respectivamente. Luego del procesamiento estadístico, no se encontró relación significativa entre los estilos de vida y la depresión en los adultos mayores que acuden al CAM de EsSalud, sin embargo al ser una correlación negativa, indica que se correlacionan en sentido inverso. Es decir a valores altos de estilos de vida, le suelen corresponder valores bajos de depresión y viceversa.

Palabras claves: estilos de vida, depresión, adulto mayor.

ABSTRACT

This research aims to determine the relationship between lifestyle and depression in older adults who come to the Elderly (CAM) EsSalud Sullana, for which the type of descriptive correlational research center was used. The population consisted of 120 elderly users of CAM, of both sexes whose ages ranged between 65 and 92 years who were evaluated by questionnaire Nola Pender measuring lifestyles and the Geriatric Depression Scale Yesavage, which They were points system in this investigation, with crombrach alpha test with a reliability of 0.79 and 0.76 respectively. After statistical processing, no significant relationship between lifestyle and depression in older adults who come to the CAM EsSalud found, however to be a negative correlation indicates that correlate inversely. Ie high values of lifestyles, lower values will usually correspond depression and vice versa

Keywords: lifestyles, depression, elderly.

INTRODUCCION

La población actual, es una sociedad acelerada en donde las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales han dado paso a la familia pequeña en donde no hay espacio para que el abuelo sea figura importante y, más bien, gracias al aumento en la esperanza de vida, se ha convertido en un problema. Es probable, entonces, que la persona adulta mayor viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. No es raro, por lo tanto, que algunas personas adultas mayores, sufran depresión en esta etapa de vida. Sin embargo se conoce que, envejecer de forma armónica y satisfactoria, es la obra más hermosa que permite a las personas geriátricas mantenerse activa en el plano psicológico y social en concordancia con la sociedad y su desarrollo, pero para lograrlo tienen que realizar las actividades de forma tal que contribuyan de alguna manera a mejorar sus hábitos diarios y maneras de vivir, ya que es probable que de esta manera su estado anímico no se vea alterado.

En los países subdesarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de enfermedades. El estilo de vida que tiene la persona en sus años previos, si nunca hizo actividad física, su nutrición fue deficiente o tuvo hábitos nocivos, tendrá problemas en su vejez, de ahí la importancia de las actividades y programas de promoción y prevención en la salud y la práctica de hábitos de vida saludables.

Con estos datos es que el Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, viene desarrollando programas de promoción de estilos de vida saludables, para esta población específica, a quienes les brindan talleres de gimnasia, taichí, manualidades, memoria, educación emocional, actividades recreativas, charlas de prevención y viajes de excursión, todo esto sustentado en el plan de trabajo que ejecuta el seguro social de salud a nivel nacional.

En este contexto el presente estudio pretende conocer si existe relación significativa entre los estilos de vida y la depresión de los adultos mayores que acuden al CAM de EsSalud de Sullana.

La investigación está dividida en 5 capítulos, presentando en el I Capítulo, el problema de investigación, la formulación del problema, objetivos de la investigación, hipótesis, justificación e importancia y operacionalización de las variables.

El II capítulo consta de marco teórico, antecedentes de la investigación, a nivel internacional, nacional y local, las bases teóricas – científicas, que sustenta la perspectiva de la cual son planteados los aspectos centrales de la investigación, como son los estilos de vida, la depresión y las características de los adultos mayores, del mismo modo se definen algunos conceptos básicos del estudio.

El capítulo III, corresponde al Marco Metodológico, donde se describe el tipo y diseño de investigación, así como la población que se ha utilizado. Así mismo se mencionan las técnicas e instrumentos y el procesamiento de la información.

El capítulo IV, se realizó una descripción y análisis de las tablas que explican los resultados de la aplicación de los instrumentos psicométricos. Así como, se enfatiza la discusión de resultados, el cual tiene como referencia un análisis crítico y fundamentado, teniendo en cuenta los tres primeros capítulos. Este se ha construido en relación a las variables e indicadores que se han estudiado.

Finalmente, en el capítulo V, está relacionado con las conclusiones a las que he llegado en la investigación y se establecen las recomendaciones, para seguir ahondando en el estudio sobre estilos de vida y depresión.

Puede apreciarse también al término de los capítulos, las referencias bibliográficas que han sido de utilidad para el estudio de las variables, así como los anexos que contienen los instrumentos aplicados y otros materiales importantes.

INDICE

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
Índice	xiii
LISTA DE TABLAS.....	xv

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	17
1.2. Formulación del problema.	21
1.3. Justificación de la investigación	24
1.4. Objetivos de la investigación.	21
1.4.1. Objetivo general.	21
1.4.2. Objetivos específicos.....	21
1.5. Hipótesis de investigación.....	22
1.5.1. Hipótesis general.	22
1.5.2. Hipótesis específica	23
1.6. Operacionalización de variables.....	23

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2. Fundamentos teóricos de la investigación.....	26
2.1. Antecedentes teóricos.....	26
2.1.1. A nivel internacional.	26
2.1.2. A nivel nacional.	32
2.1.3. A regional.....	36

2.2. Marco Teórico.....	37
2.2.1. Estilos de vida.....	37
2.2.2. Estilos de vida en el adulto mayor.....	40
2.2.3. Depresión.....	42
2.2.4. Clasificación de la depresión.....	43
2.2.5. Adulto mayor.....	47
2.2.6. Clasificación de la población adulta mayor.....	47
2.2.7. Cambios durante la etapa del envejecimiento.....	48
2.3. Marco Conceptual.....	53
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación.....	56
3.2. Diseño de investigación.	56
3.3. Unidad de análisis.....	57
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	58
3.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos	60
3.6. Interpretación de datos	61
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	63
4.2. Discusión.....	69
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones.....	75
5.2. Recomendaciones.....	76
REFERENCIAS.....	77
Apéndice: Instrumentos, Validación de instrumentos	82, 83, 84, 85, 86, 87

LISTA DE TABLAS

Tabla 01: Relación entre Estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015.....	63
Tabla 02: Relación entre las dimensiones de los estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015.....	64
Tabla 03: Estilos de vida predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.....	65
Tabla 04: Dimensiones de los estilos de vida más predominantes en los adultos mayores que acuden al CAM.....	66
Tabla 05: Niveles de depresión predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.....	67
Tabla 06: Relación entre los estilos de vida y depresión establecida, probable depresión y no depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana...	68

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la realidad problemática

Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, dijo Erickson (citado por Papalia, 1997), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia, necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que lo hicieron lo mejor posible. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego, la misma que puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. El adulto sabio e inteligente emocionalmente sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y disfrutar de los momentos felices y gratificantes que le ha tocado vivir.

En cuanto a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de varias publicaciones, revela que el proceso de envejecimiento de la población, ocurre de forma más acelerada también en los países en desarrollo. El fenómeno de envejecimiento de la población es asociado a las alteraciones demográficas, debido a la reducción de las tasas de natalidad y mortalidad, así como el aumento de la expectativa de vida.

En la actualidad podemos notar que el tiempo de vida del ser humano post moderno ha presentado un crecimiento bastante significativo en estas últimas décadas. La población peruana, al igual que la de muchos países en Latino América, se caracteriza por ser joven, los menores de 15 años constituyen aproximadamente el 38% de la población. Si bien en el Perú, los adultos mayores, siguen siendo un grupo minoritario de la sociedad, la estructura demográfica está cambiando. Según el censo elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INEI) estimaciones de 1970, la población adulta mayor del Perú constituía el 5.54% del total nacional; en el censo de 1993, alcanzó el 6.34%; por tanto, en 23

años la población de adultos mayores creció en menos de 1%, el ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, ya en el último censo INEI 2007 esta población representa el 9.1%, esto significa que 9 de cada 100 peruanos tienen 60 o más años de edad, en cuanto al género, al año 2012, la población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. Así mismo el INEI refiere que uno de los cambios relevantes que ha experimentado la población es el incremento de los años que en promedio vive la gente. Por ejemplo, entre 1950 y 1955, la esperanza de vida de la mujer era de 74 años y del hombre de 73 años. Pero en el quinquenio hasta el 2015, se estima que la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años y la del hombre a 80 años.

Considerando estos datos obtenidos que proporciona el INEI en cuanto a la población del adulto mayor que cada vez va en aumento y cuya meta primordial es que la esperanza de vida ascienda a más años, surge la pregunta: ¿Conocemos la problemática que a diario afrontan estas personas?, algunas de ellas sin apoyo psicológico, social y familiar, quizá ¿Vivimos en una sociedad que no está preparada para aceptar la vejez como consecuencia natural de la vida misma?

Según los autores Stassen (2001) y Florenzano (1993) “El proceso de envejecimiento forma parte del desarrollo normal y natural de cada especie, siendo parte del plan genético. A medida que una persona envejece, experimenta muchos cambios que van desde los más superficiales, como la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal, hasta los más complejos, como la

disminución en el contacto y desarrollo social, así como la pérdida de destrezas y capacidades que hasta cierto momento se sentían como propias”.

Nuestra realidad local no es ajena a este proceso de envejecimiento, podemos encontrar que nuestros adultos mayores van en aumento y que como parte de sus características encontramos: problemas económicos, de salud y de salud mental, muchas veces se muestran taciturnos, poco comunicativos con manifestaciones de desesperanza respecto a su futuro ante la posibilidad de no contar con apoyo familiar, las situaciones ligadas a la pérdida de familiares, amigos, cónyuge, fin de la edad reproductiva, falta de motivación para el futuro y la soledad, pueden causar que se modifiquen sus estilos de vida que tiempo atrás tenían y esto puede acelerar el desarrollo de enfermedades y alterar el estado de ánimo llegando a la depresión.

Teniendo en cuenta esta información, vale la pena entonces preguntarnos ¿Cómo son los estilos de vida de los adultos mayores?, Muchas veces se tiene la creencia que el adulto mayor ya no tiene nada que hacer y solo debe descansar, entonces ¿Cómo cambian sus estilos de vida? Primero se debe conocer que por estilos de vida o modos de vida se entiende, a la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Por otro lado, algunas personas consideran, que la depresión es parte del proceso de envejecimiento, resultando altamente polémico, el asunto de que si la vejez

condiciona la depresión que muchos ancianos padecen o si es un fenómeno social que subyace detrás de esta enfermedad. Los trastornos depresivos se han caracterizado por su alta frecuencia de aparición, pero también en razón de los problemas que plantea su diagnóstico y la identificación de sus causalidades. Como muchas otras dolencias, la depresión en el anciano tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. Tampoco es raro que junto a la tristeza la persona anciana deprimida note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores. Puede ocurrir también que sean los propios familiares o incluso el médico los que achaquen los síntomas de la depresión al propio envejecimiento, lo cual también impide hacer el diagnóstico y por tanto tratarle tratamiento.

Sin embargo, en la ciudad de Sullana existe el Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud, encargado de promover estilos de vida saludables en el adulto mayor, brindándoles espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, inter generacional, socioculturales, recreativos, productivos para un envejecimiento activo y de esta manera ayudar a mantener su estado de ánimo estable.

El cual motiva a iniciar la presente investigación, siendo interesante realizar un estudio descriptivo correlacional, que evidenciará, si los estilos de vida de los adultos mayores que acuden a estas actividades realizadas por el CAM, influyen en su estado de ánimo. Del mismo modo, este trabajo pretende contribuir a sentar

las bases para desarrollar posteriores estudios hacia otras direcciones ya que no se han encontrado datos en nuestra ciudad que hayan tomado en cuenta estas variables y población.

1.2. Formulación del problema

¿Existe relación entre estilos de vida y depresión de los adultos mayores, del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015?

1.3. Justificación e importancia

La presente investigación, es importante debido a que los resultados nos brindarán un marco de referencia para saber cómo actuar con los adultos mayores que presenten niveles de depresión altos y derivarlos a asesoría psicológica.

Permitirá que a partir de los hallazgos se pueda implementar programas preventivos que mejoren y estimulen la práctica de estilos de vida saludables.

Así mismo, este conocimiento brindará a los directivos y administradores del CAM, un sustento concreto para el desarrollo de su plan de trabajo, promoviendo actividades que fomenten y fortalezcan la estilos de vida que ayuden a las personas de la tercera edad. También, para ofrecer información a los profesionales de la Salud como: Psicólogos, Médicos, e interesados en el tema etc. Permitiendo conocer la manera, en que estas personas, enfrentan diversas situaciones a las cuales se encuentran expuestos en su vida cotidiana, fomentando la elaboración de estrategias e intervenciones, a través de asesoría personal, programas, orientación

grupales, talleres entre otras actividades, para generar un cambio en la familia y sociedad.

De una manera teórica nos permitirá conocer los estilos de vida de los adultos mayores del CAM de EsSalud, de Sullana, así como, los niveles de depresión de los mismos, lo cual nos permitirá conocer y poder determinar si existe relación entre ambas variables y se ampliará la información del marco teórico porque en la actualidad existe escasa información de investigaciones realizadas en la ciudad de Sullana con la población madura, de esta forma tendremos una visión clara y precisa del problema desde una perspectiva psicológica.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General:

- ✓ Determinar la relación existente entre Estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015"

1.4.2. Objetivos específicos:

- ✓ Establecer la relación entre las dimensiones de los estilos de vida y depresión en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.
- ✓ Identificar los estilos de vida predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.
- ✓ Identificar los niveles de depresión predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

- ✓ Determinar la relación existente entre los estilos de vida y depresión establecida, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.
- ✓ Determinar la relación existente entre los estilos de vida y probable depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.
- ✓ Determinar la relación existente entre los estilos de vida y no depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre Estilos de Vida y Depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre Estilos de Vida y Depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015

1.5.2. Hipótesis específicas:

H2: Existe relación significativa entre las dimensiones de los estilos de vida y depresión en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

H3: Los estilos de vida saludables predominan en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

H4: La no depresión predomina en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

H5: Existe relación significativa entre los estilos de vida y depresión establecida, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

H6: Existe relación significativa entre los estilos de vida y probable depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

H7: Existe relación significativa entre los estilos de vida y no depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

1.6. Operacionalización de las variables

VARIABLES	Definición	DIMENSIONES	Instrumento (s)
<u>ESTILO DE VIDA</u>	Se define como «un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales» (O.M.S., 1989)	<ul style="list-style-type: none"> - NUTRICION - EJERCICIO - RESPONSABILIDAD EN SALUD - MANEJO DEL ESTRÉS - SOPORTE INTERPERSONAL - AUTOACTUALIZACIÓN 	Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PESP-I)
<u>DEPRESION</u>	La depresión es un desorden emocional que se caracteriza por respuestas débiles a una variedad de estímulos, poca iniciativa y actitudes de mal humor y de abatimiento (Papalia, 1996).	<ul style="list-style-type: none"> - DEPRESION ESTABLECIDA - PROBABLE DEPRESION - NO DEPRESION 	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

CAPITULO II:
MARCO TEÓRICO

2. Fundamentos teóricos de la investigación

2.1. Antecedentes teóricos

2.1.1. A nivel internacional:

Laguado y Gómez, (2014) realizaron un estudio titulado estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia, el objetivo fue, determinar los estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería de la Universidad Cooperativa de Colombia - Sede Bucaramanga, mediante el instrumento HLPII de Nola Pender que cuenta con seis dimensiones: responsabilidad en salud, nutrición, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales y espiritual en estudiantes de Enfermería. Fue un Estudio descriptivo transversal aplicando el cuestionario II (HPLP II) de Nola Pender a 154 estudiantes, con 52 ítems distribuidos en las seis dimensiones para valorar la frecuencia de realización del comportamiento. Previamente, se aplica un consentimiento informado. Resultados: El género predominante fue el femenino con un 85,7% (132), la edad promedio de 21+/-7 años, edad mínima de 16 y máxima de 38 años. Los comportamientos que alcanzan a la frecuencia rutinariamente considerada como saludable, se dan en la dimensión espiritual y en la dimensión de relaciones. Conclusiones: En la etapa universitaria diferentes factores interfieren para mantener una vida saludable. En los estudiantes de Enfermería del estudio, los hábitos saludables no son realizados de forma rutinaria, considerándose estos como no saludable según lo propuesto por Nola Pender. Los datos encontrados potencian las conductas de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, que pueden interferir para la

disminución de discapacidad y mortalidad como consecuencia de estas patologías.

Maldonado, (2013) realizo en México, una tesis titulada Dimensiones del estilo de vida relacionadas con el bienestar en ancianos que viven en pobreza extrema, Este estudio tuvo como objetivo conocer los estilos de vida y su bienestar, en un grupo de nueve ancianos de entre 62 y 83 años de edad, que viven en condiciones de pobreza extrema. Para lograr el objetivo se consideró como abordaje metodológico el paradigma cualitativo y se optó en el uso de la entrevista semi-estructurada como fuente de evidencia. Los resultados nos muestran doce dimensiones, que se pueden clasificar en tres factores: 1) Las que son parte de su realidad concreta, poco viables de ser modificadas, pero que facilitan la comprensión del contexto sociocultural (vivienda, recursos económicos, problemática social del entorno y redes sociales). 2) Las que son parte de su estructura cognitiva y que les han ayudado a enfrentar dificultades (roles culturales determinados por su familia, la religión, su concepto de vejez y sus expectativas de vida). 3) Las que son factibles de modificar (salud, estilos de afrontamiento, diversión y afectividad). En conclusión se observó que su bienestar con la vida está relacionada principalmente con sus recursos personales y sociales, el cumplimiento de sus roles culturales y el tener metas en esta etapa de la vida, las cuales están principalmente relacionadas con la salud y el sentido de pertenencia a una familia o a un grupo social.

Balcázar, et al. (2008), realizaron un estudio titulado: Estilos de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2, en México – 2008, cuyo objetivo fue describir el estilo de vida de una muestra de personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2 y discutir sus implicancias en su comportamiento relacionado con la enfermedad. Concluyendo que la mayoría de quienes padece diabetes observan patrones conductuales desordenados en su estilo de alimentación, no realización de actividad física, falta de sistematización en la toma de medicamentos y en el control de los niveles de glucosa así como malas condiciones en el estado emocional, situaciones que empeoraron el estado del enfermo.

Merino, et al. (2006), realizaron un estudio titulado: Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud en Chile-2006, con el objetivo de analizar el estilo de vida promotor de la salud de las personas que residen en el sector Barrio Norte Concepción e identificar algunas orientaciones culturales que resultan predicores de este estilo de vida. La muestra estuvo conformada por 360 sujetos de diferentes sexos de 15 a 64 años, obteniendo como resultados que el 52,2% de la muestra tenía un estilo de vida saludable. Las variables sexo, edad, ocupación, acceso a la atención de la salud, la autoestima, la percepción del estado de salud y la percepción de autoeficacia tuvo un efecto significativo sobre los estilos de vida promotor, Concluyendo que sólo la mitad de la muestra estudiada tenía un estilo de vida saludable.

Maya, (2001) investigó los estilos de vida saludable en adultos: definido como los procesos sociales, tradicionales, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Así mismo concluyó que los estilos de vida son determinadas de la presencia de factores de riesgo y / o de factores protectores para el bienestar, por lo cual debe ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Crespo, (2011) realiza la tesis titulada Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo y déleg de la provincia del cañar, Ecuador. El Objetivo: Determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé, Metodología: Estudio Descriptivo en 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. Se usó el Test de Yesavage, el análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 and Excel. Conclusiones: El cuestionario de Yesavage, fue aplicado a 84 adultos mayores residentes en los Asilos, el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El Asilo, que más casos

de depresión presenta, es el Asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Almeida, (2011) realizó un estudio comparativo, en Cuba, titulado Incidencia de la depresión del adulto mayor en salas de medicina interna, Los objetivos fueron: 1. Caracterizar según variables socio demográficas y clínicas la depresión en el adulto mayor en pacientes hospitalizados en salas de medicina interna del Hospital "Alberto Fernández Montes de Oca" del municipio San Luis – Cuba. 2. Identificar las enfermedades que con mayor frecuencia se asocian con depresión en pacientes hospitalizados. El universo estuvo conformado por todos los pacientes de 65 años con diagnóstico diferentes a la depresión ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital Alberto Fernández Montes de Oca que tuvieron asociado algún tipo de depresión según la evaluación hecha utilizando la escala de Yessavaye, que es la más empleada para clasificar al paciente deprimido en los servicios de geriatría y en los hospitales que atienden la esfera psíquica del paciente adulto mayor. Conclusiones: Los adultos mayores son los que más ingresan en centros hospitalarios y son las féminas el sexo que predomina. La Hipertensión Arterial es la enfermedad que con mayor frecuencia se asocia con depresión en este estudio. Las mujeres se deprimen más que los hombres en los centros hospitalarios y la forma que predomina

es la depresión ligera. Los hábitos tóxicos están relacionados con la aparición de depresión.

Quinto y Sánchez, (2012) desarrollaron una investigación en la ciudad de Veracruz – México, denominada: Depresión en el adulto mayor que asiste a un club de la tercera edad, El objetivo fue determinar la presencia de depresión en adultos mayores de la Zona Sur de Veracruz. Tipo de estudio: Descriptivo y Transversal. Población: Adultos mayores que acuden a un Club de la tercera edad de Minatitlán, Veracruz. Muestreo: No probabilístico por conveniencia. Muestra total: 40 adultos mayores. Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Resultados: La media de edad fue de 76.1 años. El 72.5% no reportó depresión, el 27.5% si presentó algún nivel de depresión, de los cuáles el 17.5% reportó depresión moderada y el 10% depresión severa. Respecto al género el 12.5% de las mujeres tienen nivel de depresión moderada, el 10% depresión severa, el sexo masculino sólo presentó depresión moderada (5%). Por grupo de edades, la depresión moderada se encontró entre las edades de 71-75 años (7.5%). Se recomienda involucrar al profesional de enfermería en actividades de promoción a la Salud dirigido a los adultos mayores.

Castro y Canto (2004) elaboraron un estudio comparativo, denominado Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo, México. El presente estudio se enfocó en los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en los ancianos, especialmente en quienes

viven en asilos o que acuden a estancias con frecuencia. De los resultados obtenidos, se observó de manera general que hay probabilidades de que a mayor nivel de autoestima, menor depresión; a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de depresión, y a menor autoestima, mayor el nivel de ansiedad. Al comparar las estancias con los asilos en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad y autoestima, sólo se halló una diferencia significativa de mayores niveles de ansiedad en los asilos. Los niveles de depresión y de autoestima no resultaron significativos en ninguno de tales lugares, aunque es común suponer que en ellos predominan la depresión y la baja autoestima.

2.1.2. A nivel nacional:

Orbegoso (2012) desarrollo una investigación, titulada: Estilo de vida y Prácticas de autocuidado para la prevención de la enfermedad renal en el padre y/o tutor adulto joven del Centro Educativo Privado Ciencia y Arte de la Ciudad de Trujillo-2012. Estudio de investigación de tipo descriptivo-correlacional, de corte transversal, que se realizó con el objetivo de conocer la relación que existe entre las variables antes mencionadas, La población estuvo constituida por 90 padres y/o tutores adultos jóvenes de los cuales se seleccionó a 39 de ellos para constituir la muestra del estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron: El Cuestionario para la valoración de los Estilos de Vida y El Cuestionario para la valoración de las Prácticas de Autocuidado, ambos instrumentos elaborados por la autora y

validados para ser confiables. Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó la prueba estadística chi cuadrado de independencia de criterios (X²) en el programa SPSS versión 18; los resultados evidenciaron que el 69% de los padres y/o tutor adulto joven presentan estilo de vida no saludable, sin embargo el 31% tiene estilo de vida saludable, el 49% tienen buenas prácticas de autocuidado y el 51% tiene malas prácticas de autocuidado. Al relacionar ambas variables se concluye que los Estilos de vida y las Prácticas de autocuidado tienen relación significativa (valor-p < 0.01).

García, (2014) desarrollo una investigación denominada, Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en el distrito de ahuaac – Chimbote, El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de corte transversal con diseño descriptivo - correlacional. Se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre las variables; factores biosocioculturales y el estilo de vida del adulto mayor en el Distrito de Ahuaac. La muestra estuvo conformada por 221 adultos mayores, a quienes se aplicaron dos instrumentos: Escala del Estilo de Vida y Cuestionario sobre Factores Biosocioculturales. Los datos fueron procesados con el software SPSS versión 18.0. Para establecer la relación entre las variables de estudios se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado (X²), con el 95% de confiabilidad y significancia p<0.05. Concluyendo que: La mayoría de los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo presenta un estilo de vida saludable. Respecto a los factores biosocioculturales, tenemos que más de la mitad son de sexo femenino,

menos de la mitad tienen superior completa e incompleta, católicos, la mayoría son casados y de unión libre, empleados y jubilados con ingresos económicos de 100 a 1000 nuevos soles. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo y los factores biosocioculturales: grado de instrucción, estado civil, ocupación e ingreso económico del adulto mayor. Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: sexo y religión del adulto mayor.

Gamarra et al. (2010) publicaron una investigación en la cual uno de los objetivos fue establecer la relación entre el estilo de vida y el nivel de autoestima de los estudiantes de Enfermería de la UCV de Trujillo de I y II año. Este estudio realizado fue cuantitativo, descriptivo y correlacional de corte transversal, la población fueron 136 estudiantes. Los instrumentos que se usaron para medir las variables, que responden a este objetivo, fueron: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de Nola Pender (1996), que mide cuantitativamente el estilo de vida saludable del individuo y para el autoestima utilizaron la escala de Rosenberg, la cual se trata de una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima. Esta investigación encontró a un nivel de significancia de $P < 0.05$ que existe relación entre el estilo de vida y el nivel de autoestima.

Licas, (2014) elabora un a investigación titulada: Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T. El cual tiene como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que

acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención "TaytaWasi" presentan un nivel de depresión leve.

Alvarado y Montenegro (2013) desarrollaron la investigación Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales del Distrito de Chiclayo, Objetivo: determinar la asociación entre Depresión y Ansiedad con el Síndrome de Fibromialgia en los pacientes atendidos por consulta externa de tres centros asistenciales del distrito de Chiclayo. Fue un estudio analítico de tipo casos y controles prospectivos en el que los pacientes provenientes de los consultorios de medicina interna y reumatología de 3 centros asistenciales, fueron evaluados mediante entrevista estructurada para datos clínicos y epidemiológicos y mediante los test de Zung para Depresión y Ansiedad. Resultados: de 208 pacientes en total, 52 (25%) fueron casos y 156 (75%) controles. Hubo mayor frecuencia de Síndrome de Fibromialgia en las mujeres 48(92%); la mayoría de pacientes con Fibromialgia tuvieron algún grado de Depresión y Ansiedad: 50(96,2) y 48(92,3%) respectivamente, la depresión fue en mayor medida de tipo severa 20(38,4%) y el nivel de ansiedad más frecuente fue el

tipo mínimo-moderada 26(50%). Se halló asociación entre Síndrome de Fibromialgia y ansiedad (Odds ratio: 9,7 IC: 3,1-29,5p:<0,05); mas no con depresión (Odds ratio: 1,48 IC: 0,27-8 p: >0,05). Conclusión: la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de fibromialgia fue elevada. Sólo se halló asociación entre esta y la Ansiedad.

Capuñay, et al. (2008) realizan investigación sobre la Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de la depresión mayor en el adulto mayor. Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo y transversal tipo entrevista de carácter descriptivo en pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta ambulatoria de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre abril y mayo de 1995. Resultados: Se encontró que 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 8.3% de pacientes tenían depresión mayor según DSMIV. Los principales síntomas depresivos fueron estar de ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía. Además se realizó revisión de la literatura sobre el tema de depresión en adultos mayores.

2.1.3. A nivel regional:

Tineo, (2006), estudió estilos de vida de los pacientes del programa de hipertensión arterial del hospital II Jorge Reátegui Delgado Es salud, en Piura – 2006, con el Objetivo de determinar los estilos de vida del usuario

del programa de hipertensión arterial del Hospital II Jorge Reátegui Delgado, los resultados fueron que el 58.05% tienen de 35 a 65 años, el 65.52% es de sexo femenino y el 34.48% de sexo masculino, el 40.23% es de instrucción primaria, el 33.91% secundaria y el 21.26% superior, el 41.38% tiene una dieta equilibrada y el 58.62% no equilibrada, práctica ejercicios el 24.14% y no práctica ejercicios el 75.86%, concluyendo que la población en estudio es el adulto medio, predomina el sexo femenino, el nivel de instrucción es primario y la dieta es no equilibrada.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Estilo de vida

Estilo de vida, definido por la Organización Mundial de la Salud, como «un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales» (O.M.S., 1989). Se entiende por patrones conductuales, según Mendoza, Sagrera y Batista (1994), formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábitos cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones.

Del mismo modo, según el diccionario filosófico de Rosental e Iudin, (1981) refiriéndose al estilo de vida, dice que, es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. De una

manera genérica, son patrones cognitivos, afectivos emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza.

Pender (2002), refiere que el estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud. Para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

El estilo de vida es el mayor determinante de salud y bienestar de las personas insertas en la sociedad moderna y parece ser el mejor seguro contra enfermedades, principalmente las crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, enfermedades del corazón y de circulación, depresión, ansiedad mayor, etc.). Los estilos de vida saludables y seguros dependen de la capacidad del ser humano para interactuar con los elementos y situaciones cotidianas y responder asertivamente a ellos, entendiendo por estilo de vida el modo de vida de las personas, grupos y poblaciones. Es un conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos que caracterizan la forma de vida de las personas.

Así mismo la definición de estilo de vida de Gamarra et al (2010) definen el estilo de vida, como, una estructura multidimensional de rasgos individuales que las personas desarrollan en interacción con el ambiente, lo cual influye

favorablemente en su salud, se manifiesta a través de conductas promotoras de salud. Las dimensiones del estilo de vida incluyen:

Dimensión de Nutrición: Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida.

Dimensión de Ejercicio: Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio.

Dimensión Responsabilidad en Salud: Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional.

Dimensión Manejo del estrés: Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión.

Dimensión soporte interpersonal: implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.

Dimensión Autorrealización: implica sentir que ha logrado sus metas y se siente complacido con su actual situación.

2.2.2. Estilos de vida en el adulto mayor

Los estilos de vida son producto del aprendizaje y se modifican en correspondencia con la edad. El estilo de vida influye en que las personas actúen en forma diferente e individual para atender sus enfermedades. Algunos ancianos se auto limitan ante la menor dificultad o síntoma que puedan experimentar al aparecer una enfermedad. Numerosas investigaciones han mostrado que la tercera edad no tiene necesariamente que ser un período de la vida en el que predomine o se haga inevitable un deterioro fatal de las capacidades físicas e intelectuales, ya que si los sujetos muestran la necesaria motivación y la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, y se les propician las condiciones para desenvolverse en un entorno rico y estimulante, en el cual se favorezcan experiencias de aprendizajes y se reconozcan y estimulen los esfuerzos por alcanzar determinados logros, en cuanto a participación en actividades de diversa índole, la senectud puede evitarse o demorarse.

Un enfoque simplista de los estilos de vida en la tercera edad, nos llevaría a considerarlos como una mera opción individual del tiempo libre, y dejaríamos de apreciar su carácter desarrollador, por los niveles de participación y de actualización que pueden generar; sobre todo si se les considera como recurso potenciador, herramientas de acción social que permiten elevar el bienestar y la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Los sujetos que envejecen adecuadamente utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su

entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En la tercera edad, el estilo de vida de la actividad física intelectual y el interés por el entorno canalizada a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos. Los tipos de recreación artística, cultural, deportiva y pedagógica tienen por finalidad principal el mantenimiento, desarrollo y recuperación de habilidades diversas; servir de estímulo de la creatividad y posibilitar experiencias que contribuyan al bienestar y autoestima de los participantes. Por otra parte, estas actividades propician el establecimiento de relaciones interpersonales y la integración social de los sujetos, con independencia de sus favorables efectos sobre la salud y el bienestar psicológico. La recreación ambiental, además de propiciar el disfrute de las relaciones con el medio ambiente, propicia la identificación con este, y fomenta el desarrollo de una cultura sostenible y la motivación por su preservación. En el caso de la recreación comunitaria, esta se orienta a la creación o fortalecimiento de redes de apoyo social, especialmente para las personas que viven solas, o tienen escasos recursos.

En fin, se trata de emplear las actividades para el fomento de estilos de vida en el adulto mayor, que propicien su salud y bienestar y lo impliquen en acciones que le sirvan como instrumento para el crecimiento la autodeterminación personal y su adecuada inserción en la vida comunitaria y social.

2.2.3. 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.

La depresión afecta la totalidad del individuo, es decir, el pensamiento, el estado de ánimo, el cuerpo la mente, los sentimientos, el comportamiento, la forma en que comemos y dormimos, lo que pensamos de nosotros mismos y nuestra vida en general (Avalon y Huerta, 2000). Así mismo, la depresión es un estado de ánimo con sentimientos prolongados de tristeza o síntomas relacionados que dificultan la eficiencia (García, 1999).

Las manifestaciones depresivas pueden aparecer en cualquier periodo de la vida y hallarse asociadas a importantes acontecimientos del día a día como los conflictos familiares, el trabajo, el matrimonio etc., esta depresión no afecta a todos los individuos sino que varía según edad, sexo, apoyo social, entre otros (Brage y Meredith 1993).

La depresión es un desorden emocional que se caracteriza por respuestas débiles a una variedad de estímulos, poca iniciativa y actitudes de mal humor y de abatimiento (Papalia, 1996).

2.2.4. Clasificación de la depresión:

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

A continuación se describirán los criterios para depresión, según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR:

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo.

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes

(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.

(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.

(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro:

(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima

(2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.

(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación

(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)

(5) Cualquier alteración del sueño.

(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de F32.0

(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.

(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.

(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas:

(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima

(2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.

(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales Como indecisión o vacilación.

(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)

(5) Cualquier alteración del sueño.

(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

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”*

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.

En la vejez concurren una serie de factores de diversa índole que pueden favorecer la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran:

- ✓ Pérdida de salud que acontece con la edad. En muchas ocasiones ésta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- ✓ Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas.
- ✓ Merma de la capacidad económica.
- ✓ Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.

- ✓ Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.
- ✓ Factores biológicos presentes.

A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos. Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son "normales" para su edad.

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud.

La depresión y la ancianidad han sido asociadas de diversas maneras. Antiguamente se consideraba los síntomas depresivos clásicos como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Actualmente esto no se considera así, sino como resultado de diversos factores de riesgo biológicos y psicosociales, propios de esta etapa de la vida.

2.2.5. Adulto mayor

En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor”

para referirse a las personas de 60 a más años de edad, lo cual también se aplica en el Perú.

En el marco normativo que contextualiza al adulto mayor en el Perú, confluyen tanto leyes como planes, lineamientos y otras regulaciones que norman a favor de los mismos. El objetivo principal de este marco normativo es generar condiciones óptimas para el desarrollo de la población adulta mayor, es así que surge la “*Ley de las Personas Adultas Mayores*”, N0 28803, aprobada en el Congreso de la República del Perú, el 19 de julio 2006.

2.2.6. Clasificación de la población adulta mayor

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores.

Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

Persona adulta mayor autovalente: Es la persona de 60 a más años capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las 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.

Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y

mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, 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 entre el 3% a un 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

2.2.7. Cambios durante la etapa del envejecimiento

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios tanto en la esfera orgánica como en la mental, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no sólo en este período, sino a lo largo de toda su vida.

Cambios físicos y psicológicos: El estado de salud, es primordial en la forma en la que se desenvuelven los adultos mayores en la sociedad, ya que influye en todos los ámbitos de su vida, y puede permitirle relacionarse de determinada manera con las personas que se encuentran a su alrededor. Si su salud se ve afectada de alguna manera, va a tener limitaciones en cuanto a las actividades que pueda realizar. Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades. Algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del

rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas.

Aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones; los cambios significativos en la vista, aún en ausencia de una enfermedad en particular; la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor.

Cambios sociales del envejecimiento: El envejecimiento es concebido como un proceso que experimentan los individuos el cual se puede examinar en su aspecto biológico o desde el punto de vista psicosocial, bajo este enfoque es que se analiza la manera en que el adulto mayor se enfrenta o se adapta a las condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos.

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios.

Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un grado de adaptación adecuado, de aceptación y satisfacción personal.

En el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos.

Los individuos interpretan situaciones cotidianas de distinta forma según el papel que interpretan dentro de la sociedad, estas situaciones o influencias ambientales abarcan los campos de empleo, hogar, relaciones y, si alguna de éstas no es satisfactoria, hará que la persona se frustre y llegue a caer en depresión”; si estas esperanzas, aspiraciones y expectativas se ven defraudadas constantemente el sujeto corre gran peligro” (Bretón, 1996).

Existe una teoría que nos habla de que es el mismo anciano quien busca este distanciamiento al ver su propio declive funcional y que es un proceso normal en todos los individuos. Esta teoría llamada *Teoría del Desapego* (Cummings y Henry) sugiere que el sujeto que envejece va perdiendo interés vital por los objetos y actividades que le posibilitan una interacción social y se produce una apatía emocional sobre los otros y, al mismo tiempo, el sujeto se encierra en sus propios problemas. Todos estos factores pueden verse afectados también en gran medida mediante la percepción del individuo sobre su propia existencia, y hablar de la percepción involucra un mundo derivado de los sentidos en los que el proceso en cada uno de los individuos será diferente. El proceso de la percepción, tal como propuso Hermann von Helmholtz, es de carácter inferencial y constructivo, generando una representación interna de lo que sucede en el exterior a modo de hipótesis. Para ello se usa la información que llega a los receptores y se va analizando, paulatinamente, la información que viene de la memoria, tanto

empírica como genética, y que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación.

Mediante la percepción, la información recopilada por todos los sentidos se procesa y se forma la idea de un solo objeto. Es posible sentir distintas cualidades de un mismo objeto y, mediante la percepción, unir las, determinar de qué objeto provienen y determinar, a su vez, que es un único objeto. Así entonces puede ser que una persona viviendo experiencias similares a otra, tenga una visión totalmente distinta sobre la misma porque su proceso de percepción es producto de su interpretación personal. La percepción será, entonces, un factor intrínseco o interno que afecte directamente la vivencia de la vejez de los sujetos.

También hay algunas teorías que nos hablan sobre los *factores psicosociales del envejecimiento*, como las siguientes:

Teoría de la Separación. Afirma que a medida que la gente va envejeciendo, aparece una tendencia natural a alejarse social y psicológicamente del ambiente, de las actividades sociales y de otras personas.

Teoría de la Actividad. Sugiere que la continuación de un estilo de vida activo tiene un efecto positivo sobre la sensación de bienestar y satisfacción de los viejos.

Teoría de la Personalidad y el estilo de vida. Demuestra que existe una relación entre el tipo de personalidad y los patrones de envejecimiento.

Teoría de Intercambio. Sostiene que las personas con las mayores necesidades son las que pierden más poder y que quienes satisfacen sus necesidades son las que obtienen el poder.

Teoría de la Reconstrucción Social. Describe la manera en que la sociedad reduce el auto concepto de los ancianos y propone formas de revertir este ciclo negativo.

Toda la información que recibimos culturalmente sobre cómo es la vejez, sus procesos fisiológicos, mentales, sociales etc., en sí, el fenómeno vejez en gran parte objetivo se ve truncado cuando descubrimos que este fenómeno tiende a ser más subjetivo y que cada individuo, pese a la carga social, emocional y psicológica, tendrá una percepción distinta de su propio proceso, independiente de las interpretaciones generales.

En nuestro país la organización de las personas mayores estuvo casi siempre limitada a los aspectos laborales de las pensiones y jubilación de los trabajadores. No fue sino hasta la década de los noventa que los adultos mayores se organizaron ya no sólo por motivos de reivindicación laboral, sino por otro tipo de necesidades como el acceso a una seguridad de ingresos, salud, reuniones de camaradería e interacción social.

Actualmente en nuestra región los programas públicos dirigidos a la recreación son insuficientes, inconstantes y no cubren a todos los segmentos poblacionales. En el caso de la población adulta mayor se cuenta con programas públicos de recreación que dan beneficios marginales.

Los Centros del Adulto Mayor (CAM) son concebidos por EsSalud (seguridad social) como espacios de encuentro generacional, orientados a promover una auténtica relación interpersonal, mediante el desarrollo de actividades

socioculturales recreativas, productivas y de atención de la salud dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. En diciembre del 2002 EsSalud contaba con 107 centros a nivel nacional, 31 en la ciudad de Lima y 76 en provincias, con un total de 132,895 afiliados, el 57% de mujeres y el 43% de varones.

2.3. Marco Conceptual

- a) ***Estilos de vida:*** definido por la Organización Mundial de la Salud, como «un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales» (O.M.S., 1989).
- b) ***Dimensión de Nutrición:*** Es el mecanismo mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, que permita el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento en general de la vida.
- c) ***Dimensión de Ejercicio:*** Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio.
- d) ***Dimensión Responsabilidad en Salud:*** Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su

propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional.

- e) ***Dimensión Manejo del estrés:*** Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión.
- f) ***Dimensión soporte interpersonal:*** implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.
- g) ***Dimensión Autorrealización:*** implica sentir que ha logrado sus metas y se siente complacido con su actual situación.
- h) ***Depresión:*** La depresión es un desorden emocional que se caracteriza por respuestas débiles a una variedad de estímulos, poca iniciativa y actitudes de mal humor y de abatimiento (Papalia, 1996).
- i) ***Envejecimiento:*** según la Organización Mundial de la Salud es un proceso fisiológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros, característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida.

La vejez no es sinónimo de enfermedad, ni de discapacidad, ni dependencia. Es un proceso normal y ocurre en todos los seres vivos.
- j) ***Adulto Mayor:*** En el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, lo cual también se aplica en el Perú.

CAPITULO III:
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

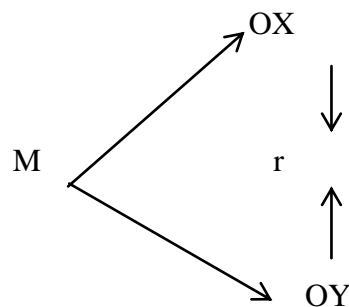
3.1. Tipo de investigación

El tipo de estudio es descriptivo correlacional, ya que busca establecer la asociación entre dos o más variables de estudio (Estilos de vida y depresión) en un contexto en particular o en un mismo grupo de sujetos (adultos mayores del CAM EsSalud Sullana), tal como la afirma Hernández, Fernández y Baptista (2010).

3.2. Diseño de investigación

El diseño utilizado es No experimental, de tipo Transversal, descriptivo correlacional, ya que se recolectará los datos en un solo momento y en un tiempo único, sin manipular las variables. Teniendo como propósito describir las variables (Estilos de vida y depresión) y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, Hernández, et al (2010)

El esquema del diseño es el siguiente:



Dónde:

M= Constituye la m de adultos mayores del CAM EsSalud Sullana

OX= Estilos de vida

OY= Depresión.

r= Relación entre variables.

3.3. Unidad de análisis, grupo de estudio

La presente investigación se realizó con toda la población del Centro del Adulto Mayor de EsSalud – Sullana, siendo un total de 120 adultos mayores, de ambos sexos y edades que fluctúan entre los 63 y 96 años. Así mismo, acuden de manera activa a los diferentes talleres y actividades programadas en el centro y cuentan con una permanencia mayor a 6 meses en el CAM. Cabe mencionar que no se excluyó a nadie del estudio, siendo $N^{\circ} = 120$

3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la presente investigación, se utilizó como método y técnica de recolección de datos, la evaluación psicométrica, con la aplicación de dos instrumentos:

Instrumento n° 1: Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PESP-I)

FICHA TÉCNICA

- Autor: Nola Pender
- Aplicación: Adultos de 18 años a más.
- Año de publicación: 1996.
- Administración: Individual y colectiva.
- Tiempo de duración: Tiempo ilimitado.
- Áreas que evalúa: Nutrición, Ejercicio, Responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal, autoactualización.

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

El cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I). Mide de forma cuantitativa el nivel del estilo de vida del individuo y está integrado por 48 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta con cuatro criterios (nunca=1; a veces =2; frecuentemente = 3; rutinariamente = 4); el valor mínimo es de 48 y el máximo es

de 192 puntos, la mayor puntuación refiere mejor estilo de vida. Los 48 reactivos se subdividen en seis escalas: nutrición con las preguntas: 1,5,14,19,26 y 35; ejercicio: el 4,13,22,30 y 38; responsabilidad en salud: el 2,7,15,20,28,32,33,41,43 y 46; manejo del estrés: con el 6, 11,27,36,40 y 45; soporte interpersonal: con el 10,24,25,31,39,42 y 47; autoactualización: con el 3,8,9,12, 16,17,18,21,23,29,34, 37,44 y 48.

CONFIABILIDAD

En el presente trabajo se llevó a cabo un proceso de confiabilidad, utilizando el método de alfa de cronbach, lo cual permitió obtener en el resultado de la prueba alta confiabilidad (0.79). Así mismo, para cada una de sus dimensiones los resultados oscilan entre 0,623 hasta 0,860, los cuales podemos encontrarlos en los anexos de la investigación.

Instrumento n° 2: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS)

FICHA TÉCNICA

- Autor: Brink y Yesavage
- Aplicación: Adultos de 60 años a más.
- Año de publicación: 1982.
- Administración: Individual y colectiva.
- Tiempo de duración: Tiempo ilimitado.
- Objetivo: evaluar el estado afectivo de los ancianos
- Niveles que Evalúa: Depresión severa, probable depresión y no depresión.

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

INTERPRETACION

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15, según la versión abreviada. Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte²²:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios para adaptar la escala y sus puntos de corte a nuestro medio, con especial referencia a las versiones reducidas.

CONFIABILIDAD

La versión de 15 items tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 items y similar validez predictiva¹⁵⁻¹⁷, con una sensibilidad entre el 80 y el 90% y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80% (estudio de Emerson L.).

En el presente trabajo se llevó a cabo un proceso de confiabilidad, utilizando el método de alfa de cronbach, el resultado de la prueba indicó confiabilidad de 0.76 (en anexos se puede encontrar el baremo)

3.5. Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Como técnica para el procesamiento de los datos, se utilizó la estadística descriptiva tales como:

Media, Mediana y Desviación estándar, así como también la distribución porcentual, así mismo se utilizó la estadística Correlacional: producto momento de Pearson para los resultados generales y Chi cuadrado para los resultados específicos. Los resultados se presentan en tablas y gráficos, en los cuales se reflejan los resultados a través de frecuencias e indicadores porcentuales. Todo el análisis estadístico se realizó mediante el software SPSS versión 20 en español.

3.6. Interpretación de datos

Se realizó una interpretación analítica deductiva: En el cual se parte de una premisa general para sacar conclusiones de un caso particular. El método pone el énfasis en la teoría, en la explicación, en los modelos teóricos, en la abstracción; no en recoger datos empíricos, o en la observación y experimentación (Bayés 1974).

Como método específico se utilizó el método psicométrico el cual es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Al decir que es objetiva nos referimos a que la aplicación, calificación e interpretación serán independientes del juicio subjetivo del examinador. La evaluación objetiva de las pruebas psicológicas consiste principalmente en determinar su confiabilidad y validez en situaciones especificadas. La confiabilidad de una prueba es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica la misma prueba o una forma equivalente. La validez es el grado con el que verdaderamente mide lo que pretende medir, esta proporciona una comprobación directa de que tan bien cumple una prueba su función (Anastasi, 1998.)

CAPITULO IV:
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

Relación entre Estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015

Tabla 01

		TOTAL DEPRESION
TOTAL ESTILOS DE VIDA	Correlación de Pearson	-0.037
	Significancia	0.685

Fuente: análisis estadístico de correlación entre variables mediante SPSS 20

En la tabla 01 se observa una sig. de 0.685 siendo $P < 0.05$ por lo cual se acepta la hipótesis nula, en cuanto a la correlación, el resultado es negativo, indicándonos que las dos variables se correlacionan en sentido inverso, esto permite argumentar que mientras mejor es el estilo de vida, entendido como modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales (O.M.S.1989), menor será la depresión.

Relación entre las dimensiones de los estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015

Tabla 02

Dimensiones del estilo de vida		Nutrición	Ejercicio	Respons. en salud	Manejo del estrés	Soporte emocional	Auto - actualización
Depresión	Correlación de Pearson	0.116	0.011	-0.011	-0.112	0.052	-0.063
	Sig. (bilateral)	0.205	0.905	0.901	0.224	0.575	0.491

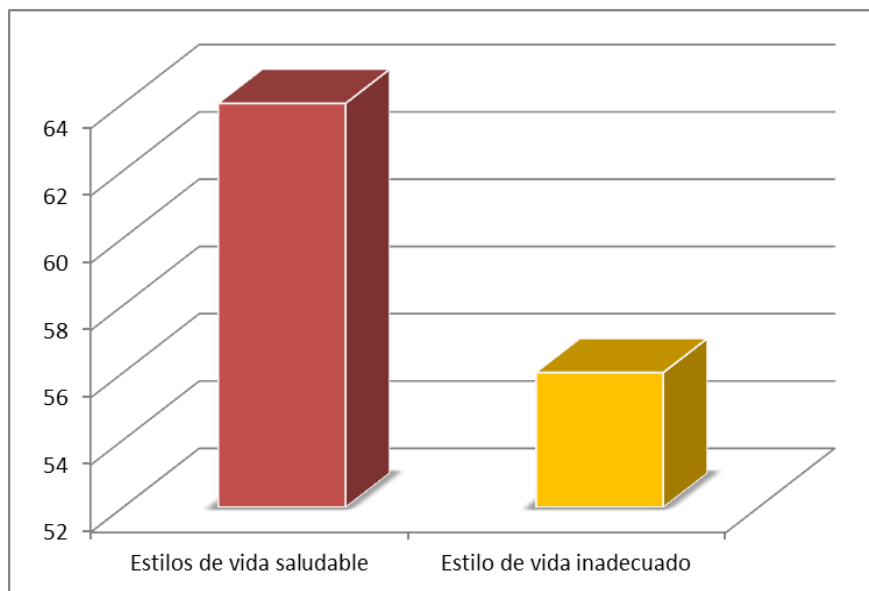
Fuente: análisis estadístico de correlación entre variables mediante SPSS 20

En la tabla 02 se observa que todas las significancias son mayores a 0.05 por lo cual se rechaza la hipótesis 2, del mismo modo se observa que en las correlaciones, los resultados no son significativos, sin embargo las dimensiones de responsabilidad en salud, manejo del estrés y autoactualización, tuvieron correlaciones negativas, indicándonos que, mientras mayor sea el grado de responsabilidad por el propio bienestar, se logre identificar y movilizar los recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir la tensión, sentir que ha logrado las metas y complacido con su actual situación, menor será el nivel de depresión.

Estilos de vida predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

Tabla 03

ESTILOS DE VIDA	N°	%
Estilo de vida saludable	64	53.3
Estilo de vida inadecuado	56	46.7
Total	120	100



Fuente: análisis descriptivo de frecuencias de variables mediante SPSS 20

En la tabla y/o gráfico 03 se observa que el estilo de vida predominante en los adultos mayores que acuden al CAM Sullana, es el estilo de vida saludable, están representado por un 53.3%, aceptando de esta manera la hipótesis 3, esto nos indica que los adultos mayores que asisten la CAM, practican actividades que fomentan bienestar personal y que ayudan al crecimiento personal y a su adecuada inserción en la vida comunitaria y social.

Estilos de vida (Dimensiones) predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

Tabla 04

Dimensiones del estilo de vida	Auto - actualización		Soporte emocional		Manejo del estrés		Respons. en salud		Ejercicio		Nutrición	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	50	41.7	38	31.7	36	30.0	31	25.8	39	32.5	41	34.2
Medio	42	35.0	55	45.8	63	52.5	66	55.0	57	47.5	57	47.5
Alto	28	23.3	27	22.5	21	17.5	23	19.2	24	20.0	22	18.3
Total	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100	120	100

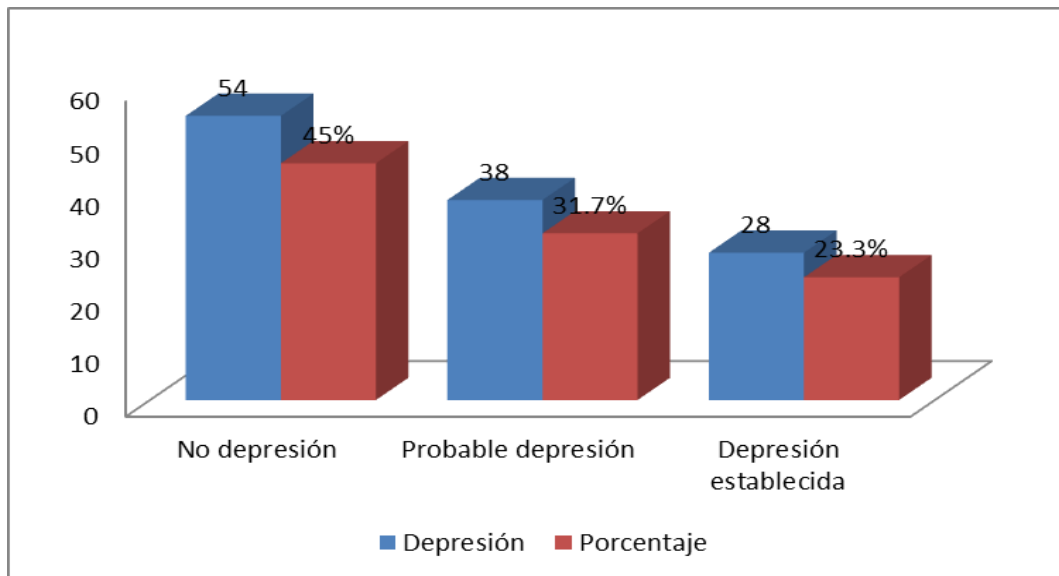
Fuente: análisis descriptivo de frecuencias de variables mediante SPSS 20

En la tabla 04 se observa que las dimensiones de los estilos de vida más predominantes en los adultos mayores que acuden al CAM, es la dimensión de autoactualización representado con un 23.3 %, dimensión en la cual implica sentir que ha logrado sus metas y se siente complacido con su actual situación, seguido de la dimensión de soporte emocional con un 22.5% y la dimensión de ejercicio con un 20%, finalmente tenemos las dimensiones de manejo del estrés, responsabilidad en salud y nutrición con 17.5%, 19.2% y 18.3% respectivamente.

Niveles de depresión predominantes en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

Tabla 05

Niveles de depresión	N°	%
No depresión	54	45
Probable depresión	38	31.7
Depresión establecida	28	23.3
Total	120	100



Fuente: análisis descriptivo de frecuencias de variables mediante SPSS 20

En la tabla y/o gráfico 05 se observa que el nivel de depresión predominante en los adultos mayores que acuden al CAM Sullana, es la no depresión, representado por un 45%, seguido de la probable depresión con un 31.7% y finalmente la depresión establecida con un 28%, de esta manera se acepta la hipótesis 4, esto nos indica que los adultos mayores que asisten la CAM, no presentan desorden emocional, ni características con respuestas débiles a una variedad de estímulos, ni tampoco, poca iniciativa y actitudes de mal humor y de abatimiento (Papalia, 1996).

Relación entre los estilos de vida y depresión establecida, probable depresión y no depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana.

Tabla 06

DEPRESIÓN	ESTILOS DE VIDA		Total
	Saludable	Inadecuado	
No depresión	30	24	54
Probable depresión	20	18	38
Depresión establecida	14	14	28
Total	64	56	120

*Fuente: Cuestionario PEPS- I y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
 $\chi^2 = 6.127$ gl = 4 $p < 0.05$ (sig. 0.190)*

En la tabla 06 se observa una sig. bilateral de 0.190 siendo $P < 0.05$, por lo cual se rechazan las hipótesis 5, 6 y 7, lo que nos indica que los estilos de vida no se relacionan con ningún nivel de depresión, sin embargo, se puede observar que de los 54 adultos mayores que no tienen depresión, 30 de ellos, tienen un estilo de vida saludable, esto permite argumentar que al igual que los resultados de la tabla 01, a mejor estilo de vida, menor prevalencia de depresión.

4.2. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, se procede a discutir los principales hallazgos a nivel descriptivo y correlacional.

A nivel descriptivo resultó posible identificar en los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, con respecto a la variable de estilos de vida, que la mayor parte de ellos representado por el 53.3% presentan un estilo de vida saludable, seguido del 46.7% que poseen estilo de vida inadecuado. Encontrados estos datos se puede argumentar, que se está cumpliendo con el objetivo de la institución, ya que estos centros de EsSalud son espacios de encuentro generacional, orientados a promover una auténtica relación interpersonal, mediante el desarrollo de actividades socioculturales recreativas, productivas y de atención de la salud dirigidas a mejorar la calidad de vida del adulto mayor. (EsSalud, 2014). Del mismo modo, esto se puede contrastar con lo que se propone en los *lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*, del ministerio de salud, en el año 2005, donde se manifiesta que el 65% de los adultos mayores tienen la condición de ser capaces de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las 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). Con lo mencionado anteriormente, se acepta la hipótesis que proponía que el estilo de vida saludable, era el predominante en la población investigada.

Los resultados descriptivos conseguidos de la variable depresión que se han podido obtener, ubican a los adultos mayores que acuden al CAM de EsSalud, en su mayor parte en un nivel bajo de depresión con 45%, seguido de probable depresión con 31.7% y la depresión establecida con 23.3%, estos resultados coinciden con Quinto y Sánchez, (2012) quienes estudiaron sobre la depresión en el adulto mayor que asiste a un club de la tercera edad en la ciudad de Veracruz, México, encontrando que el 72.5% no reportó depresión, el 17.5% reportó depresión moderada y el 10% depresión severa, lo que se relaciona con la presente investigación, del mismo modo, a nivel nacional, se encontró, que Licas, (2014) estudia los niveles de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral, en la ciudad de Lima, donde concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve. Después de poder mencionar estos hallazgos podemos argumentar que los adultos mayores que acuden a centros integrales de salud, encargados de brindarles adecuada calidad de vida, poseen niveles de depresión bajo o simplemente no poseen depresión.

Para el objetivo general de la investigación, se acepta la hipótesis nula que proponía, la no relación significativa entre los estilos de vida y la depresión, se encontró una sig. de 0.685 siendo $P < 0.05$ en cuanto a la correlación, el resultado es negativo, indicándonos que las dos variables se correlacionan en sentido inverso, esto permite argumentar que mientras mejor es el estilo de vida, entendido como modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales

determinados por factores socioculturales y características personales (O.M.S.1989), menor será la depresión.

Estos resultados son corroborados con lo que propone Zaldívar Pérez (2004), quien afirma que los sujetos que envejecen adecuadamente, utilizan y disfrutan de todas las posibilidades que existen en su entorno social y en sus propias personas, y están preparados para aceptar, sin claudicar, las propias limitaciones, la disminución de sus fuerzas y la necesidad de recibir algún tipo de ayuda; pero no renuncian a mantener, dentro de rangos razonables y posibles, determinados niveles de independencia y autodeterminación.

En cuanto a la depresión se puede confirmar lo que propone Lista Varela (1996) quien asume que la depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos. Con los resultados encontrados, se puede decir que estos factores externos, son los modos de vivir y de responder a las situaciones cotidianas, que como ya se ha mencionado anteriormente, son los estilos de vida.

Referente a las dimensiones de los estilos de vida, no se han encontrado correlaciones significativas con la depresión, sin embargo, las dimensiones de *responsabilidad en salud*, entendido como un sentido activo de responsabilidad

por el propio bienestar, *manejo del estrés*, que implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión y la *auto actualización*, que implica sentir que ha logrado sus metas y sentirse complacido con su actual situación, tuvieron correlaciones negativas, indicándonos que, mientras mayor sea el puntaje de estas dimensiones, menor será el nivel de depresión.

En cuanto a los objetivos específicos, de la misma forma que en lo mencionado anteriormente, no se ha encontrado relación significativa entre los niveles de depresión y los estilos de vida, obteniéndose una sig. bilateral de 0.190 siendo $P < 0.05$, por lo cual se rechazan las hipótesis 5, 6 y 7, sin embargo, se puede observar que de los 54 adultos mayores que no tienen depresión, 30 de ellos, tienen un estilo de vida saludable, esto implica que acuden a los talleres brindados por el centro de manera regular y constante, cumplen con los chequeos médicos y asisten a actividades recreativas, si comparamos los resultados de Tineo, (2006), quien estudió estilos de vida de los pacientes del programa de hipertensión arterial del hospital II Jorge Reátegui Delgado Essalud, en Piura, se encontró que el 41.38% tiene una dieta equilibrada y el 58.62% no equilibrada, práctica ejercicios el 24.14% y no práctica ejercicios el 75.86%, concluyendo que en la población de adultos medios, la dieta es no equilibrada y no hay práctica de ejercicio, se puede decir que los adultos mayores que acuden al CAM, obtienen mejores resultados en la práctica de estilos de vida saludables.

Referente a la depresión establecida, se encontró que de los 28 adultos mayores con depresión, 14 de ellos, tienen estilos de vida inadecuados, esto se podría

verificar, con las asistencias de estos sujetos a los talleres y/o actividades programadas por el centro, puesto que podría ser que no acuden de manera regular a dichas actividades, lo que genera en ellos inadecuados estilos de vida y por ende depresión establecida.

CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

La investigación realizada permite concluir lo siguiente:

- No existe relación entre estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor (CAM) de EsSalud de la ciudad de Sullana, 2015. (Tabla 01)
- Se encuentra correlacion negativa entre las variables, lo que indica que se correlacionan en sentido inverso. Es decir a valores altos de estilos de vida, le suelen corresponder valores bajos de depresión y viceversa. (Tabla 01)
- No existe relación significativa entre las dimensiones de los estilos de vida y la depresión en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana. (Tabla 02)
- Predomina el estilo de vida saludable representado por el 53.3% en los adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana. (Tabla 03)
- Las dimensiones de estilos de vida predominantes son la dimensión de autoactualización representado con un 23.3 %, seguido de la dimensión de soporte emocional con 22.5% y la dimensión de ejercicio con 20%, finalmente las dimensiones de manejo del estrés, responsabilidad en salud y nutrición con 17.5%, 19.2% y 18.3% respectivamente. (Tabla 04)
- Predomina la no depresión representado con un 45% en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana. (Tabla 05)
- No existe relación significativa entre los estilos de vida y depresión establecida, probable depresión y no depresión, en adultos mayores, del CAM de EsSalud de Sullana (Tabla 06)

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los directivos del Centro del Adulto Mayor de EsSalud de la ciudad de Sullana, continuar con el trabajo que vienen realizando, ya que esta investigación ha permitido confirmar que los estilos de vida saludables que se promueven, generan que los niveles de depresión sean bajos.
- Se recomienda poder identificar a los adultos mayores que obtuvieron depresión establecida, así como estilos de vida inadecuados, para que de esta manera, se les pueda brindar seguimiento y tratamiento adecuado a la alteración anímica por la que están pasando actualmente.
- Se recomienda realizar investigación con las variables estudiadas, pero con población de adultos mayores que no acuden al CAM, para poder determinar si existen diferencias entre estas poblaciones.
- Se recomienda considerar esta información como fundamento, en la elaboración del plan de trabajo del CAM de EsSalud de Sullana, para que puedan agregar talleres de emprendimiento, educación emocional entre otros y de esta forma garantizar la continuidad de estos resultados obtenidos.

LISTA DE REFERENCIAS

Aguado C, Martínez J, Onís MC (2000). *Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS)* de Yesavage.

Balcázar, Gurrola, (2008) *Estilos de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2*. [Revista en internet]. México [Citado 2010 Ago. 14]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10_-_No._6.pdf.

Becoña y Vázquez (2011) *“Promoción de los estilos de vida saludable”* 2008 <<http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>>

Calcedo Barba A. (1996) *La depresión en el Anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.

CIE 10. (1992) *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas de comportamiento*. Organización Mundial de la Salud. Madrid: Meditor,.

Feighner JP, Boyer WF. (1991) *Diagnóstico de la depresión. Perspectivas en Psiquiatría (vol.2)*. Madrid: Ed Wiley

Gamarra M, Rivera H, Alcalde M, Cabellos D. (2010). *Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería*. *Scientia* 2 (2), 73-81.
Recuperado de
<http://revistas.concytec.gob.pe/pdf/scientia/v2n2/a08v2n2.pdf>

Henderson, A. (2010). Estilo de vida saludable. *Puntos de vista para una opción actual y necesaria*. [Artículo en internet] Cuba 2007. [Citado 2010 Febrero 3]
Disponible desde el
URL:<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-1-estilo-devida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-act.html>.

Hernández, R. (2003) *Metodología de la Investigación* 3 ed. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana México. Consulta 26 de noviembre del 2008.
Disponible en:<http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>

Ministerio de Salud (2008)“*Lineamientos para la dirección general de las personas adultas mayores*” 2005 (Citado el 26 de Noviembre del 2008)
Disponible desde el URL <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/lineamientos.pdf> 2.

Nola Pender (1996): *Perfil de Estilos de vida promotor de salud*
[catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/... /capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/.../capitulo2.pdf) – 28/10 /
2008

Pinedo E. (1998) *Estilo de Vida, Factores Socio demográficos y Bienestar Percibido en Asegurados Hipertensos* [Tesis para optar el grado de maestra en enfermería con mención en salud familiar y comunitaria]. Trujillo – Perú: Gerencia Departamental La Libertad del Instituto Peruano de Seguridad Social.

Quintero G. (1996). "*Calidad de Vida en la Tercera Edad*", Conferencia Centro de Iberoamericano de la Tercera Edad.-- La Habana: s.n.

Ring JM. (1994). *Aspectos sociales de la depresión en los ancianos*. En: Buendía J. *Psicología del envejecimiento*.-- Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Soto L. (2010) *Estilos de vida y calidad de vida*. [Artículo en internet]. México. [Citado 2010 Ago. 10]. Disponible en URL:<http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>

Tineo L. (2006) *Estilos de vida de los Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial del Hospital II Jorge Reátegui Delgado Essalud* [tesis para optar el título de enfermería]. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura.

Wikipedia. (2010) *Estilo de vida*. [Artículo en internet]. [Citado 2010 Ago. 10]. Disponible en URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida.

Zaldívar D. (2009) *Estrés y Factores Psicosociales en la Tercera Edad*. [Ponencia presentada en el congreso de Longevidad. Hotel Nacional]. La Habana. 2004. [citado 2009 Oct. 21] Disponible en URL: <http://www.sld.cu/saludvida/adultomayor/temas.php?idv=5940>.

APÉNDICE

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) Pender (1996)

Sexo: Masculino Femenino
Último

Año cursado: Primero

Fecha: _____

Instrucciones:

a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.

b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.

c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti misma (o)	1	2	3	4
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4

7	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Creés que estás creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4

13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4

19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4

25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4

31	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4

37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4

43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4

No.	Subescalas	No. Variables	Reactivos
1	Nutrición	6	1,5,14,19,26,35
2	Ejercicio	5	4,13,22,30,38
3	Responsabilidad en Salud	10	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46,
4	Manejo del Estrés	7	6,11,27,36,40,41,45
5	Soporte Interpersonal	7	10,18,24,25,31,39,47
6	Autoactualización	13	3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48

TEST DE YESAVAGE

NOMBRE: _____ SEXO: _____

EDAD: _____

A continuación lee atentamente las preguntas y marca la alternativa que mejor vaya contigo, recuerda que no hay preguntas malas, ni buenas. A marcar....!

- 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida?
SÍ NO
- 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?
SÍ NO
- 3- ¿Siente que su vida está vacía?
SÍ NO
- 4- ¿Se siente a menudo aburrido?
SÍ NO
- 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?
SÍ NO
- 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?
SÍ NO
- 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
SÍ NO
- 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza?
SÍ NO
- 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?
SÍ NO
- 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?
SÍ NO
- 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?
SÍ NO
- 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?
SÍ NO
- 13- ¿Piensa que su situación es desesperada?
SÍ NO
- 14- ¿Se siente lleno de energía?
SÍ NO
- 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?
SÍ NO

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PESP-I)
Autor: Nola Pender (1996)

BAREMO DE ESTILOS DE VIDA

ESTILO DE VIDA	
N	120
Media	137.0750
Mediana	138.0000
Desv. típ.	21.52472
Mínimo	67
Máximo	178

Percentiles	Estilos de vida	Niveles
Puntaje directo		
25	67 – 130	Estilo de vida inadecuado
50	138 – 147	Estilos de vida saludable
75	148 a más	

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	0.79
N de elementos	48

PERCENTILES	DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA						NIVELES
	NUTRICION	EJERCICIO	RESP_SALUD	MANEJO_ESTRES	SOPORTE	ACTUALIZACION	
10	7	5	12	7	13	23	
15	16	11	23	17	19	37	BAJO
25	17	12	24	18	20	38	
75	20	15	31	22	23	45	MEDIO
85	21	16	32	23	24	46	
90	24	18	37	36	26	52	ALTO
	0,550	0,623	0,784	0,372	0,625	0,860	
ALFA DE CROMBACH	N° de elementos 6	N° de elementos 5	N° de elementos 10	N° de elementos 7	N° de elementos 7	N° de elementos 13	

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

BAREMO DE DEPRESIÓN

DEPRESIÓN	
N	120
Desv. típ.	2.98736
Mínimo	0
Máximo	13

Percentiles	Depresión Puntaje directo	Niveles
5	1	No depresión
10	2	
35	3	
75	4	Probable depresión
76	6	Depresión establecida
85	7	
86	9	
99	13	

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	0.76
N de elementos	15