

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y
HUMANIDADES
PROGRAMA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



“ESTILO DE VIDA Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR”

Borrador de Tesis presentado por la
Bachiller:

Viviana Evelyn Quintanilla Cano

Para obtener el Título Profesional de
Licenciada en Psicología.

AREQUIPA – PERÚ
2014

Índice

Resumen

Abstract

Capítulo I

Planteamiento Teórico

Introducción	07
Problema	09
Variables	09
Interrogantes Secundarias.....	10
Objetivos	10
Antecedentes teórico investigativos.....	12
Adulto Mayor	12
Depresión en el Adulto Mayor.....	15
Estilo de Vida.....	18
Hipótesis.....	24

Capítulo II

Metodología

Diseño de investigación.....	26
Instrumentos	26
Cuestionario Estado Mínimo del Estado Mental.....	26
Cuestionario de Estilo de vida	27
Cuestionario de Depresión Geriátrica.....	29
Población	31
Estrategia de recolección de datos.....	32
Análisis Estadísticos.....	33

Capítulo III

Resultados

Resultados.....	35
Discusión	48
Conclusiones.....	51
Recomendaciones.....	52
Limitaciones.....	53
Referencias	54
Anexos.....	58



RECONOCIMIENTOS

Esta etapa de mi vida sin el apoyo de mi madre, de mis amigos y de mis profesores tal vez hubiera sido diferente. La comprensión, la ayuda y los consejos, encaminaron mis pensamientos y actitudes hacia mi meta. Gracias por darme la oportunidad de haberlos tenido conmigo todo este tiempo.



Resumen

El propósito de este estudio es demostrar la existencia correlacional entre el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor perteneciente al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar. Se evaluó a 140 adultos mayores de 60 años a más, de ambos sexos. Se usaron criterios de exclusión para aquellos que presentaron deterioro mental y auditivo avanzado; y que tenían el quechua u otro como único idioma. Previo consentimiento, se aplicó la prueba Mini- Mental para detectar deterioro mental avanzado; FANTASTICO para medir estilo de vida y el cuestionario de Depresión de Yesavage, versión reducida para medir niveles de depresión. Se encontró una relación significativa entre el estilo de vida y niveles de depresión, con una correlación buena de 0.509, una relación entre la edad y niveles de depresión; y entre el estilo de vida y el adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares.

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

Abstract

The purpose of this study is to show the correlation between lifestyles and the levels of depression in elder people who are part of the Integral center of Mariano Melgar district. In this study 140 elder people, female and males, from 60 years old and over were evaluated. Those who had advanced mental and auditive deterioration and those who had Quechua as their only language were not included. With previous consent, Mini-mental test was applied to detect advance mental deterioration, FANTASTIC test was used to measure lifestyle, and the reduce version of Yesavage depression questionnaire, was used to measure depression levels. A significant relationship between lifestyles and depression was found, with a correlation of 0.509, also a relationship between the age and the depression, and between the lifestyles and the elder who lives alone or with other relatives.

Key words: lifestyle, depression, elder people.



CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

Introducción

La expresión utilizada como tercera edad o también anunciado como vejez, es un término que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas de 60 años a más. El término ancianos dejó de utilizarse, para hoy en día dirigirse como "personas mayores" en España y "adulto mayor" en Iberoamérica (Domínguez, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se calcula, que entre el 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años.

La depresión no es un proceso normal del envejecimiento, es una enfermedad que se puede presentar en cualquiera de las etapas de vida, no se trata de voluntad. En términos psiquiátricos se equipara a "un resfriado" por el uso común al término (Nance, 2013). No obstante, la depresión es una enfermedad grave que trastorna vidas, caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, presentando intolerancia a las frustraciones, agotamientos y cambios en todos los aspectos generales de la vida. Tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Bacca, González y Uribe, 2005).

A pesar de poseer ciertas restricciones por los cambios fisiológicos de dicha etapa, se puede encontrar adultos mayores que se sienten satisfechos con sus vidas gracias al estilo de vida que conservan. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ellos por alguna situación inesperada, puede pasarse por alto al no presentar síntomas evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza (Nance, 2013).

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

Según la OMS (2013), la depresión afecta al 7% de la población de adultos mayores en general y representa el 1,6% de la discapacidad total en los adultos mayores de 60 años y mayores a esta edad.

Cuando se llega a la adultez, las personas tienden a cambiar muchas cosas y las condiciones de vida se tornan más difíciles, provocando en muchos casos que se sientan postergados y erradicados por la sociedad y su familia. Pero, mejorando el estilo de vida, practicando regularmente un tipo de arte o ejercicio físico, la autoimagen, auto confianza, capacidad mental y adaptación social del adulto se optimizará (Moreno, 2005).

El estilo de vida se caracteriza por patrones del comportamiento que son identificables y pueden llegar a tener un efecto profundo en la salud de las personas, relacionado con diversos aspectos que reflejan actitudes, valores y oportunidades en la vida de las personas (Rodríguez, Siqueira y Luiz, 2008).

La adultez va acompañada, inevitablemente de pérdidas físicas y mentales, así como de auto insuficiencias económicas, afectivas y de compañía, enfermedades físicas con las que tienen que lidiar, por tanto, la depresión lograría ocupar un lugar en la vida del adulto mayor con facilidad, sin embargo cambiando el estilo de vida aportaría más estrategias para superar y mejorar su estilo de vida, de este modo, la autopercepción cambiaría (Rosales, García y Quiñones, 2014).

Problema

¿Existirá correlación significativa entre el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor perteneciente al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar?

Variables

V1. Estilo de vida

Definición Operacional. Patrones del comportamiento que son identificables y pueden llegar a tener un efecto profundo en la salud de la población, que está relacionado con diversos aspectos que reflejan actitudes, valores y oportunidades en la vida de las personas (Rodríguez, C. y cols., 2008).

V2. Depresión

Definición Operacional. Trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongados en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamientos y cambios en todos los aspectos generales de la vida. Tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Bacca y cols., 2005).

Interrogantes secundarias:

- ¿Existirá relación entre género, el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor?
- ¿Existirá correlación entre edad, el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor?
- ¿Existirá correlación entre grado de instrucción, el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor?
- ¿Existirá relación entre el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares?

Objetivos

Objetivo General

Demostrar la correlación significativa del estilo de vida y los niveles de depresión en los adultos mayores que asisten al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la relación entre género, estilo de vida y niveles de depresión en los adultos mayores que asisten al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar.
2. Correlacionar la edad con el estilo de vida y niveles de depresión en los adultos mayores que asisten al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar.
3. Correlacionar el grado de instrucción con el estilo de vida y niveles de depresión en los adultos mayores que asisten al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar.

4. Relacionar el estilo de vida y los niveles de depresión de los adultos mayores que viven solos, con pareja o con otros familiares y que asisten al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar.



Antecedentes Teóricos Investigativos

Adulto Mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), decidió emplear el término de Adulto Mayor, para designar a las personas de 60 años o más de edad, subdividiéndolo en las siguientes categorías:

Tercera edad: 60-74 años

Cuarta edad: 75- 89 años

Longevos: 90-99 años

Centenarios: más de 100 años.

Por su parte el término “adulto mayor”, significa tener muchos años, haber vivido mucho tiempo. Sentir la etapa de la adultez es un proceso que no tiene un comienzo preciso y que ocurre a lo largo de la vida del individuo. En estos días se sabe que la media de vida varía en función a la sociedad, tiene que ver con las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales de un determinado contexto histórico que influye en las formas de envejecer lo cual oscila de una sociedad a otra. Existe también una complejidad de cambios biológicos, sociales y psicológicos que están comprometidos con la adultez, periodos o etapas en la vida por los que atravesamos los seres humanos de manera natural que se clasifican en: edad cronológica, biológica, funcional, psicológica y social (Torres, 2011).

Edad cronológica (o de calendario), se refiere a la edad en años. En este sentido el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a las

responsabilidades y privilegios que se les da dependiendo de la edad cronológica (Torres, 2011).

Edad biológica, se basa en dos teorías: la teoría del envejecimiento programado, que sostiene que los cuerpos envejecen de acuerdo con un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y para cada especie; y la teoría del desgaste natural del envejecimiento que sostiene que, los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir que la adultez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo. Cuando el adulto mayor mantiene sus capacidades funcionales: físicas, cerebrales, afectivas y sociales; un buen estado nutricional y un proyecto de vida motivante, significa, según la teoría de la actividad, que cuanto más activo se mantenga el adulto mayor, podrá envejecer de manera más satisfactoria (Huenchuán, 1998).

Edad funcional, la capacidad humana en relación con muchas funciones, tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular que aumentan desde la niñez y alcanzan su punto máximo en la adultez. Tal punto es seguido eventualmente por una declinación. Eso se expresa en la capacidad para mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario conservar cuotas razonables de capacidad física y mental. Desde un punto de vista gerontológico, es la más importante pues permite preservar un estilo de vida satisfactorio y conseguir envejecer con éxito (Torres, 2011).

Torres (2011) a partir de las siguientes dimensiones hace mención a las diversas aproximaciones importantes en la vida del adulto mayor que son:

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

La psicológica, Incluye dos dimensiones más sobresalientes de estudio: primero, los cambios en los procesos psicológicos básicos y el desarrollo que estos presentan; y segundo, se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios.

La social, Esta dimensión parte del estudio de 3 dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores; y la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la adultez.

Fragilidad en el Adulto Mayor

Un adulto mayor puede definirse como frágil cuando hay disminución de la habilidad para desarrollar actividades prácticas y sociales importantes de la vida diaria y presenta tres o más de los siguientes síntomas: pérdida no intencional de peso, pobre resistencia como signo de agotamiento, disminución de la fuerza del apretón de mano, baja velocidad al caminar y baja actividad física (Galbán, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Oliva, 2007).

Salud Mental en el Adulto Mayor

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se prevé que en el año 2100 la cantidad de personas de 60 años de edad o mayores aumente más de tres veces. Según la OMS (2013), los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.

Depresión en el Adulto Mayor

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa y será, probablemente la segunda en el año 2020. La prevalencia de depresión en el mundo para la población adulta es de 10% (Carrillo, Valdés, Domínguez y Marín, 2010). Puede causar grandes sufrimientos y trastornar la vida cotidiana. Afecta a un 7% de la población de adultos mayores en general y representa el 1,6% de la discapacidad total en los de 60 años a más. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros síntomas de esa etapa de la vida (OMS, 2013).

Se sabe que alrededor del 15% el adulto mayor de 60 años presenta episodios de depresión en algún momento y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera, solo el 15% reciben un tratamiento adecuado, también que los síntomas tienden a ser más crónicos con mayor frecuencia que en los jóvenes. Por otra parte estudios realizados en establecimientos geriátricos indican que la incidencia de depresión en adultos mayores se acerca al 20% y cuando coexisten otras patologías los porcentajes crecen significativamente. Los adultos mayores que se encuentran en su domicilio, entre 26% y 44% tienen depresión. A pesar de estas cifras, a menudo la depresión en ancianos no es diagnosticada o es medicada en forma insuficiente. La depresión no es algo normal en el proceso de

envejecimiento es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores (Matilla, 2001).

De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión, su prevalencia oscila entre 5 y 20%, duplicándose en el adulto mayor institucionalizado, pues se ha comprobado que los ancianos domiciliados presentan sintomatología de depresión leve, mientras los jubilados que se encuentran en instituciones sufren de depresión moderada-grave (Carrillo, cols., 2010).

La depresión no responde a una causa, sino más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Las investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Las nuevas tecnologías que han hecho posible obtener imágenes del cerebro, tales como las imágenes por resonancia magnética que han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce diferente de quienes no la padecen. Las áreas del cerebro responsables de la regulación del ánimo, pensamiento, apetito y comportamiento parecen no funcionar con normalidad. Además, hay importantes neurotransmisores, sustancias químicas que las células del cerebro utilizan para comunicarse, que parecen no estar en equilibrio. Con todo, estas imágenes no revelan las causas de la depresión (Nance, 2013).

Se ha visto una prevalencia de mayor frecuencia de depresión en mujeres, personas sedentarias, son solteras(os), divorciadas o separadas, con familias disfuncionales, con nivel socioeconómico bajo, con falta de apoyo social y familiar, soledad, anorexia, con enfermedades crónicas y con dependencia económica. La falta de empleo y la viudez representaron un factor de riesgo elevado, puesto que ambos representan pérdidas, que es

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión (Carrillo, cols., 2010).

De acuerdo con estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, las mujeres presentan casi el doble de probabilidades que los hombres de hallarse clínicamente deprimidas. Pero otras fuentes sugieren que las tasas de depresión entre mujeres y hombres se emparejan después de los 65 años. Una explicación para tal discrepancia puede ser que las mujeres tiene más probabilidades de consultar a los médicos y reportar sus problemas físicos que con frecuencia acompañan la depresión (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

La presencia de depresión disminuye un buen estilo de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida, aunado a los padecimientos crónicos y los trastornos sensoriales provocando un distrés psicológico elevado. Diversos estudios muestran que la depresión es un pronóstico de deterioro cognitivo. En un estudio de personas mayores de 60 años se encontró que las personas diagnosticadas con una enfermedad médica, comparados con las que no, tendían a mostrar mayores puntuaciones en sintomatología depresiva, encontrando que la comorbilidad tenía una relación lineal positiva entre número de enfermedades diagnosticadas y la intensidad de la sintomatología depresiva. La discapacidad del déficit visual, como cualquier pérdida sensorial, es un factor de riesgo conocido para la depresión (Carrillo, cols., 2010).

Algunos tipos de depresión pueden tener una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión puede ser

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con múltiples factores ambientales u otros. Además, los traumas u otra situación estresante, pueden provocar un episodio de depresión. La mejor explicación de la causa de la depresión es que ésta tiene una causa bio-psico-social (Nance, 2013).

Según Castelblanque (2002) los factores para poder padecer depresión son:

Factores biológicos, antecedentes familiares, cambios en los neurotransmisores asociados a la edad, sexo femenino, varones mayores de 80 años, raza blanca.

Factores de tipo médico, enfermedades específicas (ACV, párkinson, neoplasias), enfermedades crónicas de modo especial aquellas asociadas a dolores o pérdida funcional, enfermedades terminales, efectos secundarios de fármacos, derivación sensorial, tanto visual como auditiva.

Factores funcionales, deterioro funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria

Factores psíquicos, episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, conflictos no resueltos, demencia, trastornos de la personalidad.

Factores sociales, viudez, ubicación fuera del domicilio habitual, vivir solo, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social, pérdidas recientes, estado civil, ateísmo y agnosticismo.

Estilo de Vida en el Adulto Mayor

El estilo de vida como parte de una dimensión colectiva y social, comprenden tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación y vestuario. En lo social, según las formas y estructuras sociales: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones y en el plano ideológico, el estilo de vida se expresa a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida (Irantzu, 2014).

Un buen envejecimiento se asienta en el estilo de vida que mantiene un cuerpo sano y una mente sana mediante buenos hábitos alimenticios, de ejercicio y de implicación en actividades interesantes que supone un reto para la mente. Por lo contrario, el estilo de vida en las anteriores etapas lleva a la debilidad en la adultez, incluyen beber de forma intensiva, fumar, la inactividad física, la depresión, el aislamiento social y la prevalencia de la enfermedad crónica. El desarrollo del estilo de vida sano que lleva a un buen envejecimiento está influido, por la educación y las actitudes de ánimo de la familia y amigos que valoran una vida sana y productiva. También el haber aprendido técnicas para enfrentarse al cambio y adquirir habilidades de ocio que no requieran una fuerza y resistencia física importante (Warner y Willis, 2003).

A continuación examinaremos el estilo de vida según Del Águila (2012):

Actividad Física, es la clave para un envejecimiento saludable. Es más, las personas mayores que son activas físicamente tienen una menor probabilidad de desarrollar problemas como obesidad, presión arterial elevada, osteoporosis, diabetes, depresión, cáncer de colon. Pero además de lo anterior, hay muchas pruebas científicas que demuestran los beneficios de una actividad física regular, entre los cuales podemos destacar:

- Mejora el estado de ánimo y ayuda a reducir el estrés.
- Aumenta el grado de energía y mejora la productividad de la persona.
- Ayuda a lograr y mantener un peso adecuado.
- Da mayor flexibilidad y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
- Reduce la probabilidad de tener una enfermedad cardíaca o si la tiene de tener complicaciones.
- En las personas con diabetes logran manejar más adecuadamente la glucosa y complementa el tratamiento médico.

El tipo de actividad física que se debe realizar depende de la persona, pero en general el desarrollar una actividad como: caminar, bailar, nadar, desarrollar actividades en la casa como jardinería o de limpieza del hogar, o actividades como el Tai Chi y al menos cinco días a la semana se logra obtener todos los beneficios arriba señalados. Y si una persona no puede dedicar 30 minutos de manera continua a una actividad física, se puede dividir está en tres momentos de 10 minutos cada una, logrando el mismo efecto beneficioso (Del Águila, 2012).

La espiritualidad, sirve de ayuda para ubicarse en la realidad, realizarse estas preguntas: ¿quién soy?, ¿a dónde quiero ir?, da sentido y ayuda a establecer prioridades correctas. El adulto mayor puede llegar a la adultez con una espiritualidad bien cimentada que lo ayudará a vivir con alegría, paz y generosidad (Pérez, 2010).

La amistad, la jovialidad y espontaneidad de las amistades le ayudan a elevarse sobre las preocupaciones diarias. El adulto mayor disfruta más el tiempo que pasa con los amigos

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

que el que comparte con sus familias, debido a que los amigos y vecinos con frecuencia sustituyen a los miembros de la familia que están lejos. Y aunque los amigos no pueden sustituir a un esposo o a un compañero, pueden ayudar a compensar la falta de uno (Papalia, cols., 2009).

La Alimentación saludable, el adulto mayor debe saber escoger y decidir sobre alternativas saludables y correctas, en vez de aquellas que generan un riesgo para su salud, es por eso que mantener un peso corporal saludable es importante para la salud de las personas mayores. El sobrepeso o la obesidad están asociados con un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares y además puede empeorar las condiciones existentes como artritis. Del mismo modo, tener un bajo peso también constituye un factor de riesgo de muerte y pérdida funcional (Acosta y Rodríguez, 2012).

La jubilación, En su origen la palabra significa júbilo o alegría, pero en muchos casos el jubilarse no provoca esa emoción, debido a que en algunas personas, surgen sentimientos negativos como: inutilidad, aislamiento social, inactividad, pasividad, inseguridad, miedos, sentimientos de improductividad y pérdida de reconocimiento social, pues ingresar a la jubilación conlleva a cambios que normalmente se junta con situaciones de crisis personal, familiar y social y afecta la salud física y emocional (Pérez, 2010).

La sexualidad, es un tema importante en el adulto mayor por los cambios físicos que se provocan y que consigo pueden traer depresión. La frecuencia de la práctica sexual varían entre una vez por semana y una vez por mes y las practica más comunes son las relaciones vía vaginal, abrazos, besos, masturbación, caricias y otras formas de contacto sexual. La mujer presenta esta falta de contacto por, sequedad y acortamiento de la vagina

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

así como estrechamiento del introito vaginal y el adelgazamiento de los labios mayores y menores. Además debido a la menor acidez vaginal y al adelgazamiento de la mucosa vaginal hay mayores probabilidades que las mujeres tengan infecciones e inflamación vaginal. La sensibilidad del orificio de la uretra al momento de la fricción puede causar dolor durante el acto. La presencia de laxitud de los músculos pélvicos y la incontinencia urinaria podría ocasionar incomodidad física y psicológica durante el acto sexual. Existen enfermedades que afectan la sexualidad de la mujer como el tabaquismo, la diabetes mellitus y el aumento del colesterol en la sangre, lo que ocasiona disminución en la excitación y sensación del placer durante la relación sexual, la osteoporosis se asocia con pérdida de la elasticidad y del rango de movimiento de las articulaciones de la cadera y con dolor, lo que puede dificultar el acto sexual. El hombre presenta un aumento gradual en el tiempo para obtener una respuesta sexual física, por ello requiere una mayor estimulación (Pérez, 2010). El acto sexual en una relación es indispensable y podemos encontrar otras maneras de disfrutarlo tanto para el hombre como para la mujer sin necesidad del coito, una iniciación en el sexo tántrico, manualmente, con caricias, etc.

La Autorrealización, Se refiere a la tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia él mismo como adulto mayor, alcanzando la superación y la autorrealización (Acosta y Rodríguez, 2012).

Un tema principal en la adultez es el desenganche, la reducción voluntaria o involuntaria de participación activa en la sociedad, la jubilación, la disminución de la fuerza y la salud hace que las actividades sean más difíciles; y la muerte del cónyuge priva de compañía en las actividades que se realizaban y consume los recursos emocionales. Los

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

adultos mayores jubilados a menudo empiezan un nuevo hobby, se unen a un grupo, amplían su rol familiar, o van a la comunidad. Usualmente los adultos mayores tienden a variar sus actividades para satisfacer sus necesidades y así evitar ser una carga para los hijos pero existen adultos mayores a los cuales los factores nombrados pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de independencia, soledad y angustia (Warner y Willis, 2003).

Es por eso que pertenecer a un grupo de apoyo sustituye relaciones perdidas por la muerte o el traslado de amigos o familiares. Pero hay diferencias significativas de género en las amistades conforme las personas envejecen, de forma que las mujeres son más dadas a mantener los patrones de amistades previos, mientras que un estudio mostró que los hombres tienden a disminuir el número de amistades nuevas, el deseo de hacer amigos íntimos y la implicación en actividades fuera de la familia (Warner y Willis, 2003).

Estos centros de apoyo ofrecen un espacio digno y seguro en el que recibirá atención, orientación, cuidados y en donde realizará actividades ocupacionales, recreativas y culturales, así mismo mejorará su autoestima, autonomía, independencia, salud física y mental, favoreciendo un envejecimiento saludable. Los espacios de comunicación ayudan a tener nuevas relaciones sociales y previene en el adulto mayor la soledad, el aislamiento, el ocio, los trastornos cognitivos y la depresión (Pérez, 2010).

La tecnología nos ofrece múltiples oportunidades, sin embargo, parece cada vez más claro que nuestro estilo de vida actual nos trae consecuencias negativas. Entre ellas el aumento de la depresión, la cual se puede disminuir si se utiliza como tratamiento algunos cambios en el estilo de vida que ayuden a la persona a mejorar, pero sobre todo a prevenir en casos leves o a evitar futuras recaídas. Se está modificando de forma acelerada el estilo

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

de vida y estos cambios tienen un impacto sobre la fisiología del cerebro que puede aumentar la vulnerabilidad a la depresión. Tengamos en cuenta que nuestros antepasados sobrevivieron gracias a una actividad física vigorosa, esencial para el éxito en la recolección, la caza y la pesca. Esto tenía lugar al aire libre y condicionó nuestra forma de relacionarnos y ocupar el tiempo. La ausencia de luz artificial impedía las interferencias con las horas de descanso y sueño. Por lo tanto hay pistas evolutivas que parecen decirnos que nuestro actual estilo de vida no es natural y puede estar facilitando el desequilibrio en el funcionamiento del sistema nervioso y el aumento de la depresión en nuestra época (Barrón, 2006).

El estilo de vida está relacionado con la depresión del adulto mayor no hay duda. Cada vez hay más evidencia científica sobre la importancia de mantener un buen estilo de vida para tener así ausencia de depresión y una buena salud mental. Esto explica que los profesionales relacionados con la salud mental recomienden a sus pacientes con depresión cambios en su estilo de vida que les ayude a mejorar el estado de ánimo y a aliviar muchos de los síntomas de la depresión (Irantzu, 2014).

H1: Existe correlación significativa entre estilo de vida y niveles de depresión en los adultos mayores pertenecientes al Centro Integral del Distrito de Marino Melgar.



Capítulo 2

Diseño Metodológico

Tipo de Investigación

La presente investigación es un estudio descriptivo - correlacional, porque compara la correlación, estilo de vida con niveles de depresión en los adultos mayores que asisten al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar (Arias, 2012).

Técnica

La técnica que se utilizó para esta investigación fue la encuesta

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario FANTASTICO para evaluar el estilo de vida y la Escala de Depresión Geriátrica para medir niveles de depresión, mientras que el Examen Mínimo del Estado Mental fue utilizado para detectar a los adultos mayores que presentaban demencia o deterioro mental y no podrían ser muestra de estudio.

Título del cuestionario: Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE)

El examen “MMSE” es una herramienta psicométrica útil que orienta acerca de las posibles variaciones y alteraciones cognitivas que pudiera presentar el paciente. Fue desarrollado como un método práctico para establecer el grado de estado cognoscitivo del paciente y detectar demencia. Se evalúan características esenciales en el paciente, orientación espacio- tiempo, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción, cálculo, capacidad de lenguaje, percepción viso- espacial y capacidad para seguir instrucciones básicas (Rodríguez, D. y cols., 2012).

Esta prueba puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo,

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

recuerdo diferido, y lenguaje. Los resultados dependerán de la suma de los puntos obtenidos a lo largo de la prueba, tomando cinco niveles de calificación que estratifican el comportamiento: <5 puntos= Fase terminal, totalmente desorientado, no se reconoce él mismo, incoherente, postración. 12 a 9 puntos = Demencia. 24 a 12 puntos = Deterioro. 24 puntos o menos = Sospecha patológica. 27 puntos o más = Normal, la persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva (Rodríguez, D. y cols., 2012).

Título del cuestionario: FANTASTICO

El cuestionario «FANTÁSTICO» es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Mc Master de Canadá, siendo adaptado en sujetos mexicanos, españoles y brasileros. La prueba utilizada es una adaptación de la Universidad de Veracruz en México, que permite identificar y medir el estilo de vida de una población. Este cuestionario contiene 30 ítems cerrados que exploran diez categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. (Familia y amigos, Actividad física, Nutrición, consumo de Tabaco, consumo de Alcohol, Sueño y estrés, Tipo de personalidad, Introspección, Conducción al trabajo, Otras drogas). Sus versiones cortas y extensas, han sido validadas en jóvenes estudiantes, en trabajadores y en pacientes de consulta clínica general. Esta prueba permite que los profesionales de la salud tengan una imagen rápida acerca del estilo de vida de sus pacientes, de igual manera la prueba “Fantástico” ha demostrado ser un instrumento aceptable y apropiado, usado para ayudar a los pacientes a identificar qué áreas de estilos de vida son necesarias modificar (Wilson, Nielsen y Ciliska, 1984).

La medición del cuestionario “estilo de vida” es una tarea difícil debido a las múltiples dimensiones que lo componen y debido a las dificultades que implica su medición directa de manera objetiva. Incluye aspectos físicos, emocionales y sociales del estilo de vida de los pacientes. Se ha comprobado que esta prueba es un método confiable, rápido y simple para evaluar los comportamientos de estilo de vida. Para evaluar las propiedades psicométricas de este instrumento se siguió el protocolo de adaptación y validez del cuestionario original y la validación en población mexicana y brasilera quienes encontraron que las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (alfa de Cronbach > 0,6), estudios han concluido que este cuestionario tiene validez del constructo, validez de contenido, coherencia y buen nivel para determinar el estilo de vida de personas saludables y sujetos con enfermedades crónicas (Ramírez- Vélez y Agredo, 2012).

Ambas versiones, han sido adaptadas por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos, españoles y brasileros. Contar con instrumentos de este tipo, que tengan validez y fiabilidad, permitirá a los profesionales de la salud identificar de forma rápida y objetiva los factores de riesgo y pronóstico del estilo de vida que pueden ser mejorados con la intervención del equipo de salud y la participación comprometida del paciente. Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 120 puntos. Se multiplica la suma de cada categoría y se multiplica por 2. Tomando cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento: (<46 puntos= existe peligro, 47 a 72 puntos = algo bajo, 73 a 84 puntos = Adecuado, 85 a 102 puntos = correcto, 103 a 120 puntos = fantástico) estilo de vida. Cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio. En términos generales, los resultados pueden

ser interpretados de la siguiente manera: “Fantástico” indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud; “Correcto” indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud; “Adecuado” indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos, “algo bajo y existe peligro” indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo (Wilson, Nielsen y Ciliska, 1984).

Título del cuestionario: Escala de Depresión de Yesavage, versión reducida (EDG)

La escala de Depresión Geriátrica, versión reducida conocida con el nombre de EDG-15, fue diseñada con el objetivo de medir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en el adulto mayor, se considera el único autoinforme construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivos conductuales relacionados con las características específicas de la depresión del adulto mayor. Esta EDG (versión reducida) categoriza la depresión en tres niveles: Un puntaje de 0 a 5 puntos se considera ausente; Un puntaje de 6 a 9 puntos se considera leve; Un puntaje de 10 o más puntos se considera establecida (Bacca y cols., 2005).

En los estudios realizados en España, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad muy alta, con una sensibilidad del 80% y especificidad del 75 %. Las ventajas encontradas son: primero, no mide estado de ánimo pasajero; segundo, no se ha encontrado relación entre discapacidad social y la puntuación y por último, la forma de instrucción no afecta significativamente los resultados (Bacca y cols., 2005).

Se observa que el porcentaje de la población que respondió con presencia del rasgo que está representada con el ID, se distribuye así: 9 (ítems 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14) de los 15 reactivos se ubican en un nivel bajo y los 6 restantes (ítems 2, 4, 6, 9, 12, 15) se ubican en un nivel moderado. Indican 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. La contestación es dicotómica (SI/NO), siendo la puntuación máxima de 15 puntos, se asignó 1 punto por cada respuesta, correspondientemente. Se cuenta con un promedio de 3,75, una desviación estándar de 2.817 y un puntaje máximo de 15 y mínimo de 0. La prueba EDG- 15 cuenta con una confiabilidad del 0,7268, esto indica que todos los ítems de la prueba tienen una correlación promedio entre ellos mismos, esto demuestra que la escala es confiable para medir el rasgo de depresión si se tiene en cuenta que los coeficientes adecuados de consistencia interna deben fluctuar entre 0,7 y 1,0, por consiguiente, la escala muestra una confiabilidad adecuada, donde implica que la escala es útil para aproximar a rasgos depresivos y no para establecer la depresión. Presenta un alfa de Cronbach $>0,94$, lo que indica un alto grado de consistencia interna del GDS. Los valores calculados del coeficiente alfa de la SDS y HRS-D fueron 0,87 y 0,90, respectivamente (Bacca y cols., 2005).

Teniendo en cuenta los 15 reactivos de la escala EDG- 15, se observa que la mayoría (14 ítems) de ellos predicen rasgos de depresión en forma moderada, porque los ítems que presentan el rasgo tienen un puntaje total de depresión leve y cuando no se presenta el rasgo para cada ítem, las personas puntúan, en el total de la prueba, ausencia de depresión; es decir, que los ítems tienen una predicción significativa sobre la variable dependiente, que en este caso específico es la depresión.

Los ítems de la EDG (versión reducida) son apropiados para predecir rasgos de depresión en el adulto mayor y teóricamente tienen un sustento de su relevancia, teniendo en cuenta que la teoría que lo respalda es la propuesta por Beck puesto que en ella se enfatiza principalmente en el aspecto cognitivo de la depresión y este es también el énfasis de la escala. Por tanto, se considera que es una escala de buena calidad psicométrica, pues diferencia con claridad a los adultos mayores deprimidos y no deprimidos; incluso, aunque padezcan enfermedad física o alguna forma de demencia (Bacca y cols., 2005).

Población:

La población total estuvo conformada por 360 adultos mayores, de ambos sexos, de 60 años a más, pertenecientes al Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar en Arequipa, los cuales están distribuidos en el Centro de Salud, Puesto de Salud de Santa Rosa y Municipalidad de Mariano Melgar.

Para la presente investigación se trabajó con todos los adultos mayores que reunieron los criterios de exclusión, quedando finalmente aptos 123 personas.

De acuerdo a la edad, tenemos mayor incidencia en la categoría tercera edad (60- 74 años) con 70 personas, en la cuarta edad (74-89 años) con 50 personas y en la categoría longeva (90-99 años) a únicamente 3 personas. En relación al sexo, 99 personas son del género femenino y 24 personas son del género masculino.

Se encuestó al adulto mayor de manera individualizada debido a que el 43,9% (54 personas) tenían educación primaria incompleta pero no sabían ni leer ni escribir, el 23,6% (29 personas) tenía educación secundaria, pero de igual manera no sabían leer bien y preferían que se les ayude, el 21,1% (26 personas) no presentaba instrucción, el 8,9% (11

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

personas) tenían grado de instrucción superior y el 2,4 % (3 personas) llegaron a un grado técnico. La mayoría de adultos mayores 77,2% (95 personas) viven con otros familiares, el 13,8% (17 personas) viven solos y el 8,9% (11 personas) viven con su pareja.

Estrategia de Recolección de datos

En el presente estudio se seleccionó al adulto mayor del Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar, del Centro de Salud, del Puesto de Salud de Santa Rosa y de la Municipalidad de Mariano Melgar, debido a que albergan gran cantidad de adultos mayores los cuales realizan diversas actividades. Es por eso que se hicieron las coordinaciones pertinentes para tener el acceso. Se solicitó el ingreso para dichas instituciones al departamento de División de Promoción al discapacitado y Adulto Mayor perteneciente a la Municipalidad de Mariano Melgar en la ciudad de Arequipa y se procedió a conversar con la Asistente Social encargada. Una vez otorgado el permiso la Asistente Social hizo la presentación con los adultos mayores y profesores para proceder a explicarles de manera muy sencillamente sobre el estudio de investigación. Se contó con acceso libre después que terminará cada actividad. Se ejecutó primero la prueba de Estado Mental que nos indicó si la persona estaba apta para ser evaluada y posteriormente de acuerdo a sus resultados se procedió a utilizar las siguientes pruebas, en todos los casos se evaluó de manera individual, tanto por la comodidad del adulto mayor o porque eran analfabetos. Se les leía los ítems del instrumento de manera pausada, cada evaluación demoró aproximadamente entre 15 a 20 min. La recolección de datos duro un mes.

En la Municipalidad de Mariano Melgar se evaluó a 84 adultos mayores, que realizan dinámicas de martes a viernes de 9 a.m. a 11 a.m. Comenzando con el Tai Chi, seguido de

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

una charla y culminando con un taller de pintura o costura. En el Centro de Salud de Mariano Melgar, se evaluó a 24 adultos mayores que se reúnen una vez por semana los días viernes a las 3 p.m. y realizan una actividad de juegos o una dinámica, esto dura aproximadamente 2 horas. En el Puesto de Salud de Santa Rosa, se evaluó a 15 adultos mayores que de igual manera se reúnen todos los viernes de 4 p.m. a 6 p.m. donde tienen un taller de pintura y posteriormente una reunión de la Asociación del Adulto Mayor.

Se acudió a otros centros del adulto mayor en diferentes distritos, pero no se encontró el apoyo necesario para realizar la investigación debida, es por eso que se decidió trabajar en Mariano Melgar, puesto que el permiso fue dado de inmediato y con todo el apoyo necesario para tener acceso al adulto mayor.

Criterios de Exclusión:

Adulto Mayor que presente deterioro mental avanzado o deterioro grave en su sentido auditivo

Personas que únicamente hablen el idioma del quechua u otro idioma.

Que no estén presentes en el momento de la recolección de datos.

Que no deseen participar voluntariamente de la investigación.

Análisis Estadístico

Los puntajes obtenidos en el cuestionario de Depresión Geriátrica DGS y el cuestionario de Estilo de Vida -“Fantástico”, fueron ingresados y codificados en una hoja de cálculo Excel versión 2010 en una matriz de datos, ingresando de igual manera datos característicos de la muestra como edad y género. Posteriormente se analizaron los

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

resultados con la prueba de Correlación de Spearman y chi cuadrado, aceptándose de este modo la hipótesis. El análisis se llevó a cabo con la ayuda del paquete EPI – INFO versión 6.0.





CAPITULO 3

RESULTADOS

Descripción de los resultados

A continuación se presentaran los resultados obtenidos luego de aplicar la prueba de estilo de vida (FANTASTICO) y la de depresión, (Escala de Depresión Geriátrica- EDG).

Tabla 1

Estilo de Vida en el Adulto Mayor

Estilo de Vida	N°	%
Fantástico	7	5,7
Correcto	77	62,6
Adecuado	31	25,2
Algo bajo	8	6,5
Peligro	0	0,0
Total	123	100.0

La Tabla 1 presenta que, respecto al estilo de vida en el adulto mayor la mayoría (62,6%) presenta un estilo de vida correcto, en tanto la minoría (5,7%) presenta un estilo de vida fantástico.

Tabla 2*Niveles de Depresión en el Adulto Mayor*

Depresión	Nº	%
Ausente	81	65,9
Leve	39	31,7
Establecida	3	2,4
Total	123	100.0

En La Tabla 2 se muestra la información respecto a los niveles de depresión observados en los adultos mayores motivo de investigación, presentando que la mayoría de ellos (65,9%) posee ausencia de depresión, en tanto casi nadie (2,4%) evidenció una depresión establecida.

Tabla 3

Correlación de Edad y Estilo de Vida en el Adulto Mayor

Edad	Estilo de Vida								Total	
	Fantástico		Correcto		Adecuado		Algo Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tercera Edad	3	4,3	40	57,1	23	32,9	4	5,7	70	100,0
Cuarta Edad	4	8,0	34	68,0	8	16,0	4	8,0	50	100,0
Longevos	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Total	7	5,7	77	62,6	31	25,2	8	6,5	123	100,0

$P = 0.358$ ($P \geq 0,05$) N.S.

La Tabla 3 presenta a los adultos mayores que se encuentran en la tercera edad (57,1%) los cuales poseen un estilo de vida correcto, de igual manera los de la cuarta edad (68,0%) y los longevos que también presentan la misma tendencia, puesto que la mayoría (100,0%) tiene un estilo de vida correcto.

Según la prueba estadística, no existe correlación significativa entre la edad y el estilo de vida.

Tabla 4

Relación de Sexo y Estilo de Vida en el Adulto Mayor

Sexo	Estilo de Vida								Total	
	Fantástico		Correcto		Adecuado		Algo Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	2	8,3	19	79,2	3	12,5	0	0,0	24	100,0
Femenino	5	5,1	58	58,6	28	28,3	8	8,1	99	100,0
Total	7	5,7	77	62,6	31	25,2	8	6,5	123	100,0

$P = 0.137 (P \geq 0,05) N.S.$

La Tabla 4 nos muestra que, la mayoría de adultos mayores del sexo masculino (79,2%) presentan un estilo de vida correcto, de igual manera se aprecia en la mayoría de las mujeres con (58,6%).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sexo y el estilo de vida.

Tabla 5

Correlación de Grado de Instrucción y Estilo de Vida en el Adulto Mayor

Grado de Instrucción	Estilo de Vida								Total	
	Fantástico		Correcto		Adecuado		Algo Bajo			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin instrucción	0	0,0	15	57,7	7	26,9	4	15,4	26	100,0
Primaria	1	1,9	36	66,7	14	25,9	3	5,6	54	100,0
Secundaria	4	13,8	17	58,6	7	24,1	1	3,4	29	100,0
Técnico	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
Superior	2	18,2	8	72,7	1	9,1	0	0,0	11	100,0
Total	7		77	62,6	31	25,2	8	6,5	123	100,0

$P = 0.113$ ($P \geq 0,05$) N.S.

En la Tabla 5 se puede observar que la mayoría de adultos mayores sin instrucción (57,7%) presentan un estilo de vida correcto, de igual manera los que poseen nivel primaria (66,7%), secundaria (58,6%) y grado superior (72,7%) que siguen la misma tendencia. Sin embargo, los que poseen un grado de instrucción técnico (33,3%) tienen un estilo de vida adecuado.

Según la prueba estadística, no existe correlación significativa entre el grado de instrucción y el estilo de vida.

Tabla 6

Relación del Adulto Mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y el Estilo de Vida

Vive	Estilo de Vida								Total	
	Fantástico		Correcto		Adecuado		Algo Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Solo	0	0,0	8	47,1	6	35,3	3	17,6	17	100,0
Con pareja	3	27,3	6	54,5	2	18,2	0	0,0	11	100,0
Con otros	4	4,2	63	66,3	23	24,2	5	5,3	95	100,0
Total	7	5,7	77	62,6	31	25,2	8	6,5	123	100,0

P = 0.012 (P < 0,05) S.S.

La Tabla 6 demuestra que, los adultos mayores que viven solos (17,6%) presentan un estilo de vida algo bajo, de igual manera los que viven actualmente con otros familiares (5,3%).

Sin embargo, esta tendencia no se aprecia en los que viven con su pareja, puesto que la mayoría de ellos (54,5%) tienen un estilo de vida correcto.

Según la prueba estadística, existe relación entre el adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y el estilo de vida, puesto que, si vive solo su estilo de vida va ser más bajo.

Tabla 7

Correlación entre Edad y Niveles de Depresión en el Adulto Mayor

Edad	Depresión						Total	
	Ausente		Leve		Establecida		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Tercera Edad	49	70,0	21	30,0	0	0,0	70	100,0
Cuarta Edad	30	60,0	18	36,0	2	4,0	50	100,0
Longevos	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	100,0
Total	81	65,9	39	31,7	3	2,4	123	100,0

$P = 0.003$ ($P < 0,05$) S.S.

En la Tabla 7 se muestra a los adultos mayores que se encuentran en la tercera edad, los cuales no evidencian un nivel de depresión; en cambio los de la cuarta edad, presentan un nivel de depresión del (4,0%); finalmente los longevos, la tercera parte de ellos (33,3%) tienen depresión.

Según la prueba estadística, existe correlación entre edad y niveles de depresión puesto que, a mayor edad, mayor será el nivel de depresión.

Tabla 8

Relación entre Sexo y Niveles de Depresión en el Adulto Mayor

Sexo	Depresión						Total	
	Ausente		Leve		Establecida		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	16	66,7	7	29,2	1	4,2	24	100,0
Femenino	65	65,7	32	32,3	2	2,0	99	100,0
Total	81	65,9	39	31,7	3	2,4	123	100,0

$P = 0.807 (P \geq 0,05) N.S.$

La Tabla 8 nos muestra que, la mayoría de adultos mayores del sexo masculino (66,7%) no presentan niveles de depresión, de igual manera en las mujeres (65,7%) tampoco evidencian niveles de depresión.

Según la prueba estadística, no existe relación significativa entre el sexo y los niveles de depresión.

Tabla 9

Correlación de Grado de Instrucción y Niveles de Depresión en el Adulto Mayor

Grado de Instrucción	Depresión						Total	
	Ausente		Leve		Establecida		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Sin instrucción	17	65,4	7	26,9	2	7,7	26	100,0
Primaria	34	63,0	19	35,2	1	1,9	54	100,0
Secundaria	20	69,0	9	31,0	0	0,0	29	100,0
Técnico	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
Superior	8	72,7	3	27,3	0	0,0	11	100,0
Total	81	65,9	39	31,7	3	2,4	123	100,0

$P = 0.786$ ($P \geq 0,05$) N.S.

En la Tabla 9 se demuestra que, la mayoría de adultos mayores sin instrucción (65,4%) presentan ausencia en los niveles de depresión, de igual manera los que tienen estudios de nivel primaria (63,0%), secundaria (69,0%) y grado técnico (66,7%). Teniendo mayor porcentaje los que poseen grado superior (72,7%).

Según la prueba estadística, no existe correlación significativa entre el grado de instrucción y niveles de depresión.

Tabla 10

Relación entre Niveles de Depresión y el Adulto Mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares

Vive	Depresión						Total	
	Ausente		Leve		Establecida		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Solo	10	58,8	7	41,2	0	0,0	17	100,0
Con pareja	9	81,8	2	18,2	0	0,0	11	100,0
Con otros	62	65,3	30	31,6	3	3,2	95	100,0
Total	81	65,9	39	31,7	3	2,4	123	100,0

$P = 0.634$ ($P \geq 0,05$) N.S.

La Tabla 10 presenta al adulto mayor que vive solo (58,8%) el cual no presenta niveles de depresión, de la misma manera aquel que vive con su pareja (81,8%) y los que viven con otros familiares (65,3%).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa respecto al adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y los niveles de depresión.

Tabla 11

Relación entre Estilos de Vida e instituciones pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor

Estilo de Vida	Ámbito						Total	
	Municipalidad		Centro Salud		Puesto de Salud		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Fantástico	6	7.1	1	4.2	0	0.0	7	5.7
Correcto	58	69.0	12	50.0	7	46.7	77	62.6
Adecuado	15	17.9	9	37.5	7	46.7	31	25.2
Algo bajo	5	6.0	2	8.3	1	6.7	8	6.5
Total	84	100.0	24	100.0	15	100.0	123	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.164 (P \geq 0,05) N.S.$

En la Tabla 11 observamos que la mayoría de adultos mayores que asisten a la Municipalidad (69,0%), Centro de Salud (50,0%) y en el Puesto de Salud (46,7%) presentan un estilo de vida correcto, en cuanto al estilo de vida fantástico tenemos en la Municipalidad (7,1%) y Centro de Salud (4,2).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa respecto estilo de vida y las instituciones pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor.

Tabla 12

Relación entre Niveles de Depresión e instituciones pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor

Depresión	Ámbito						Total	
	Municipalidad		Centro Salud		Puesto de Salud			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausente	57	67.9	16	66.7	8	53.3	81	65.9
Leve	24	28.6	8	33.3	7	46.7	39	31.7
Establecida	3	3.6	0	0.0	0	0.0	3	2.4
Total	84	100.0	24	100.0	15	100.0	123	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.534$ ($P \geq 0,05$) N.S.

La Tabla 12 nos muestra que, la mayoría de adultos mayores pertenecientes a la Municipalidad (67,9%), Centro de Salud (66,7%) y Puesto de Salud (53,3%) no presentan niveles de depresión; respecto al nivel de depresión leve, la Municipalidad presenta (28,6%), Centro de Salud (33,3%) y Puesto de Salud (46,7%); en cambio en el nivel de depresión establecida, únicamente la Municipalidad presenta (3,6%).

Según la prueba estadística, no existe relación significativa respecto a los niveles de depresión y las instituciones pertenecientes al Centro Integral del Adulto Mayor.

Tabla 13

Correlación de Estilo de Vida y Niveles de Depresión en el Adulto Mayor

Estilo de Vida	Depresión						Total	
	Ausente		Leve		Establecida		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Fantástico	5	71,4	2	28,6	0	0,0	7	100,0
Correcto	57	74,0	19	24,7	1	1,3	77	100,0
Adecuado	18	58,1	12	38,7	1	3,2	31	100,0
Algo bajo	1	12,5	6	75,0	1	12,5	8	100,0
Total	81	65,9	39	31,7	3	2,4	123	100,0

$P = 0.003$ ($P < 0,05$) S.S.

C.C. = 0.509

En la Tabla 13 se puede apreciar que los adultos mayores ubicados en el estilo de vida fantástico, ninguno de ellos evidencia niveles de depresión, al igual que los que se encuentran en un estilo de vida correcto (1,3%), estilo de vida adecuado (3,2) y estilo de vida algo bajo (12.5%).

Según la prueba estadística, existe correlación significativa entre el estilo de vida y niveles de la depresión, puesto que si el estilo mejora, lo niveles de depresión disminuyen, siendo ésta correlación buena.

Discusión

La presente investigación nos permite confirmar la hipótesis que a mejor estilo de vida menor serán los niveles de depresión, teniendo una correlación significativa de 0.509, este resultado comprueba la investigación de Carrillo y cols. (2010), donde la mayoría refirió tener un estilo de vida excelente o bueno y bajos niveles de depresión, la correlación entre niveles de depresión y estilo de vida fue positivo pero débil. En ambos estudios la mayoría de adultos mayores refieren sentirse bien y pertenecen a un grupo de ayuda social o un centro de integración, lo que habilita la constante interacción con otras personas. Es probable que por esta razón, a pesar que la mayoría de adultos mayores son de condición social baja refieran un estilo de vida elevado y un nivel bajo de depresión.

Existe correlación entre la edad y niveles de depresión en los adultos mayores del Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar, puesto que, a mayor edad, mayor será el nivel de depresión, lo cual es significativo. Warner y Willis, (2003) nos dicen que los estudios informan un aumento de los síntomas depresivos a partir de los 70 años. Sin embargo, los efectos de la edad, parece que se deben sobre todo a los problemas de salud física y a la discapacidad. Por tanto los estudios no encuentran un acrecentamiento notable de los niveles de depresión con el aumento de la edad, teniendo una discrepancia en sus resultados con la realidad Arequipeña, pero La Organización Panamericana de la Salud (2005) nos dice que la enfermedad depresiva leve es más frecuente y se intensifica a mayor edad y esta afecta más a las mujeres, los resultados muestran que efectivamente son las mujeres de 60 a 75 años las que registran mayor frecuencia, pero que en los varones mayores de 75 años la tendencia cambia y este nivel de depresión se incrementa por encima del sexo femenino, encontrando así una igualdad con los resultados de la investigación.

No existe relación significativa entre el sexo y niveles de depresión en los adultos mayores del Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar. Sin embargo Nance, (2013) nos dice que la mayor frecuencia de niveles de depresión lo tienen las mujeres, debido a que en las etapas de la vida son ellas las que tienden a sufrir declives emocionales, en situaciones como al dar a luz, algunas de ellas sufren de depresión posparto y durante la transición a la menopausia. Pero vemos una mayor prevalencia de suicidio en hombres de 75 años o más, por una depresión mayor. Por tanto la depresión es más alta en hombres que en mujeres (4.4/0.8), sin embargo no es significativa en nuestra investigación.

No existe correlación significativa entre el grado de instrucción y niveles de depresión, sin embargo los estudios observaron la influencia de la clase social pues se observó que el bienestar fue mayor para los hombres y mujeres con más educación y mejores empleos, envejecen con éxito (Papalia, cols., 2009), nuestros resultados difieren con estas investigaciones realizadas.

Encontramos discrepancia con nuestros resultados referidos al adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y niveles de depresión, pues Huenchuán (1998) nos dice que los niveles de depresión se incrementan en la adultez, sobre todo en situaciones de carencia familiar, debido a que se produce una desvinculación entre el individuo y su contexto social y ello tiene consecuencias negativas. También se sabe que el apoyo familiar es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, por ende se encontró que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos (Enrique, 2012). Aquellos que viven solos según Warner y Willis (2003), presentan mayores niveles de depresión (soledad y aislamiento social). Aproximadamente el 25% de ancianos que viven

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

solos no tienen hijos vivos, de los que tienen hijos vivos, casi la mitad tenía contacto diario con ellos y el 86% tenía contacto una vez por semana. Sin embargo en la prueba estadística de nuestra investigación del Centro Integral del Distrito de Mariano Melgar nos refiere que no existe relación significativa del adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y niveles de depresión.

Existe relación del adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y el estilo de vida, puesto que, si vive solo su estilo de vida va ser más bajo, siendo estos resultados significativos. Según Enrique, (2012) nos menciona que entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es uno de los recursos que brindan mayor beneficio a la persona, al entregar atención y protección en los procesos físicos y mentales por los que atraviesan, en especial cuando la persona no posee el apoyo de redes formales. Así, se ha encontrado que los adultos mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional, presentando así un mejor estilo de vida en comparación con aquellos que viven solos.

Conclusiones

PRIMERA.- Existe correlación significativa entre el estilo de vida y los niveles de depresión en el adulto mayor.

SEGUNDA.- No existe relación significativa entre género, estilo de vida y niveles de depresión en el adulto mayor.

TERCERA.- Existe correlación significativa entre la edad y los niveles de depresión, puesto que a mayor edad, mayor será el nivel de depresión. Sin embargo, no existe correlación con el estilo de vida en el adulto mayor.

CUARTA.- No existe correlación significativa entre grado de instrucción, estilo de vida y niveles de depresión en el adulto mayor.

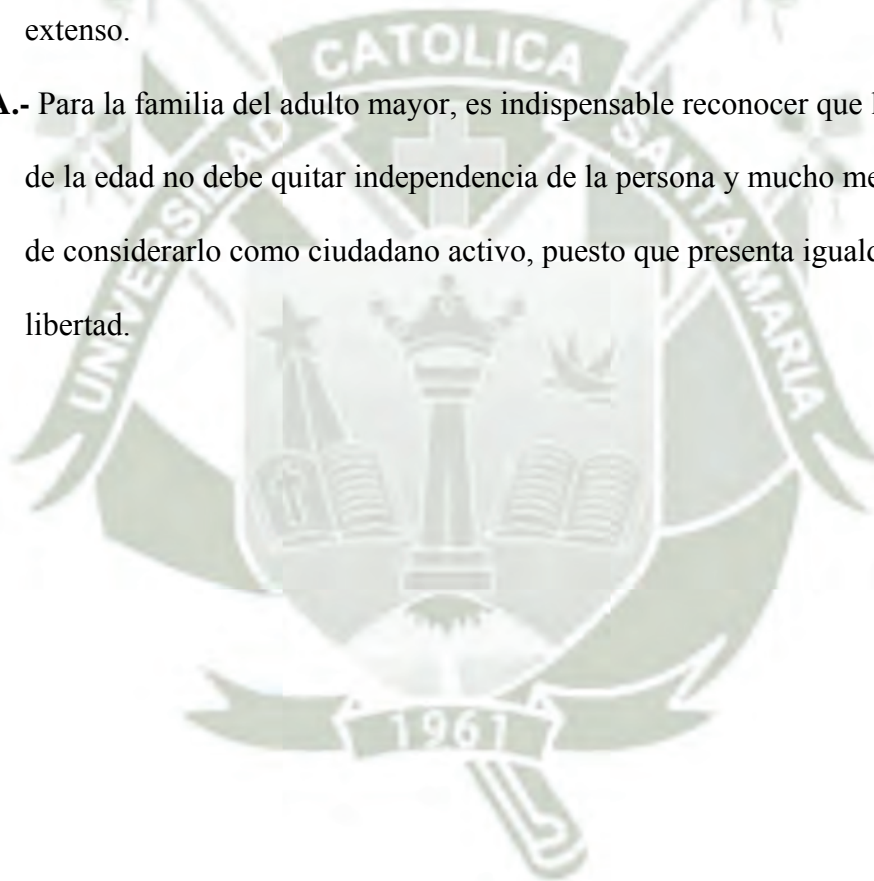
QUINTA.- Existe relación significativa entre el adulto mayor que vive solo, con pareja o con otros familiares y el estilo de vida, puesto que, si vive solo su estilo de vida va ser más bajo. Sin embargo, no existe relación con los niveles de depresión en el adulto mayor.

Recomendaciones

PRIMERA.- Se sugiere a los adultos mayores pertenecer a un grupo o club, de la iglesia, del barrio, etc. Donde podrán desenvolverse de manera activa, tanto de manera física, como mental y social. Para conservar la dinámica de su vida social, debido a que este punto toma mayor importancia en esta etapa.

SEGUNDA.- Tener en cuenta que la mayoría de adultos mayores son analfabetos o presentan una limitación física y el tiempo para realizar la prueba es más extenso.

TERCERA.- Para la familia del adulto mayor, es indispensable reconocer que la condición de la edad no debe quitar independencia de la persona y mucho menos dejar de considerarlo como ciudadano activo, puesto que presenta igualdad y libertad.



Limitaciones

PRIMERA.- El lugar de espera y de evaluación del adulto mayor debe ser cómodo, puesto que la mayoría cuenta con mayores dolencias físicas.

SEGUNDA.- La evaluación para el resto de Centros Integrales para el Adulto Mayor en el distrito de Mariano Melgar no se pudo concretar por la distancia y falta de acceso que representa.

TERCERA.- Contar con un personal de apoyo para poder avanzar de manera más rítmica aprovechando la asistencia del adulto mayor y las ganas de colaborar, debido a que el número de faltas puede aumentar por dolencias físicas.



REFERENCIAS

- Acosta, A. M., y Rodríguez, Y. (2012). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor*. (Tesis de licenciatura en enfermería no publicada). Universidad los Ángeles de Chimbote.
- Arias, G. (2012). *El proceso de investigación 2da parte*. En asignatura de investigación. 1-12 México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado el 11/04/2013 de:
http://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/bachillerato/documentos/LEC7.2.pdf
- Bacca, A., Gonzales, A., y Uribe, A., (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 5 pg.
- Barrón, V. (2006). *Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso*. (Tesis de maestría en gerontología no publicada). Universidad de Valparaíso, Chile.
- Carrillo, M., Valdés, N., Domínguez, M., y Marín, S. (2010). Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *Revista del instituto de salud pública de la Universidad Veracruzana*, 6, 4-10.
- Castelblaque, V. (2002). ¿Quiénes son ancianos frágiles ancianos de riesgo? *Medicina General*, 45, 443- 459.
- Del Águila, R. (2012). Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. *Organización panamericana de la salud*.

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

Chile. Voz Ciudadana [Mensaje en un blog]. Recuperado el 20/ 04/ 2014 de:

<http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>

Domínguez, O. (2005). *La vejez es una enfermedad crónica que requiere de políticas públicas*. (Tesis para medicina no publicada). Universidad de Chile, Chile.

Enrique, F. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 3, 23-29.

Galbán, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33 pg.

Huenchuán, S. (1998). *Vejez, género y etnia, grandes temas para el siglo XXI*. Temuco, Chile.

Irantzu, R. (2014). Un estilo de vida saludable para mejorar la depresión. Atención y gestión farmacéutica. *Revista Angelini*. Barcelona, 1 pg.

Matilla, R. (2001). La depresión en el anciano. *Revista informativa de la asociación profesional española de terapeutas ocupacionales*, 27, 87- 96.

Moreno, A. (2005). Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte*, 5, 222-237.

Nance, D. (2013). Depresión en el adulto mayor. *Instituto nacional de geriatría*.

Recuperado el 11/04/2014 de:

<http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/24.pdf>

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

Organización Mundial de la Salud, (2013). *La salud mental y los adultos mayores*. Centro de prensa- notas descriptivas.

Organización Panamericana de la Salud, (2005). *Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México*. Biblioteca sede OPS- catalogo en la fuente

Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., y Camp, C. (2009) *Desarrollo del adulto y vejez*, 3,520. Universidad Iberoamericana México: Mc Graw-Hill companies, México.

Pérez, A. (2010). *10 Hábitos efectivos para la salud del adulto mayor*. Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán. Universidad de Iberoamérica. México, 2 pg.

Ramírez- Vélez, R. y Agredo, R. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista Salud Pública*, 4, 226-237.

Rodríguez, D., Fernández, E., Cueto, A., Martínez, Z., García, M.E., Bringas, M.L. y Salazar, S. (2012). Correlación entre el examen mínimo del estado mental y la escala de memoria de Wechsler en una muestra de pacientes con daño cerebral. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 2, 79-84

Rodríguez, C., R., Siqueira, R., y Luiz, E. (2008). Versão Brasileira do questionário “Estilo de vida fantástico”: Tradução e validação para Adultos Jovens. *Revista Scielo*, 91 pg.

Rosales, R. de la C., García, R., de la C y Quiñones, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre la salud mental en el adulto mayor. *Revista Scielo*, 18 pg.

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

Torres, L. (2011). *Afectividad positiva y negativa en ancianos con o sin trastornos psicopatológicos. (Tesis de licenciatura en Psicología)*. Universidad de La Habana.

La Habana, La Habana.

Warner, k. y Willis, Sh. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez, 5ta edición*, Madrid:

Pearson educación.

Wilson, D., Nielsen, E. y Ciliska, D. (1984). Lifestyle assessment: Testing the fantastic instrument. *Revista Can. Fam. Physician*, 30, 1863-1866.





Anexos

Examen Mínimo del Estado Mental

<p>I. Orientación (máximo 10 puntos)</p> <p>Interrogar al anciano sobre fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al anciano acerca del nombre de la calle donde habita o vive, número de su casa.</p> <p>¿En qué ciudad estamos? ¿Qué provincia? ¿Qué país?</p>	<p>1. Día de hoy _____ 2. Mes _____ 3. Año _____ 4. Día de la semana _____ 5. Estación _____ 6. Dirección _____ 7. Número de la casa _____ 8. Ciudad _____ 9. Provincia _____ 10. País _____</p>
<p>II. Registro (máximo 3 puntos)</p> <p>Explorar la capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: PELOTA/BANDERA/ÁRBOL.</p> <p>Repartirlas hasta 6 veces para que el anciano las aprenda. Registrar los intentos.</p>	<p>11. Pelota _____ 12. Bandera _____ 13. Árbol _____ # de intentos _____</p>
<p>III. Cálculo y atención (máximo 5 puntos).</p> <p>Contar desde 100 hasta abajo restando 7. Parar después de 5 respuestas (93, 86, 79, 72, 65). Dar 1 punto por cada respuesta correcta. Si el sujeto no puede realizar las tareas, debe deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia delante. Dar 1 punto por cada letra bien ubicada. Ej.: ODNUM=5/ODMUN=3</p>	<p>14. _____ 93 _____ 15. _____ 86 _____ 16. _____ 79 _____ 17. _____ 72 _____ 18. _____ 65 _____ 19. No. de letras bien ubicadas: _____</p>
<p>IV. Recuerdo (máximo 3 puntos)</p> <p>Preguntar por las 3 palabras repetidas previamente. 1 punto por cada respuesta correcta.</p>	<p>20. Pelota _____ 21. Bandera _____ 22. Árbol _____</p>
<p>V. Lenguaje (máximo 9 puntos)</p> <p>- Mostrar al anciano un reloj y preguntarle: "¿Qué es esto?" Repetir lo mismo para el lápiz. 1 punto por respuesta correcta.</p> <p>- Repetir la frase: "Ni sí, ni no, ni peros".</p> <p>- Realizar una orden en 3 tiempos (tomar un papel con la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso).</p> <p>- Leer y obedecer: CIERRE LOS OJOS.</p> <p>- Escritura: Orientar al sujeto para que escriba una frase u oración.</p> <p>- Copiar un dibujo del <i>test</i> de Bender.</p>	<p>23. Reloj _____ 24. Lápiz _____ 25. Repetición _____ 26. Coger el papel con la mano derecha _____ 27. Doblarlo por la mitad _____ 28. Ponerlo en el piso _____ 29. Cerrar los ojos _____ 30. Escritura de la oración _____ 31. Dibujo _____</p>

Test de estilos de vida

A continuación se presentarán una serie de preguntas acerca de tu estilo de vida a lo largo de este último mes. Contesta cada una de las respuestas con la mayor sinceridad posible, esta prueba es totalmente anónima.

Datos generales

Fecha de nacimiento: _____ F ____ M ____

Grado de escolaridad: _____

Con quien vive: _____

Distrito _____

1.- Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

2.- Yo doy y recibo cariño:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

3.- Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (Organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

4.- Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinear) o deporte durante 30 minutos cada vez:

3 o más veces por semana	2
1 vez por semana	1
No hago nada	0

5.- Yo camino al menos 30 minutos diariamente:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

6.- Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas:

Todos los días	2
A veces	1
Casi nunca	0

7.- A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa:

Ninguna de éstas	2
Algunas de éstas	1
Todas éstas	0

8.- Estoy pasado(a) en mi peso ideal en:

0 a 4 kilos de más	2
5 a 8 kilos de más	1
Más de 8 kilos	0

9.- Yo fumo cigarrillos:

No, los últimos 5 años	2
No, en el último año	1
Sí, este año.	0

10.- Generalmente fumo ____ cigarrillos por día:

Ninguno	2
De 0 a 10	1
Más de 10	0

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

11.- Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita trago fuerte) por semana es de:

0 a 7 tragos	2
8 a 12 tragos	1
Más de 12 tragos	0

12.- Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión:

Nunca	2
Ocasionalmente	1
A menudo	0

13.- Manejo el auto después de beber alcohol:

Nunca	2
Sólo rara vez	1
A menudo	0

14.- Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta básica de cocaína:

Nunca	2
Ocasionalmente	1
A menudo	0

15.- Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:

Nunca	2
Ocasionalmente	1
A menudo	0

16.- Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína:

Menos de 3 al día	2
De 3 a 6 al día	1
Más de 6 al día	0

17.- Duermo bien y me siento descansado:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

18.- Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

19.- Yo me relajo y disfruto de mi tiempo libre:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

20.- Parece que ando acelerado(a):

Casi nunca	2
A veces	1
A menudo	0

21.- Me siento enojado(a) o agresivo(a):

Casi nunca	2
A veces	1
A menudo	0

22.- Yo me siento contento(a) con mi trabajo o mis actividades:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

23.- Yo soy un pensador positivo y optimista:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

24.- Me siento tenso(a):

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

25.- Me siento deprimido(a) o triste:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

Estilo de Vida y Depresión en el Adulto Mayor

26.-Me realizo controles de salud en forma periódica:

Siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

27.- Converso con mi pareja o mi familia temas de sexualidad:

Siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

28.-En mi conducta sexual me preocupo del auto cuidado y del cuidado de mi pareja:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

29.- Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de las normas de tránsito:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

30.-Uso cinturón de seguridad:

Casi siempre	2
A veces	1
Casi nunca	0

Escala de Depresión geriátrica (abreviada)

Instrucciones: Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho/a con su vida? | SI | NO |
| 2. ¿Ha renunciado a muchas actividades? | SI | NO |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? | SI | NO |
| 5. ¿Tiene a menudo buen ánimo? | SI | NO |
| 6. ¿Teme que algo malo le pase? | SI | NO |
| 7. ¿Se siente feliz a menudo? | SI | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia abandonado/a? | SI | NO |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir? | SI | NO |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | SI | NO |
| 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? | SI | NO |
| 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? | SI | NO |
| 13. ¿Se siente lleno/a de energía? | SI | NO |
| 14. ¿Siente que su situación es desesperada? | SI | NO |
| 15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | SI | NO |