



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y  
EL APOYO SOCIAL ASOCIADO A LA  
DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES QUE ASISTEN AL CLUB  
DEL ADULTO MAYOR EN EL  
DISTRITO DE SURCO

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

JOCELYN MIREYA ACUÑA SAMARITANO

LIMA – PERÚ

2019



## **MIEMBROS DEL JURADO**

Dra. Carmen Estela Montenegro Serkovic

**Presidenta**

Lic. Rita Arleni Caldas Domínguez

**Vocal**

Mg. Elena Esther Yaya Castañeda

**Secretaria**

**ASESOR DE TESIS**

Dr. Carlos López Villavicencio

## **DEDICATORIA**

A mis padres y a mi hermana por su apoyo constante en mis caídas, por su cariño y su amor al darme ánimos para continuar y no dejarme vencer, pero sobre todo por su paciencia durante mi desarrollo personal y académico, ya que son partes fundamentales en mi vida

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y a la virgen por haberme mostrado el camino con valentía y esfuerzo durante mis años de carrera. Agradezco, inmensamente, a los psicólogos del Hospital Militar, quienes fueron mis asesores y mis guías de enseñanza durante mi primera experiencia profesional. A la Universidad Peruana Cayetano Heredia, y a todos los profesores, por haberme dado una sólida formación teórica y haberme orientado en la práctica profesional.

Agradezco a todos; en particular, doy las gracias a mi asesor, el doctor Carlos López, por su exigencia y su ayuda a alcanzar mis metas.

## TABLA DE CONTENIDOS

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>4</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>4</b>
1.1. Identificación del problema .....	4
1.2. Justificación e importancia del problema .....	8
1.3. Limitaciones de la investigación .....	10
1.4. Objetivo de la investigación.....	11
1.4.1. Objetivo general.....	11
1.4.2. Objetivos específicos .....	11
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>12</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
2.1. Aspectos conceptuales pertinentes .....	12
2.1.1. Adulto mayor .....	12
2.1.1.1. Características del envejecimiento .....	15
2.1.1.2. Cambios durante la etapa de envejecimiento.....	15
2.1.1.3. Enfoques del envejecimiento.....	16
2.1.1.4. Género y redes de apoyo de adultos mayores .....	18
2.1.1.5. Problemática del adulto mayor .....	20
2.1.2. Estilo de vida saludable .....	21
2.1.2.1. Dimensiones del estilo de vida saludable .....	23
2.1.2.2. Modelo holístico de la Framboise-Lalonde .....	25
2.1.2.3. Importancia del estilo de vida saludable en el adulto mayor .....	26
2.1.3. Apoyo social.....	26
2.1.3.1. Dimensiones de apoyo social .....	28
2.1.3.2. Estereotipos del apoyo social en los adultos mayores .....	29
2.1.4. Depresión.....	30
2.1.4.1. Teorías de la depresión .....	31
2.1.4.2. Causas y consecuencias.....	32

2.1.4.3. Signos y síntomas de la depresión.....	32
2.1.4.4. Clasificación según CIE-10 y DSM-V .....	33
2.2. Investigaciones en torno al problema investigado .....	35
2.2.1. Investigaciones nacionales .....	35
2.2.2. Investigaciones internacionales .....	37
2.3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables .....	42
2.3.1. Variable: estilos de vida saludable .....	42
2.3.2. Variable: apoyo social.....	45
2.3.3. Variable: depresión.....	46
2.4. Hipótesis .....	48
2.4.1. Hipótesis general.....	48
2.4.2. Hipótesis específicas.....	48
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>49</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>49</b>
3.1. Nivel y tipo de investigación .....	49
3.2. Diseño de la investigación .....	49
3.3. Naturaleza de la población .....	49
3.3.1. Descripción de la población .....	49
3.3.2. Población y método de selección .....	50
3.3.3. Criterios de inclusión .....	52
3.3.4. Criterios de exclusión.....	52
3.4. Instrumentos .....	52
3.5. Procedimiento .....	60
3.5.1. Coordinación .....	60
3.5.2. Ejecución. ....	60
3.5.3. Consideraciones éticas .....	61
3.6. Plan de análisis de datos .....	62
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>64</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>64</b>
4.1. Prueba de hipótesis .....	68
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>77</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>77</b>
.....	77
<b>CAPÍTULO VI .....</b>	<b>82</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>82</b>



<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>83</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS</b>	

## Índice de tablas

		Pág.
Tabla	1. Matriz de operacionalización de estilos de vida saludable	44
Tabla	2. Matriz de operacionalización de apoyo social	46
Tabla	3. Matriz de operacionalización de la depresión	47
Tabla	4. Muestra de estudio	50
Tabla	5. Ficha de técnica de estilos de vida-Test fantástico	53
Tabla	6. Ficha de técnica de apoyo social de Moss	56
Tabla	7. Ficha de técnica de escala de depresión geriátrica de Yesavage	58
Tabla	8. Niveles de estilos de vida de los adultos mayores del CIAM, Surco	64
Tabla	9. Niveles de apoyo social de los adultos mayores del CIAM de Surco.	65
Tabla	10. Niveles de depresión de los adultos mayores del CIAM, Surco.	65
Tabla	11. Dimensiones de apoyo social en los adultos mayores del CIAM de Surco.	66
Tabla	12. Estilos de vida saludable de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018.	66
Tabla	13. Niveles de apoyo social de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018.	67
Tabla	14. Niveles de depresión de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018.	68
Tabla	15. Relación entre los estilos de vida y el apoyo social.	69
Tabla	16. Relación entre el estilo de vida y la depresión	70
Tabla	17. Relación entre el apoyo social y la depresión	71
Tabla	18. Correlación entre estilo de vida y apoyo social	72
Tabla	19. Correlación entre apoyo social y dimensiones de estilo de vida	74
Tabla	20. Correlación del estilo de vida según sexo	75
Tabla	21. Correlación de apoyo social según sexo	76
Tabla	22. Correlación de la depresión según sexo	76

## RESUMEN

La presente investigación es de nivel y de tipo descriptivo básico, de diseño correlacional descriptivo; se realizó con una muestra de ochenta adultos mayores, entre los sesenta y los setenta y cinco años de edad, que asistieron al servicio de gerontología en el área de participación ciudadana de un centro integral del adulto mayor del distrito de Santiago de Surco.

El objetivo fue identificar la relación entre los estilos de vida saludable, el apoyo social y la depresión; para lo cual se empleó un instrumento test fantástico, que se encuentra adaptado y validado en nuestra población peruana; y el primer objetivo es evaluar los estilos de vida saludables; para la variable apoyo social se empleó el instrumento de Sherbourne y Stewart (1991), cuestionario para identificar el apoyo estructural y funcional percibido por las personas a través de cuatro factores del apoyo social y, por último, la escala de depresión geriátrica de Yesavage, consto de treinta ítems desarrollados para detectar la depresión de los ciudadanos mayores de una manera vertiginosa, fácil y eficaz; creado por Brink, Yesavage , Lum , Heersema, Adey y Rose (1982).

Los resultados, una vez confirmada la hipótesis planteada, muestran que hay la evidencia suficiente para concluir que hubo correlación significativa entre el estilo de vida saludable y apoyo social en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Surco (\*\* $p=0.00$ ). Según la prueba de correlación de Spearman, se concluyó que hay relación positiva directa y significativa entre las variables; asimismo, se encontró relación directa alta entre el estilo de vida y las dimensiones apoyo afectivo, apoyo emocional, apoyo instrumental e interacción social; es decir, a mayor nivel de las dimensiones de apoyo social se elevara el

estilo de vida del adulto mayor, en relación al estilo de vida, el apoyo social y la depresión, en función al sexo; los datos más dispersos fueron para el sexo masculino, que se aleja a la media del resultado.

**Palabras clave:** estilos de vida, apoyo social, y depresión.

## ABSTRACT

The present investigation is of level and descriptive basic type, of descriptive correlational design, was realized with a sample of 80 older adults, between 60 and 75 years of age, that attend the service of gerontology in the area of Citizen Participation of a Club of the senior citizen of Lima, in the district of Santiago de Surco.

The objective was to identify the relationship between healthy lifestyles, social support and depression, and at the same time a Test Fantastic instrument was used, it is adapted and validated in our Peruvian population, being its first objective to evaluate the healthy lifestyles, for variable social support was used the instrument of Sherbourne and Stewart (1991) questionnaire to identify the structural and functional support perceived by people through four factors of social support and finally the scale of geriatric depression Yesavage consists of 30 items developed to detect depression in the elderly population in a fast, simple and effective way and was created by Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey, and Rose (1982). The results were analyzed with the statistical program SPSS 25.0, obtaining the confirmation of the proposed hypothesis, and there is sufficient evidence to conclude that there is a significant correlation between the variables of healthy lifestyles and social support in the older adults of the Grown District Senior Adult Club. (\*\*  $p = .00$ ). According to Spearman's correlation test, it is concluded that there is a direct and significant positive, in relation to lifestyle, social support and depression based on sex, the most dispersed data were for the male sex moving away from the average of the result.

**Key words:** lifestyles, social support, and depression.

## INTRODUCCIÓN

Las personas mayores tienen capacidades muy variadas y una gran pluralidad de modos en que pueden continuar contribuyendo con sus familias; sin embargo, el envejecer provoca una inevitable declinación en las capacidades y una mayor vulnerabilidad ante los cambios súbitos. El envejecimiento de la población a nivel mundial está experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. En 2017, se calculó que hay 962 millones de personas con sesenta años o más; es decir, un trece por ciento de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del tres por ciento. Europa tiene el mayor porcentaje de población de adulto mayor (veinticinco por ciento). Ya para el 2030, se estima que serán 1400 millones de personas de edad avanzada en el mundo; en 2017 en América Latina y el Caribe hay setenta y seis millones de personas mayores de sesenta años y que para 2050 esta cifra puede alcanzar los 198,2 millones de ancianos (ONU).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática informó que en el Perú existen 3 345 552 personas adultas mayores, lo que equivale al 10,4% de la población total; según las proyecciones demográficas estimadas, para el año 2020 se espera que la cantidad de adultos peruanos de más de sesenta años aumente a 3 593 054 personas (INEI 2018: 21).

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en su último informe estadístico de Población Adulto Mayor, en adelante PAM, expresa que el número de PAM por distrito es: en 2015 Lima (Metropolitana) cuenta con una población de 8,894,412 habitantes, donde el 10.8% representa la población adulta mayor (963,353). Asimismo, respecto al distrito Santiago de Surco, el número de

personas adultas mayores es de 54,849 habitantes, y se convierte en el cuarto distrito con mayor PAM (MIMP, 2019). También, en nuestro país, el Ministerio de Salud (MINSA) señaló que un 20% de los habitantes de la nación demanda asistencia en salud mental, y son los trastornos depresivos, de ansiedad y de pánico los que se presentan con frecuencia en las personas adultas (MINSA, 2017).

La población adulta mayor crece cada vez más; se pronostica que este crecimiento estará acompañado de enfermedades físicas y mentales; una de ellas es la depresión, la que en el adulto mayor presenta una tasa de prevalencia de 20,6% en el sector urbano (Ávila, Melano, Payette y Amieva, 2007). La depresión es un desorden mental, se manifiesta en melancolía, en poco interés, en excesiva culpa, en aumento del cansancio y la poca concentración (Organización Mundial de la Salud, 2015). Se conoce que la falta de empleo, la mala alimentación, el estar viudos o solteros y los cambios en los roles familiares son agentes de peligro en el adulto mayor, ya que pueden causarle depresión (Acosta, 2016).

Por esta razón, el propósito de la investigación fue determinar la relación entre los estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al Centro Integral del Adulto Mayor, en adelante CIAM, del distrito de Santiago de Surco, por ser el espacio municipal de prestación de servicios básicos integrales y multidisciplinarios para el bienestar de las personas adultas mayores.

No obstante, la importancia que actualmente son cuestiones referidas a la calidad de vida, a la funcionabilidad del adulto mayor, con el estudio se alcanzará conocer cuánto implica el apoyo social que realizan los familiares y los amigos a los adultos mayores para mejorar el estilo vida de dicho colectivo; de la misma manera, saber si todo ello genera depresión en el adulto mayor; todo esto con el fin de facilitar al adulto mayor que tenga una vejez en mejores condiciones, a pesar de sus diferentes procesos evolutivo. Los resultados que se obtuvieron en la investigación ayudaran a fortalecer las dudas en relación al conocimiento de este caso, dirigido a las personas que estén al cuidado de un adulto mayor, asimismo al personal de salud con el único propósito de que de alguna manera, incrementar la mejora de la necesidad, ya que forma parte de la persona, más aun del adulto mayor.

Con ello, los adultos mayores tendrían la esperanza de que la vida va en aumento, implicando eso satisfacer las diversas necesidades que son propias de la persona mayor, siendo una de ellas la dependencia, la discapacidad, la integración social, la atención física, relacionada a enfermedades propias del adulto mayor, por lo que es importante conocer, valorando cada una de esta necesidades.



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Identificación del problema

La población mundial en 2017, de acuerdo con los resultados de United Nations New York, era de casi 7,6 mil millones: el 60% de la población mundial vive en Asia, el 17% en África, 10% en Europa, 9% en América Latina y el Caribe, y el 6% restante en América del Norte y en Oceanía. De esta población, se estima que el adulto mayor la conforma 962 millones de personas de sesenta años o más en el mundo, que comprenden el 13% de la población mundial; dicha población está creciendo a una tasa de alrededor del tres por ciento por año. Actualmente, Europa tiene el mayor porcentaje de población de sesenta años o más (25 por ciento).

El rápido envejecimiento también se producirá en otras partes del mundo; de modo que para el 2050 todas las regiones del mundo, excepto África, tendrán casi un cuarto o más de sus poblaciones a los de sesenta años o más; asimismo, se proyecta que sea de 1.4 mil millones en el 2030 y de 2.1 mil millones en el 2050; en las próximas décadas, un aumento adicional en la población de personas mayores es casi inevitable, debido a que se sigue incrementado de la esperanza de vida. Sin embargo, existe problemas de salud de las personas mayores, que son el resultado de enfermedades crónicas, pero es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables (ONU).

En los últimos años, la población del adulto mayor creció, en comparación con la población en general (Jonis y Llacta, 2013). Los datos y las estadísticas presentados por la Organización Mundial de La Salud (2018) indican que hasta el año 2050, el porcentaje de adultos mayores aumentará hasta un 22%; es decir, a 2 000 millones de personas.

Según Jonis y Llacta (2013), este crecimiento en el Perú de los adultos mayores se relaciona con indicadores de pobreza, las enfermedades y la carencia de políticas sobre salud. Estos autores explican que el 56,3% de adultos mayores posee recursos económicos y redes de apoyo social, el 41,7% se sitúa en un contexto de pobreza, y el 19,5% se encuentra en condición de pobreza extrema, y así se convierte en una población vulnerable, lo cual merece ser investigado.

Frente al incremento de la población adulta mayor, se espera que las múltiples enfermedades crónicas aumenten su probabilidad de aparición, sobre todo, la depresión, por lo que se considera preocupante que el 14,8% de los adultos mayores institucionalizados presente niveles elevados de depresión; incluso, al analizar la población por ámbito de residencia, se encuentra que la tasa de prevalencia de depresión a nivel urbano es de 20,6%, mientras que en la población rural es de 16,1% (Zevallos, 2015). La Organización Mundial de la Salud (2017) indica que la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornos en la vida cotidiana; especialmente, se observa que los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas, como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina.

Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria, lo que puede convertirse en una depresión de tipo crónica o recurrente. Sumado a esto, Cárdenas y Suárez (2010) señalan las características del adulto mayor, que desembocan en una depresión, que son enfermedades físicas, neurológicas, pérdida del trabajo, cambio en la alimentación, alteraciones cognoscitivas y aislamiento social.

La Municipalidad de Santiago de Surco, en virtud del artículo 8° de la Ley N° 28803, Ley de las Personas Adultas Mayores, dispone la adecuación de los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) en dicho distrito en 2017, mediante la Ordenanza N°565 MSS de la Municipalidad. En este contexto, se adecúa este espacio municipal de prestación para el bienestar, la promoción social y la participación de las personas adultas mayores; este servicio se inició en el 2012 mediante la Gerencia de Desarrollo Humano y Educación, y fue el primer club del adulto mayor del distrito; y en 2017 pasó a ser parte del CIAM mediante ordenanza. Dicho centro está ubicado en la cuadra 10 de la avenida Castilla donde este grupo de personas participa en talleres de liderazgo y disfruta de juegos y distracciones, con la finalidad, no solo de otorgar bienestar a los adultos mayores, sino también de levantarles el ánimo, de rescatarlos de la desidia, del aburrimiento o del maltrato, comentó el anterior alcalde de Santiago de Surco, Roberto Gómez.

La Municipalidad de Santiago de Surco brinda herramientas que motiven al adulto mayor a potencializar su autoestima, a incentivar el desarrollo de sus capacidades, de sus habilidades individuales, de los servicios preventivos en las diversas áreas de salud física y psicológica, y también es un espacio para la distracción y la saludable recreación.

Las personas que acuden a CIAM, son adultos mayores y participan en todos los talleres orientadas a prevenir en los adultos mayores problemas que se puedan presentar a nivel biopsicosocial, los mismos que podrían perjudicar sus relaciones sociales y, por ende, su desenvolvimiento y desarrollo diario.

De acuerdo con los datos registrados en el Perú, el desarrollo del envejecimiento se relaciona con la pobreza del país, con las injusticias, con la carencia de oportunidades y con un déficit elevado de seguridad social (León, Juárez y Alata, 2012). Las personas de la tercera edad suelen recibir una mínima pensión por sus jubilaciones, sufren duelos por sus familiares, y es donde los sentimientos de soledad aparecen, ya que no poseen redes de apoyo; por ejemplo, se encontró que en Lima, el 60% de adultos mayores presenta autopercepción de riesgo y problema social en su estilo de vida, incluso se encontró que en la dimensión de salud psicológica, la cual se relaciona con la depresión, un 48% presenta una calidad de vida regular (Licas ,2015; Varela, Chávez, Tello, Ortiz , Gálvez y Casas,

2015; Pablo, 2016).

Los postulados sugieren una relación teórica entre los estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión que necesita reportarse con evidencias. Además, se visita el CIAM, ubicado en el distrito de Surco, en donde se observa que los adultos mayores presentan gestos de tristeza y de desasosiego, y algunos no participan en los diversos talleres que realiza el Centro. Alguno de ellos estaban aislados del grupo del adulto mayor; de la misma manera, muestran singular preocupación, debido que no existe la peculiar alegría y la participación completa de los talleres organizados por el Centro, el cual es favorable para el adulto mayor en la calidad de vida que llevan y un soporte familiar inadecuado. Entonces, surge la pregunta de investigación: ¿cuál es la relación que existe entre los estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en el distrito de Santiago de Surco?

## **1.2. Justificación e importancia del problema**

Frente al aumento de los pobladores mayores de sesenta años, se genera una particular atención a este grupo poblacional, puesto que son personas frágiles de sufrir cambios físicos y emocionales a consecuencia de su falta de adaptación a su nuevo entorno (Licas, 2015).

La etapa adulta mayor está ligada a innumerables pérdidas de tipo social; esto genera que los adultos mayores se separen de sus redes de apoyo, y obtengan más desventajas a nivel personal, y así se llegue al incremento de la soledad. Asimismo, los adultos mayores que no poseen adecuados recursos económicos para saciar sus necesidades básicas van a sufrir de sentimientos de soledad por desligarse de su familia, y sentirse indiferentes y un poco colaborativos en las

actividades de la comunidad, y así se obtienen resultados negativos y altos niveles de sentimientos de inseguridad, se altera su autopercepción, disminuye su adaptación al cambio y transforma su evolución personal y su relación con los otros (Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004; Licas, 2015).

Desde la parte teórica, esta investigación incrementará la reflexión y la discusión sobre el conocimiento de enfermedades mentales, como la depresión y su asociación con otras variables en la población adulta mayor, y se aportará al conocimiento existente sobre la identificación de los estilos de vida deficientes y el apoyo social, cuyos resultados permitirán una intervención adecuada y podrán ser sistematizados en una recomendación para ser incorporados como conocimiento a las ciencias de la psicología.

Respecto al aporte metodológico, la elaboración de la investigación permitirá indagar elementos relacionados con la depresión en adultos mayores y generar el uso de un método de investigación para promover entendimiento válido y confiable en diferentes situaciones relacionadas con el apoyo social y los estilos de vida; cuando se evidencie su validez y su confiabilidad se permitirá el uso en otras investigaciones que involucren a la ciencia y en otros clubes del adulto mayor.

Por otra parte, la investigación tiene una implicancia práctica, puesto que, a raíz de los resultados, se pretende presentar alternativas de solución: programas de talleres a los familiares y a los trabajadores del centro, las que se orientan a sensibilizar a los familiares, a los ciudadanos y a los cuidadores del PAM, con la finalidad de disminuir la sintomatología de los adultos mayores depresivos.

Finalmente, la presente investigación es importante, ya que será un punto de partida para desarrollar actividades y programas preventivos que ayuden a mejorar los estilos de vida del adulto mayor de CIAM de Surco; asimismo, al ser las conclusiones y las recomendaciones cooperaciones para lograr la efectividad de futuras acciones en la salud del adulto mayor, se buscará la reducción del riesgo de sufrir depresión, así como beneficiar al estilo de vida.

### **1.3. Limitaciones de la investigación**

La investigación presenta las siguientes limitaciones:

Los resultados obtenidos responden solo a la población en estudio, no pueden ser generalizados a otras poblaciones, puesto que la muestra solo abarca a adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santiago de Surco, pero permite aproximarnos a la realidad.

No ha sido posible encontrar información estadística de los años 2016 al 2018 de la población del adulto mayor en el Perú, pues solo se tuvo acceso por la web del MIMP a información del año 2015, a pesar de haber solicitado acceso a la información pública, actualizado con ticket 233 al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

También se tuvo limitación de investigaciones en las variables estudiadas, debido que la plataforma de repositorio de investigaciones de la UPCH tenía restricción para poder tener acceso a los resultados emitidos de los estudios que investigaron la variable estudiada, y, por lo tanto, no se pudo comparar en la discusión con los resultados obtenidos de la investigación.

Por último, hay escasa investigación en cuanto a las variables estudiadas en el contexto del adulto mayor de investigaciones nacional e internacional.

#### **1.4. Objetivo de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre los estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al Club del adulto mayor en el distrito de Surco.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre el puntaje total de estilos de vida saludable con los puntajes de las dimensiones de apoyo social en adultos mayores que asisten al Club del adulto mayor en el distrito de Surco.
- Identificar la relación entre el puntaje total de apoyo social con los puntajes de las dimensiones de estilos de vida saludable en adultos mayores que asisten al Club del adulto mayor en el distrito de Surco.
- Identificar la relación entre los estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores según sexo.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Aspectos conceptuales pertinentes**

##### **2.1.1. Adulto mayor**

El adulto mayor tiene la misión de acostumbrarse cada vez más a su nuevo estado laboral y familiar, puesto que cambia el rol de padre y de liderazgo de la familia por el rol de abuelos, frecuentemente con poca participación en la dinámica familiar y, en ocasiones, con momentos realmente penosos por la separación de sus hijos, se conviertan en viudos y los sentimientos de soledad (Acosta, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (2017) definió el concepto de “adulto mayor” para referir al segmento poblacional de personas de sesenta y cinco años a más, que incluye a las personas de edad avanzada. Sin embargo, en el Perú y en América Latina se reconoce dentro de este grupo a las personas mayores de sesenta años.

De acuerdo con Ramos Bonilla, “es probable que la necesidad tangible de hacer frente al gran crecimiento de esta población de personas adultos mayores haya llevado a las respuestas prácticas y no al desarrollo teórico” (2013: 105).

En el año 1982, en Viena, en Europa, se desarrolló la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en la que se estableció que la edad umbral son los sesenta años. Posteriormente, en 1984, la organización mundial de la salud denominó “adulto mayor” a las personas que tenían sesenta a más años; este umbral también se utiliza en el Perú (Bonilla, Rivera y Santacruz, 2008).

En el Perú, se tiene la Ley N° 30490, Ley de la persona adulta mayor, cuyo objeto es establecer un marco normativo que garantice el ejercicio de los derechos de la persona adulta mayor a fin de mejorar su calidad de vida y propiciar su plena integración al desarrollo social, económico, político y cultural de la Nación. Según dicha ley, se entiende por persona adulta mayor a aquella que tiene sesenta o más años de edad; en esta ley se establece la promoción y la protección de los derechos de las personas adultas mayores; la seguridad física, económica y social; la protección familiar y comunitaria; y la atención de la salud, centrada en la persona adulta mayor.

Este hallazgo se relaciona con la investigación realizada por Pando, Beltrán, Alfaro y Mendoza (2001), realizado en México, en la que se encontró que los mayores elementos riesgosos en la depresión del adulto mayor son la poca actividad laboral, la alimentación deficiente, el estar viudos o solteros y la misma edad avanzada en adultos de ochenta a ochenta y cuatro años, considerando la falta de empleo y los hábitos de vida como los más importantes factores que causan depresión. Asimismo, el hallazgo de los autores Cano, Gómez, Aldana, Samper, Rodríguez, Arciniegas y Germán (2015) reportan que los estilos de vida poco saludables, como fumar de manera excesiva, consumir bebidas alcohólicas y realizar actividad física deficiente incrementan la probabilidad de sufrir depresión en adultos mayores.

Según Pérez (1997), la vejez se define como una etapa más en un proceso que constituye la totalidad del ciclo vital, “no implica una ruptura en el tiempo, una etapa terminal, sino que es parte de un proceso en que la persona se relaciona con la estructura social de la misma manera como lo hizo en otras etapas de su vida”.

El autor también planteó dos grandes dimensiones para reflejar la existencia material y conceptual de la vejez como un fenómeno social: la edad y la estructura o el sistema social. Por un lado, la edad es entendida como la gran variable estratificadora u ordenadora que permite comprender la vejez y, por el otro, la sociedad y sus reglas imponen pautas de comportamiento y de conducta creando la vejez. Dicho de otra manera, “existiría el concepto de edad [y por lo tanto de vejez] porque la estructura social lo desea”. Como estas dos fuentes actúan simultáneamente, la edad existe en una determinada sociedad y la sociedad se articula en función de las edades. Es decir, “edad y sociedad se contienen una a la otra delimitando el terreno donde surge con propiedad el fenómeno social de la vejez” (p. 21).

Las personas mayores, al igual que las otras, pueden desarrollar un grado de actividad social determinada, básicamente por tres factores: las condiciones de salud, la situación económica y el apoyo social que reciba. Por lo tanto, no es la edad lo que conduce a la desvinculación social; cuando esta ocurre, se debe a circunstancias asociadas, como la mala salud, la pérdida de amistades o la reducción de ingresos (Aranibar, 2001).

El Ministerio de Salud (2012) propone indicadores para la atención de la salud de manera integral de los adultos mayores; explica que es de vital importancia que las personas que envejecen conserven su capacidad funcional; por ello, se tiene que establecer una serie de estrategias y de orientaciones adecuadas de cuidados, por lo que es útil clasificarlas en:

- Persona adulta mayor autovalente: Es el adulto de sesenta a más años, que puede ejecutar actividades funcionales, como alimentarse, vestirse, caminar, asearse, bañarse, entre otras, y funciones instrumentales, como cocinar, limpiar y hacer tareas fuera del hogar.
- Persona adulta mayor frágil: Es la persona de sesenta a más años, que posee alguna alteración a nivel fisiológico o a nivel social e indica riesgos de sufrir alguna enfermedad o discapacidad.
- Persona adulta mayor dependiente: Es el adulto de sesenta a más años, que ya perdió el bienestar fisiológico y posee déficit en sus actividades físicas y funcionales, lo cual restringe que el adulto realice acciones de su vida diaria.

#### **2.1.1.1. Características del envejecimiento**

Según en MIMDES (2008), las características del envejecimiento son:

- Universal, es propio de todos los seres vivos.
- Irreversible, a diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual, cada ser tiene una forma peculiar de envejecer, en la vejez se cosecha todo lo sembrado a lo largo de su existencia.
- Intrínseco y personal, no depende solo de factores externos sino que influye el estilo de vida de cada uno.

#### **2.1.1.2. Cambios durante la etapa de envejecimiento**

Según el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, los cambios que se generan en la etapa de envejecimiento son:

- A. **Cambios físicos:** con el transcurrir de los años, se dan ciertos cambios en el cuerpo, en la vista, en el oído, en la dentadura, en la piel, el cabello. Deben seguir viviendo con esos cambios, deben aceptar y adaptarse a las modificaciones que nos trae el paso del tiempo, pues, a pesar de ellos, siguen siendo las mismas personas. Es por ello que se debe fortalecer la autoestima; de esta manera, el adulto mayor aprende a aceptar la nueva imagen que le devuelve el espejo y, sobre todo, a valorarse y a quererse.
- B. **Cambios psicológicos:** se generan cambios en la facultad intelectual y mental. Es muy importante que la persona adulta mayor comprenda que con la edad se presentan ciertas limitaciones, y que esto es normal. El estado de ánimo de una persona adulta mayor puede variar, pero la tristeza y la depresión no son inevitables ni normales (p.8).
- C. **Cambios sociales:** se considera que un adulto mayor padece de muchos cambios que disminuyen las oportunidades de desarrollo y de condiciones de vida de las personas adultos mayores. En el aspecto social, un factor que influye en el tipo de respuesta del adulto mayor es el trato y el apoyo emocional que reciben de otros.

### **2.1.1.3. Enfoques del envejecimiento**

Según Papalia y Wendkos (1998), el envejecimiento, como proceso individual que experimentan las personas, puede ser tratado desde diferentes enfoques, que a continuación son presentados:

**a) El enfoque biologicista**

Tiene su base en dos teorías: la del envejecimiento programado, “que sostiene en que los cuerpos envejecen de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo y que este programa, predefinido para cada especie, está sujeto solamente a modificaciones menores, y la teoría del desgaste natural del envejecimiento, que asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que la vejez es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo” (Papalia y Wendkos, 1998).

**b) El enfoque psicológico**

El envejecimiento se enfoca usualmente desde dos teorías opuestas en su concepción: la teoría de la desvinculación y la del envejecimiento satisfactorio. La teoría de la desvinculación nos señala que “...la vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo de la propia persona adulta mayor y la sociedad. La persona adulta mayor reduce voluntariamente sus actividades y sus compromisos, mientras que la sociedad estimula la segregación generacional presionando, entre otras cosas, para que la gente mayor se retire del mercado laboral y de la vida en sociedad.

**c) El enfoque social**

En el enfoque social se encuentra la teoría funcionalista del envejecimiento, que propone el hecho de que en la vejez se produce una ruptura social y una pérdida progresiva de las funciones en el sentido de los roles. Los críticos de esta teoría manifiestan que esta forma de entender el envejecimiento proporciona herramientas ideológicas para justificar argumentos sobre el “carácter problemático” de una población que envejece, y que percibe a las

personas adultas mayores como improproductivas o no comprometidas con el desarrollo de la sociedad.

#### **2.1.1.4. Género y redes de apoyo de adultos mayores**

Existen diversas instituciones que, mediante normativa, han sido creadas para apoyar al PAM, como el CIAM, el CAM, entre otros.

- **Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM);** es el ambiente municipal en el que interactúan los adultos mayores participando en servicios básicos integrales y multidisciplinarios para el bienestar y la promoción social de las personas adultas mayores en un contexto de cogestión y de participación de la persona adulta mayor y la familia. Los CIAM tienen como finalidad ofrecer, a las personas adultas mayores que se inscriban voluntariamente, un espacio propicio para la socialización y la interacción con otras personas, evitando el aislamiento y promoviendo su participación e integración social.
- Su finalidad básica, conforme al artículo 8 de la Ley N°28803, es favorecer y facilitar la participación activa, concertada y organizada de las personas adultas mayores, desarrollar lazos de mutuo conocimiento y amistad, realizar actividades de carácter recreativo, organizar talleres de autoestima, de prevención del maltrato, de mantenimiento de las funciones mentales, y prevenir enfermedades crónicas, promover un trato diligente, respetuoso y solidario con las personas adultas mayores, proponer soluciones a la problemática de las personas adultas mayores, entre otros que favorezcan al PAM.

- Los centros del adulto mayor (CAM ESSALUD) son espacios de encuentro generacional orientados a optimizar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracionales, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. Su finalidad básica es lograr que todas las personas adultas mayores puedan disfrutar de una vida digna, activa, saludable y segura; brindar los medios para incrementar los niveles de participación social, económica y cultural de las personas adultas mayores; reivindicar al adulto mayor y promover su inclusión social.
- Club del Adulto Mayor (CAM MINSA), del Ministerio de Salud, son centros donde se advierte, se comunica y se inculca sobre los estilos de vida saludable, las destrezas para la vida y el autocuidado; promoviendo un adecuado contexto social, psicológico y hasta económico; mediante talleres manuales, implementados ser parte de una terapia física, elaborando materiales para la venta lo cual trae consigo un ingreso económico adicional. El contacto intergeneracional permite también combatir el aislamiento.

Asimismo, existen redes de apoyo familiar de los adultos mayores que se refieren y se diferencian según el género; por ejemplo, en el estado civil, los hombres viudos y los solteros poseen un soporte social más limitado que las mujeres, puesto que el género femenino permite establecer relaciones de amistad más duraderas y de una manera sencilla. Al respecto, Guzmán, Huenchuan y Montes (2013) concluyen que las redes de amistad en los hombres se basan en acciones conjuntas, mientras que las amistades de las mujeres se basan en



conversaciones. Sobre el caso de las redes comunitarias, estos autores explican diferencias de género ya que los varones se involucran más que las mujeres en las organizaciones y los debates políticos, mientras que las mujeres van a participar en voluntariados comunitarios, servicio de la salud y pasatiempos recreativos.

También existen diferencias de género en la percepción del adulto mayor respecto a la ayuda que recibe (Arias, 2013), en las que se encontró que los varones que cuidan a varones no aceptan que están siendo verdaderamente cuidados; sin embargo, si la persona quién cuida al varón es una mujer, ellos consideran que se sienten mejor tratados y valorados. Esto es consecuencia de mitos, en los que se cree que la mujer es más preparada que el varón para realizar tareas de cuidado.

Guzmán, Huenchuan y Montes (2013) analizan la problemática situación de mujeres de pocos recursos económicos, quienes poseen redes de apoyo restringidas a nivel familiar y externo, ya que en su rol de mujeres tienen que ejercer el rol frecuente de cuidadoras de otros y del hogar, lo que las restringió a forjar redes de apoyo, por ende, en la actualidad, solo se tienen a ellas mismas.

#### **2.1.1.5. Problemática del adulto mayor**

Según la Organización Mundial de la Salud, la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se calcula que, entre 2015 y 2050, dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Es decir, un aumento previsto de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de sesenta años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales, que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los sesenta años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin 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. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. La demencia lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura, por lo que toca a los costos de la asistencia médica, social e informal que impone. Por otra parte, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal. Y la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de sesenta años de edad y mayores.

### **2.1.2. Estilo de vida saludable**

El estilo de vida saludable es un modo vida establecido, en el que se intercambian las peculiaridades individuales, las relaciones sociales y los estándares de vida económicos y contextuales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Del mismo modo, Bennisar (2014) definió el estilo de vida como "los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de patrones conductuales comunes".

Los estilos de vida saludables son pautas de conducta parcialmente constantes de los seres humanos; estas pautas se relacionan con las formas

frecuentes de reaccionar ante alguna situación, como el consumo de tabaco y de alcohol, las dietas poco balanceadas o la carencia de actividad física, por ende, los estilos de vida saludable se fundamentan en la salud (Rodríguez, 2006).

Por estilos de vida saludable se entiende como “los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral, el autocuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan” (Reyes, 2011).

Para Villar, Ballinas, Gutiérrez y Angulo (2016), los estilos de vida saludables son definidos como los patrones de comportamiento, determinados por la relación entre las características individuales y sociales y las condiciones de vida (socioeconómica y ambiental). Por ello, estos modelos deben estar basados en factores internos (brindar conocimiento y motivar a las personas a practicar estos estilos) y a factores externos (estilos de vida adecuados a la cultura y a las costumbres de la población).

A lo largo del tiempo, se destacan ciertos estilos de vida que pondrán en riesgo el estado de salud de una persona; por ejemplo, el consumo de sustancias tóxicas, como los cigarrillos, las bebidas alcohólicas y otras drogas, la poca actividad física, el sueño incompleto, el estrés por conducción de vehículos, las dietas inadecuadas, la carencia de higiene personal, la mala alimentación, las alteraciones en las ocupaciones de ocio, los pasatiempos dañinos y los problemas en el comportamiento sexual (Rodríguez, 2006).

### **2.1.2.1. Dimensiones del estilo de vida saludable**

Los estilos de vida que afectan la salud del adulto mayor se dividen en dimensiones (Douglas, Wilson y Nielsen, 1984):

- Dimensión familiar y social: es una dimensión importante y una de las principales en el adulto mayor como ser biológico, psicológico y social; por ende, necesita de redes de apoyo para poder sostenerse a lo largo de su vida, enfrentarse a problemas difíciles y seguir creciendo de manera grupal para lograr sus objetivos (Cruz, 2013).
- Dimensión actividad física: se refiere netamente al ejercicio como una actividad física establecida, programada y frecuente, la cual busca instaurar y promocionar hábitos saludables respecto a la condición física. Es muy importante que se realice un ejercicio aeróbico, como caminatas, natación, saltos, entre otros, para mantener habilidades motoras en el adulto mayor (Cruz, 2013).
- Dimensión nutrición y alimentación: en este caso los adultos mayores deben controlar el consumo de alimentos dañinos para su salud, como las grasas saturadas, los azúcares, las sales, entre otros, por lo que es importante que tengan un equilibrio en sus dietas, y es vital que consuman frutas y vitaminas durante el día (Pérez de Vera, Domínguez, Granda y Perafán, 2004).
- Dimensión tabaco y dependencia: existe adulto mayor que tiene hábitos de fumar; es un problema difícil de superar por parte de los adultos mayores puesto que llevan fumando muchos años, lo que se relaciona con otras dificultades en los órganos del cuerpo, como el corazón y el aumento de su nivel de presión. Esta dimensión puede tener consecuencias aditivas de la enfermedad, pues la mayoría de

los adultos mayores muere o se enferma de algún tipo de cáncer pulmonar (Cruz, 2013).

- Dimensión alcohol: el consumo excesivo de alcohol transforma la relación familiar ocasionado que se desestructure, ya que su sintomatología es distímica y ansiosa; usualmente se presentan manifestaciones somáticas y de tipo neurovegetativo (Navarro, Reyes y Borgues, 2007).
- Dimensión sueño, estrés: el adulto mayor tendrá la necesidad de dormir más en las mañanas, por lo que se acorta el sueño nocturno. Los adultos mayores pueden padecer de insomnio, otros duermen en exceso y otros simplemente duermen, pero muy mal (Instituto del Sueño Neurodiagnos, s/f.; Pérez, 2004). Respecto al estrés, el adulto mayor tiende a dominar y a disminuir la tensión, que se inicia al considerarse un momento complicado o poco manejable a través de acciones; esto, debido a la experiencia que posee.
- Dimensión trabajo y personalidad: los adultos mayores pasan al rol de jubilados, pierden el trabajo o no consiguen trabajo; por ende, influye mucho en su personalidad, ya que se vuelve áspero, con pensamientos negativos sobre sí mismo, y opta por la alternativa de morir o la idea de que solo le queda envejecer, por ello supone doble esfuerzo; es decir, el adulto mayor tiene que adaptarse al medio percibido por ellos como desagradable y con pocas probabilidades para ejercer competencias tanto personales como vitales (Jiménez, 2008).
- Dimensión introspección: es importante que el adulto mayor fomente pensamiento positivo frente a cualquier situación difícil, que se separe de la presión personal y social, y se mantenga activo para sentirse mejor consigo

mismo; incluso, el adulto mayor puede buscar un pasatiempo de su agrado e involucrarse en otras actividades que le gusten, y así reducir el riesgo de depresión (Cruz, 2013).

- Dimensión control de salud y sexualidad: esta dimensión en el adulto mayor involucra identificar y discriminar algunas opciones saludables y eficaces para encontrar un equilibrio en su salud; asimismo, acudir a controles de salud en cuanto sienta algún dolor. Por último, el adulto mayor debe modificar su comportamiento sexual y realizar una serie de técnicas para poder tener un equilibrio en su sexualidad (Torrejon y Reyna, 2012).

#### **2.1.2.2. Modelo holístico de la Framboise-Lalonde**

El modelo holístico de Laframboise-Lalonde (1973): este modelo categoriza cuatro factores de la salud, como el factor biológico, ambiental, estilos de vida y los servicios de salud. Para el autor, es muy importante el nivel biológico, puesto que posee una base genética, que influye en el crecimiento y el desarrollo del proceso de envejecimiento. Por otro lado, menciona que el medio ambiente abarca aspectos externos de la persona, y es en este donde el ser humano posee poco control; por ejemplo, la contaminación ambiental, la radiación, los contaminantes biológicos, entre otros. Posteriormente, el modelo resalta el papel de los estilos de vida de la persona para mantener una buena salud, ya que se toman decisiones respecto a los hábitos saludables o no saludables que tendrá a lo largo de su vida; además, se menciona que es el factor con mayor relevancia sobre la salud, ya que incluye la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias, entre otros. Finalmente, es importante la asistencia sanitaria para equilibrar la calidad de salud,

el orden en el control, las relaciones sociales y los materiales instrumentales; se basa en la medicina, en los medicamentos y la asistencia pública de atención de la salud (Caballero, Moreno, Sosa, Mitchell, Vega y Pérez, 2013).

### **2.1.2.3. Importancia del estilo de vida saludable en el adulto mayor**

Los estilos de vida saludable en el adulto mayor son importantes para prevenir el progreso de dolencias crónicas, como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer de pulmón, la artritis y las enfermedades mentales, como la depresión, la ansiedad y la angustia. Por esta razón, los adultos mayores durante sus vidas están obligados a formar hábitos que fomenten un envejecimiento más saludable y responsable. También es importante que el adulto mayor aumente el ejercicio físico, puesto que mejorará su calidad de vida y, sobre todo, su bienestar en general (Organización Mundial de la Salud, 2013).

### **2.1.3. Apoyo social**

Se define el apoyo social como la ayuda real y pertinente otorgada por otras personas para satisfacer ciertas necesidades, lo que involucra que se produzcan conductas y emociones útiles para ambas partes (Acuña y Gonzáles, 2010).

El apoyo social es el “proceso interpersonal de abogacía que está centrado en el intercambio recíproco de información en un contexto específico, el de negociación entre los proveedores y los receptores, a través de la seguridad, el refuerzo, la afirmación, la validación y el estímulo bajo una atmósfera de respeto positivo incondicional y de cuidado, el que incluye expresiones de comprensión, de respeto, de empatía, de compasión y de amor. Es “la ayuda que recibe el individuo de otros en situaciones adversas”, y las redes sociales de tipo informal

“son aquellas que impulsan y propician los contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, espiritual ayuda material y servicios de información (Aranda, 2013).

De igual modo, Fernández y Manrique (2010) definen el apoyo social como el suministro de recursos reales brindados por el ambiente, los que son percibidos y aceptados por las personas que lo necesitan. Además, se fundamenta en las redes de apoyo social y en las amistades cercanas, y se destaca así la dimensión funcional del apoyo social. Estos autores explican que el apoyo social es un recurso primario de dinámica social que ejerce la familia, la pareja, los vecinos y el entorno en general con quienes se inicia y se mantiene contacto.

Bowling (1991, citado por Gracia, 2008) define al apoyo social como el desarrollo interrelacionar en que la persona obtiene ayuda material, afectiva y económica de la red social en la que vive.

El apoyo social juega un papel fundamental en la satisfacción de la vida del adulto mayor, debido que es una población muy vulnerable que necesita de apoyo social por parte de la familia, del amigo o los ciudadanos, al favorecer bienestar, prevención de alteraciones de tipo emocional, como la depresión; por ello, el apoyo social desempeña un indispensable papel en el quehacer cotidiano de esta población, puesto que contribuye a su desarrollo humano, y, por ende, ayuda a mejorar su calidad de vida del adulto mayor que carece de apoyo y evidencia el incremento de enfermedades degenerativas, que afectan la capacidad física, al mismo tiempo la autoestima.



La pérdida del rol del adulto mayor ha complicado las pérdidas de espacio y de pertenencia, y habiendo esto contribuido a originar un grado de indefensión del adulto mayor, que se presentan muchas veces en desamparo y en abandono, dado que no se aprecia su “aporte” social y familiar y llega a ser un trabajo para la familia y la sociedad (Acuña y Gonzáles, 2010).

#### **2.1.3.1. Dimensiones de apoyo social**

Riquelme (2005) explica dos tipos de apoyo social en el adulto mayor, basándose en la perspectiva estructural, la cual se refiere a la cantidad de personas a las que se puede pedir ayuda cuando se necesite para así encontrar solución a los problemas planteados. Por otro lado, la perspectiva funcional se refiere a la percepción del adulto mayor respecto a sentirse querido, cuidado, amado y apreciado; se busca que sea parte de una red de apoyo mutuo para enfrentar riesgos.

Paulo, Nadler y Fisher (1998), sobre la base de una perspectiva funcional, hacen la siguiente clasificación:

- **Apoyo emocional:** se refiere al cariño y a la gentileza, las que se muestran mediante el sentimiento personal de sentirse amado y valorado, a la seguridad de poder confiar en otra persona y a la solidaridad mutua. Además, el objetivo principal es brindar ayuda a los adultos mayores para que logren un equilibrio emocional.
- **Apoyo instrumental:** se utiliza apoyo material, lo cual ayuda directamente a la persona que lo requiere, no necesariamente se refiere a un apoyo económico sino abarca todo tipo de apoyo material.

- **Apoyo afectivo:** se refiere a los signos de afecto y de amor que reciben las personas por parte de amigos o de familiares, los que suelen expresarse directamente a la persona y se manifiestan con palabras y con actitudes en beneficio de los demás.
- **Interacción social positiva:** se refiere a pasar tiempo con otras personas de interés, de agrado o de grupo cercano y a la disponibilidad de ellos para acompañar, y alejar de la rutina; es importante que las interacciones crezcan cada vez más en esta edad y no se limiten.

### **2.1.3.2. Estereotipos del apoyo social en los adultos mayores**

Los adultos mayores poseen una vida activa en comparación con la del siglo pasado; hoy los adultos mayores han aprendido a utilizar recursos tecnológicos para mantener su vitalidad. Muchas veces se cree que esta etapa de la vida se relaciona con algún tipo de deterioro cognitivo, de déficits motores, de depresión y de pasividad, Arias (2013) encontró que los adultos mayores poseen altos niveles de calidad de vida, de bienestar y de alegría, incluso viven su sexualidad e incrementan sus fortalezas personales, en comparación con los adolescentes o los jóvenes, puesto que presentan mayores niveles de conocimientos y de control emocional. Sin embargo, esto cambió cuando el adulto mayor se enfrenta a un momento difícil, generando que ya no se involucren en la vida social y haya carencia de redes de apoyo, puesto que suelen ver fallecer a personas queridas, como la familia y los amigos ocasionando que sus roles se transformen a pasivos y ya no participen de espacios comunes con otros, lo que constituye un problema para crear nuevos vínculos de amistad y de apoyo; se les dificulta la idea de buscar nuevas actividades de su agrado, en consecuencia habrá

aislamiento social y sentimientos de vacío y de soledad (Arias, 2013).

El adulto mayor que no tiene apoyo social sufre mucho y se siente solo, vive aislado de los amigos y no participa en estos espacios que fomentan apoyo al adulto mayor mediante el desarrollo de actividades que los potencien y mejoren su estado de salud, ya que, el apoyo social, la familia, la comunidad y otros, son parte de la fortaleza emocional de los individuos. No obstante, las circunstancias conflictivas, el aislamiento, la soledad, el agravio, entre otros sentimientos de desidia, son los causantes de la depresión y el estrés, que son los principales factores de riesgo en la discapacidad o muerte anticipada del adulto mayor. De cualquier manera la importancia de los adultos mayores que tengan el conocimiento, el apoyo y las oportunidades necesarias para prolongar en la contribución del bienestar propio y la sociedad. Asimismo, deben tener resguardo y protecciones adecuadas para poder envejecer y vivir el final de su vida con funcionalidad y con ayuda familiar y social (Guzmán, Huenchuan y Montes, 2013).

#### **2.1.4. Depresión**

La depresión es una alteración poco normal del estado anímico y en la que se manifiesta una serie síntomas, como la tristeza excesiva a nivel patológico, la amargura a escala intrapersonal e interpersonal, la sensación sombría del futuro, el abandono, la pereza, la dificultad para dormir, la reducción de concentración y de atención y alteraciones en el apetito (OMS, 1992).

#### **2.1.4.1. Teorías de la depresión**

- Teoría cognitiva de Beck (1967), sobre la depresión se refiere que es un trastorno emocional, el cual se fundamenta en la percepción negativa y sombría que la persona tiene de sí misma, lo que puede estar acompañado por variaciones en el procesamiento de información; es decir, si una persona percibe como fracaso un suceso, así este no lo sea realmente, se establecerá un gran porcentaje negativo a este momento; a esto se lo define como tríada cognitiva distorsionada, que se refiere a una visión pesimista del yo, del entorno y del futuro. Por ello, sus consecuencias son manifestaciones características de la depresión a nivel afectivo, conductual, motivacional y fisiológico (Sanz, 1993).
- Teoría conductual, que se fundamenta en la psicología experimental; propone que la depresión forma parte de un fenómeno aprendido en una constante interacción negativa entre persona y ambiente; considera que este tipo de interacción con el contexto influye y al mismo tiempo es influida por aspectos cognitivos, emocionales, pero, sobre todo, conductuales porque son las acciones las que generan que la persona se deprima si no se obtiene el objetivo planteado (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000). La depresión en los adultos mayores puede explicarse en esta teoría mediante un conjunto de transformaciones en el sistema endocrino, neurológico y fisiológico, déficit en la adaptación en el contexto y el elevado número de pérdidas sensoriales, sociales, lo que se relaciona con situaciones estresantes y angustiantes para la persona, como no contar con un sueldo fijo, y cambia así el estándar económico en el que vivían, pocas

relaciones sociales, la decisión de aceptar el retiro y la transformación de los roles familiares y sociales. (Carbajo, 2009).

#### **2.1.4.2. Causas y consecuencias**

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2014) refiere que las causas de la depresión en el adulto mayor se originan frecuentemente por las alteraciones cognitivas, entre las más importantes, se encuentra el cambio en su forma de vida, el debilitamiento en sus funciones cognitivas y motoras, sus capacidades funcionales, los momentos de duelo por el fallecimiento de personas cercanas, como su pareja, sus hijos y el despido en el trabajo, el incremento de enfermedades crónico-degenerativas, las pensiones que no sustentan los gastos económicos. Respecto a las consecuencias, se encontró la disminución de energía, el desgano para realizar actividades de ocio, la disfunción sexual, la separación familiar, el llanto, la pérdida de apetito, la tristeza prolongada y, en caso extremo, el suicidio.

#### **2.1.4.3. Signos y síntomas de la depresión**

Según Stucchi (2010), los principales signos y síntomas son:

- Ánimo depresivo: la persona se siente melancólica la mayor parte del día, lo cual es prolongado y no existe mejoría con acontecimientos positivos e importantes.
- Poco interés por realizar actividades que antes eran de su agrado.
- Cambios en el apetito, usualmente la persona ya no quiere comer.
- Trastorno del sueño, se manifiesta a través de insomnio todos los días.
- Problemas motores, especialmente cuando la persona camina.

- Cansancio excesivo y prolongado.
- Pensamientos y sentimientos de culpa y de soledad.
- Pesimismo continuo en cada acción que se realice.
- Problemas para mantener e iniciar la concentración.
- Tendencias suicidas.

#### **2.1.4.4. Clasificación según CIE-10 y DSM-V**

Los sistemas de diagnóstico que se utilizan son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V) y de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

El CIE-10 define la depresión como un desajuste emocional, por lo que se divide en depresión leve, moderada y grave. En primer lugar, para ser considerado como un episodio depresivo leve, aparecen síntomas, como la tristeza, la carencia de interés, y la pérdida de la capacidad de disfrute, el incremento de cansancio. En segundo lugar, si la persona presenta los síntomas del episodio depresivo leve pero esta vez involucra su contexto; es decir, hay problemas para desarrollar su trabajo, no asiste a actividades sociales y no participa en la dinámica familiar, se estaría identificando un episodio depresivo moderado. En tercer lugar, se encuentra el episodio depresivo grave, el cual se manifiesta acompañado de angustia, de intranquilidad, ya no se valora a sí mismo, y los sentimientos de culpa aumentan e impiden que realice cualquier actividad (Clasificación internacional de enfermedades, 1992).

La DSM-V propone una serie de criterios diagnósticos de depresión mayor, donde se necesita que se manifieste una tristeza excesiva y prolongada, acompañada de cinco o más síntomas durante un tiempo mínimo de dos semanas; estos síntomas son la pérdida sustancial de peso, la alteración en el apetito, los cambios en sus horas de sueño, la intranquilidad frente a cualquier suceso, el desgano por levantarse, la visión sombría del presente y del futuro, los cambios en su percepción sobre la vida, lo que lleva a la persona al suicidio y al retardo psicomotor (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen».

El número de personas mayores crece al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales, tienen nuevas formas de vida y sus opiniones, sus convicciones y sus objetivos difieren bastante de los que tenían quienes formaban este mismo grupo de población hace tan solo unas décadas. La dinámica del cambio es siempre vitalista frente al mantenimiento del statu quo, y las novedades en el grupo de población de las personas mayores responden a los cambios globales de nuestra propia sociedad.

## **2.2. Investigaciones en torno al problema investigado**

### **2.2.1. Investigaciones nacionales**

Aguilar (2014) realizó la investigación, titulada *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2014*, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, siendo el objetivo determinar el estilo de vida del adulto mayor; el diseño metodológico fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo; el método fue el descriptivo y de corte transversal. La muestra fue de cincuenta adultos mayores; para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista, y como instrumento se utilizó un formulario modificado, tipo Escala de Likert. En cuanto a los estilos de vida del adulto mayor del hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 54% tiene un estilo de vida saludable, y 46% un estilo de vida no saludable. Al analizarlo por dimensiones, se tiene que en la dimensión biológica 52% tiene un estilo de vida saludable, y 48% tiene un estilo de vida no saludable; en la dimensión social 72% tiene un estilo de vida saludable, y 28% tiene un estilo de vida no saludable; en la dimensión psicológica un 62% tiene un estilo de vida no saludable, y 38% tiene un estilo de vida saludable; se concluye que la mayoría de adultos mayores presenta un estilo de vida saludable, lo cual es beneficioso para su salud, lo que se evidencia en los adecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen descanso y sueño, las buenas relaciones interpersonales, y se evita los hábitos nocivos y el buen control de las emociones.



Lino (2018) realizó una investigación, denominada: *Estilos de vida saludable de los docentes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*, Lima, Perú, 2018, desarrollada con la finalidad de determinar los estilos de vida saludable de los docentes; fue estudio transversal, descriptivo, prospectivo. Se utilizó el cuestionario validado de prácticas y creencias sobre estilos de vida, tomado de Salazar, Arrivillaga y Gómez (2002). Se analizó los resultados obtenidos de la base de datos, construida a partir de los registros finales de las respuestas brindadas. Fue evaluado de acuerdo con las variables del estudio. La muestra fue de noventa y dos docentes, en la que 44% fue mujeres, y 56% hombres, y concluyó que los docentes de la Facultad no tienen un estilo de vida saludable porque presentan deficiencias en la actividad física también tienen problemas para dormir y descansar.

Licas (2015) realizó una investigación, denominada *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral de S.J.M.-V.M.T. 2014*, desarrollada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con la finalidad de determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que asisten al centro; es una investigación cuantitativa, aplicada y descriptiva, de corte transversal. La población fue de setenta y tres adultos mayores, en donde el 84.6% era del sexo femenino. Los instrumentos utilizados fueron una entrevista estructurada por la autora de la investigación y la escala de depresión geriátrica de Yesavage para adultos mayores. Los resultados fueron que los adultos mayores que asisten al centro poseen un nivel de depresión leve en comparación con otros centros del área; porque tienen humor depresivo, abandono de las actividades diarias y disminución de energía se sienten vacíos, asimismo los adultos mayores de ese

centro presentan conocimientos regulares sobre su propia salud, lo que hace que accedan a servicios de salud cuando se sientan mal, se inscriban en el club para participar de programas que los ayudarán para lograr un bienestar y los mantengan activos y no rutinarios a la vida; incluso, los ayuda a empoderarse para poder seguir estilos de vida saludable, entre los que el autocuidado evitará riesgos de depresión.

Alvarado y Bustamante (2018) realizaron la investigación: Apoyo social y depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica del hospital CASE Essalud, de Arequipa, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el apoyo social y la depresión en pacientes hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto. Los resultados fueron: 71.6% con bajo apoyo social, 64.5% con depresión leve, 25.3% depresión moderada, y 4.4% con depresión severa, y concluye que existe una relación significativa entre la baja percepción de apoyo social y la depresión en los pacientes evaluados.

### **2.2.2. Investigaciones internacionales**

Fernández y Méndez, (2017) realizaron un estudio en Costa Rica, titulado: *Estilos de vida y factores de riesgo para la salud en personas adultas mayores*. En el presente estudio se parte de la definición del envejecimiento saludable, que significa envejecer sin discapacidad, mantener una adecuada alimentación, realizar actividades físicas, evitar fumar, consumir bebidas alcohólicas para así reducir las enfermedades mentales. El estudio busca describir los estilos de vida y los riesgos de la salud de las personas adultas mayores, sobre la base de las características de riesgo según sexo; se obtuvo que las mujeres presentan alteraciones en su alimentación, que ocasionan obesidad; asimismo, presentan tendencias a deprimirse, lo cual muchas veces está acompañado de un deterioro cognitivo.

Además, los riesgos de la salud se relacionan con que el adulto mayor posea limitaciones físicas, no tenga pareja y una percepción negativa sobre su salud. En el caso de los varones, ellos no suelen presentar riesgos de obesidad pero sí hay riesgos por el excesivo consumo de bebidas alcohólicas y de tabaco.

Martínez, González, Castellón y Gonzales (2018) publicaron el artículo, titulado: *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?*, en Cuba, cuyo objetivo fue exponer algunas implicancias de enfrentar el envejecimiento poblacional para que los adultos mayores puedan envejecer con mayor calidad de vida; Cuba se ubica entre los países más envejecidos de América Latina y el Caribe y, sin lugar a dudas, el envejecimiento de la población tiene que estar considerado como el resultado del éxito de la sociedad porque es un país pobre, y envejecer conduce a la necesaria reflexión: ¿envejecemos con calidad?, estamos preparados para ser viejos, para tratar de eliminar los estereotipos negativos que se le atribuyen a las personas mayores?, para vincular a las personas mayores con la pasividad, la discapacidad, la desvinculación social y laboral que, tradicionalmente, se han empleado. Esta perspectiva tiene un fuerte contenido de proactividad en las personas mayores, de participación de poder y de necesitar de hacer, que integra esfuerzos en políticas de empleo, de salud y de bienestar social; con el desafío de que esa vida prolongada se viva con calidad, considerando que no sería oportuno emprender investigaciones que den luz hacia el mejoramiento y la preservación de la esencia humana, en la que la dimensión ética pudiera develar lo bueno, y lo no tan bueno.

Silva y Vivar (2015) realizaron el estudio titulado *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado*, de la Universidad de Cuenca, Ecuador, el objetivo fue identificar los factores asociados a la depresión del adulto mayor, fue un estudio descriptivo de estudios de caso en el que participo 8 adultos, se les aplico el instrumento de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), guía de observaciones escala de soledad en el adulto mayor, historia clínica, entrevista semiestructurada personas.

En el año 2012, Vivaldi y Barra realizaron un estudio titulado *Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores* en la Universidad de Concepción, Chile. La meta fue examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. Esta investigación fue realizada con la ayuda de doscientas cincuenta personas, específicamente ciento cuarenta y seis mujeres y ciento cuatro hombres, en edades de sesenta y ochenta y siete años, de la ciudad de Concepción. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta sociodemográfica, la escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la escala Multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) de Zimet. Se obtuvo que hubo el apoyo social percibido del bienestar psicológico; el autor explica que esto se fundamenta en la relevancia del apoyo social que entiende el adulto mayor de su ambiente, considerándose un factor protector en su salud mental. Además, se halló que los adultos mayores varones tienen mayor bienestar psicológico que las mujeres, lo que se relaciona con las dimensiones del ciclo vital-social, propios del género, en los que las mujeres son consideradas como un género vulnerable. Finalmente, se obtuvo que los adultos mayores casados o con pareja tengan un elevado bienestar psicológico

en comparación con los adultos solteros.

En el año 2011, Crespo realiza una investigación, titulada: *Prevalencia de la depresión en adultos mayores, en Asilos de la provincia del Cañar en Ecuador*. Se busca determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores, en asilos de la provincia del Cañar; es un trabajo descriptivo, fueron ochenta y cuatro adultos mayores que viven en las casas de reposo; para obtener los resultados se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, resultó que el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor, ya que cuatro presentan depresión; el 30% restante obtuvo un puntaje igual o menor a cuatro, lo que representa un riesgo leve de depresión. Respecto a las diferencias por género, se obtuvo que de treinta y tres varones, el 69,70% presenta depresión, y de las cincuenta y una mujeres, el 70,59% tiene depresión.

Lecot (2016) realizó una investigación, denominada: *Calidad de vida en adultos mayores de Capital Federal que participan de los talleres de UPAMI*, desarrollada en la Universidad Argentina de la Empresa. El objetivo de esta investigación consiste en investigar las relaciones entre la calidad de vida de dos grupos formados por cincuenta adultos mayores cada uno, en el que el primer grupo participa de los talleres dictados por UPAMI (programa Universidad para Adultos Mayores Integrados) en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y el segundo no participa de ningún taller, durante el primer semestre de 2015. Para tal finalidad, se lleva a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, comparativo y prospectivo, La muestra está conformada por un 72% de mujeres y un 28% de varones mayores de sesenta años. Ambos grupos están formados por cincuenta personas que deben mantener

sus capacidades cognitivas conservadas. Se utiliza una encuesta sociodemográfica elaborada por las investigadoras Verónica M. Barrientos Cárdenas, Tamara M. Fiedler Bastidas y Alejandra P. Godoy Coronao (2011), el cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF y una breve encuesta acerca de los talleres de UPAMI, realizada por la autora de este trabajo. Los resultados indican que es mayor la calidad de vida de los adultos mayores que participan de los talleres dictados por UPAMI que la de aquellos que no participan de ningún taller.

Gallardo (2013) realizó una investigación, denominada: *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región Arica y Parinacota-Chile; una propuesta para la intervención en trabajo social.*, desarrollada en la Universidad Complutense de Madrid, cuyo objetivo fue analizar las diferencias en las características estructurales funcionales y a satisfacción del apoyo social de las personas mayores de la Región de Arica y Parinacota-Chile, en función de la entidad étnica; la investigación fue de tipo transversal y de alcance correlacional; el tamaño de la muestra fue de modelo probabilístico de muestreo. Se obtuvo un tamaño muestral de 493 sujetos, bajo un criterio de muestreo intencionado, con el objeto de obtener una muestra que representase las características sociodemográficas de la región (antes expuestas) se utilizó una encuesta sociodemográfica, elaborada por las investigadoras Barrientos Cárdenas, Tamara y Godoy (2011), el cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF y una breve encuesta acerca de los talleres de UPAMI, realizada por la autora de este trabajo. Los resultados indican que es

mayor la calidad de vida de los adultos mayores que participan de los talleres dictados por UPAMI que la de aquellos que no participan de ningún taller.

Trujillo, Esparza, Benavides, Villareal y Castillo (2017) publicaron el artículo, titulado: *Depresión en el adulto mayor*; el objetivo fue evaluar a través de una revisión sistemática la mejor evidencia de las herramientas para valorar el estado depresivo en el adulto mayor, considerando sus propiedades psicométricas y la utilidad clínica; la metodología fue una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de PRISMA; con los resultados de treinta y dos estudios de evaluación se concluyó que los instrumentos de evaluación del estado depresivo: GDS y el CESD-20 muestran ser instrumentos confiables, congruentes y precisos para la medición de los síntomas depresivos en la población adulta mayor.

### **2.3. Definiciones conceptuales y operacionales de variables**

#### **2.3.1. Variable: estilos de vida saludable**

**Definición conceptual:** Los estilos de vida saludables son definidos como los patrones de comportamiento determinados por la relación entre las características individuales, sociales y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (Villar, et al, 2016).

**Definición operacional:** El estilo de vida saludable es operacionalizado por el Test Fantástico, que mide diez dimensiones, estas son: familiar y social, asociatividad y actividad física, nutrición y alimentación, tabaco y dependencia, alcohol, sueño y estrés, trabajo y personalidad, introspección, control de la salud y sexualidad, y otros. Presenta una escala cuantitativa de intervalo.

Los resultados se clasifican en cinco niveles, que estratifican el comportamiento, menor de cuarenta y seis puntos existe peligro, de cuarenta y siete a setenta y dos puntos es considerado malo; esto indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo, de setenta y tres a ochenta y cuatro puntos es regular; indica que el estilo de vida representa un beneficio para la salud, aunque también presenta riesgos, de ochenta y cinco a ciento dos puntos es bueno, indica que el estilo de vida representa una influencia adecuada para la salud, de ciento dos a ciento veinte puntos es excelente, esto indica que el estilo de vida del individuo representa una influencia óptima para la salud.



Tabla 1.

*Matriz de operacionalización de la variable estilos de vida saludable*

Variable	Dimensiones	Indicadores	Indicador	Escala de medición	Ítems	Prueba	
Estilo de vida	Familiares y amigos.	Apoyo social percibido.		Ordinal	1,2,3	Alfa de Cronbach	
		Apoyo emocional percibido.					
		Participa en actividades sociales.					
	Asociatividad y actividad física.	Participación en actividades sociales.				4,5,6	
		Participación en actividades físicas.					
	Nutrición y alimentación.	Dieta balanceada.					
		Dieta desbalanceada.					
	Tabaco y dependencia.	Peso corporal.					
		Consumo de cigarrillos.					
		Ingesta de fármacos.					
	Alcohol	Cantidad de alcohol consumido.					
		Consumo de bebidas no alcohólicas.					
	Sueño y stress	Horas de sueño.					
		Manejo de estrés.					
	Trabajo y personalidad	Sentimiento de enojo.					
Sentimiento de felicidad.							
Introspección	Pensamientos positivos.						
	Síntomas depresivos.						

	Control de salud.	
Controles de salud y sexualidad.	Comunicación en pareja.	25,26,27
	Control de la sexualidad.	
Otros	Respeto a las reglas de tránsito.	28,29,30
	Percepción de objetivos personales.	

---

### 2.3.2. Variable: apoyo social

**Definición conceptual:** El apoyo social es el proceso en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra, en un proceso recíproco que genera efectos positivos encuentra (Villalobos, 2014).

**Definición operacional:** El apoyo social es operacionalizado por el Cuestionario de Apoyo Social de Moss, el cual mide el apoyo estructural y el apoyo funcional, el cual se divide en subdimensiones, estas son: apoyo emocional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Los resultados se dividen en tres tipos, de 8-40 puntos para apoyo emocional, de 4-20 puntos indica apoyo instrumental, de 3- 15 puntos indican interacción social positiva y apoyo afectivo. Es decir, a mayor puntuación, mayor apoyo percibido. Los resultados también se clasifican a través de tres niveles: alto (95-75), medio (74-52) y bajo (51-19).

Tabla 2.

*Matriz de operacionalización de la variable apoyo social*

Variabl e	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Ítems	Prueba
Social	Apoyo emocional	Percepción sobre personas en las que puede confiar, hablar; compartir temores y resolver sus problemas.	Ordinal	3,4,8, 9,13,1 6,17,1 9	Alfa de Cronbach 0,93
	Apoyo instrumental	Percepción sobre la ayuda que se recibe cuando es Necesario respecto a la alimentación y la salud.		2,5,1 2,15	
	Interacción social positiva	Percepción de la persona respecto a alguien con quien pasar el rato, se relaja, se olvida de sus problemas.		7,11, 14,18	
	Apoyo afectivo	Percepción de la persona respecto a quien le da cariño y amor.		6,10, 20	

**2.3.3. Variable: depresión**

**Definición conceptual:** La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población anciana, y su frecuencia varía según el

contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud (Martínez, Vilches, y Dueñas, 2002).

**Definición operacional:** La depresión se evaluó a través de la Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage, considerando tres niveles, y la puntuación máxima es de 30 puntos y la mínima, de 0 puntos, de 0 a 9 puntos indicaría no depresión, de 10 a 19 puntos indicaría depresión moderada y de 20 a 30 puntos indicaría depresión severa.

Tabla 3.

*Matriz de operacionalización de la variable depresión*

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala de prueba medición
Depresión	Unidimensional	Insatisfacción con su vida	1,2,3,4	Kr-20 0,80
		Pérdida de la capacidad de interesarse, desamparo, inutilidad	5,6,7,8,9,10	Dicotómica
		Ánimo depresivo	11,12,13	
		Sentimientos de tristeza	14,15,16	

Creencia de que  
los demás están  
mejor 17,18,19,20  
Perspectiva  
sombria del futuro

---

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Existe una correlación positiva entre los estilos de vida saludable y el apoyo social con depresión en adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Surco.

### **2.4.2. Hipótesis específicas**

Existe correlación positiva entre el puntaje total de estilos de vida saludable con los puntajes de las dimensiones de apoyo social en adultos mayores que asisten Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Surco.

Existe correlación positiva entre el puntaje total de apoyo social con los puntajes de las dimensiones de estilos de vida saludable en adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Surco.

Existe correlación positiva entre los estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores según sexo.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Nivel y tipo de investigación**

Con la finalidad de medir la relación entre las variables investigadas, estilos de vida saludable y apoyo social asociado a la depresión, se realizará un estudio de nivel aplicado de tipo descriptivo, ya que se busca describir el comportamiento de determinados fenómenos y solucionar problemas prácticos (Hernández, Fernández y Baptista., 2003).

#### **3.2. Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es correlacional-descriptivo, puesto que posibilita identificar la relación existente entre las variables estudiadas (Hernández, et. al., 2014).

#### **3.3. Naturaleza de la población**

##### **3.3.1. Descripción de la población**

La población estará conformada por ochenta adultos mayores, de sesenta a setenta y cinco años, pero no todos aceptaron ser parte del estudio, ellos asistieron al Servicio de Gerontología en el área de Participación Ciudadana de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor de Surco, del 3 de diciembre de 2018 al 3 de marzo del 2019. El club está ubicado en el distrito de Santiago de Surco de Lima – Perú. Está caracterizado por ser de estrato medio de la población. Es el cuarto distrito con mayor número de adultos mayores, según el INEI 2018.

### 3.3.2. Población y método de selección

La población fue evaluada de manera censal, se seleccionó intencionalmente a todos los adultos mayores que acudieron al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, del 3 de diciembre de 2018 al 3 de marzo del 2019, y fueron ochenta personas de ambos sexos, de edades entre sesenta y los setenta y cinco años, debido a la accesibilidad que brindará la institución (Hernández, et. al., 2003).

Tabla 4

#### *Muestra de estudio*

<b>Persona</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Estado Civil</b>
1	Femenino	74	Ama de casa	Casado
2	Femenino	74	Ama de casa	Casado
3	Femenino	74	Ama de casa	Casado
4	Femenino	74	Ama de casa	Casado
5	Femenino	74	Ama de casa	Casado
6	Femenino	73	Ama de casa	Casado
7	Femenino	73	Ama de casa	Casado
8	Femenino	73	Ama de casa	Casado
9	Femenino	73	Ama de casa	Divorciado
10	Femenino	73	Ama de casa	Casado
11	Femenino	68	Ama de casa	Divorciado
12	Masculino	68	Ama de casa	Viudo
13	Femenino	68	Ama de casa	Viudo
14	Femenino	68	Ama de casa	Divorciado
15	Femenino	68	Ama de casa	Viudo
16	Femenino	68	Ama de casa	Divorciado
17	Masculino	68	Jubilado	Viudo
18	Femenino	68	Profesor	Viudo
19	Femenino	68	Ama de casa	Divorciado
20	Femenino	69	Profesor	Divorciado
21	Masculino	69	Jubilado	Viudo
22	Femenino	69	Ama de casa	Conviviente
23	Femenino	69	Ama de casa	Conviviente
24	Femenino	69	Ama de casa	Divorciado
25	Femenino	69	Profesor	Viudo
26	Masculino	69	Independiente	Divorciado

27	Femenino	69	Ama de casa	Viudo
28	Masculino	69	Ama de casa	Viudo
29	Femenino	69	Ama de casa	Viudo
30	Femenino	69	Ama de casa	Viudo
31	Masculino	69	Ama de casa	Viudo
32	Femenino	69	Ama de casa	Viudo
33	Femenino	71	Ama de casa	Viudo
34	Femenino	71	Ama de casa	Viudo
35	Femenino	71	Ama de casa	Viudo
36	Masculino	71	Ama de casa	Viudo
37	Femenino	71	Ama de casa	Viudo
38	Femenino	72	Ama de casa	Casado
39	Femenino	72	Ama de casa	Viudo
40	Femenino	72	Ama de casa	Viudo
41	Masculino	72	Ama de casa	Divorciado
42	Femenino	72	Ama de casa	Divorciado
43	Masculino	67	Profesor	Conviviente
44	Femenino	68	Profesor	Conviviente
45	Masculino	67	Jubilado	Casado
46	Femenino	66	Jubilado	Casado
47	Femenino	66	Jubilado	Soltero
48	Masculino	65	Jubilado	Casado
49	Femenino	65	Jubilado	Conviviente
50	Masculino	65	Jubilado	Conviviente
51	Femenino	65	Jubilado	Conviviente
52	Femenino	65	Jubilado	Conviviente
53	Femenino	66	Jubilado	Conviviente
54	Femenino	60	Independiente	Casado
55	Femenino	60	Independiente	Casado
56	Femenino	60	Profesor	Casado
57	Femenino	60	Independiente	Casado
58	Femenino	60	Jubilado	Casado
59	Femenino	60	Independiente	Casado
60	Femenino	60	Jubilado	Casado
61	Femenino	60	Profesor	Casado
62	Femenino	60	Independiente	Casado
63	Femenino	60	Independiente	Casado
64	Femenino	64	Profesor	Conviviente
65	Femenino	64	Ama de casa	Casado
66	Femenino	64	Ama de casa	Conviviente
67	Femenino	64	Ama de casa	Casado
68	Femenino	64	Ama de casa	Casado
69	Femenino	64	Independiente	Casado
70	Femenino	64	Ama de casa	Casado



71	Femenino	64	Ama de casa	Casado
72	Femenino	64	Ama de casa	Casado
73	Femenino	64	Ama de casa	Casado
74	Femenino	62	Profesor	Casado
75	Femenino	62	Independiente	Casado
76	Masculino	60	Independiente	Casado
77	Masculino	60	Independiente	Casado
78	Masculino	60	Profesor	Casado
79	Masculino	60	Profesor	Casado
80	Masculino	60	Independiente	Casado

---

### 3.3.3. Criterios de inclusión

- Adultos mayores inscritos y que asistan al Club durante el levantamiento de información.
- Adultos mayores que acepten participar de la investigación.
- Adultos mayores que estén presentes al momento de iniciar la evaluación en el salón del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Surco, a las 9 a.m.

### 3.3.4. Criterios de exclusión

- Adultos mayores de sesenta años a más con tengan deterioro cognitivo y comprensivo.

## 3.4. Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos. El primer instrumento, denominado Test Fantástico, se encuentra adaptado y validado en nuestra población peruana, y su primer objetivo es evaluar los estilos de vida saludables en trabajadores de Essalud, como parte del programa Reforma de Vida en Lima. El segundo instrumento, llamado Cuestionario de Apoyo Social de Moss, ha sido validado en nuestro país en adultos mayores de un centro de salud en Chiclayo para comprobar su validez y confiabilidad. Por último, la escala de depresión geriátrica de

Yesavage, la cual fue validada en adultos mayores de la provincia de Trujillo para construir el baremos y puntos de corte para determinar los niveles de depresión, acorde con la realidad peruana de los adultos mayores.

Los datos sociodemográficos, como edad, sexo, ocupación y estado civil se tomaron de la ficha de datos que se les brindó a los participantes.

Tabla 5

*Ficha de datos de estilos de vida - Test Fantástico*

Ficha técnica Test Fantástico	
Base teórica	Teoría de la personalidad de Maslow
Autor	Douglas M. C. Wilson, Eleanor Nielsen DC
Lugar	Universidad McMaster de Hamilton
Año	1984
Niveles de evaluación	Individual
Focos de evaluación	Evaluar los estilos de vida de la población de una manera multidimensional a través de factores físicos, psicológicos y sociales.
Número de escalas	Cinco
Número de ítems	Treinta ítems
Normas	Muestras normativas 812 personas
Confidencialidad	Coeficiente Alfa de 0.80 Cronbach

Validez Método de juicio de > 0,70.  
expertos

---

El Test Fantástico es un cuestionario de treinta-ítems, desarrollado para evaluar los estilos de vida de la población de una manera multidimensional a través de factores físicos, psicológicos y sociales en adultos mayores de dieciocho años de edad y fue creado por Douglas M. C. Wilson, Eleanor Nielsen DC (1984). Este cuestionario consiste en una serie de ítems diseñados para conocer un panorama general del estilo de vida a través de diez dimensiones: F: familiares y amigos (ítems: 1, 2,3), A: asociatividad y actividad física (ítems: 4,5,6), N: nutrición y alimentación (ítems: 7,8,9), T: tabaco y dependencia (ítems: 10,11,12), A: alcohol (ítems: 13,14,15), S: sueño y estrés (ítems: 16,17,18), T: trabajo y personalidad (ítems: 19,20,21), I: introspección (ítems: 22,23,24), C: control de la salud y sexualidad (ítems: 25,26,27) y O: otros (28,29,30), cada dimensión representada por seis puntos. El puntaje más alto representa un excelente estilo de vida saludable. Para nuestro estudio se van a agrupar los resultados de las dimensiones de valor: hasta 2 se considera malo, de 3-4 puntos se considera regular y de 5 a 6 puntos es excelente.

El sistema de puntuación y de calificación es una escala de Likert de 2 puntos, se califica a los 284 participantes en la medida en que respondan desde casi nunca a siempre cada pregunta sobre sus estilos de vida, las respuestas se categorizan en: 0 representa nunca; 1 a veces y 2 siempre. Después, al obtener la puntuación final se multiplica por 2, dando como resultado un rango de 0 a 120 puntos; este rango es clasificado en categorías: de 0 a 46 existe peligro, lo cual

indica que contiene elevados riesgos para su salud; de 47 a 72 representa malo; de 73 a 84 puntos es regular; de 85 a 102 puntos es bueno; y de 103 a 120 representa un excelente estilo de vida, lo cual es óptimo para su salud; es importante resaltar que cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio de estilo de vida saludable.

Ramírez y Agredo (2012) hicieron el análisis de confiabilidad del Test Fantástico en 550 personas de Colombia mediante el coeficiente de alfa de Cronbach de 0.73. Respecto a la validez de constructo del Test, se encontró una buena y aceptable correlación inter escalar de 0.79.

En el Perú, Villar, Ballinas, Gutiérrez y Angulo (2016) adaptaron el test al español, debido a que estaba en inglés; para ello realizaron un muestreo por criterio, donde se obtuvo una muestra de 3 276 trabajadores, de los cuales solo cumplieron los criterios de inclusión y exclusión 488 trabajadores, se evaluaron las variables demográficas de edad, sexo, establecimiento de procedencia; luego se hizo el análisis de confiabilidad, el que se obtuvo a través del coeficiente de Alfa de Cronbach; el puntaje de consistencia interna del cuestionario fue de 0.778. considerando este valor confiable.

Tabla 6

*Ficha técnica de apoyo social– Cuestionario de Moss*

Ficha técnica - Cuestionario de apoyo social de Moss			
Base teórica	Enfoque estructural y funcional del apoyo social de Gottlieb		
Autor	Sherbourne y Stewart		
Lugar	Estados Unidos		
Año	1991		
Niveles de evaluación	Individual		
Focos de evaluación	Identificar el apoyo estructural y funcional percibido por la población estudiada.		
Número de escalas	Tres		
Número de ítems	Veinte ítems		
Confidencialidad	Alfa de Cronbach		0.93
Validez	Análisis confirmatorio	factorial	Para cada factor: - Apoyo emocional: 0.96. - Apoyo instrumental: 0.92. - Interacción positiva: 0.94. - Apoyo afectivo: 0.91

Elaborada por Sherbourne y Stewart (1991) es un cuestionario para identificar el apoyo estructural y funcional percibido por las personas a través de cuatro factores del apoyo social.

El cuestionario consta de veinte ítems. El primer ítem evalúa el apoyo estructural e indica la cantidad de personas que brindan apoyo para el participante. El resto de los ítems evalúa el apoyo funcional percibido a través de factores: apoyo emocional (ítems 4,8,9,13,16,17,19), apoyo instrumental (ítems 2,3,12 y 15), interacción social positiva (ítems 7,11,14,18) y apoyo afectivo (ítems 6,10,20).

La escala es Likert de cuatro puntos; se califica a los participantes en la medida en que siempre o nunca reciben ese tipo de apoyo, con las siguientes categorías de respuesta: 0 que representa nunca, 1 pocas veces, 2 algunas veces, 3 mayoría de veces, y 4 siempre.

El sistema de puntuación se realiza a través de tres niveles por cada tipo de apoyo social: apoyo emocional alto es de 40 puntos, medio 24 y bajo 8; apoyo instrumental alto 20, medio 12 y bajo 4; interacción social positiva alto 20, medio 12 y bajo 4; apoyo afectivo alto 15, medio 9 y bajo 3. A mayor puntuación obtenida, mayor apoyo social percibido por cada participante.

Por su parte, Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio, y Aguirre (2012) adaptaron el cuestionario en una población colombiana, conformada por ciento setenta y nueve personas. La confiabilidad de la prueba se midió a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, de 0.941 para el total, y para las dimensiones se obtuvo alfa de Cronbach entre 0.73 a 0.92. Fue validada a través del análisis factorial exploratorio; se obtuvo un porcentaje de explicación de la varianza del 64.10%. Asimismo, la prueba de esfericidad de Barlett y el test de adecuación de la medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvieron valores de 2143.58.

En el Perú, Villalobos (2014) validó y adaptó el cuestionario. El análisis de confiabilidad se obtuvo mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach para cada factor: el apoyo emocional 0.78, el apoyo instrumental 0.87, interacción social positiva 0.76 y apoyo afectivo 0.87. La validez concurrente se obtuvo a través del método de contrastación de grupos con la prueba T, el resultado fue T: 10.07, esto se realizó con un nivel de significancia de 0.05.

Tabla 7

*Ficha técnica de Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage*

Ficha técnica: Test Yesavagae		
Base teórica	Teoría cognitiva conductual	
Autor	Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey,	
	M y Rose	
Lugar	Estados Unidos	
Año	1982	
Niveles de evaluación	Individual	
Focos de evaluación	Detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz.	
Número de escalas	Tres	
Número de ítems	Treinta ítems	
Normas	Muestras normativas	630 adultos mayores
Confidencialidad	Alfa de Cronbach	0.80
Validez	Análisis factorial	0.83
		0.206 a 0.622.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage consta de treinta ítems, desarrollados para detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz, y fue creado por Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M y Rose (1982).

La prueba consiste en una serie de ítems, los que contienen aspectos cognitivos y conductuales relacionados con las características de la depresión en adulto mayor, donde la variable depresión es unidimensional. El sistema de respuestas es dicotómico para facilitar al adulto mayor responder sí o no; las preguntas están invertidas de forma aleatoria para eliminar las tendencias que van a responder en un solo sentido. Las veinte preguntas (ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28) indican la presencia de depresión si son respuestas afirmativas, las diez preguntas restantes (ítems: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29,30) indican depresión al ser respondidas de forma negativa, cada respuesta se califica con un punto.

La puntuación máxima es de treinta puntos y la mínima de cero puntos; se clasifican de cero a nueve puntos representa no depresión, de diez a diecinueve puntos indica depresión moderada y de veinte a treinta puntos indica depresión severa.

A nivel internacional, Rodríguez, Valdés y Benítez (2003) adaptaron el test en España en una población de 516 adultos mayores. La confiabilidad fue buena, de 0.80 en consistencia interna, y fiabilidad test-retest fue de 0,8;  $p < 0,01$ . Respecto a la validez, se realizó mediante el análisis factorial exploratorio, en total 44,3% de la varianza explicada. En el Perú, la adaptación del test fue realizada por Tolentino



(2016). El coeficiente de consistencia interna fue alta (0.94). Asimismo, la fiabilidad del test-retest fue buena, se obtuvo (0.85,  $p < 0.001$ ). Respecto a la validez de constructo se obtuvieron índices de discriminación ítem test, los cuales varían entre 0.206 a 0.622. Después, se obtuvo el índice de kappa ponderado de 0,83.

### **3.5. Procedimiento**

#### **3.5.1. Coordinación**

El procedimiento para llevar a cabo la investigación fue de la siguiente manera:

- Se requirió de la aprobación del Comité de Ética de la Universidad.
- Se hizo el trámite administrativo con la Municipalidad de Santiago de Surco para poder realizar la investigación en el club del adulto mayor.
- Se coordinó con la gerente del área de participación ciudadana para realizar las firmas de la solicitud correspondiente.

#### **3.5.2. Ejecución.**

- Se invitó oficialmente a los adultos mayores al terminar los talleres.
- Se entregó el documento del consentimiento en el que se informa del estudio.
- Se les brindó las pruebas en dos días diferentes.
- La prueba fue realizada en forma individual, dando instrucciones y pautas de la misma, se le dio un lápiz para marcar las alternativas que el adulto mayor crea conveniente.
- Se dio indicaciones de marcar solo una alternativa en las respuestas politómicas del instrumento.

### 3.5.3. Consideraciones éticas

Al inicio se presentó el consentimiento informado la manera voluntaria de la firma de los participantes, se explicó el objetivo de la investigación y se resaltó que la información obtenida es confidencial y se buscó cumplir los siguientes principios éticos:

- **Autonomía:** Es un principio que reconoce la igualdad de dignidad de los seres humanos, especialmente el respeto a la voluntad de la persona (Costa, Almendro, 2003). Si la persona no deseaba participar o se retira de la prueba, se respetaba la decisión autónoma durante el proceso de la investigación, se explicó los objetivos de manera clara y precisa para que la persona pueda tomar la mejor decisión respecto a su participación. Además, se le brindó el consentimiento informado para que la persona conozca, acepte y participe de manera voluntaria de la investigación.

- **Beneficencia:** Es un principio que busca el bienestar de la persona, y obtiene la mayoría de beneficios a nivel personal y grupal, evitando riesgos que perjudiquen a los participantes (Costa, Almendro, 2003). Se buscó identificar los estilos de vida deficientes y el poco apoyo social que posee el adulto mayor para poder intervenir, y así disminuir el riesgo de depresión. Finalmente, los adultos mayores se beneficiaron al entregarles un tríptico informativo acerca de la depresión, en el que se incluyó una lista de referencia con profesionales de la salud mental, si el participante puntúa depresión moderada o severa, será derivado al centro

Cognitiva, especializado en depresión en adultos mayores, ubicado en un lugar cercano al club de Surco, y será puesto en contacto con la psicóloga especialista de adulto mayor que atiende en el distrito.

- **No maleficiencia:** Es un principio que no permite dañar a la persona de manera intencional, no perjudicarlo y mantener el respeto (Costa, Almendro, 2003). La investigación satisfizo el principio de garantizar que la información que se brindó fue confidencial. Además, la información fue guardada de dos maneras con códigos y con nombres, es decir que no se indicó la información que identifique a las personas que participaron en este estudio. En caso se puntué la depresión moderada o severa se tuvo acceso a la identificación.

- **Justicia:** Es un principio que se basa en la imparcialidad de los riesgos y los beneficios; en todo momento se busca la distribución equitativa a fin de no discriminar a ninguna persona (Costa, Almendro, 2003). La investigación lo cumplió al aceptar a todos los participantes que fueron parte del estudio.

- Voluntariamente, aceptaron participar, incluso recibieron todos los mismos beneficios al ser informados de sus resultados.

### **3.6. Plan de análisis de datos**

En primer lugar, se corrigió el Test Fantástico, el cuestionario de Moss y el Test de Yessvege, los resultados obtenidos fueron trasladados a una base de datos para ser analizados con un programa estadístico SPSS Versión 25. En segundo lugar, se hizo el análisis de la distribución de las puntuaciones de cada variable de la investigación. Además, se evaluó los supuestos para obtener la correlación y

sobre la base del cumplimiento de estos se eligió el tipo de correlación que mejor se ajuste para responder el objetivo general y los específicos. Finalmente, las alternativas que se consideraron, si los supuestos se cumplen, por ser una variable cualitativa, fue el Coeficiente de Correlación de Spearman. De la misma manera se procedió para la obtención de los resultados de la relación entre las variables y la comparación según el sexo se utilizó el estadístico T de Student para comparar los resultados de la dispersión entre hombres y mujeres.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Los resultados fueron procedidos al describir los resultados encontrados de la variable estilos de vida en la tabla 8. Los resultados de la percepción de los adultos mayores sobre estilos de vida saludable: para el 8% fue hasta 46 puntos, ubicado en el nivel de peligro, 55% fue de 47 a 72 puntos, 32% fue de 73 a 84 puntos, el 5% fue de 85 a 102 puntos; cabe mencionar que ninguno de los encuestados resultó con nivel excelente de estilo de vida en los adultos mayores del CIAM de Surco.

Tabla 8.

*Niveles de estilos de vida de los adultos mayores del CIAM, Surco, 2018.*

Nivel	Puntaje	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Peligro	0 -46	6	8%
Malo	47 - 72	44	55%
Regular	73 - 84	26	32%
Bueno	85 - 102	4	5%
Excelente	103 -120	0	0%
Total		80	100,0

En la tabla 9, se aprecia que la percepción de los adultos mayores sobre la muestra evaluada en lo que respecta a la variable apoyo social; se obtuvo que el 60% fue desde 19 a 51 puntos, y se ubicó en el nivel bajo, el 40% fue desde 52 a 74 puntos, lo que indica un nivel medio, y ninguno de los encuestados obtuvo un

puntaje alto en apoyo social en los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018.

Tabla 9.

*Niveles de apoyo social de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018*

Niveles	Puntaje	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Bajo	19 -51	48	60%
Medio	52 -74	32	40%
Alto	75 - 95	0	0%
Total		80	100,0

En la tabla 10, se aprecia la percepción de los adultos mayores del CIAM de Surco: se obtuvo que 27% tiene depresión severa, 34% tuvo depresión moderada y el 39% resultó que no tiene depresión en el CIAM de Surco.

Tabla 10.

*Niveles de depresión de los adultos mayores del Centros Integral de Atención al Adulto Mayor de Surco, 2018.*

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
No depresión	31	39%
Depresión moderada	27	34%
Depresión severa	22	27%
Total	80	100,0

En la tabla 11, se aprecia que la percepción de los adultos mayores encuestados sobre las dimensiones del apoyo social, 69% tiene apoyo emocional e interacción social de nivel medio, y 5% tiene apoyo instrumental e interacción social de nivel bajo en el CIAM del adulto mayor de Surco, 2018.

Tabla 11

*Dimensiones de apoyo social en los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018.*

Dimensiones de apoyo social									
		Apoyo emocional		Apoyo instrumental		Interacción social		Apoyo efectivo	
Nivel	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Bajo	0	0%	4	5%	4	5%	8	10%	
Medio	55	69%	52	66%	55	69%	54	68%	
Alto	25	31%	23	29%	21	26%	18	22%	
<b>Total</b>	80	100%	80	100%	80	100%	80	100%	

En la tabla 12, se observa los resultados del objetivo específico según sexo, en la que se ve que los adultos varones tienen mayor peligro de estilo de vida saludable respecto a las mujeres; no existe ningún varón con estilo de vida bueno, solo se observa que las mujeres representan al menos 6% de estilo de vida bueno.

Tabla 12

*Estilos de vida saludable de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018, según sexo.*

Niveles	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
<b>Peligro</b>	2	4	6
	3%	23%	8%
<b>Malo</b>	34	10	44

	54%	59%	55
<b>Regular</b>	23	3	26
	36%	18%	32
<b>Bueno</b>	4	0	4
	6%	0%	5%
<b>TOTAL</b>	63	17	80
	100%	100%	100%

En la tabla 13, se observa los resultados del nivel de apoyo social de los adultos mayores según sexo, las mujeres tienen menor apoyo social, representada por 46% de los encuestados, 14% de varones fue de nivel bajo, y 33% de mujeres tuvo resultado medio en apoyo social.

Tabla 13

*Niveles de apoyo social de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018, según sexo.*

Niveles	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Bajo	37	11	48
	46%	14%	60%
Medio	26	6	32
	33%	7%	40%
Alto	0	0	0
	0%	0%	0%
Total	63	17	80
	79%	21%	100%

En la tabla 14, se observa los resultados de la depresión de los adultos mayores según sexo, las mujeres tienen mayor depresión severa con un 73% respecto a 27% de los varones, 89% de mujeres tiene depresión moderada y solo el 11% de varones es depresión moderada.



Tabla 14

*Niveles de depresión de los adultos mayores del CIAM de Surco, 2018, según sexo.*

Niveles	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
No depresión	23	8	31
	74%	26%	100%
Depresión moderada	24	3	27
	89%	11%	100%
Depresión severa	16	6	22
	73%	27%	100%
Total	63	17	80
	79%	21%	100%

#### 4.1. Prueba de hipótesis

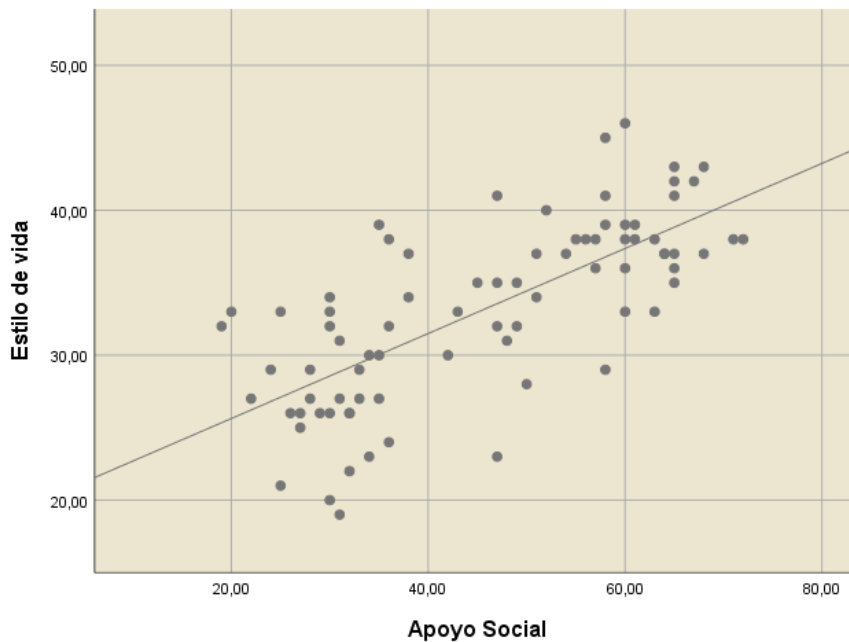
Para el contraste de nuestra hipótesis general se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman, en la tabla 15 se aprecia que a un nivel de confianza del 99% sí existe relación significativa ( $\alpha=.00$ ;  $\alpha<,01$ ); en el caso de estilos de vida saludable con la variable apoyo social, se obtuvo el coeficiente de correlación de rho Spearman, que fue de 0,734\*\*, este valor es una correlación alta (ver anexo) y se afirma que en ambas variables existe relación significativa.

Tabla 15

*Relación entre los estilos de vida y el apoyo social*

	Rho de Spearman	Apoyo social
Estilos de vida	Coefficiente de correlación	,734**
	Sig.(bilateral)	0.01
	N	80

\*\* : La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).



*Figura 1: Grado de correlación entre estilo de vida y apoyo social*

En la figura, la dispersión de puntos deja clara la relación, es por ello que se dice que existe una correlación positiva alta. Esto se puede deber a que a mayor apoyo social mejores serán los estilos de vida.

En la tabla 16, se aprecia que a un nivel de confianza del 99% sí existe relación inversa y significativa ( $\alpha=.00$ ;  $\alpha<,01$ ) para la variable estilos de vida con la variable depresión, dado que el coeficiente de correlación de rho Spearman fue de  $-,731^{**}$ , y este valor es una relación negativa media, y se concluye que en

ambas variables existe relación negativa media; es decir, si el estilo de vida que lleva el adulto mayor es bueno, la depresión en el adulto disminuye o se contrae.

Tabla 16

*Relación entre los estilos de vida y depresión*

	Rho de Spearman	Depresión
Estilos de vida	Coefficiente de correlación	-,731**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

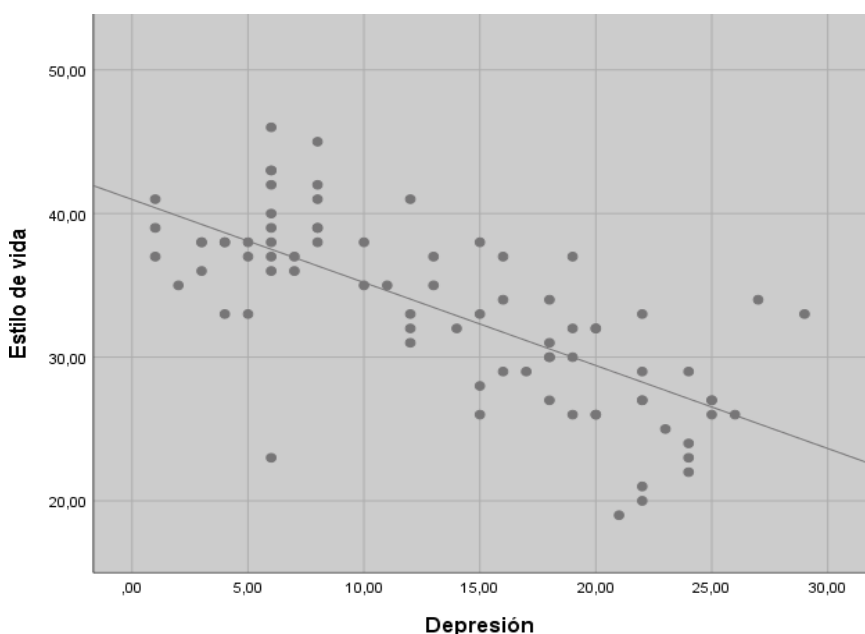


Figura 2: Grado de correlación entre estilo de vida y depresión.

En la figura, la dispersión de puntos deja clara la relación inversa que existe; es por ello que se dice que existe una correlación negativa media. Esto se debe a que si el estilo de vida que lleva el adulto mayor es bueno, la depresión en el adulto disminuye.

En tabla 17 se aprecia que a un nivel de confianza del 99% sí existe relación significativa ( $\alpha=.00$ ;  $\alpha<.01$ ); en el caso de apoyo social y la depresión, se obtuvo el coeficiente de correlación de rho Spearman fue de  $-,741^{**}$ , y este valor

es una correlación alta, y se concluye que en ambas variables existe relación significativa.

Tabla 17

*Relación entre apoyo social y depresión*

	Rho de Spearman	Depresión
Apoyo social	Coefficiente de correlación	-,741**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

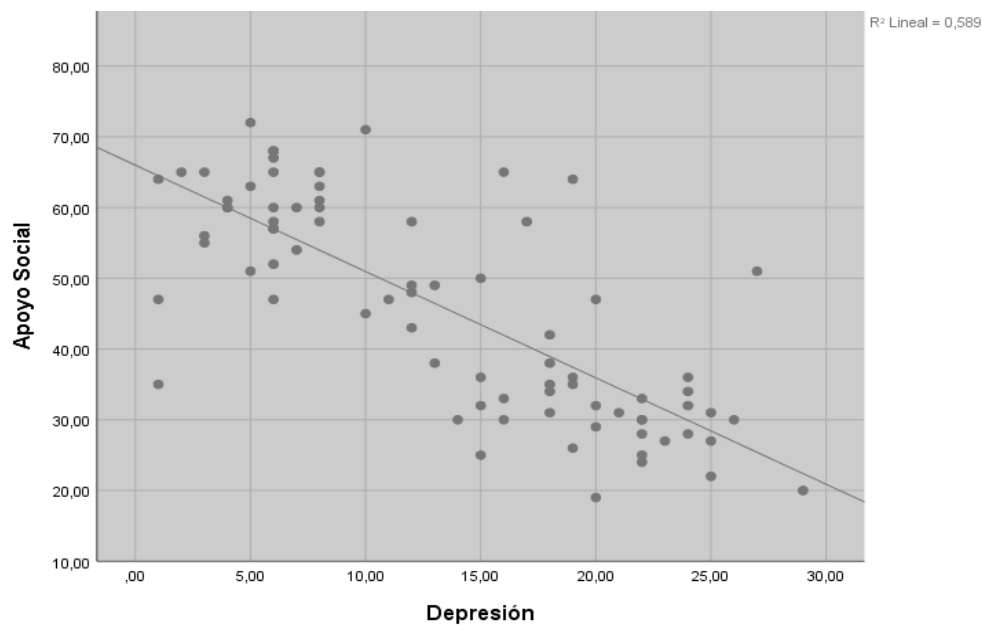


Figura 3: Grado de correlación entre apoyo social y depresión.

En la figura 3, la dispersión de puntos deja clara la relación inversa alta que existe; es por ello que se dice que existe una correlación negativa alta.

Con lo que se concluye que entre las variables estilos de vida, apoyo social y la depresión existe asociación, dado que los resultados se traducen en que a mayor apoyo social a los adultos mayores por parte de sus familiares existirá

ausencia de la depresión; asimismo, respecto al estilo de vida y la depresión, a mejor estilo de vida la depresión disminuye, y se comprueba que las variables de comportan en forma inversa.

Para contrastar las hipótesis específicas, respecto a la variable estilos de vida con las dimensiones de apoyo social, se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman, en la tabla 18 se observa que a un nivel de confianza del 99%, hallamos que sí existe relación significativa ( $\alpha=.00$ ,  $\alpha<.01$ ), la dimensión apoyo emocional se obtuvo ,727\*\* y se interpreta como correlación alta que coincide con la dimensión apoyo instrumental con 712\*\*; sin embargo, las dimensiones apoyo afectivo, 679\*\*, y la dimensión interacción social se obtuvo 667\*\* y esta dimensión es como la correlación moderada; es decir, a mayor nivel de las dimensiones de apoyo social se eleva el estilo de vida saludable. En conclusión, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna: Existe relación entre las dimensiones de apoyo social y el estilo de vida saludable.

Tabla 18

*Correlación entre el estilo de vida y las dimensiones de apoyo social*

Dimensiones de apoyo social	Rho de Spearman	Estilo de vida
Apoyo emocional	Coefficiente de correlación	,727**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80
Apoyo instrumental	Coefficiente de correlación	,712**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80

Interacción social	Coefficiente de correlación	,667**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80
Apoyo efectivo	Coefficiente de correlación	,679**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Para contrastar las hipótesis específicas, respecto a la variable apoyo social, con las dimensiones de estilos de vida, se utilizó la prueba de correlación Rho de Spearman; en la tabla 19 se observa que existe relación significativa ( $\alpha=.00$ ,  $\alpha<.01$ ) para todas las dimensiones de apoyo social, excepto la dimensión alcohol que la significancia es de 0,697; la dimensión sueño y estrés resultó, 774\*\*, y se interpreta como correlación alta y coincide con la dimensión control de salud y sexualidad con 758\*\*; sin embargo, las dimensiones asociatividad y actividad física, 682\*\*, la dimensión familiares y amigos se obtuvo 551\*\*, y esta dimensión es como correlación moderada, es decir, a mayor nivel de apoyo social mejora el estilo de vida. Por otro lado, para las dimensiones nutrición y alimentación, resultó 161, y esta es una relación inversa leve, para la dimensión tabaco y dependencia fue de 412\*\* y se interpreta como relación inversa débil, es decir si es escaso el apoyo social por parte de los familiares al adulto mayor, tiende a tener dependencia del tabaco y alcohol; asimismo, en la dimensión trabajo y personalidad el resultado fue 271 y la dimensión introspección es 615.

Tabla 19

Correlación entre el apoyo social y las dimensiones de estilos de vida

Dimensiones de estilos de vida	Rho de Spearman	Apoyo social
Familiares y amigos	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	,551** 0.00 80
Asociatividad y actividad física	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	,682** 0.00 80
Nutrición y alimentación	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	-,161 0.00 80
Tabaco y dependencia	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	-,412** 0.00 80
Alcohol	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	,044 0.697 80
Sueño y estrés	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	,774** 0.00 80
Trabajo y personalidad	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	-,271* 0.015 80
Introspección	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	-,615** 0.00 80
Control de salud y sexualidad	Coefficiente de correlación Sig.(bilateral) N	,758** 0.00 80

Otros	Coefficiente de correlación	,552**
	Sig.(bilateral)	0.00
	N	80

En la tabla 20, se obtuvo, para la variable estilo de vida saludable en función al sexo, en el uso del estadístico t de Student, respecto al sexo femenino menos disperso, la desviación de 11,842, y la del masculino de 14,405, con una distribución dispersa, pero alejado del resultado de la media de la distribución normal.

Tabla 20.

*Correlación entre el estilo de vida saludable según sexo*

Variable	Sexo	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Estilo de vida	Femenino	63	65,87	11,842	1,4925
	Masculino	17	68,00	14,405	3,494

En la tabla 21, se observó que, para la variable apoyo social en función al sexo, en el uso del estadístico t de Student, tanto el sexo femenino como el masculino tienen una media de 45,57 y de 46,00, respectivamente, y la desviación en el sexo femenino es de 15,477 y en el sexo masculino es de 14,257, con una distribución menos dispersa, pero siempre alejado del resultado de la media de la distribución normal.



Tabla 21.

*Correlación del apoyo social según sexo*

Variable	Sexo	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Apoyo	Femenino	63	45,57	15,477	1,950
Social	Masculino	17	46,00	14,257	3,458

En la tabla 22, se observó que, para la variable depresión en función al sexo, en el uso del estadístico t de Student, tanto el sexo femenino como el masculino tienen una media de 13,8571 y de 12,3529, respectivamente, y la desviación en el sexo femenino es de 7,78305, y en el sexo masculino es de 7,52447, con una distribución menos dispersa, pero siempre alejado del resultado de la media de la distribución normal.

Tabla 22.

*Correlación de la depresión según sexo*

Variable	Sexo	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Apoyo	Femenino	63	13,8571	7,78306	, 98057
Social	Masculino	17	12,3529	7,52447	1,82495

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

En el estudio, en términos globales, a través del análisis de datos respecto a la hipótesis general, se obtuvo que sí existe relación entre los estilos de vida saludable y el apoyo social en los adultos mayores del Centros Integral de Atención al Adulto Mayor, de Surco, 2018, que dio como resultado una correlación significativa directa, lo que refleja que a mayores niveles de apoyo social existirá un mejor estilo de vida. Cabe aclarar que existió una limitación en la presente investigación, consistente en que no se encontró antecedentes que se relacionen de manera directa con las variables de estudio; sin embargo, se encontró algunos estudios que orientaron su desarrollo, como el realizado por Lino (2018), que fue construido a partir de los registros finales de las respuestas brindadas por los docentes, y concluyó que los docentes de la Facultad no tienen un estilo de vida saludable porque presentan deficiencias en la actividad física también tienen problemas para dormir y descansar; también, Vivaldi y Barra obtuvieron que los adultos mayores varones tuvieron mayor bienestar psicológico que las mujeres, en comparación con los adultos solteros. Por otro lado, el sustento teórico presentado por Rodríguez (2006) definió que los estilos de vida saludables se fundamentan en la salud de los seres humanos; de la misma manera, el apoyo social es la ayuda real otorgada por otras personas (Acuña y Gonzáles, 2010).

Respecto a los resultados de las variables estilo de vida con la depresión, estadísticamente se demostró que existe relación entre ambas variables, pero este valor es una relación negativa alta (ver anexo); es decir, si el estilo de vida que

lleva el adulto mayor es bueno entonces la depresión en el adulto disminuye o se contrae; el resultado es similar a la investigación de Licas (2015), quien obtuvo que los adultos mayores que asisten al centro poseen un nivel de depresión leve, en comparación con los de otros centros del área; porque tienen humor depresivo, abandono de las actividades diarias y disminución de energía se sienten vacíos.

Respecto a los resultados del apoyo social y la depresión, se obtuvo una correlación negativa alta entre ambas variables; existe una relación significativa pero negativa o inversa; por otro lado, se encontró referencias del trabajo de Alvarado y Bustamante (2018), en el que, descriptivamente, se obtuvo 71.6% con bajo apoyo social, 64.5% con depresión leve, 25.3% con depresión moderada, y 4.4% con depresión severa, con lo que se concluye que existe una relación significativa entre la baja percepción de apoyo social y la depresión en los pacientes evaluados.

Finalmente, con relación a la hipótesis general, se concluye que existe una asociación entre las variables estilos de vida, apoyo social y depresión, dado que los resultados se traducen del modo siguiente: a mayor apoyo social a los adultos mayores existirá ausencia de la depresión; asimismo, respecto al estilo de vida y la depresión, a mejor estilo de vida, la depresión disminuye, con lo que se comprueba que las variables se comportan en forma inversa.

Respecto a los resultados de las hipótesis específicas, se llega a la conclusión de que a mayores niveles de las dimensiones del apoyo social, mejor será el estilo de vida saludable en adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en el distrito de Surco, y se observa que el grado de correlación del apoyo

emocional y el estilo de vida tuvo una correlación alta; de igual forma, el apoyo instrumental y el estilo de vida tuvo una correlación alta, seguido con el apoyo afectivo; finalmente, la interacción social fue significativa, lo cual representa una correlación moderada entre el estilo de vida saludable y la interacción social, con lo que se concluye que, a mayores niveles de las dimensiones de apoyo social se elevará el estilo de vida saludable.

Por otro lado, se tuvo una limitación en el desarrollo del presente trabajo porque no se encontró antecedentes que se relacionaran de manera directa con la dimensión del estudio; sin embargo, Aguilar (2014) realizó la investigación, titulada: *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2014*, en la que se encontró que un 52% tiene un estilo de vida saludable y 48% tiene un estilo de vida no saludable; en la dimensión social, un 72% tiene un estilo de vida saludable y un 28% tiene un estilo de vida no saludable; en la dimensión psicológica, un 62% tiene un estilo de vida no saludable y 38% tiene un estilo de vida saludable, y concluye que la mayoría de adultos mayores presenta un estilo de vida saludable, lo cual es beneficioso para su salud.

También, en el sustento teórico se sostiene que el estilo de vida saludable es un modo vida establecido, en el que se intercambian las peculiaridades individuales, las relaciones sociales y los estándares de vida económicos y contextuales (OMS, 1998). Además, Paulo, Nadler y Fisher (1998), sobre la base de una perspectiva funcional, clasificaron las dimensiones del apoyo social de la siguiente forma: apoyo emocional, apoyo instrumental, apoyo afectivo e interacción social positiva.

Respecto a la variable apoyo social, con las dimensiones de estilos de vida, resultó que existe relación significativa entre las dimensiones familiares y la actividad, la dimensión asociatividad y la actividad física, la dimensión sueño y estrés; por otro lado, la dimensión control de salud y sexualidad fue de correlación alta, y la dimensión otros fue de relación moderada positiva; asimismo, la dimensión nutrición y alimentación, la dimensión de tabaco y dependencia, la dimensión trabajo y personalidad y la dimensión introspección fueron de correlación inversa, con lo que se comprobó que para dicha dimensión no hay relación; en tanto, Fernández y Méndez (2017) realizaron un estudio, titulado: *Estilos de vida y factores de riesgo para la salud en personas adultas mayores*, en el que se observó que las mujeres presentan alteraciones en su alimentación, lo que ocasiona obesidad; también presentan tendencias a deprimirse, lo cual muchas veces está acompañado de un deterioro cognitivo.

Del mismo modo, sobre el respaldo teórico de las dimensiones de estilos tenemos la dimensión familiar y social: una de las principales en el adulto mayor como ser biológico, psicológico y social, por ende necesita de redes de apoyo para poder sostenerse a lo largo de su vida; asimismo, la dimensión nutrición y alimentación: controlar el consumo de alimentos dañinos para su salud, como grasas saturadas, azúcares, sales, entre otros (Pérez de Vera, Domínguez, Granda y Perafán, 2004); respecto a las dimensiones, consideran que la más importante es la dimensión estrés: el adulto mayor tiende a dominar y a disminuir la tensión que se inicia, al considerarse un momento complicado o poco manejable, a través de acciones, esto debido a la experiencia que posee. Y, finalmente, la dimensión control de salud y sexualidad: identifica y discrimina opciones saludables y

eficaces para encontrar un equilibrio en su salud; además, acudir a controles de salud en cuanto sienta algún dolor, que no es relevante en la dimensión sexualidad (Torrejón y Reyna, 2012).

Respecto al apoyo social en función al sexo, se observó, mediante el uso del estadístico t de Student, que el sexo femenino es menos disperso, y su desviación es de 11,842 y el masculino es de 14,405 con una distribución dispersa y se aleja del resultado de la media de la distribución normal. Para la variable apoyo social, en función al sexo femenino y masculino, tienen una media de 45,57 y 46,00, respectivamente, y la desviación en el sexo femenino es de 15,477 y el masculino es de 14,257, con una distribución menos dispersa, pero siempre alejado del resultado de la media de la distribución normal; finalmente, se concluye que a mayor apoyo social se da mejores estilos de vida, y eso afecta en la forma y disminuye la depresión en los adultos mayores.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

1. Los estilos de vida y el apoyo social tienen una relación positiva alta, y su correlación estadísticamente significativa.
2. Respecto a la relación del estilo de vida y las dimensiones de apoyo social, resultó que para las dimensiones apoyo instrumental y apoyo emocional la correlación fue alta; por otro lado, para las dimensiones interacción social y apoyo afectivo, la relación fue positiva moderada.
3. Respecto a la relación entre el apoyo social y las dimensiones de estilos de vida, se concluye que tiene mayor correlación estadísticamente significativa, la dimensión sueño y estrés, y la dimensión nutrición y alimentación resulto de relación negativa prácticamente nula.
4. En relación al estilo de vida, el apoyo social y la depresión en función al sexo, los datos más dispersos fueron para el sexo masculino, y así se aleja de la media del resultado teniendo mayor tendencia los varones.

## **CAPÍTULO VII**

### **RECOMENDACIONES**

1. Para posteriores investigaciones, se recomienda realizar estudios de investigación e intervención a fin de permitir la participación de la familia en la disminución de la depresión en el adulto mayor.
2. Realizar otros estudios similares en distintos áreas geográficas o estratos sociales para conocer las distintas realidades del adulto mayor.
3. Realizar trabajos multidisciplinarios (nutrición, médico, psicológico.) para conocer las problemáticas y deficiencias y apoyar al adulto mayor.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, A. (2016). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena*. Universidad de Cartagena. Recuperado de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3098/1/PREVALENCIA%20DE%20DEPRESION%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20CARTAGENA%20INF%20ORME%20FINAL.pdf>
- Acuña, M. y González, A. (2010). *Auto eficiencia y red de apoyo social en adultos mayores*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/artiuclo.oa?id=282221720007>.
- Aguilar, G. (2014). *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3579/Aguilar\\_mg.pf;jsessionid=2F88C067EFD70D8C99A16AC81FBFA6B4?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3579/Aguilar_mg.pf;jsessionid=2F88C067EFD70D8C99A16AC81FBFA6B4?sequence=1)
- Arias, C. (2013). *El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad*. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20024>.
- Alvarado, M. y Bustamante, F. (2018). *Apoyo social y depresión en pacientes diagnosticados con una enfermedad oncológica del hospital CASE Essalud de Arequipa*. (Tesis de licenciatura). Universidad Católica de

- Santa María, Arequipa, Perú. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7814/76.0355.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Araníbar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf).
- Aranda, C., y Pando, M. (2013). *Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social*. Revista IIPSI. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psicoarticle/viewFile/3929/3153>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Clasificación de la depresión según el DSM-V*. Recuperado de [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish\\_DSM-5%20Coding%20Update\\_Final.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf).
- Ávila, J., Melano, E., Payette, H., y Amieva, H. (2007). *Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores*. Scielo.org.mx. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-).
- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de investigación y diagnóstico*. (2ª ed.). Madrid: La Muralla S.A.
- Berger, K. (2001). *Psicología de la vejez*. Madrid: Médica Panamericana, Universidad Nacional Barreal Costa Rica.
- Bennasar, M. (2014). *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la*

*universidad como entorno promotor de la salud.* España: TDR.  
Obtenido de <http://www.tdx.cat/handle/10803/84136>.

Bonilla, C., Rivera, O., y Santacruz, L. (2008). *El impacto que generan los diversos instrumentos jurídicos en la realidad social de la población adulta mayor en El Salvador.* Recuperado de <http://ri.ues.edu.sv/4277/1/El%20impacto%20que%20generan%20los%20diverso>.

Bowling, A., y Farquhar, M. (1991). *Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people.* Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.930060803/full>

Caballero, E., Moreno, M., Sosa, M., Mitchell, E., Vega, M., y Pérez, L. (2013). *Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.* Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infd06212.htm>

Campo, M. (2000). *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadores.* Recuperado <https://bit.ly/2H8RH1Y>.

Carbajo, C. (2009). *Mitos y estereotipos sobre la vejez: propuesta de una concepción realista y tolerate.* Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos>.

Cárdenas, L., y Suárez, Z. (2010). *Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/>

16712/CardenasMosqueraLuzKarina2015.pdf?sequence=1.

Clasificación internacional de enfermedades (1992). *Clasificación según el CIE10*.

Recuperado de [http://www.psicomednet/principal/cie10\\_indice.html](http://www.psicomednet/principal/cie10_indice.html).

Crespo, J. (2011). *Prevalencia de la depresión en adultos mayores en asilos de la provincia del Cañar*. Recuperado de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>.

Cruz, M. (2013). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor maduro en nuevo Chimbote*. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Perú.

Recuperado de <http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/>

Del Risco, P. (2007). *Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor*.

Recuperado de

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/399>.

Domínguez, S., y Centeno, S. (2017). *Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana*. Recuperado de

[https://www.Clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130862116300973.pdf?locale=es\\_ES](https://www.Clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130862116300973.pdf?locale=es_ES).

Douglas, M., Wilson, E., y Nielsen, D. (1984). *Testing the FANTASTIC Instrument*.

Recuperado de

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/pdf/famphys00223-0157.pdf>.

Fernández, X. y Méndez, E. (2017). *Estilos de vida y factores de riesgos para la salud de las personas adultas mayores del proyecto creles Costa Rica*

2004-2006.

Recuperado

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4549/4364>.

Galván, P., Fernández, E., y Fonseca, J. (2012). *Síntomas residuales en el anciano con depresión*. Recuperado de <https://medes.compublicatio75366>.

Gallardo, L. (2013). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región Arica y Parinacota-Chile; una propuesta para la intervención en trabajo social* (Tesis de doctorado). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/20100/1/T34359.pdf>.

Ginarte, M. (2012). *Importancia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor*. Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revista/mfr/vol\\_4\\_2\\_12/mfr06212htm](http://bvs.sld.cu/revista/mfr/vol_4_2_12/mfr06212htm).

Gonzales, C. (2008). *Depresión en adultos de 60 a 80 años de un centro del adulto mayor y de un asilo de la ciudad de Lima*. Nuevos paradigmas, 2008; 2: pp.47-62.

Gracia, E. (2008). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Recuperado de [https://books.google.com.pe/books/about/El\\_apoyo\\_social\\_en\\_la\\_intervenci%C3%B3n\\_COMUHTML?ID=OyCPgNtliRsC](https://books.google.com.pe/books/about/El_apoyo_social_en_la_intervenci%C3%B3n_COMUHTML?ID=OyCPgNtliRsC).

Guzmán, J., Huenchuan, S., y Montes, V. (2013). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Recuperado de [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_jmgshnvm.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_jmgshnvm.pdf).

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta.ed.). México: Interamericana Editores S.A.

Impollino, V. (2001). *Los adultos mayores, el tiempo libre y la práctica de*

*deportes y/o*

*actividad física.*

Recuperado

de

[www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID002.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID002.pdf).

Instituto de Investigaciones del Sueño. (2004). *El sueño en los ancianos.*

Recuperado de <http://www.iis.es/ancianos.php>.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). Recuperado de [http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud7depression-adulto mayor](http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud7depression-adulto%20mayor)

[http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud7depression-adulto mayor](http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud7depression-adulto%20mayor)

Imutter, M. (1992). *Adult development and aging.* Recuperado de

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/yl.14/full>

Jiménez, E. (2008). *El proyecto de vida en el adulto mayor.*

[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12\\_2\\_08/san09208.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san09208.pdf).

Juárez, J., León, A., y Alata, V. (2012). *Evaluación del grado de depresión de*

*adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña Alta” – La Molina, Lima,*

*Perú.*

Recuperado

de

<http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte2012>

[\\_2/Art4\\_Vol12\\_N2.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte2012).

Lecot, J. (2015). *Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno*

*Infantil* (Tesis de licenciatura) Universidad Argentina de la Empresa

Recuperado

de

[https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/](https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/Lecot.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[Lecot.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uade.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/4080/Lecot.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención*

*integral* S.J.M - V.M.T. 2014. (Tesis de pregrado) Universidad

Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Perú. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licasm.pdf>.

Lino, E. (2018). Estilos de vida saludable de los docentes de la Facultad de estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Tesis de pregrado), Lima, Perú.

Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M., Oliveros, M., Palacio, J., y Aguirre, D. (2012). *Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social*. Recuperado de [file:///C:/Users/user01/Downloads/Dialnet/ValidacionEnColombiaDelCuestionarioMOSCeApoyo Social-3974642% 20\(3\). pdf](file:///C:/Users/user01/Downloads/Dialnet/ValidacionEnColombiaDelCuestionarioMOSCeApoyo%20Social-3974642%20(3).pdf).

Milla, J. (2006). *Principios de geriatría y gerontología*. Recuperado de [http://gerontologia.udc.es/new/documents/congreso\\_sgxx\\_2013.pdf](http://gerontologia.udc.es/new/documents/congreso_sgxx_2013.pdf).

Ministerio de Salud (2005). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Recuperado de [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/ineamiento%0rmas%20nomas%20tecnicas\\_%20primera%20parte.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/ineamiento%0rmas%20nomas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf).

Martínez, J., Vilches, R., Dueñas, H., Colomer, C., Aguado, R. y Luque, L. (2002). *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación*. *Medifam*. 12(10), 620-630. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>.

Ministerio de Salud. (2015). *Módulo de atención integral de la depresión en salud*

*mental*. Recuperado de

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820MS-PROM14 .pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820MS-PROM14.pdf).

Monte de Ocas, V. (2002). *Relaciones familiares y redes sociales*. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/112/11201909.pdf>.

Mora, M., Villalobos, D., Araya, G., y Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género*.

Recuperado de [http:// file:///C:/Users/user01/Downloads/Dialnet-PerspectivaSubjetivaDeLaCalidadDeVida DelAdultoMayor-3700194%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/user01/Downloads/Dialnet-PerspectivaSubjetivaDeLaCalidadDeVidaDelAdultoMayor-3700194%20(1).pdf).

Navarro, S., Reyes, J., y Borgues, G. (2007). *Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años*. Recuperado de

[http://www.scielo .org.mx/scielo.php?scriptsci\\_arttext&pid=S0036-3634200700 1000005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?scriptsci_arttext&pid=S0036-36342007001000005).

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Depresión*. Recuperado de

<http://www.who.int/topics/depression/es>.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Envejecimiento y ciclo de vida*.

Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es>.

Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud: glosario*.

Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>.

Organización Mundial Salud (1992). *Informe de bien del director general a la*

*Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39319>.

Organización Panamericana de la Salud (2002). *Un estilo de vida para las*



- personas adultas mayores.* Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf>.
- Pablo, J. (2016). *Calidad de vida del adulto mayor de la casa "Polifuncional Palmas Reales."* Los Olivos Lima 2016. Recuperado de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo\\_j.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2276/3/pablo_j.pdf).
- Pando, M., Aranda, C., Alfaro, N., y Mendoza, P. (2001). *Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana.* Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-depresion-adultos-mayores-poblacion-S0211139X0174704X>.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1998). *Psicología del desarrollo.* (Séptima edición ed.). México: Mcgraw-Hill.
- Pérez, G. (2004). *Colombia: características biopsicosociales del adulto mayor de 45 años.* Recuperado de <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/caracteristicas%20biopsicosociales.pdf>, recuperado: 5 de octubre de 2009.
- Pérez, L. (1997). *Las necesidades de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad.* Madrid: INSERSO.
- Pérez, V., Domínguez, H., Granda, S., y Perafán, B. (2004). *Maltrato en las personas mayores: situación actual en el Reino Unido.* Recuperado de <http://www.Doyma.es/revistas/>.
- Ramírez, R. y Agredo R. (2012). *Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos.*

Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04>.

Ramos, G. (2013). *Antropología de la vejez en el Perú: un vacío etnográfico*.

Recuperado

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropia/article/download/11274/11784>.

Reyes, S. (2011). *Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el Hospital San Vito, Petén*.

Riquelme, A. (2005). *Depresión en residencias geriátricas: un estudio empírico*.

Recuperado de <https://bit.ly/2H8RH1Y>.

Rodríguez, A. (2006). *Autoconcepto físico y estilos de vida*. Recuperado de

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113205592006000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113205592006000100006).

Rodríguez, J., Valdés, M., y Benítez, M. (2003). *Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-española-geriatria-gerontologia-124-articulo-propiedades-psicometricas-escala-geriatrica-depresion-S0211139X03748732>.

Rosales, R., García, R., y Quiñones, E. (2014). *Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor*. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192014000100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000100009).

Sanza, J. (1993). *Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. Recuperado de <https://www.um.es/>

analesps/v09/v09\_2/02-09\_2.pdf.

Stassen, K. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Recuperado de <https://>

[books.google.com.pe/books/about/Psicolog%C3%ADa\\_del\\_desarrollo.htm?hl=es&id=K8XALshsHLAC](https://books.google.com.pe/books/about/Psicolog%C3%ADa_del_desarrollo.htm?hl=es&id=K8XALshsHLAC).

Stucchi, S. (2010). *Boletín Sala Situacional*. Recuperado de <http://www.insn.gob.pe/>

[sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014.pdf](http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/Boletin%20Sala%20Situacional%20DICIEMBRE%202014.pdf).

Tolentino, F. (2016). *Propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los programas integrales del adulto mayor de Trujillo*. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/262>.

Torrejon, C., y Reyna, E. (2012). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor*.

Recuperado de [http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in\\_crescendo/v3n2/a1.pdf](http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v3n2/a1.pdf).

Trujillo, Esparza, Benavides, Villareal y Castillo (2017). *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado de <https://bit.ly/2IcdyEz>.

Varela, L., Chávez, H., Tello, T., Ortiz, P., Gálvez, M., y Casas, P., (2015). *Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú*. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32 (4):709-15.

Vásquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2000). *Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. Recuperado de

<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>.

Villalobos, E. (2014). *Apoyo social a los adultos mayores de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, Chiclayo*. Recuperado de [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL\\_Villalobos\\_Cordova\\_Elda.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/352/1/TL_Villalobos_Cordova_Elda.pdf).

Villar, M., Ballinas, Y., Gutiérrez, C. y Angulo, Y. (2016). *Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (Essalud)*. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2016;1(2):17-26. Recuperado de <https://bit.ly/2ZmGktn>.

Vivaldi, F., y Barra, E. (2012). *Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523006002>.

Zapata, R. (2001). *Inteligencia emocional en el adulto mayor*. Recuperado de <file:///C:/Users/75435918/Downloads/18562-55829-1-PB.pdf>.

Zevallos, S. (2015). *Prevalencia de depresión en poblaciones andinas*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/download/14/13>.

## ANEXOS

### INSTRUMENTOS

#### *FICHA DE DATOS*

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Edad: \_
- Fecha: \_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Sexo: F\_\_\_\_\_M\_\_\_\_\_
- Ocupación: \_\_\_\_\_
- Estado civil: Soltero\_\_\_\_Casado\_\_Conviviente\_\_ Viudo\_\_ Divorciado\_  
\_\_\_\_\_

## Test fantástico

Elaborado por Villar, Martha, Ballinas, Yessica, Gutiérrez, Cesar y Angulo, Yolanda (2016).

### Instrucciones

Le invito a responder el presente test, las respuestas serán confidenciales y anónimas. A continuación, se presentarán treinta ítems, de los cuales tendrá que marcar (x) en el casillero de nunca, a veces, siempre, dependiendo de su opinión. Es muy importante que sus respuestas sean con honestidad. Agradecemos su participación.

	Preguntas	Nunca	A veces	Siempre
1.	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí			
2.	Doy y recibo cariño			
3.	Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias, o lo siento			
4.	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales			
5.	Realizo actividad física por 30 min			
6.	Camino al menos 30 min diariamente			
7.	Como dos porciones de frutas y tres de verduras			
8.	A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra, o grasas			
9.	Estoy pasado en mi peso ideal			
10.	Fumo cigarrillos			
11.	Cigarros fumados por día			
12.	Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me automedico			
13.	Número promedio de tragos a la semana			
14.	Bebo ocho vasos de agua cada día			
15.	Bebo té, café, cola, gaseosa			
16.	Duermo bien y me siento descansado			
17.	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida			
18.	Me relajo y disfruto mi tiempo libre			
19.	Parece que ando acelerado			
20.	Me siento enojado o agresivo			
21.	Me siento contento con mi trabajo y mis actividades			
22.	Soy un pensador positivo			
23.	Me siento tenso o abrumado			
24.	Me siento deprimido o triste			
25.	Me realizo controles de salud en forma periódica			
26.	Converso con mi pareja o mi familia aspectos de			

	sexualidad			
27.	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja			
28.	Como peatón y pasajero del transporte público, sigo las reglas			
29.	Uso cinturón de seguridad			
30.	Tengo claro el objetivo de mi vida			

Cuestionario de apoyo social de Moss, elaborado por Villalobos, Elda (2014).

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo social o a la ayuda que usted dispone:

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el N° de amigos \_\_\_\_ y de familiares: \_\_\_\_\_

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Marque con un aspa (X) en el casillero de nunca, pocas veces, algunas veces, mayoría de veces, siempre, dependiendo de su opinión.

<b>PREGUNTA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>POCAS VECES</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>MAYORÍA DE VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
Alguien que le muestre amor y afecto					
Alguien con quien pasar un buen rato					
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
Alguien en quien confiar, o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
Alguien que le abrace					
Alguien con quien pueda relajarse					
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
Alguien cuyo consejo realmente desee					
Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas					
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas, si está					



enfermo					
Alguien con quien compartir sus temores o sus problemas más íntimos					
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
Alguien con quien divertirse					
Alguien que comprenda sus problemas					
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido					

Escala Depresión Geriátrica de Yesavage Elaborado por Martínez 2002

Instrucciones

A continuación, se presentan treinta ítems, de los cuales tendrá que marcar (x) en el casillero de Sí o No, dependiendo de su opinión.

ÍTEMS	PREGUNTAS	SÍ	NO
1.	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3.	¿Siente que su vida está vacía?		
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6.	¿Tiene pensamientos que le molestan?		
7.	¿Suele estar de buen humor?		
8.	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?		
9.	¿En general, se siente usted feliz?		
10.	¿Se siente a menudo abandonado?		
11.	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?		
12.	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?		
13.	¿Se suele preocupar por el futuro?		
14.	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?		
15.	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16.	¿Se siente a menudo triste?		
17.	¿Se siente inútil?		
18.	¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19.	¿Cree que la vida es muy interesante?		
20.	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?		
21.	¿Se siente lleno de energía?		
22.	¿Se siente sin esperanza?		
23.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24.	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?		
25.	¿Siente a menudo ganas de llorar?		
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27.	¿Está contento de levantarse por la mañana?		
28.	¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29.	¿Le resulta fácil tomar decisiones?		
30.	¿Su mente está tan clara como antes?		

*Escala de correlación según el rango de valores*

<b>Coefficiente</b>	<b>Tipo</b>	<b>Interpretación</b>
De -0.91 a -1	Negativa / relación inversa	Correlación muy alta
De -0.71 a -0.90		Correlación alta
De -0.41 a -0.70		Correlación moderada
De -0.21 a -0.40		Correlación baja
De 0 a -0.20		Correlación baja
De 0 a 0.20	Positiva / relación directa	Correlación prácticamente nula
De 0.21 a 0.40		Correlación baja
De 0.41 a 0.70		Correlación moderada
De 0.71 a 0.90		Correlación alta
De 0.91 a 1		Correlación muy alta

*Nota:* Adaptado de Bisquerra (2009, p.212).