



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PROYECTO TESINA

“Relación entre el nivel de calidad de vida y el grado de depresión en adultos mayores según, sexo y grupo de convivencia que concurren a un hospital provincial de segundo nivel sito en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez en el período Abril-Junio, 2018”

Autora:

Enf. Isabel Cristina Javier Saavedra

Director de Tesina:

Psicóloga: Sabrina GiselCavallaro

Docente Asesor:

Lic. Rosana Nores

Rosario, 14 de Febrero 2018

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

Agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, a mí querida madre, por su incondicional apoyo y contención a pesar de la distancia. A mí querido hijo por su tiempo y paciencia, a mi docente: Lic. Rosana Nores por su dedicación, paciencia y orientación. A mi amiga Gina por su tiempo y apoyo incondicional y a todas aquellas personas que me apoyaron en este proceso de aprendizaje.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que lleva implícito una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad siendo la depresión, la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores la cual está relacionada con múltiples variables entre ellas la calidad de vida. En virtud de ello, se decide realizar la presente investigación con el objetivo de: “Determinar la relación que existe entre nivel de calidad de vida y el grado de depresión en adultos mayores de 65 años según sexo y grupo de convivencia, que concurren a un hospital provincial del segundo nivel, sito en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez durante el periodo de Abril-Junio del año 2018”.

Se llevará a cabo un estudio cuantitativo; descriptivo, de corte transversal, con recolección de datos en forma prospectiva; realizado en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez a 50 adultos mayores. Los datos serán recolectados a través de los instrumentos validados (Escala Gencat de calidad de Vida, la cual fue adaptada por criterios de la autora, y la Escala de depresión Geriátrica-Test de Yesavaje).

La población será seleccionada a través de un muestreo no probabilístico por cuota y los resultados de las variables serán analizados e interpretados a través de una estadística descriptiva. Los mismos serán plasmados en gráficos tipo torta, utilizando el programa informático EPI – INFO.

PALABRAS CLAVES: Nivel de calidad de vida – Grado de depresión – Adulto mayor- Consultorio Externo.

INDICE

Pág.

Resumen y Palabras Clave -----	2
Índice General -----	3
Introducción -----	4
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte -----	4
Planteamiento del Problema en Estudio -----	6
Hipótesis -----	6
Objetivos -----	7
Marco Teórico -----	8
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño -----	28
Sitio o contexto de la Investigación -----	28
Población y Muestra -----	29
Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos -----	30
Personal a cargo de la recolección de datos -----	32
Plan de análisis -----	38
Plan de trabajo y Cronograma -----	40
Anexos	
I Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios -----	43
II Instrumento de recolección de datos – Consentimiento Informado--	44
III Resultado del estudio exploratorio -----	50
IV Resultado de la prueba piloto del instrumento -----	51
Referencias Bibliográficas -----	53

INTRODUCCIÓN

El incremento de la ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y los que van emergiendo en subdesarrollo, pues durante los últimos años todas las sociedades del mundo desarrollado han experimentado cambios demográficos. (1)

Por otro lado, la mayoría de los problemas de salud de las personas mayores son el resultado de enfermedades crónicas y es posible prevenir o retrasar muchas de ellas con hábitos saludables. (2)

Asimismo, los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran vulnerables, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por los recursos personales, económicos, del entorno, familiar, comunitario, y de acceso a los servicios de salud. (3)

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. (4)

Actualmente los estados depresivos constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, siendo un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad. (5)

La depresión es una enfermedad recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia, como por sus efectos adversos para la salud. (6)

En un estudio realizado por Melguizo, et al. En un barrio de Colombia entre los meses de Abril- Mayo del año 2012; el cual analizó “ Los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores”, con población de 5020 adultos mayores y una muestra de 5014 personas, se determinó que del total de adultos mayores : 65,8% fueron mujeres ,43% viven en unión libre o son casados; 56,6% han cursado estudios de primaria; 58% no trabaja y el 64,3% residía en estrato 1 o 2; se llegó a la conclusión de que ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores. (7)

Figuroa L, et al. Realizaron un estudio en el cual describen la calidad de vida y el apoyo social percibido en adultos mayores. El mismo se llevó a cabo en un efector público de cuba entre los meses de Enero y Marzo del año 2014; en el cual se

determinó mayor calidad de vida en los ancianos de edades tempranas, predominio de sexo femenino, estado civil casado y con culminación de estudios universitarios; la estructura familiar se caracterizó por la presencia de núcleos de familias pequeñas y bigeneracionales. La Calidad de Vida que prevaleció fue alta; el apoyo social percibido que predominó fue alto, constituyendo la familia la principal fuente generadora de apoyo para este grupo. (1)

Duran T, et al, realizaron un estudio en el cual se analizaron la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor. El mismo se llevó a cabo en una zona marginal de México; la muestra la conformaron 252 adultos mayores de ambos sexos; en el cual se encontró al 40,1% sin depresión, 3,9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo se determinó que en este grupo de adultos mayores existe depresión y deterioro en la función cognitiva; conocer el estado de depresión y la función cognitiva de los adultos mayores, permite fundamentar las intervenciones de los profesionales de enfermería orientadas a las familias de los adultos mayores, para fomentar la motivación y e integración de éstos, encaminadas al estímulo de la función cognitiva y evitar o detectar oportunamente signos de depresión. (8)

En un estudio realizado por Lecot, J en el cual se analizaron las relaciones entre Calidad de Vida de dos grupos formados por 50 adultos mayores cada uno, el primer grupo participa de un taller para adultos mayores en una institución pública de Argentina, y el segundo no participa de ningún taller, durante los meses de Enero-Marzo del año 2015, en el cual se determinó que los adultos mayores que participan de los talleres se sienten satisfechos en cuanto a su salud, es decir el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo con respecto a la ausencia de enfermedades. Estas opiniones no son compartidas con los adultos mayores que no participan de ningún taller, ya que algunos se encuentran satisfechos con su salud y otros poco o muy insatisfechos. (9)

Hurtado S, et al realizaron un estudio en el cual analizaron la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de ambos sexos. El mismo se llevó a cabo en un departamento de Bolivia; en el cual se determinó una constante en relación a las diferencias emocionales de género, asimismo las mujeres adultas se muestran más susceptibles y vulnerables ante las carencias afectivas no por que hayan diferencias que limiten a los varones en cuanto a sentir afectos , si no que ellos callan más con respecto a sus necesidades de atención y cariño sobre todo del entorno familiar, esta represión emocional conduce a expresiones de somatización

más frecuentes por lo que estadísticamente hay más decesos en este género, en cambio ellas son más demandantes ante situaciones de abandono o soledad permitiéndose expresar mucho más la necesidad de relacionarse en familia más estrechamente, este desahogo emocional les facilita el conservar su edad cronológica muchos más años. (10)

Calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es subjetivo ya que está asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores. (11)

El propósito del presente estudio pretende determinar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores de 65 años; analizando la misma a través de la recolección de datos, para detectar precozmente factores de riesgo de depresión proporcionando con este estudio de investigación una información actualizada, la cual permitirá que la institución aborde el tema con un mayor interés y puedan crear estrategias orientadas a detectar complicaciones a tiempo, mejorando la atención integral de adultos mayores.

En función a lo anteriormente expuesto y debido a la relevancia de los conceptos planteados, el presente estudio se desarrollará a partir del planteamiento del siguiente problema:

¿Qué relación existe entre el nivel de calidad de vida y el grado de depresión en adultos mayores de 65 años según sexo y grupo de convivencia, que concurren a un hospital provincial del segundo nivel, sito en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez durante el periodo de Abril- Junio del año 2018?

A tal fin, las **Hipótesis** que se plantean son las siguientes:

-Los adultos mayores de 65 años que presentan un nivel de calidad de vida bajo están propensos a padecer un mayor grado de depresión.

- Los adultos mayores de 65 años que viven con un acompañante (familiar u otro), no padecen ningún grado de depresión.

- Los adultos mayores de 65 años de sexo masculino están propensos a padecer un mayor grado de depresión, en relación al sexo femenino.

OBJETIVOS

Objetivo General:

“Determinar la relación que existe entre nivel de calidad de vida y el grado de depresión en adultos mayores de 65 años según sexo y grupo de convivencia, que concurren a un hospital provincial del segundo nivel, sito en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez durante el periodo de Abril- Junio del año 2018”.

Objetivos Específicos:

- Conocer la relación entre el nivel de calidad de vida Bajo, Medio y Alto; con el grado de depresión de los adultos mayores de 65 años.
- Identificar la relación entre el grupo de convivencia y el grado de depresión de los adultos mayores de 65 años.
- Comparar el sexo (Femenino – Masculino) con el grado de depresión de los adultos mayores de 65 años.

MARCO TEORICO

Para este proyecto de investigación se toma como base la teoría de Virginia Henderson quien vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora; La teoría de Virginia Henderson es destacada y se basa en las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la actuación de enfermería, tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila). (12)

Según Virginia Henderson, La salud es básica para el funcionamiento del ser humano Requiere independencia e interdependencia La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo Los individuos recuperaran la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento. (13)

La enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas. (14)

El modelo de Virginia Henderson parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación de enfermera, teniendo en cuenta que la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. (12)

De acuerdo con este modelo todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordadas desde su doble sentido de universalidad y especificidad donde las necesidades del paciente, son denominadas como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos de enfermería se aplican a través de un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades específicas del paciente. Virginia Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene, estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello, cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos, espirituales y fundamentales estas son:

1- Respirar normalmente; La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida.

Pretende conocer la función respiratoria de la persona como: Valoración del patrón respiratorio, brindar Conocimientos a la persona sobre cómo respirar bien y aspectos ambientales con influencia en la respiración.

2- Alimentarse e hidratarse; El organismo precisa de líquidos y nutrientes para sobrevivir,

Pretende conocer la aptitud de la persona para su nutrición e hidratación, teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según edad, sexo y estado de salud.

3-Eliminar los desechos corporales; El organismo precisa eliminar los desechos que genera para su correcto funcionamiento; Propone conocer la efectividad de la función excretora de la persona.

4-Moverse y mantener una postura adecuada; La mecánica del organismo determina en gran medida la independencia de las personas para las actividades de la vida diaria, pretende conocer las características de la actividad y ejercicio habitual de la persona.

5- Dormir y descansar; El sueño y el descanso son necesidades básicas e imprescindibles de la persona por las importantes funciones reparadoras que ejercen en el organismo, contribuyendo a la salud física y psicológica del mismo; Pretende conocer la efectividad del sueño y reposo habitual de la persona, entre ellos tenemos: Hábitos de sueño y reposo, problemas para conciliar el sueño, dificultades para el reposo.

6-Elegir ropa adecuada; Además de constituir un elemento representativo de la personalidad del paciente, la ropa es un medio de protección fundamental de la persona contra el frío y el calor; Busca conocer la capacidad para elegir el tipo y la calidad de la ropa utilizada por la persona.

7-Mantener la temperatura corporal; La temperatura del cuerpo necesita mantenerse dentro de un determinado rango, puede variar dependiendo de la hora del día, de la ingesta de líquidos y alimentos; Pretende conocer la idoneidad de la temperatura corporal: Temperatura corporal, condiciones ambientales.

8- Mantener la higiene corporal; El grado de higiene corporal de la persona es un signo externo del estado de salud que presenta, por lo que esta necesidad tiene un valor tanto fisiológico como psicológico; Pretende conocer la capacidad para la higiene

personal, como, hábitos higiénicos (frecuencia, medios utilizados, duración, e t c), capacidad física para la higiene.

9- Evitar los peligros del entorno; Un correcto aprendizaje y desarrollo de los mecanismos y conocimientos para la prevención de peligros externos y de la protección de sí mismos y de las personas que nos rodean evitaría numerosos accidentes que ponen en compromiso la salud de las personas; Propone conocer las habilidades, conocimientos de la persona sobre prevención de accidentes, caídas, quemaduras, e t c, y ejecución de actuaciones de riesgo.

10- Comunicarse con los otros; Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona Pretende conocer la existencia de la interacción social de la persona, como: Relaciones sociales, relaciones familiares y de pareja, equilibrio soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión.

11- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias; Las persona piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propias valores, creencias y fé; Busca conocer los hábitos de la persona en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud entre ellos: Sentido de su vida, actitud ante la muerte, conflicto con los valores/creencias.

12- Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal; Las personas se sienten realizadas y satisfechas cuando tienen una productividad, cuando consiguen con su trabajo el resultado propuesto; Busca conocer la efectividad del desarrollo de la actividad laboral de la persona como: La autoestima y autoimagen de la persona, la posición de la persona dentro de su grupo, Rol laboral que desempeña, Problemas/conflictos laborales

13- Participar en actividades recreativas; Las actividades lúdicas contribuyen a la salud física y mental de las personas; Intenta, conocer las aficiones y actividades de entretenimiento de la persona como: Tipo de actividades recreativas, tiempo dedicado a actividades recreativas.

14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad; Las personas empeoran su situación de salud o enferman por conocimientos insuficientes o inadecuados, por lo que la educación se considera como una parte fundamental de los cuidados básicos de la persona, Propone conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las

actividades beneficiosas para la salud, como: Conocimientos, capacidades y limitaciones de aprendizaje de la persona.

Virginia Henderson identifica estas 14 necesidades básicas fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. (15)

Asimismo la definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería: Persona, Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad, la persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia, tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana. Entorno, Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados. Salud, La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia. (15)

La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, asimismo el envejecimiento con éxito es considerado como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psico-sociales. (16)

Argentina se caracteriza por ser uno de los países más envejecidos de Latinoamérica por la mayor cantidad de años que logran vivir sus habitantes en la actualidad, lo cual se convierte en un desafío para que ese tiempo sea disfrutado con calidad. Para que eso ocurra, resulta clave que los adultos mayores lleven adelante acciones de autocuidado ya que, muchas veces, las primeras causas de enfermedad o

fallecimiento de personas mayores de 60 años están íntimamente relacionadas con los estilos de vida y podrían ser evitables si se modifican comportamientos y decisiones, según establece una nueva publicación del Ministerio de Salud de la Nación, realizada con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (17)

Resulta evidente que el envejecimiento de la población ha suscitado el interés generalizado por un gran número de aspectos relacionados con las personas mayores, entre ellos, quizás la calidad de la vida (CV) constituya, hoy por hoy, uno de los temas de estudio más importantes para las ciencias sociales y de la salud, pues supone una de las máximas aspiraciones de todo ser humano y se está convirtiendo en un tema absolutamente frecuente tanto en la literatura científica como en el uso que de él hacen las personalidades sociales y políticas y los ciudadanos en general. (18)

Calidad de vida se ha convertido en uno de los conceptos internacionalmente más identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones en los aspectos de la persona, de la organización y del sistema social. (18)

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar”. (18)

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

El garantizar una vida de calidad a las personas mayores es un nuevo reto que seguirá cobrando importancia en el contexto de la cooperación internacional y en las agendas nacionales en la mayoría de los países durante las próximas décadas. En el plano individual, las personas que ya cumplieron 50 años podrían llegar a cumplir 100; por ende, es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere tener en la vejez y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y bienestar en el futuro. (4)

Existe evidencia de la participación de diversas disciplinas de las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano que han contribuido al estudio de la calidad de vida. De ahí que cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

La calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento, en particular de la psicología, que se debe provechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia. El proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico, cultural, social, mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural. (4)

Llegar a adulto mayor no es una enfermedad, a pesar de que un irrefutable número de adultos mayores presenta discapacidades debido a la presencia de procesos crónicos ocasionados por el envejecimiento. Existe un gran número de enfermedades relacionadas con la adultez que son arrastradas cuando tan solo se tenía 35 años, como la artritis, enfermedades cardíacas, diabetes, reumatismo, alteraciones psiquiátricas. El envejecimiento de un país es consecuencia de su progreso, la vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra, llena de satisfacciones y calidad de vida y no debe establecerse ningún tipo de discriminación hacia las personas por razón de su edad. Aunque la edad constituye un elemento importante, se considera insuficiente como criterio aislado para evaluar, cuantificar y definir las necesidades de una persona mayor enferma. (4)

La tercera edad es una etapa de la vida en la cual las necesidades de salud se hacen cada vez más crecientes, debido fundamentalmente a los cambios fisiológicos que aparecen en el declinar de la vida. Para los próximos años los sistemas de salud tendrán que enfrentar un gran reto: el envejecimiento de la población. Como consecuencia de la transición demográfica que experimenta la mayoría de los países, este envejecimiento traerá consigo un incremento de las enfermedades

cardiovasculares, cáncer, diabetes, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, procesos osteodegenerativos y otros. Para alcanzar una longevidad satisfactoria, debe lograrse un envejecimiento saludable, condición que comienza mucho antes de los 60 años. Esta, solo puede obtenerse al desarrollar desde edades tempranas hábitos, estilos de vida saludables y con la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. Si bien la mayor parte de los adultos mayores está en posibilidades de mantenerse libre de discapacidad, la falta de un envejecimiento saludable desemboca en una vejez "patológica", y una proporción de ellos, que aumenta con la edad, se torna frágil y necesita apoyo, atención o institucionalización, muchas veces por el resto de sus vidas. Esto determina que el crecimiento de la población más vieja conduzca a una creciente demanda de servicios sociales y de salud. Uno de los sistemas que advierte significativos retos en este sentido, es el sector de la salud. Si bien es cierto que el incremento de la esperanza de vida refleja el desarrollo social alcanzado por una nación, esta realidad permite plantearnos nuevas metas que prolonguen dicho indicador con mayor salud y calidad de vida a partir de que lo esencial, es el ser humano. El anciano necesita mejorar su salud, requiere atención integral, cuidados y solidaridad entre las personas para vivir mucho tiempo con calidad, mediante la adopción de estilos de vida saludables y el estricto control de enfermedades que puedan afectarla. Por otra parte es necesario mejorar su situación económica y asistencia social, fomentar su desarrollo personal e integración social, el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación. (4)

Se ha dicho, con razón, que "se envejece según se ha vivido" y esto presupone que los cambios en la esfera social cuando el individuo llega a una edad avanzada, están determinados por su conducta social previa. La posición del individuo en la sociedad se modifica en el curso de su vida y depende de factores biológicos, de patrones de conducta, de su personalidad, del rol social desempeñado y, en gran medida, del sistema social y el momento histórico en que se desarrolla. El incremento de adultos mayores en la población mundial y su vulnerabilidad a las enfermedades crónicas, lógicamente, traerá un aumento en la utilización de los servicios médicos. De todas las etapas evolutivas la vejez es la que más limitaciones provoca en los seres humanos, pues en ella comienzan a perderse diferentes capacidades; tanto intelectuales como físicas, las cuales comienzan a acentuarse a partir de los 60 años. Cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez, lo que ha convertido al envejecimiento de la población en un reto para las sociedades modernas. Esto, considerado como uno de los logros más

importantes de la humanidad, se transforma en un evento tributario de grandes decisiones y soluciones adecuadas con las consecuencias que de esto se derivan. La calidad de vida en el anciano radica en su capacidad de adaptación a los cambios físicos que se van produciendo y a los agentes externos estresantes, los factores psicosociales que lo acosan e incluye todas las satisfacciones que hacen la vida digna de ser vivida. Es importante la participación activa del adulto mayor en la actividad social y cultural, pues nada más lejos de una longevidad satisfactoria que la persona encerrada en su casa, sin un interés determinado, a expensa de lo que le indica la familia, vecinos o amigos para continuar como ser social activo, logrando su independencia el mayor tiempo posible. (4)

Es vital crear una cultura para el envejecimiento (gerocultura) propiciadora de mecanismos reflexivos, que permita una dinámica favorable en los planos estatal, comunitario y familiar, hasta llegar al individuo, no solo sobre el envejecimiento en sí, sino desde el envejecimiento. La participación individual, familiar y comunitaria en el cambio de óptica y actitud que se impone, precisa un reconocimiento de las potencialidades del adulto mayor; el reforzamiento de su imagen de memoria viva, de transmisor del patrimonio cultural, así como de su inserción y participación social en este proceso de transmisión, constituye la base de la gerocultura. Este proceso no puede ser impuesto desde fuera y debe contar con la voluntad y motivaciones de los adultos mayores, quienes de por sí juegan un papel protagónico. Los adultos mayores cuentan con redes de apoyo familiar y social, mediante las cuales reciben ayudas de parte de sus familiares o amigos, convivientes y no convivientes o instituciones de la comunidad. Las consecuencias del envejecimiento están directamente vinculadas con cambios en la estructura social y de manera específica, con aspectos relacionados con el cuadro de salud de la población, los recursos laborales, la seguridad social, la dinámica familiar, todos ellos entre otros factores básicos en la evolución social y económica de un país. (4)

Las agendas de los gobiernos a nivel internacional están fuertemente marcadas por una preocupación: qué hacer ante el proceso de envejecimiento demográfico, fenómeno relativamente nuevo y sin precedentes en la historia de la humanidad, puesto que nunca antes las poblaciones humanas habían experimentado un proceso con estas características. Argentina, México, Costa Rica y Uruguay son países que se destacan por la implementación en las agendas de sus gobiernos de programas y políticas públicas orientadas a la atención integral de la persona adulta mayor. Las acciones que estos países han desarrollado incluyen, como se podrá ver a

continuación, los siguientes ejes: la existencia de un organismo rector, la creación de espacios para la participación de la persona adulta mayor, cuestiones vinculadas con la seguridad económica, la salud, los entornos favorables y sistema de cuidados.

En este sentido, la calidad de vida se entiende como un concepto multidimensional, compuesto por las mismas dimensiones para todas las personas, que está influido por factores tanto ambientales como personales, así como por su interacción, y que se mejora a través de la autodeterminación, los recursos, la inclusión y las metas en la vida. Su medición hace referencia al grado en que las personas tienen experiencias vitales que valoran, refleja las dimensiones que contribuyen a una vida plena e interconectada, tiene en cuenta el contexto de los ambientes físico, social y cultural que son importantes para las personas, e incluye tanto experiencias humanas comunes como experiencias vitales únicas. (4)

El Bienestar Emocional se caracteriza a partir de tres elementos, su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, trata de cómo nos sentimos, pensamos y nos comportamos. Es uno de los ingredientes más importantes a la hora de vivir y ser feliz. (19)

El envejecimiento exitoso implica que el individuo sea capaz de integrarse y desenvolverse de manera eficaz tanto en su familia como en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal. El apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida. (20)

Las relaciones interpersonales; hace referencia a relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.), es decir es una interacción recíproca entre dos o más personas, puesto que participar de actividades mejora la calidad de vida. Las relaciones sociales son importantes a lo largo de toda la vida, fortalecen física y mentalmente, se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida, por eso mantenerlas y hacer nuevas amistades es importante para transitar un proceso de envejecimiento activo. (21)

Así, la comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de trabajo y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades. En la vejez es especialmente importante, pues es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y estén más vulnerables

a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un "grupo social más reducido.

Las relaciones sociales son importantes a lo largo de toda la vida, fortalecen física y mentalmente, se relacionan directamente con la sensación de bienestar y la calidad de vida, por eso mantenerlas y hacer nuevas amistades es importante para transitar un proceso de envejecimiento activo. (22)

Asimismo el bienestar material, se refiere al conjunto de factores que participan en la calidad de vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social; así la seguridad económica de las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias.

En las sociedades tradicionales las familias extensas garantizan los medios para satisfacer las necesidades de los miembros que no pueden trabajar, pero las familias extensas tienden a desaparecer en las sociedades modernas y éstas dejan desprovistos a los que ya no pueden trabajar y que por algún motivo no han ahorrado para su vejez. El momento del retiro laboral o jubilación es un cambio muy importante en la vida del adulto mayor, ya que implica, la pérdida de "roles ocupacionales", los cuales han tenido fundamental importancia para la identidad del sujeto. (23)

El desarrollo personal; se refiere a la experiencia de interacción individual y grupal a través de la cual los sujetos que participan en ellos, desarrollan u optimizan habilidades y destrezas para la comunicación abierta y directa. Es claro que las nuevas tecnologías llegan a cambiar la visión del mundo que existía antes de su aparición, y por ello tienen gran importancia en la formación de opiniones y expectativas sociales. De esta forma la globalización y los cambios que trae consigo dicha problemática afectan a todas las personas en general, ya sea de forma positiva o negativa, y la población mayor no puede ser ajena a estos cambios. (24)

Los adultos mayores de principios de siglo, se encuentran frente a una encrucijada que deviene vital por su importancia. Pasando por la perplejidad y el asombro, deben elegir entre quedar amarrados al pasado, haciéndose impermeables a

los cambios o afrontar el tiempo que les toca vivir, aceptando la experiencia de vivirlo. Si se quedan anclados en el pasado, serán marginados no solo de la sociedad sino también de la realidad, lo que trae como consecuencia enfermedad y aislamiento.

Asimismo el bienestar físico, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestre que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad coordinación y flexibilidad, es decir hace referencia a tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de Alimentación saludables como las repercusiones que tiene la actividad física en el organismo, tanto a nivel físico, psíquico, son muchas, y es ese aspecto en el que se ha de intervenir, debe intentarse mantener el máximo de tiempo posible la autonomía física y mental, conservar la salud, las condiciones físicas y psíquicas. Para ello será necesario adquirir hábitos de conducta adecuados y una forma de vivir que se relacione con la salud, entre estos hábitos están los hábitos alimentarios tanto en calidad como en cantidad, realizar actividades gratificantes como actividades físicas y recreativas, tratando de mejorar la calidad de vida. (25)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),la salud es estar sano, esto no implica vivir absolutamente libres de padecimientos, pero sí tener una armonía condicionada a un estado equitativo entre las situaciones de calidad de vida, que hagan que la permanencia en la tierra de los mayores sea atendida humanamente con seguridad y afecto. (4)

Por otro lado Autodeterminación, es decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Durante el proceso de envejecimiento, la persona está sometida a un mayor número de pérdidas, en comparación con otras etapas de la vida. Dado que con el aumento de la edad se reducen las posibilidades, los estudios de las metas personales con población mayor son reducidos. (26)

Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor. (27)

Inclusión social incluye ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Es decir el adulto mayor puede integrarse a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. La soledad subjetiva, el sentirse solo, “no es el resultado directo de la ausencia de relaciones, sino

que es la consecuencia de los sentimientos de insatisfacción con las relaciones sociales existentes o la ausencia de las mismas". (27)

El Adulto Mayor se adapta al lugar cuando disfruta de un relativo bienestar físico y psicológico, se siente bien y no se encuentra perturbado. Muchas actividades, como clubs recreativos, viajes, escuelas especiales o actividades que los mismos adultos mayores podrían inventarse como colectivo, solo pueden realizarse disponiendo de solvencia económica, lo cual limita el acceso, definiendo de esta manera la accesibilidad y la posibilidad de nuevos contactos sociales. (28)

En relación directa con el proceso creciente de universalización del discurso de los derechos humanos, se abre, el significado de especificidad para diversos sujetos de derecho. El sujeto de derecho 'adulto mayor', pasa por un momento, en que se plantea y discute en el seno de los gobiernos mundiales, la evaluación y desarrollo de cuerpos legales en que el derecho internacional hace suya la tarea de mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores del mundo. (28)

Según la Organización de las Naciones Unidas el panorama demográfico sobre el número de personas mayores de 60 años casi se ha duplicado entre 1994 y 2014, las personas de ese grupo de edad superan ahora en número al de los menores de 5 años, y en 2020 la población mundial de personas de la tercera edad se elevará a mil millones. Esta situación tendrá profundas consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales que obligan a los gobiernos, instituciones y a la sociedad en general a desarrollar y participar en una nueva orientación de las políticas públicas encauzadas a prestar más y mejores servicios y atención a este sector de la población, cuyas necesidades son múltiples y diversas. Esta transformación en la estructura poblacional demanda acciones contundentes en el quehacer legislativo, así como importantes cambios en la organización y configuración de las familias. (29)

Argentina en el año 1948 fue el primer país en el mundo en declarar los "Derechos y el Decálogo de la Ancianidad"; La señora Eva Duarte de Perón, viajó a la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en París, y allí propuso a los países miembros adoptar el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949. Estos son:

-Derecho a la asistencia: todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se creasen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de

dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.

-Derecho a la vivienda: el derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.
Derecho a la alimentación: la alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.

-Derecho al vestido: el vestido decoroso y apropiado al clima.

-Derecho al cuidado de la salud física: el cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especialista y permanente.

-Derecho al cuidado de la salud moral: debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.

-Derecho al esparcimiento: ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.

-Derecho al trabajo: cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.

-Derecho a la tranquilidad: gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.

-Derecho al respeto: la ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes. (30)

A pesar de que la Argentina no tiene una ley nacional que proteja específicamente a los adultos mayores, el país adhirió a diversos protocolos internacionales que velan por su calidad de vida. Uno de los primeros fue en 1982 y se llamó Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la que se adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena donde se reconoció que los adultos mayores deben disfrutar este proceso de la vida junto a sus familias y en sus comunidades de forma plena, saludable y satisfactoria pero, además, deben ser integrados como parte de la sociedad. Otro de los acuerdos internacionales más recientes a los que adhirió el país fue la III Conferencia Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe que se realizó en mayo de 2012. En esta Conferencia los Estados miembros de la Comisión Económica para América Latina(CEPAL), adoptaron la Carta de San José de Costa Rica sobre los Derechos de las Personas Mayores y se comprometieron a reforzar la protección de los derechos humanos de ellos. Además, en la Argentina se implementa el Plan Nacional de Acción para las Personas Mayores 2011-

2016. Asimismo; Otras leyes nacionales que complementan estos acuerdos son: la Ley 25.724 “Programa de Nutrición y Alimentación Nacional”, la 21.074 “Subsidios y Asignaciones Familiares”, y la 24.417 “Protección contra la Violencia Familiar”. Hoy por hoy, a nuestros abuelos les corresponden como mínimo los siguientes Derechos Humanos indivisibles, interdependientes, e interrelacionados: El derecho a un estándar de vida adecuado, incluyendo alimentación, vivienda y vestimenta. El derecho a un seguro social, asistencia y protección. El derecho a la no discriminación por cuestiones de edad u otro estatus, en todos los aspectos de la vida, incluyendo el empleo, acceso a vivienda, cuidado de la salud y servicios sociales. El derecho a los más altos estándares de salud. El derecho a ser tratado con dignidad. El derecho de protección ante cualquier rechazo o cualquier tipo de abuso mental. El derecho a una amplia y activa participación en todos los aspectos: sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad. El derecho a participar enteramente en la toma de decisiones concernientes a su bienestar. (29)

Los derechos de las personas mayores forman parte de la doctrina internacional de derechos humanos desde hace aproximadamente tres décadas, pero se consolidan a partir de los años noventa. En el tratamiento del tema se ha puesto énfasis en subrayar que las personas mayores son titulares de derechos individuales y de grupo, por lo tanto junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales; deben disfrutar del ejercicio de derechos sociales para vivir con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, sociedad y sí mismos. (30)

Convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armoniosa de grupos humanos en un mismo espacio. El ser humano es un ser social. Ninguna persona vive absolutamente aislada del resto, ya que la interacción con otros individuos es imprescindible para el bienestar y la salud. Sin embargo, la convivencia no siempre resulta fácil, dado que pueden interferir negativamente ciertas diferencias sociales, culturales o económicas, entre otras muchas posibilidades. El respeto y la solidaridad son dos valores imprescindibles para que la convivencia armoniosa sea posible. Por supuesto, existen distintos niveles o tipos de convivencia: la convivencia con la familia en el seno de un hogar es muy diferente a la convivencia con otros seres humanos en el marco de una comunidad (un barrio, una ciudad), ya que la intimidad de ambos casos es incomparable. (31)

La convivencia social consiste en el respeto mutuo entre las personas, las cosas y el medio en el cual vivimos y desarrollamos nuestra actividad diaria. El ser humano a

pesar de definirse como el ser más perfecto de la naturaleza, tiene carencias que lo limitan y lo hacen vulnerable y sensible a los efectos del ambiente natural, físico y social que lo rodea; Es un ser carencial, porque no cuenta con muchas armas naturales que le permitan sobrevivir en cualquier lugar y medio, Pero también es un ser en evolución constante. Su desarrollo no solo es cronológico, sino que evoluciona en su pensamiento, capacidad de conocer, de aprender, de sentir, de expresarse, de comunicarse y de adaptar su entorno a sus necesidades inmediatas. Por lo que es el único ser que vive permanentemente en un proceso de cambio. (32)

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, estará muy en correspondencia con sus recursos, mecanismos de afrontamiento, estilos familiar, etc., y puede provocar o no estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos emocionales en uno o más de sus miembros. (33)

La familia es el grupo natural del ser humano. Es un único y particular, es un conglomerado social con existencia prácticamente universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, y es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad y su posición individual dentro de la red intergeneracional, Los padres tienen expectativas de ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especies en el caso de los jubilados y atención de los más viejos en casos de enfermedad. (34)

Las redes de apoyo constituyen la base sobre la que se dan las ayudas que las personas requieren; se estructuran y toman sentido los roles sociales; contribuyen al sentimiento de pertenencia y generan la integración social. En edades avanzadas evita el aislamiento e inciden y cobran importancia en la calidad de vida de las personas mayores. (35)

Las Redes sociales Apoyan al adulto mayor satisfaciendo aquellas necesidades que no son cubiertas por el sistema formal, se clasifican en tres: Redes Primarias la conforman la familia, los amigos y los vecinos; Redes Secundarias o extra familiares, son todas aquellas conformadas en el mundo externo a la familia, como los grupos recreativos, los propios grupos de adultos mayores, las organizaciones civiles y sociales que operan en la comunidad, las organizaciones religiosas, así como las relaciones laborales; Redes Institucionales o formales, integradas por el conjunto de organizaciones del sector público, además de los sistemas judicial y legislativo, en los distintos niveles (federal, estatal, municipal). (36)

Los adultos mayores, pese a compartir un tramo de edad cronológica común, no constituyen un grupo homogéneo y asexuado; sino más bien, son un grupo social heterogéneo cuyas trayectorias y formas de vivir y percibir la vejez, se produce de forma diferenciada sean hombres y mujeres, en virtud de una estructura simbólico cultural que incide en aspectos biológicos ('evolución' del cuerpo, enfermedad o factores de morbilidad), sociales, económicos y políticos. (37)

Asimismo el sexo es el conjunto de características biológicas físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer, la cual no se elige ya que es una construcción determinada por la naturaleza, que viene dada desde el nacimiento. El sexo como categoría física y biológica alude a la diferenciación entre el hombre y la mujer sin depender de la evolución histórica de la sociedad. Las construcciones socioculturales, en cambio varían a través de la historia y son cambiantes de acuerdo con la educación los medios de comunicación el lenguaje, la familia, las costumbres, las instituciones, la política. Estos factores determinan las características psicológicas y culturales por las cuales para la sociedad son femeninas o masculinas (género), pero no pueden determinar el sexo ya que es una condición natural. (37)

Así, estudiar la calidad de vida de una comunidad significa analizar no sólo las condiciones físicas y objetivas, sino las experiencias subjetivas y las percepciones que los individuos tienen de su existencia en su hábitat o entorno. Implica evaluar cómo viven los individuos, qué expectativas de transformación tienen de aquellas condiciones y cuál es el grado de satisfacción que ellos consiguen. (37)

La depresión y las demencias constituyen los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los ancianos, disminuyen su calidad de vida y aumentan las enfermedades físicas. La depresión eleva el riesgo de muerte prematura, no solo por el incremento posible de suicidio si no por la gran comorbilidad con enfermedades somáticas, y prolonga las estancias hospitalarias con repercusiones económicas y sociales muy elevadas. En esta etapa de la vida se producen variadas pérdidas y el destino vital de la persona se decidirá en cómo las vaya procesando; podemos mencionar someramente los duelos por la muerte de seres queridos, los cambios de nivel social, las dificultades económicas, los problemas de salud, la jubilación, las mudanzas, etc. (4)

Las depresiones se relacionan con las reacciones psicológicas ante la pérdida de un objeto significativo, que pueden ser físicas o psíquicas.

En sus aspectos biológicos los adultos mayores con la edad disminuyen la dopamina, la noradrenalina, la serotonina, así como la función colinérgica con aumento de la monoaminoxidasa. Se produce un enlentecimiento de la transmisión neuronal, una disminución del flujo cerebral y alteraciones en la regulación del eje hipotálamo-hipofisario. (4)

El envejecimiento se asocia con una disminución sustancial en la concentración de neurotransmisores en la sinapsis, por disminución de neuronas y de la síntesis. En sus aspectos genéticos; la contribución genética en la depresión en los ancianos es menor que en otras edades de la vida. Sin embargo, la mayor prevalencia de depresión en mujeres ancianas ejemplifica esta cuestión, la relación sería 2: 1 mujer-hombre. (4)

Existen muchas razones por las cuales la depresión en los adultos mayores es frecuentemente ignorada o no es tratada. A medida que una persona envejece, los síntomas de la depresión son más variados que cuando se es más joven. Pueden aparecer como un aumento de la fatiga, o pueden ser vistos como malhumor o irritabilidad, la depresión puede ser difícil de identificar en adultos mayores porque también la confusión o los problemas de atención causados por la depresión, a veces pueden parecerse a la enfermedad de Alzheimer o a otros desórdenes cerebrales.

Los cambios de humor y los síntomas de la depresión también pueden ser causados por los medicamentos que se suelen tomar para la artritis, la hipertensión arterial o para las enfermedades del corazón. Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y transforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos, otro caso frecuente ocurre cuando la familia se apodera de los bienes materiales de la o el adulto mayor, aprovechando su fragilidad, falta de memoria o dependencia. El abandono cobra sentido cuando al dueño original se le ignora, o se le agrede (física o verbalmente) y en ocasiones se le desplaza de la familia llevándolo a asilos o albergues en contra de su voluntad, por consecuencia, las familias pierden a un miembro clave para continuar con el aprendizaje y la sabiduría por experiencia. Socialmente este comportamiento denota una pérdida de identidad y fomenta la extinción de la transmisión cultural, de generación en generación, benéfica para el núcleo familiar y su identidad. (38)

Todos nos sentimos tristes en alguna ocasión. Cuando nos hacemos mayores, las razones para llegar a estar deprimidos parecen tan claras y son tan frecuentes que se suele pensar que es normal que las personas mayores se sientan deprimidas.

El principal riesgo de la depresión es la muerte por que la mayoría de dichos ancianos están solos, abandonados y con enfermedades la cual les lleva al sufrimiento y en este caso se van presentando las siguientes enfermedades comúnmente en los adultos mayores como disminución de las células parenquimatosas; cambios intracelulares: aumenta el glucógeno; los lípidos, se reducen las mitocondrias y disminuye la permeabilidad celular; cambios en el tejido conectivo: disminuye la producción de Elastina, se produce entrecruzamiento de las moléculas de colágeno y esclerosis de los vasos sanguíneos.

El equilibrio disminuye y la marcha se hace insegura y lenta. Se producen cambios degenerativos articulares. En el sistema cardiovascular: aumenta la presión arterial, disminuye el gasto cardiaco, disminuye la capacidad de respuesta al stress.

En el sistema respiratorio: Disminuye la capacidad máxima, la capacidad de ventilación voluntaria máxima, el número y motilidad de los cilios (disminuye la eliminación de secreciones y aumentan los cuadros obstructivos crónicos). En el sistema digestivo: Se altera la masticación por problemas dentales, disminuye la motilidad esofágica, aumenta el reflujo gastroesofágico, disminuye la digestión y absorción de nutrientes, se enlentece el tránsito intestinal. Cambios en los órganos de los sentidos: disminuye o se pierde la audición, disminuye o se pierde la capacidad de la visión, también disminuyen el gusto y el olfato.

En el sistema nervioso: Disminuye la capacidad de reacción, la coordinación, la velocidad de conducción nerviosa, el flujo sanguíneo, la memoria, la capacidad de atención, la de aprendizaje, la capacidad mental e intelectual.

En el Sistema Inmune: Se comienza a producir una disminución lenta y permanente en la inmunidad después de iniciarse la edad adulta. La nutrición en este grupo etéreo es compleja ya que constituye un grupo muy heterogéneo y en ocasiones debe ser individualizada. Algunos procesos propios del envejecimiento influyen en la nutrición de este grupo como son: la pérdida del gusto y el olfato, deterioro de la función masticadora y la deglución, pérdida de apetito, deterioro de la absorción, desnutrición, esta dos confusionales o de demencia, incapacidad física, hospitalización, demencia (mal de Alzheimer). (39)

La principal destrucción en un adulto mayor es el sufrimiento y esto viene arrastrado por las siguientes causas abandono de la familia, amigos o seres allegados con el individuo, también en la mayoría de estos casos es que el anciano mira como los familiares pelean por herencias o por poseionar bienes inmuebles o terrenos ellos ven

y les trasmite sufrimientos y los destruye lentamente, otro efecto y el principal son las enfermedades que tiene ya que estos produce dolor y los destruye.

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La selección del tratamiento farmacológico requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos e interacciones medicamentosas.

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. El rápido reconocimiento y tratamiento de la depresión en la vejez hará que este periodo de la vida sea más placentero para el anciano deprimido, para su familia y para quienes le cuidan.

La depresión aumenta el riesgo de muerte por afecciones cardíacas o cerebrales, por una enfermedad física u otra condición ambiental, situaciones estresantes: Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica. Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD): Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.

Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas.

Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un

patrón de pensamiento. Considerada como una presencia “inespecífica y atípica de la enfermedad en el Anciano”, debido a que en ella confluyen diferentes aspectos que sirven de detonantes o causas, como lo son la pérdida de algún familiar y del cónyuge, el estado de salud, la situación familiar, su estado laboral, su situación económica, las relaciones sociales que establece con su entorno, el tipo de actividades que realiza y la percepción que tiene sobre su vida. “La depresión, es sin duda el trastorno de afecto que se presenta con mayor frecuencia y es importante diferenciarlo de la tristeza como una emoción no patológica. Entonces, la depresión, entendida como síndrome, presenta una serie de “signos y síntomas que acompañan al afecto depresivo. Los más frecuentes son trastornos del sueño y del apetito (incremento o disminución), ansiedad, retardo o agitación psicomotora, pérdida del interés, apatía, pesimismo, aislamiento, irritabilidad, deseos de muerte, sentimiento de culpa, fatiga, disminución de la energía, dificultad para tomar decisiones y alteración del funcionamiento cognoscitivo; la atención y la memoria son las funciones más afectadas”

Hay que procurar que las personas mayores tengan una valoración positiva sobre sí mismos y sus capacidades, así como el brindarles aquellos elementos que les permitan reconocer su potencial de aprendizaje, la sabiduría, tomen sus decisiones y puedan seguir considerándose a sí mismo como personas valiosas e independientes. Es decir, que la persona mayor se sienta competente de llevar a cabo un comportamiento que le resulte pleno de bienestar y ayude a la satisfacción con la vida o la felicidad y a su calidad de vida. (40)

MATERIAL y MÉTODO

Tipo de Estudio o Diseño

Para esta investigación cuantitativa, se realizará un estudio, descriptivo, con recolección de datos en forma prospectiva, y de corte transversal, en el periodo comprendido entre el 02 de Abril al 30 de Junio del año 2018.

Este estudio es cuantitativo porque: se delimita el problema, selecciona variables: Nivel de Calidad de Vida, grupo de convivencia, sexo, Depresión, para estudiarlas y operacionalizarlas en función de un marco teórico construido por teorías, (Teoría de Virginia Henderson), en base a estos se construye sus instrumentos de recolección de datos, y la toma de decisiones sobre el tipo de estudio a realizar , los sujetos que se estudiarán (Adultos mayores de ambos sexos), y de cómo se analizarán los datos obtenidos, al terminar la planificación de todo el proceso se podrá obtener los datos. Es un estudio descriptivo, porque determinamos como está la situación de las variables que se estudiarán en una población (adultos mayores), describiendo lo que pasará en un lugar y un tiempo determinado, en quienes, donde y como se está presentando ese determinado fenómeno. Es prospectivo porque los datos se recogen a medida que van sucediendo; dicha recolección de datos se realizará el próximo año (2018); en el periodo comprendido para el estudio. Es transversal; porque la recolección de los datos se hará en un solo momento, en un tiempo único y se analizará la interrelación en un momento dado.

Sitio y Contexto

El lugar que se seleccionó para realizar este estudio es un efector Público de dependencia provincial del segundo nivel sita en la ciudad de Villa gobernador Gálvez. Este efector brinda atención a niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores de 65 años.

El mismo fue seleccionado a través de un estudio de convalidación de sitios, a fin de comprobar que reunía las características necesarias para poder desarrollar la presente investigación. La guía que se utilizó para desarrollar la convalidación de sitios se presenta en el Anexo I y los resultados se exponen en el Anexo III. Formando parte del primer control de validez interna del estudio.

Población y Muestra

La población en estudio corresponde a adultos mayores de 65 años de edad, de ambos sexos que concurren a una institución pública de dependencia provincial sita en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez; que reúna los criterios de inclusión y que se encuentren en el primer piso en sala de espera del efector mencionado.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis estará compuesta por cada adulto mayor de 65 años, que se encuentre en sala de espera del efector seleccionado para el estudio, durante el periodo comprendido entre el 2 al 30 de Abril del año 2018 y que reúna los criterios de inclusión a saber:

Criterios de inclusión:

- Cada uno de los adultos mayores de 65 años de ambos sexos, que se encuentran en la sala de espera para efectuar una consulta programada de: medicina general, cardiología, dermatología, ginecología, neurología, oftalmología, oncología, tratamiento del dolor, otorrinolaringología, odontología, psicología, ortopedia y traumatología; que se encuentren lucidos y ubicados en tiempo y persona; durante el periodo comprendido entre el 2 al 30 de Abril del año 2018

Criterios de exclusión:

-Adultos mayores con patologías agudas/crónicas como: respiratorias, cardiacas, epilepsia. Este criterio se seleccionó por el riesgo de que la persona encuestada sufra algún tipo de descompensación que se desencadene en función a que se sienta sensibilizada con alguna/s pregunta/s incluida/s en los instrumentos de recolección de datos.

-Adultos mayores con patologías psiquiátricas como: alzhéimer, demencia senil. Este criterio se seleccionó debido a que las respuestas provistas por estas personas no sean reales, lo cual generaría sesgos en los resultados que arroje el presente estudio.

Cabe aclarar que los criterios de inclusión y exclusión forman parte del segundo control de validez interna y que los resultados solo podrán generalizarse a la población en estudio, ya que no se realizan comparaciones con poblaciones de otros efectores.

El muestreo no probabilístico es una técnica donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados, es decir porque cada uno de los elementos de la población no tiene la misma probabilidad de ser elegidos. De éste tipo de muestreo, se seleccionó la muestra por cuotas, porque es un método no aleatorio basado en la distribución

conocida de una población (edad, sexo, situación geográfica). En este caso se seleccionó porque solo se tomarán los adultos mayores de 65 años que concurren a efectuar una consulta programada durante el turno mañana. La selección del turno se fundamenta en que es la franja horaria donde se encuentran desempeñando funciones los Licenciados en Psicología, que pueden ser necesarios consultar en el caso de que la persona encuestada se sienta sensibilizada con alguna/s pregunta/s incluida/s en los instrumentos de recolección de datos.

Se estima que la muestra no probabilística por cuota será conformada por 50 adultos mayores, en su totalidad. Con respecto a la validez externa, los resultados solo podrán generalizarse a la población en estudio, debido a que el mismo no se extiende a poblaciones que concurren a otras instituciones de salud.

Técnicas e instrumento de recolección de datos, principios éticos

Se utilizará la técnica de la entrevista a través de un cuestionario que mide el Nivel de Calidad de vida. El mismo se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad y se requieren métodos para la evaluación integral de individuos. El presente trabajo se basa en el modelo heurístico de calidad de vida planteado por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008) este modelo heurístico está formado por dimensiones e indicadores de calidad de vida y una perspectiva de sistemas sociales.

Las dimensiones de calidad de vida que contempla el modelo son ocho: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida. Con respecto a la técnica he optado por el desarrollo de una escala de observación estructural. Construida específicamente para ambientes institucionales; la cual es aplicada por la autora debido a que la población es pequeña; previamente se realizará tras un determinado periodo de contacto con la persona; el tiempo de cumplimentación oscila entre 20 y 25 minutos. Sus ventajas son muchas entre ellas tenemos: no requieren cooperación de la persona evaluada, con lo que se evita sesgos; al ser cumplimentada personal en contacto directo con la persona, supone un gran ahorro de tiempo. La selección de los indicadores de cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida se llevó acabo básicamente a partir de las investigaciones descritas en fundamentación teórica. A partir de ella se seleccionaron aquellos indicadores que la autora consideró relevantes para esta población de adultos

mayores. A partir de ahí, se llevó a cabo una prueba piloto con el fin de realizar cambios si fuese necesario, conformando parte del tercer control de validez interna del estudio (ver Anexo IV).

Para la Variable 2: “Grado de Depresión”- Variable cualitativa, dependiente. Se utilizara la técnica de la entrevista a través de un cuestionario basado en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. La misma fue diseñada por Brink y Yesabaje en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si/no, diseñado para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas a la persona y comentándole que la respuesta no puede ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos, lo que resulta de interés en pacientes ancianos, por ejemplo en caso de analfabetismo o de déficits sensoriales. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Es una versión de 15 ítems, suele cumplimentarse en 15 minutos.

Los instrumentos se aplicarán en el mes de Abril del año 2018, en el transcurso de la mañana que es cuando concurren la mayor cantidad de pacientes a consulta médica programada.

Durante todo el estudio, se tendrán en cuenta los siguientes principios éticos:

Principio de Beneficencia: Este principio se tendrá en cuenta al realizar la inclusión de los adultos mayores que participarán del estudio debido a que el investigador tendrá la obligación de indagar bien sobre las patologías agudas y/o crónicas que pudieran ocasionar una descompensación en el caso de que adulto mayor se sienta sensibilizado con alguna/s pregunta/s incluida/s en los instrumentos de recolección de datos.

Principio de Autonomía: Este principio se tendrá en cuenta al inicio de la investigación debido a que es fundamental que el Adulto mayor acepte su participación conociendo los riesgos predecibles. Al mismo tiempo que se le comentará sobre el contenido del cuestionario y que las preguntas lo podrían sensibilizar, para que la elección de participar sea voluntaria y para que pueda tomar una decisión antes de firmar el consentimiento informado. De todas maneras, se facilitará el apoyo de los Licenciados en Psicología que se desempeñan en el efector en el caso de que algún

adulto mayor se sienta sensibilizado con alguna/s pregunta/s incluida/s en los instrumentos de recolección de datos.

Principio de justicia: Este principio se tendrá en cuenta en todo el proceso del estudio, se tratará a todos los adultos mayores sin excepción con respeto y cordialidad, se aceptará que aclaren cualquier duda que puedan tener, admitiendo que expliquen sus ideas y creencias.

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos estará a mi cargo, autora del presente proyecto de investigación debido a que la población es factible de ser medida, y la muestra es no probabilística por cuota, aunado a que la autora conoce el lugar. Asimismo dicha actividad se realizará durante la jornada laboral del turno de la mañana porque es el momento que se coordinó con el director de la institución, y los profesionales de psicología que trabajan en la institución. Previamente a tal actividad, se procederá a entregar el consentimiento informado y se verificará la firma de todos los adultos mayores que participen en el estudio. Esta actividad conforma el cuarto control de validez interna del estudio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable 1:

Nivel de Calidad de Vida, Cualitativa e independiente

En la actualidad, localización de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina "felicidad", sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

Dimensión 1: Bienestar Emocional: Cualitativa

El concepto de bienestar emocional se caracteriza a partir de tres elementos: su carácter subjetivo, que descansa sobre la propia experiencia de la persona; su dimensión global, porque incluye la valoración del sujeto en todas las áreas de su vida; y la apreciación positiva, ya que su naturaleza va más allá de la mera ausencia de factores negativos es decir hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso.

Indicadores:

- Se siente satisfecho con su vida presente
- Está alegre y de buen humor
- Se muestra satisfecho consigo mismo
- Se siente motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.

Dimensión 2: Relaciones Interpersonales: Cualitativa

Es una interacción recíproca entre dos o más personas; se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social, es decir relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.)

Indicadores:

- Realiza actividades que le gustan con otras personas.
- Mantiene con su familia la relación que desea
- Mantiene una buena relación con las personas allegadas a su entorno
- Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.

Dimensión 3: Bienestar Material: Cualitativa

Conjunto de factores que participan en la calidad de vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana o social es decir tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, como vivienda y lugar de trabajo adecuados.

Indicadores

- Dispone de los bienes materiales que necesita
- El lugar donde vive esta limpio
- Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas
- El lugar donde vive esta adaptado a sus necesidades

Dimensión 4: Desarrollo Personal: Cualitativa

El desarrollo personal, es una experiencia de interacción individual y grupal a través de la cual los sujetos que participan en ellos, desarrollan u optimizan habilidades y destrezas para la comunicación abierta y directa, las relaciones interpersonales y la toma de decisiones, permitiéndole conocer un poco más de sí mismo y de sus compañeros de grupo, para crecer y ser más humano es decir se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente.

Indicadores

- Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet- Teléfono Móvil, etc.)
- Participa en la elaboración de su programa individual

Dimensión 5: Bienestar Físico: Cualitativa

El bienestar físico es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestre que tiene resistencia, fuerza, agilidad, habilidad, subordinación coordinación y flexibilidad, para tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables.

Indicadores

- Dispone de ayudas técnicas si las necesita
- Sus hábitos de alimentación son saludables
- Su estado de salud le permite llevar una actividad normal
- Tiene un buen aseo personal

Dimensión 6: Autodeterminación: Cualitativa

Se conoce como autodeterminación a la autonomía o independencia de una persona, un grupo, una comunidad o una nación. Al tener autodeterminación, se tiene la capacidad o facultad para tomar determinaciones por cuenta propia, sin tener que pedir permiso o rendir cuentas es decir decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre y el lugar donde viven las personas con las que está.

Indicadores:

- Tiene metas, objetivos e intereses personales
- Elige cómo pasar su tiempo libre
- Organiza su propia vida
- Elige con quién vivir

Dimensión 7: Inclusión Social: Cualitativa

La inclusión social significa que el adulto mayor puede integrarse a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socio-económica o de su pensamiento, ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, contar con el apoyo de otras personas.

Indicadores:

- Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...)
- Su familia le apoya cuando lo necesita
- Sus amigos le apoyan cuando lo necesita

Dimensión 8: Derechos:

Se entiende por derecho al conjunto de normas de carácter general que se dictan para dirigir a la sociedad a fin de solventar cualquier conflicto de relevancia jurídica que se origine; estas normas son impuestas de manera obligatoria y su incumplimiento puede acarrear una sanción. Por lo tanto todo adulto mayor debe ser considerado igual que el resto de la gente, es decir que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos.

Indicadores:

- En su entorno es tratado con respeto
- Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano

Variable 2: Grado de Depresión: Cualitativa, dependiente

Estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general o alguna en particular y por iniciativa baja, desánimo y pensamientos negativos de auto desprecio; una alteración del humor o la afectividad, la cual se acompaña usualmente de una modificación en el nivel general de actividad del individuo.

Depresión leve: variable cualitativa.

Durante estos episodios hay un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, reducción de la energía que produce una disminución de la actividad.

Depresión moderada: variable cualitativa:

Sucede con humor depresivo no habitual, constante durante todo el día, con pérdida o ausencia de interés por actividades anteriormente placenteras. Aumento de la capacidad de fatiga o pérdida de la vitalidad habitual

Depresión severa: variable cualitativa.

Perdida de la autoestima y de la confianza en uno mismo, sentimiento de inferioridad no justificado, prolongado en el tiempo, autoreproches constantes y desproporcionales con sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, pensamientos de muerte o suicidio recurrentes, incluyendo tentativas.

Indicadores:

- 1) Está satisfecho con su vida
- 2) Se encuentra de buen humor la mayor parte del día
- 3) Se siente feliz la mayor parte del tiempo
- 4) En estos momentos piense que es estupendo estar vivo
- 5) Se siente lleno/a de energía
- 6) Ha abandonado muchas de sus tareas habituales
- 7) Siente que su vida está vacía
- 8) Se siente con frecuencia aburrido/ a
- 9) Teme que algo malo puede ocurrirle

- 10) Con frecuencia se siente desprotegido/a
- 11) Prefiere Ud. Quedarse en casa mas que salir y hacer cosas nuevas.
- 12) Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente
- 13) Actualmente se siente un/a inútil
- 14) Se siente sin esperanza en este momento
- 15) Piensa que la mayoría de la gente esta en mejor situación que Ud.

Variable 3: Sexo: Cualitativa, Independiente

Indicadores:

- Femenino
- Masculino

Variable 4: Grupo de Convivencia: Cualitativa, Independiente

Indicadores:

- Vive Solo
- Vive con un acompañante (familiar u otro)
- Institucionalizado en Centro de día.

PLAN DE ANÁLISIS

La Variable Nivel de Calidad de Vida, se encuentra compuesta por 8 dimensiones y 27 indicadores, cada indicador se medirá con una escala de Likert la cual estará compuesta por cinco categorías a las cuales se les asignó un valor numérico que permitirá cuantificar los resultados y reconstruir la variable en estudio; a saber:

- Nunca = 1
- Casi Nunca = 2
- Frecuentemente = 3
- Casi Siempre = 4
- Siempre = 5

A mayor puntuación mejor es el Nivel de Calidad de Vida; la variable tendrá un rango de medición que irá desde 27 a 135 puntos, quedando reconstruida de la siguiente manera:

- Nivel de Calidad de Vida = BAJO = 27 a 63
- Nivel de Calidad de Vida = MEDIO = 64 a 100
- Nivel de Calidad de Vida = ALTO = 101 a 135

Con respecto a la Variable Grado de Depresión, la misma se encuentra compuesta por 15 indicadores, cada indicador se medirá a través de una Escala Ordinal Dicotómica la cual está compuesta por las siguientes categorías:

- SI
- NO

Los indicadores del 1 al 5 inclusive la respuesta correcta es NEGATIVA, mientras que los indicadores del 6 al 15 la respuesta correcta es AFIRMATIVA. Cada respuesta INCORRECTA se puntúa con 1. A tal fin, la variable se reconstruye de la siguiente manera:

- Sin Grado de Depresión = 0 a 4
- Con algún Grado de Depresión = 5 a 15

Las Variables Sexo y Grupo de Convivencia serán codificadas a los fines de poder plasmar los resultados para expresar la relación entre Nivel de Calidad de Vida y Grado de Depresión.

Variable: Sexo: Cualitativa, Independiente

Se medirá a través de una escala ordinal dicotómica; no efectuándose sumatoria alguna ya que solo se asigna el valor numérico para poder cuantificar las categorías asignadas a la variable de referencia.

- Femenino (1)
- Masculino (2)

Variable: Grupo de Convivencia: Cualitativa, Independiente

Se medirá a través de una escala ordinal; no efectuándose sumatoria alguna ya que solo se asigna el valor numérico para poder cuantificar las categorías asignadas a la variable de referencia.

- Vive Solo (1)
- Vive con un acompañante (familiar u otro) (2)
- Paciente institucionalizado en Centro de día (3)

Los resultados de las variables serán plasmados en gráficos tipo torta, utilizando el programa informático EPI – INFO; y analizados e interpretados a través de una estadística descriptiva.

PLAN de TRABAJO

ACTIVIDAD	ARBIL 2018		MAYO 2018		JUNIO 2018		
	Inicio Lunes 2				Finaliza Viernes 29		
	1° Quincena	2° Quincena	1° Quincena	2° Quincena	Del 4 al 8	Del 11 al 22	Del 23 al 29
Todas las actividades serán desarrolladas por la autora de la presente Investigación							
Recolección de datos previa firma de consentimiento informado							
Tabulación de Datos							
Elaboración de análisis e interpretación de datos recolectados							
Elaboración de la Discusión							
Redacción de las Conclusiones Finales							
Redacción de Informe Final							

Recursos Humanos: Todas las actividades serán desarrolladas por la autora de la presente Investigación.

Recursos Materiales:

Actividad	Insumos
Recolección de datos	Hojas y lapiceras
Tabulación de los datos Análisis e interpretación de los datos Elaboración de las conclusiones	Computadora, impresora, resaltadores, hojas, lápices, goma de borrar y lapiceras.
Redacción del informe final	Computadora, impresora, CD, carpeta, hojas y lapiceras.

ANEXOS

ANEXO I

GUIA de CONVALIDACIÓN de SITIO

- ¿La Dirección de la institución brinda el permiso para la realización de la investigación?
- ¿A qué dependencia pertenece el efector?
- ¿La Institución brinda atención a pacientes adultos mayores de 65 años?
- ¿Aproximadamente cuantos adultos mayores de 65 años concurren mensualmente al efector para realizar una consulta programada?
- ¿La institución cuenta con algún tipo de registro donde conste la proporción de adultos mayores de 65 años de sexo femenino en relación a los de sexo masculino?
- ¿La institución cuenta con un ambiente adecuado para la aplicación del instrumento?
- ¿La institución cuenta con un grupo interdisciplinario de profesionales?
- ¿La institución cuenta con el departamento de psicología para el asesoramiento durante la aplicación del instrumento?
- ¿La institución facilitaría una entrevista con el departamento de psicología?
- ¿La institución cuenta con algún tipo de registro donde conste el grupo de convivencia de los adultos mayores que concurren para una consulta programada?

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad:..... Sexo.....

Instrucciones: A continuación encontrará algunos indicadores para describirse. Marcar con (x) la opción que mejor lo describe. No hay respuestas correctas ni incorrectas las opciones son las siguientes:

- Nunca: N
- Casi nunca: CN
- Frecuentemente: F
- Casi Siempre: CS
- Siempre: S

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C S	S
Bienestar Emocional	1-Se siente satisfecho con su vida presente.					
	2- Está alegre y de buen humor.					
	3- Se muestra satisfecho consigo mismo.					
	4- Se siente motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C S	S
Relaciones Interpersonales	1-Realiza actividades que le gustan con otras personas.					
	2-Mantiene con su familia la relación que desea.					
	3-Mantiene una buena relación con las personas allegadas a su entorno.					
	4-Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C S	S
Bienestar material	1- Dispone de los bienes materiales que necesita					
	2-El lugar donde vive está limpio.					
	3-Dispone de los Recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades.					
	4-El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C S	S
Desarrollo Personal	1-Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, Teléfono móvil, etc...).					
	2-Participa en su programa individual.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C S	S
Bienestar físico	1-Dispone de ayudas técnicas si las necesita					
	2-Sus hábitos de alimentación son saludables.					
	3-Su estado de Salud le permite llevar una actividad normal.					
	4-Tiene un buen aseo Personal.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C S	S
Autodeterminación	1-Tiene Metas, objetivos e intereses personales.					
	2- Elige cómo pasar su tiempo libre.					
	3-Organiza su propia vida.					
	4-Elige con quién vivir.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C N	S
Inclusión Social	1-Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).					
	2-Su familia le apoya cuando lo necesita.					
	3-Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.					

DIMENSIÓN	INDICADORES	N	C N	F	C N	S
Derechos	1-En su entorno es tratado con respeto.					
	2- Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.					

PUNTUACIÓN TOTAL						
-------------------------	--	--	--	--	--	--

DATO COMPLEMENTARIO**Grupo de Convivencia**

-Vive solo	SI	NO
-Vive con un acompañante(familiar u otro)	SI	NO
-Adulto mayor institucionalizado en un centro de día	SI	NO

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Edad:..... Sexo.....

- Marcar con X la respuesta que Ud. Considere.

PREGUNTAS	SI	NO
1.Está Satisfecho con su vida		
2.Se encuentra de buen humor la mayor parte del día		
3.Se siente feliz la mayor parte del tiempo		
4.En estos momentos piense que es estupendo estar vivo		
5.Se siente lleno/a de energía		
6.Ha abandonado muchas de sus tareas habituales		
7.Siente que su vida está vacía		
8.Se siente con frecuencia aburrido/ a		
9.Teme que algo malo puede ocurrirle		
10.Con frecuencia se siente desprotegido/a		
11. Prefiere Ud. Quedarse en casa mas que salir y hacer cosas nuevas.		
12.Cree que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de la gente		
13.Actualmente se siente un/a inútil		
14.Se siente sin esperanza en este momento		
15. Piensa que la mayoría de la gente esta en mejor situación que Ud.		
Puntuación Total		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....,autorizo a la enfermera Javier Saavedra Cristina estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, a recolectar los datos necesarios para realizar el estudio de investigación.

He leído la hoja escrita con información que me ha sido entregada.

-He tenido oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio.

-He recibido explicación con respuestas satisfactorias.

-He recibido bastante información en relación al estudio.

-He dialogado con la investigadora.

-He comprendido que la participación es voluntaria.

-He entendido que puedo abandonar el estudio: cuando lo consideré, sin tener que dar explicaciones y sin que ello afecte mi evaluación médica.

También he sido informado/a de forma clara, precisa y detallada que estos datos serán utilizados y resguardados con respecto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos; asimismo que sobre estos datos me amparan los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podre pedir mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no se darán sin mi consentimiento evidente y no lo otorgo en este acto.

Declaro que he leído los términos y comprendo los compromisos que asumo y acepto las condiciones del presente documento. Y por ello firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar de este estudio de investigación sobre: Determinar la relación que existe entre Nivel de Calidad de vida y Grado de Depresión en adultos mayores, según, sexo y grupo de convivencia que concurren a un hospital provincial del segundo nivel, en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, de Abril – Junio 2018, Hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para poder guardarlo y consultar en el futuro.

Firma de la persona colaboradora

Firma de la investigadora

ANEXO III

RESULTADO ESTUDIO EXPLORATORIO

El sitio de elección es un efector público de dependencia provincial del segundo nivel ubicado en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, brinda atención a niños, adultos, adultos mayores, con la problemática en estudio. El mismo brinda prestaciones en las especialidades de Cardiología, Cirugía plástica y reparadora, Dermatología, Diagnóstico por imágenes, Radiología simple, Mamografía, Enfermería, Fonoaudiología, Ginecología, Inmunizaciones, Laboratorio análisis clínicos (bioquímica), Bacteriología, Medicina general y/o medicina de familia, Neurología, Nutrición, Obstetricia, Odontología, Endodoncia, Prótesis dentobucomaxilar, Oftalmología, Oncología: tiene además terapia del dolor, Ortopedia y traumatología, Otorrinolaringología, Otras prestaciones: terapia del dolor, Pediatría, Psicología, Psiquiatría, Psiquiatría infante juvenil, Tocoginecología y Toxicología.

El lugar que se seleccionó para desarrollar la presente investigación es la sala de espera, ubicada en el primer piso de esta Institución, donde los adultos mayores esperan para efectuar una consulta programada de medicina general, cardiología, dermatología, ginecología, neurología, oftalmología, oncología, tratamiento del dolor, otorrinolaringología, odontología, psicología, ortopedia y traumatología. Según datos obtenidos por la supervisora que autoriza la realización de la guía de convalidación se sitios, la población de adultos mayores de 65 años que concurren a una consulta programada en un mes, es de 150 personas.

La Dirección de la institución autoriza la realización de la presente investigación y ofrece un espacio para realizar las entrevistas siendo éste, el consultorio de psicología, ya que éstos profesionales colaborarán en la contención del adulto mayor en caso de ser necesario.

La institución no cuenta con un registro donde conste el grupo de convivencia de los adultos mayores que concurren para una consulta programada, motivo por el cual éste dato deberá ser recabado por medio de las entrevistas junto con el dato de proporción de adultos mayores de 65 años de sexo femenino en relación a los de sexo masculino

ANEXO IV

RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

El procedimiento que se utilizó para realizar la prueba piloto se inició con una solicitud de autorización, el cual fue confeccionado por la cátedra de tesina (sellado y firmado) para requerir la colaboración a la institución, de gestión privada, donde se desarrolló dicha actividad. Visto que se obtuvo respuesta positiva por parte de los directivos de la institución mencionada se procede a una entrevista con el jefe de la misma, en la cual se comenta más detalladamente los motivos del estudio, además se solicita el apoyo de la psicóloga de la institución al llamado por si fuese necesario, también se seleccionó a 10 adultos mayores (6 mujeres y 4 hombres) con similares características a la población que participará del estudio, pero que no formará parte de ésta última, los cuales integraron la muestra para desarrollar ésta prueba. A tal fin, la autora se reúne con éstos adultos mayores en una oficina facilitada por la institución en donde se explica a los adultos mayores los motivos por los que se realizará el cuestionario, en forma clara y sencilla de manera tal, que se pueda comprender que algunas preguntas pueden ocasionar algún tipo de sensibilidad emocional; respetándose de esta manera el Principio de Beneficencia. Asimismo se les comenta que no serán recompensados por su colaboración, y que pueden negarse a participar de la prueba, cumpliéndose de esta manera con el Principio de Autonomía, además el trato fue cordial, respetando a todos sin excepción, cumpliéndose con el Principio de Justicia.

El cuestionario se logró aplicar el día 17 de octubre, en horas de la tarde; por la autora y con presencia de un profesional en psicología. La intención al iniciar la prueba fue considerar facilidades de implementar, modificar términos o reformular preguntas para que puedan ser más accesibles a la comprensión del adulto mayor, asimismo se buscó comprobar la claridad en el planteo de cada pregunta teniendo en cuenta el tiempo de la evaluación.

Al finalizar la prueba se llegó a la siguiente conclusión:

- De los 10 participantes que participaron de la prueba, solo 1 no terminó por completo el cuestionario debido a razones ajenas a la redacción de éste

último. Motivo por el cual no se consideró realizar ningún tipo de modificación. Asimismo se obtuvo como respuesta de la asesoría psicológica que ningún adulto mayor quedó afectado emocionalmente.

- La redacción del cuestionario fue clara debido a la coherencia que existió entre pregunta y respuesta.

- El tiempo fue adecuado, todos respondieron voluntariamente al cuestionario antes de los 25 minutos, por lo que se deduce que ninguna de las preguntas los obligó a pensar demasiado antes de responder, por lo tanto con esta prueba piloto se logró probar la validez y confiabilidad del cuestionario es decir cuenta con las condiciones precisas para cumplir su función de tal manera que el tiempo es el adecuado, finalmente se determinó la calidad de la tarea, por parte de la autora para realizar esta actividad; logrando de esta manera la validez del instrumento. Esta actividad conforma el tercer control de validez interna del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández N; (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río 20 (1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2016/rcm1611.pdf>
2. OMS;(2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Técnico. Ginebra
3. Guerrero N, Yépez Ma;(2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev. Universidad y Salud 17(1). Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2402>
4. Aponte - Daza; (2015). Calidad de vida en la tercera edad. Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal 13 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4615/461545456006/index.html>
5. Robinson-Barrera M; (2015). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos. Científico. Universidad Señor de Sipán, Lambayeque; Report No: 1. Disponible en: https://prezi.com/ju_dqnx76nsw/factores-psicosociales-asociados-a-la-depresion-en-adultos-m/
6. Poblete-Valderrama F, Matus Castillo C, Díaz Sandoval E, Vidal Silva P, Ayala García M; (2015). Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. Rev. Ciencias de la Actividad Física Valdivia. Report No.: 2. Disponible en: <https://revistacaf.com/ojs/index.php/RCAF/article/view/15>
7. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Garzón-Duque M; (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Rev. salud pública 17(2): 184-194. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/422/42241778003/index.html>

8. T. Durán-Badillo, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez G, Vazwues L; (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Rev. Enferm. Universitaria 10 (2). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726277>

9. Lecot J; (2016). Calidad de vida en adultos mayores de Capital Federal que participan de UPAMI. Expositivo. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; Report No.: 1.

10. Subirana S, Schmiedl Hurtado S; (2012). Calidad de vida del adulto mayor en el departamento de Tarija. Rev. Vent. Científica 1(4).

11. Vera M; (2014). Significado de la calidad de vida del adulto mayor. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 68(3): 284 -290

12. Plataforma académica para pregrado y posgrado. [Online].; (2016) [cited Última modificación. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>.

13. Henderson V. Modelo del cuidado de enfermería. [Online].; (2014). Disponible en: <https://es.slideshare.net/natorabet/modelo-de-cuidado-de-enfermera-virginia-henderson>.

14. Martín CH; (2016). El modelo de Virginia Hendrson en la práctica enfermera. Expositivo. Valladolid: Universidad de Valladolid, Valladolid.

15. Universidad mayor Temuco. [Online].; (2009). Modelo de Virginia Henderson Disponible en: <http://enfermeriatravesdeltiempo.blogspot.com.ar/2009/09/virginiahenderson.html>

16. Fernández-Ballesteros R. Zamarron - Casinello Ma, López - Bravo D, Molina - Martínez Ma, Diez N, Montero - López P; (2015). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 22(4): 641-647. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/83676/1/Envejecimiento%20con%20%C3%A9xito%20criterios%20y%20predictores.pdf>

17. Organización Panamericana de Salud. [Online].; (2014). Autocuidado: clave para una buena calidad de vida en los adultos mayores. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1289:autocuidado-clave-buena-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=290.

18. Verdugo Alonso M; (2009). Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida. In Miguel Ángel Verdugo Alonso BAM. Escala Gencat. Barcelona.: p. 80.

19. Ortiz A. Slide Share. [Online].; (2012). Bienestar Emocional. Disponible en: https://es.slideshare.net/andreortiz_09/bienestar-emocional-14226715.

20. Vivaldi F; (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Rev. Terapia Psicológica; 30(2).

21. Maratuech D. Las relaciones Interpersonales en el adulto mayor. [Online]; (2012). Disponible en: <http://psicologiaenlaterceraedad.blogspot.com.ar/2012/05/manejo-de-sintomas-conductuales-en.html>.

22. Guerra. LI. monografias.com. [Online]; (2013). Acciones comunicativas para mejorar las relaciones interpersonales en la tercera edad. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos95/acciones-comunicativas-mejorar-relaciones-interpersonales-tercera-edad/acciones-comunicativas-mejorar-relaciones-interpersonales-tercera-edad.shtml>.

23. Madrigal– Martínez M; (2012). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. Rev. Papeles de población: 16 (63).

24. Hernández - Morales H, Hernández - Cardona M; (2014). EL uso de las TIC en la población mayor. Universidad Tecnológica de Pereira. Disponible en:

<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/4597/37133H557U.pdf;sequence=1>

25. Santos Barahona Nelson; (2015). Desarrollo de un proyecto de recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor. Latacunga – Ecuador.

26. Díaz J; (2014). Guía para el Personal de Apoyo, Autodeterminación. Madrid.

27. Borba VF; (2015). Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno.

28. Moncada C; (2013). Propuesta Metodológica de accesibilidad para adultos mayores. Universidad Autónoma de San Luis Potosi. Report No.: 1.

29. Reyes L; (2015). 17º Certamen de Ensayo sobre Derechos Humanos. Los derechos humanos de la tercera edad. Toluca, México.: p. 72.

30. 30. Nerina. SF; (2012). La significación que le otorgan a la institucionalización de Adultos Mayores las familias y cuidadores formales del Hogar. Descriptivo. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo.

31. Gardey J; (2010). Definición de convivencia. Disponible en: <https://definicion.de/convivencia/>.

32. Artículo [Online]; 2012. El respeto y la convivencia social. Disponible en: <https://erhlconvivenciasocial.wordpress.com/2012/08/30/el-respeto-y-la-convivencia-social/>.

33. Salés MJ; (2014). Nivel de satisfacción del adulto mayor con respecto al tipo de funcionamiento familiar en un centro de atención de salud del MINSA. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4256/1/Tello_sm.pdf

34. Rosales J; (2011). La familia y el adulto mayor. Rev. medica electrónica 33(4).

35. Sirlin C; (2006). Redes de apoyo para adultos mayores. Disponible en: <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1719/1/redes-de-apoyo-para-adultos-mayores.-c.-sirlin.pdf>.

36. Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor- México; (2005). Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redex_Adulto_Mayor.pdf.

37. Vega Carvajal Ma; (2009). Los discursos sobre la calidad de vida de hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva de género. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención. Santiago de Chile: Universidad de Chile , Facultad de Ciencias Sociales.

38. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt J, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y; (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Rev. Medisur 15 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2017000100012

39. Quituisaca S, Salto R; (2015). La depresión y sus efectos en los adultos mayores. Monografias.com. Disponible en: <http://www.monografias.com/docs110/deprescion-personas-tercera-edad/deprescion-personas-tercera-edad.shtml>

40. Huenchuan S; (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. CEPAL.