



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON ENTORNOS
SOCIALES DIFERENTES DE LA COMUNIDAD DE ATOTONILCO DE
TULA HGO.

Para obtener el título de

Licenciada en Enfermería

PRESENTA

Yannine Hernández Bojay

Director (a)

Dra. Edith Araceli Cano Estrada

Codirector (a)

M.C.E Gustavo Vélez Díaz

Comité tutorial

D.C.E Benjamín López Nolasco
M.C.E Claudia Atala Trejo García
Dra. Edith Araceli Cano Estrada
M.C.E Gustavo Vélez Díaz



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Escuela Superior de Tlahuelilpan

Campus Tlahuelilpan

17 de enero de 2023

Asunto: Autorización de impresión formal.

M.C. MIGUEL ÁNGEL DE LA FUENTE LÓPEZ

Director de la Escuela Superior de Tlahuelilpan

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante Yannine Hernandez Bojay, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es: 'NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR CON ENTORNOS SOCIALES DIFERENTES DE LA COMUNIDAD DE ATOTONILCO DE TULA HGO' debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombre de integrantes del Jurado	Cargo	Firma
D.C.E Benjamín López Nolasco	Presidente	
M.C.E Claudia Atala Trejo García	Secretario	
Dra. Edith Araceli Cano Estrada	Vocal	
M.C.E Gustavo Vélez Díaz	Suplente	



Ex-Hacienda de San Servando S/N, Col. Centro,
Tlahuelilpan, Hidalgo, México; C.P. 42780
Teléfono: 771 71 720 00 ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx



www.uaeh.edu.mx

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis primeramente a Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar uno más de mis propósitos. Por guiarme por el camino correcto, porque nunca me ha abandonado, agradezco haberme dado una excelente familia.

A mis padres, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mis hermanos y familia por el apoyo que me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi guía y acompañarme en mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron, por haberme dado la oportunidad de formarme en esta gran universidad.

Agradezco a mi director de tesis Dra. Edith Araceli cano Estrada quien con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en este proceso.

INDICE

DEDICATORIAS	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
INDICE DE TABLAS	7
INDICE DE FIGURAS.....	8
I. INTRODUCCIÓN	10
II. JUSTIFICACIÓN.....	11
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	15
4.1 Adulto mayor	15
4.2 Depresión	17
4.3 Entornos sociales	19
4.4 Modelo de Stuart de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería.....	20
4.1 Relación de la investigación con el Modelo o teoría	29
V. HIPÓTESIS	30
VI. OBJETIVOS	31
6.1 Objetivo general	31
6.2 Objetivos específicos	31
VII. METODOLOGÍA	32
7.1 Tipo investigación	32
7.2 Diseño de la investigación	32
7.3 Límites de tiempo y espacio.....	32
7.4 Universo	32
7.5 Muestra	32
7.5.1 Criterios de Selección	33
7.5.1.1 Criterios de inclusión	33
7.5.1.2 Criterios de exclusión	33
7.5.1.3 Criterios de eliminación	33
7.6 Variables	33
7.6.1 Definición conceptual	34
7.6.2 Definición operacional.....	34
7.7 Instrumento de medición	35
7.8 Procedimientos	36
7.9 Análisis estadístico.....	37
7.10 Difusión	37
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES	38

IX.	RESULTADOS.....	40
TABLA 1.	Descripción del sexo de los participantes.	40
X.	DISCUSIÓN	47
XI.	CONCLUSIÓN	48
XII.	RECOMENDACIONES.....	49
XIII.	BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XIV.	ANEXOS	54
14.1	INSTRUMENTOS	54
14.1.1	Escala geriátrica de depresión Yesavage	54
5.1	Constancia	57
5.2	Constancia X congreso universitario de enfermería	57
XV.	APÉNDICES	58
6.1.	Tabla de variables sociodemográficas.....	60
6.2.	Tabla de operacionalización de las variables.....	62
6.3.	Tabla de fundamentación, codificación y niveles de medición.....	64
6.4.	Cronograma de actividades	66
6.5.	Carta de consentimiento informado	67
6.6.	Recursos	69

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Descripción del sexo de los participantes.	40
TABLA 2. Descripción del sexo de los participantes.	41
TABLA 3. Descripción de la escolaridad de los participantes	41
TABLA 4. Descripción del lugar de aplicación de los participantes	42
TABLA 5. Descripción del estado civil de los participantes	42
TABLA 6. Descripción del número de parejas de los participantes	43
TABLA 7. Descripción de la ocupación de los participantes	43
TABLA 8. Descripción de la edad de los participantes	44
TABLA 9. Descripción del nivel de depresión presente en los adultos mayores en su residencia.	44
TABLA 10. Descripción del nivel de depresión presente en los adultos mayores que asisten la casa del adulto mayor	45
TABLA 11. Comparación del nivel de depresión encontrado en los adultos mayores con entornos sociales diferentes.	45

INDICE DE FIGURAS

Figura N°1. Modelo Stuar de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica..29

Resumen: La presente investigación tuvo la finalidad de evaluar e identificar el nivel de depresión del adulto mayor con entornos sociales diferentes de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo. Contrastando dos grupos, siendo el primer entorno social una casa del adulto mayor y el segundo grupo con el entorno social familiar de su domicilio. El presente estudio es de tipo cuantitativo básico con alcance descriptivo el cual permitió obtener el nivel de depresión. La muestra fue no probabilística con un total de 74 adultos mayores de 60 años en adelante. Como instrumento se empleó; la escala geriátrica de Yesavage. Los resultados demostraron que la prevalencia de depresión en el entorno social de su domicilio, fueron depresión leve con 75% y normal con 25%. En el segundo entorno social realizado en la casa del adulto mayor se obtuvo, depresión leve con 43% y depresión normal con 57%. Se encontraron diferencias significativas en el nivel de depresión de acuerdo con el tipo de entorno social en el que se involucra el adulto mayor.

Palabras clave: Adulto mayor, depresión, entornos sociales.

Abstract: The purpose of this research was to evaluate and identify the level of depression of older adults with different social environments in the community of Atotonilco de Tula, Hgo. Contrasting two groups, being the first social environment a home of the older adult and the second group with the familiar social environment of their domicile. The present study is a basic quantitative study with a descriptive scope which allowed us to obtain the level of depression. The sample was non-probabilistic with a total of 74 older adults aged 60 years and older. The Yesavage geriatric scale was used as an instrument. The results showed that the prevalence of depression in the social environment of their home, were mild depression with 75% and normal with 25%. In the second social environment carried out in the home of the older adult, the prevalence of mild depression was 43% and normal depression 57%. Significant differences were found in the level of depression according to the type of social environment in which the older adult is involved.

Key words: Older adult, depression, social environments.

I. INTRODUCCIÓN

La población de 60 años y más pasó de 5 a 15.1 millones, lo cual representa 6% y 12% de la población total, respectivamente. Este incremento pone en evidencia el proceso de envejecimiento que se observa a nivel mundial.¹

El adulto mayor padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros.

Los estilos y calidad de vida resultan muy importantes en el bienestar y la satisfacción de los adultos mayores. Su independencia, el respeto a sus decisiones, el apoyo de todos los miembros de la familia, la comunidad, el trabajo desde la atención primaria de salud con la prevención y promoción de posturas saludables ante la vida; son factores que ayudan en la autoestima, a lograr un concepto positivo de sí mismo, mostrar seguridad. De esta forma se propicia la adopción de mayores herramientas para enfrentar sus realidades.³

El presente trabajo de investigación es de estudio cuantitativo básico, el cual se realizó a partir de la recopilación de información referente a depresión en adultos mayores. La siguiente investigación tuvo como objetivo evaluar e identificar el nivel de depresión del adulto mayor con entornos sociales diferentes de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo. El estudio se realizó a personas mayores de 65 años de edad y se aplicó con los instrumentos: escala de depresión geriátrica de Yesavage así mismo el trabajo se apoyó y sustento con la teoría Modelo Stuart de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica.⁴

II. JUSTIFICACIÓN

Entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%. En la actualidad, el número de personas de 60 años o más supera al de niños menores de cinco años. Para el año 2050, el número de personas de 60 años o más será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. En 2030, unade cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo depoblación de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones.⁴ La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.⁵

En Estados Unidos, una revisión de estudios a gran escala en adultos de 65 años o más señaló una variación en la prevalencia de depresión de 1 a 5%; mientras que un estudio a nivel de condado encontró una prevalencia de 4,4% en mujeres y 2,7% en hombres. En Sudáfrica a nivel nacional, se encontró una prevalencia de 4% en adultos de 50 años o más de diferentes razas. En Sudamérica, la prevalencia de depresión en adultos mayores parece ser más alta.⁶

Varias investigaciones realizadas en México en los últimos años exhiben diversas prevalencias de depresión en el adulto mayor, que oscilan entre 25.8 al 55%. Por su parte De los Santos a través de un modelo de regresión logística binomial determinaron prevalencia de depresión en adultos mayores mexicanos con resultados inquietantes de hasta un 74.3% coincidiendo estas cifras elevadas con un estudio realizado en Vietnam por Vu et al, en 2018.⁷

La depresión en los mayores es un problema importante de salud, se puede considerar como la enfermedad psiquiátrica más frecuente en ancianos en países desarrollados, y se asocia al sufrimiento y al incremento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud. La prevalencia de depresión en ancianos es del 13,5% a nivel mundial⁵. La secretaria de salud menciona que hoy en día la depresión es uno de los síndromes geriátricos más importantes que afecta a la población mayor, debido al aumento significativo en magnitud y en prevalencia.⁸

El **beneficio** para los adultos mayores con esta investigación es valorar así mismo

describir, los niveles de depresión que presenta el adulto mayor.

Por lo tanto, este proyecto de investigación es **factible** porque no tiene una intervención con el paciente, ya que en la comunidad hay gran población de adultos mayores y es el principal **beneficiario** de este trabajo por ser la persona a la que se le realizara la encuesta.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se verá un aumento y se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida.⁹

La depresión en el adulto mayor ha generado un problema de salud a nivel mundial, el adulto mayor sufre ciertos cambios biológicos, psicológicos, sociales, económicos que se visualizan en el proceso de envejecimiento.¹⁰ La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en este grupo poblacional, y puede ser causa de un gran sufrimiento en la vida cotidiana de estas personas.¹⁰ La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona. Provoca angustia mental y repercute en la capacidad de las personas para llevar a cabo las tareas cotidianas, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con la familia y los amigos.¹¹ En el peor de los casos puede provocar el suicidio.¹²

No obstante, la depresión se puede prevenir y tratar. Una mejor comprensión de qué es la depresión y de cómo puede prevenirse y tratarse contribuirá a un aumento del número de personas que piden ayuda.¹³

La presente investigación se llevó a cabo debido a que se ha identificado un gran número de adultos mayores que presentan niveles altos de conductas depresivas; es por ello que se hizo evaluar el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Comunidad de Atotonilco de Tula.

Lo que se logró con esta investigación fue ver la influencia y niveles de depresión en el adulto mayor de la comunidad de Atotonilco de Tula. Aunque es meramente descriptivo no se pretendió realizar intervención.

Cómo personal de salud en el área de enfermería es importante saber más sobre la salud mental y social ya que muchas veces de este problema se derivan muchas complicaciones para el adulto mayor.

Pregunta de investigación

¿Existe diferencia en el nivel de depresión del adulto mayor en los diferentes entornos sociales en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo?

IV. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

4.1 Adulto mayor

En demografía se utiliza la edad cronológica para determinar a la población envejecida, que se ha llamado población adulta mayor; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor.

14

Cuando nos referimos al envejecimiento, hablamos de un proceso natural, gradual, continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan en el nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y las condiciones socioeconómicas de los grupos y las personas. Por ello, la forma de envejecer de cada persona es diferente. ¹⁴ Entre los signos que determinan el envejecimiento de las personas se tienen:

- La edad física: cambios físicos y biológicos que se presentan a distintos ritmos, mismos que dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas y emociones.
- La edad psicológica: cambios en las emociones, sentimientos, pensamientos y el significado que para cada persona tiene la vejez. Adicionalmente se presentan cambios en los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje.
- La edad social: relacionada con los significados de la vejez, diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura y su organización social.¹⁴

Datos y cifras

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.¹⁴

En, México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Llegando a la conclusión de que todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad o bien adulto mayor.¹⁵

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas etc. Además de todas las definiciones que encontremos es importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad.¹⁶

Las naciones unidas consideran al adulto mayor a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. Por lo que en México es considerada al adulto mayor a partir de los 60 años.¹⁶

El envejecer es comúnmente conocido fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. La geriatría es aquella rama de la medicina que se interesa por dar respuestas científicas a las necesidades médicas del adulto mayor. La gerontología se ocupa de estudiar la relación entre lo orgánico, lo psicológico y lo social desde una mirada interdisciplinaria y comprendiendo al envejecimiento como un proceso evolutivo normal, esperable e influenciado por el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el adulto mayor.¹⁷

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona

en años.¹⁸ Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas. En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas. ¹⁸

4.2 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de interés en las actividades cotidianas, presencia de actitudes negativas, sentimientos de inadaptación y baja autoestima, por lo que es importante tratar oportunamente este padecimiento que, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹⁹

La guía de práctica clínica define a la depresión como conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida del interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye motivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. ²⁰

Dentro de los principales factores predisponentes a depresión en el adulto mayor se encuentra: la familia, las enfermedades, fármacos, entornos sociales.²⁰

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar

medicamentos y psicoterapia profesional.²¹ La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.²²

La depresión se define como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor, en el que predominan los síntomas afectivos, (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo: cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida); volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica. Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la semivida.²³

La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina. No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no.²⁴ En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres.²⁵

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión.²⁶ Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante.²⁷

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales, puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las

reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión.²⁸ Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.²⁹

Numerosas afecciones o situaciones geriátricas predisponen o se asocian a la depresión:

- La demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson.
- El infarto del miocárdico.
- El accidente cerebrovascular
- El hipo o hipertiroidismo.
- Las neoplasias (sobre todo las del páncreas).
- Las situaciones vitales desfavorables, particularmente la viudez.²⁸

4.3 Entornos sociales

Entorno social, representa una serie de elementos que hacen referencia a la ambiente en el que se desenvuelve el individuo (social y cultural), los cuales tienen una influencia en su conducta ya que son parte de sus costumbres y modos de vida.²⁹

La variable del entorno social, se considera, predictor, en base a que es parte de las fuerzas indirectas del internet tres externos que influyen en el clima en el que se actúa en la organización, esas fuerzas son los entornos económico, tecnológico, político ilegal, ético y sociocultural.²⁹

4.4 MODELO DE STUART DE ADAPTACIÓN AL ESTRÉS DE LA ASISTENCIA EN ENFERMERÍA

El modelo de Stuart de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica, el cual integra los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales y ético-legales de la asistencia del paciente dentro de un marco de práctica unificado. Fue desarrollado inicialmente por Gail Stuart en la década de 1980 como una síntesis de las diversas partes del conocimiento desde la perspectiva de la enfermería psiquiátrica e igualmente importante, como una aplicación de este conocimiento a la práctica clínica. Desde entonces, el modelo ha sido revisado y ampliado para incluir las teorías emergentes y los descubrimientos científicos, así como una reflexión del proceso, contenido y contexto de la asistencia contemporánea en enfermería psiquiátrica más clara y completa. Este modelo está basado en cinco supuestos teóricos.³⁰

El modelo de Stuart de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica contempla el comportamiento humano desde una perspectiva holística que integra los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales de la asistencia. Por ejemplo, un hombre que ha sufrido un infarto de miocardio también puede padecer una depresión grave porque teme que pueda perder su capacidad para trabajar y para satisfacer sexualmente a su mujer. También puede tener una historia familiar de depresión. Con la misma probabilidad, una paciente que busca tratamiento por una depresión mayor puede tener úlceras gástricas que se hayan exacerbado por su depresión. La naturaleza holística de la práctica de enfermería psiquiátrica examina todos los aspectos del entorno del paciente.³⁰

Los **factores predisponentes** son factores de riesgo que influyen tanto en el tipo como en la cantidad de recursos que la persona puede utilizar para manejar el estrés. Son de naturaleza biológica, psicológica y sociocultural. Todos estos factores juntos ofrecen un vínculo con los niveles de la jerarquía social superiores e inferiores y un mecanismo de seguridad contra el cual cobran sentido y valor las experiencias de una persona.³⁰

- Entre los factores biológicos predisponentes se incluyen los antecedentes genéticos, el estado nutricional, las sensibilidades biológicas, la salud general y la exposición a toxinas.
- Entre los factores psicológicos predisponentes se incluyen la inteligencia, las

habilidades verbales, la moral, la personalidad, las experiencias pasadas, el concepto de sí mismo, la motivación, las defensas psicológicas y el grado de control, o un sentido de control sobre su propio destino.

- Entre los factores socioculturales predisponentes se incluyen la edad, el sexo, la educación, los ingresos, la ocupación, la posición social, el nivel cultural, las creencias religiosas, la afiliación política, las experiencias de socialización y el nivel de integración social o aspectos relacionados.³⁰

Factores estresantes precipitantes.

Los factores estresantes precipitantes son estímulos que desafían, amenazan o exigen al individuo. Requieren energía en exceso y producen un estado de tensión y estrés.

Pueden ser de naturaleza biológica, psicológica o sociocultural y pueden originarse en el ambiente interno o externo de la persona. Además de describir la naturaleza y el origen del factor, es importante valorar el momento en el que ocurre. El tiempo tiene muchas dimensiones, tales como cuándo se produce la situación estresante, durante cuánto tiempo está uno expuesto a este factor y la frecuencia con la que se produce. Un factor final que debe considerarse es el número de situaciones que un individuo experimenta dentro de un período de tiempo concreto porque estas circunstancias pueden ser más difíciles de manejar cuando se producen todas agrupadas.³⁰

Acontecimientos vitales estresantes.

La relación de acontecimientos vitales estresantes con la causa, comienzo y resultados de las enfermedades psiquiátricas tales como esquizofrenia, depresión y ansiedad, ha sido el centro de numerosas investigaciones. Las cuestiones recientes relacionadas con acontecimientos vitales como estresantes se centran en la naturaleza del acontecimiento y la cantidad de cambio que requiere. Existen tres formas de categorizar los acontecimientos vitales:

1. Por la actividad social. Esto incluye crisis en la familia, trabajo, educación, social, de salud, financiera, legal o de la comunidad.
2. Por el campo social. Estos acontecimientos se definen como entradas y salidas. Una entrada es la introducción de una persona nueva dentro del campo social del individuo; una salida es el abandono de alguien significativo del campo social de la persona.
3. Por el deseo social. En términos de los valores compartidos hoy en día por la sociedad

estadounidense, puede considerarse deseable un grupo de acontecimientos, tales como un ascenso, el compromiso y el matrimonio. Otro grupo mayor de sucesos puede contemplarse generalmente como desfavorable, tales como la muerte, problemas financieros, ser despedido y el divorcio.³⁰

Valoración del factor estresante

La valoración del factor estresante implica determinar el significado y la comprensión del impacto de la situación estresante para el individuo. Incluye las respuestas cognitivas, afectivas, psicológicas, conductuales y sociales. La valoración es una evaluación del significado de un acontecimiento en relación con el bienestar personal. El factor estresante asume su significado, intensidad e importancia como una consecuencia de la interpretación única y del significado dado por la persona en riesgo.

Respuesta cognitiva.

La valoración cognitiva es una parte crítica de este modelo. Los factores cognitivos desempeñan un papel central en la adaptación. Están relacionados con el impacto del acontecimiento estresante, con la elección de los patrones de afrontamiento utilizados y con las reacciones emocionales, psicológicas, conductuales y sociales de la persona. La valoración cognitiva media psicológicamente entre la persona y el ambiente en cualquier encuentro estresante; es decir, el daño o daño potencial es evaluado según el entendimiento de la persona del poder de la situación para provocar daño y de los recursos que la persona tiene disponibles para neutralizar o tolerar el daño.

Existen tres tipos de evaluaciones cognitivas primarias del estrés:

1. Daño/pérdida que ya se ha producido.
2. Amenaza de un daño anticipado o futuro.
3. Desafío que se centra en una ganancia potencial, crecimiento o dominio más que en los riesgos posibles.

La percepción del reto puede desempeñar un papel importante en la fortaleza psicológica o resistencia al estrés. Esta teoría sugiere que es menos probable que enferme como consecuencia de acontecimientos vitales estresantes la gente psicológicamente resistente que las personas con poca resistencia. Se ha hallado que las personas resistentes tienen altos niveles de las siguientes características:

- Compromiso: la capacidad de involucrarse uno mismo en lo que se está haciendo.

- Desafío: la creencia de que es más esperable en la vida el cambio que la estabilidad, por lo que los acontecimientos son vistos como estimulantes más que como amenazantes.
- Control: la tendencia a sentir y a creer que uno influye en los acontecimientos, más que sentir desesperanza a la luz de los problemas de la vida.

En resumen, las personas resistentes al estrés tienen un conjunto específico de actitudes hacia la vida, una apertura al cambio, un sentimiento de implicación en cualquier cosa que estén haciendo y un sentido de control sobre los acontecimientos. Aquellos que ven el estrés como un desafío es más probable que transformen los acontecimientos en su propio provecho y de ese modo reduzcan su nivel de estrés. Como contraste, si una persona utiliza tácticas pasivas, hostiles, evasivas o de auto-rechazo, no es probable que se elimine el origen del estrés.³⁰

Respuesta afectiva.

Una respuesta afectiva es el despertar de un sentimiento. En la valoración del factor estresante, la respuesta afectiva principal es una reacción de ansiedad generalizada o inespecífica, que llega a expresarse como emociones. Éstas pueden incluir alegría, tristeza, miedo, enfado, aceptación, desconfianza, anticipación o sorpresa. Las emociones también pueden ser descritas según su tipo, duración e intensidad, características que cambian a lo largo del tiempo y como resultado de los acontecimientos. Por ejemplo, cuando una emoción continúa durante un período largo de tiempo, puede ser clasificada como un estado de humor; cuando se prolonga durante un período de tiempo aún más largo, puede ser considerada como una actitud. Se ha sugerido que una actitud perspicaz, optimista y positiva para manejar los acontecimientos de la vida cotidiana puede llevar a sentimientos mayores de bienestar y quizá incluso a una vida más prolongada.

Respuestas fisiológicas.

Las respuestas fisiológicas reflejan la interacción de varios ejes neuroendocrinos que afectan a la hormona de crecimiento, prolactina, hormona adrenocorticotropina (ACTH), hormonas luteinizantes y folículo estimulante, hormonas estimulantes del tiroides, vasopresina, oxitocina, insulina, adrenalina, noradrenalina y otros neurotransmisores cerebrales diversos. La respuesta fisiológica de lucha o vuelo estimula la división

simpática del sistema nervioso autónomo e incrementa la actividad del eje pituitario-adrenal. De forma adicional, se ha observado que el estrés afecta al sistema inmunitario del organismo, lo que influye en la capacidad para luchar contra la enfermedad.³⁰

Respuestas conductuales.

Las respuestas conductuales son el resultado de las respuestas emocionales y fisiológicas, así como el análisis cognitivo que uno hace de la situación estresante. Caplan (1981) describe cuatro fases de las respuestas conductuales de un individuo ante un acontecimiento estresante:

La fase 1 es un comportamiento que cambia el ambiente estresante o permite al individuo escapar de él.

La fase 2 es el comportamiento que permite al individuo cambiar las circunstancias externas y sus secuelas.

La fase 3 es la conducta intrapsíquica que sirve para defenderse en contra de un despertar emocional desagradable.

La fase 4 es la conducta intrapsíquica que ayuda a uno a situarse en los términos con el acontecimiento y sus secuelas mediante el reajuste interno.

Respuestas sociales.

Finalmente, las posibles respuestas sociales al estrés y la enfermedad son diversas. La naturaleza precisa de la respuesta de una persona está basada en tres actividades:

1. Búsqueda de un sentido, en la que las personas requieren información sobre su problema. Esto es necesario para diseñar una estrategia de afrontamiento, porque sólo teniendo alguna idea de lo que está ocurriendo se puede llegar a una respuesta razonable.

2. Atribución social, en la que la persona intenta identificar los factores que contribuyeron a la situación. Los pacientes que ven sus problemas como resultado de su propia negligencia pueden estar bloqueados y no ser capaces de activar una respuesta para afrontarlos. Ellos pueden ver sus problemas como un signo de su fracaso personal y enzarzarse en una autoinculpación y en un comportamiento pasivo, abandonado. Por tanto, la vía en que los pacientes y los profesionales contemplan la causa puede afectar en gran medida un afrontamiento satisfactorio.³⁰

3. Comparación social, en la que las personas comparan habilidades y capacidades con

las de otros con problemas similares.

Una valoración propia de la persona depende en gran medida de aquéllos con quienes se comparan. El resultado es una evaluación de la necesidad de apoyo del tejido social de la persona o del sistema de apoyo. Los factores predisponentes tales como edad, nivel de desarrollo y soporte cultural, así como las características del estresante predisponente, determinan la necesidad percibida de apoyo social.³⁰

En resumen, el modo en que una persona valora un acontecimiento es la clave psicológica para comprender los esfuerzos de aprendizaje y la naturaleza e intensidad de la respuesta al estrés.

Recursos de afrontamiento

Los recursos de afrontamiento son opciones o estrategias que ayudan a determinar qué puede hacerse, así como con qué interés.

Tienen en consideración qué opciones de afrontamiento hay disponibles, la probabilidad de que una opción determinada pueda cumplir con lo que se le pide y la probabilidad de que una persona pueda aplicar una estrategia particular de forma efectiva.

Los recursos de afrontamiento incluyen recursos económicos, habilidades y capacidades, técnicas defensivas, apoyos sociales y motivación. Incorporan todos los niveles de la jerarquía social. Las relaciones entre individuo, familia, grupo y sociedad tienen una importancia crucial en este punto del modelo. Otros recursos de afrontamiento son la salud y energía, apoyos espirituales, creencias positivas, resolución de problemas y capacidades sociales, recursos sociales y materiales y bienestar físico.³⁰

Las creencias espirituales y el contemplarse a uno mismo de forma positiva pueden servir como base para la esperanza y pueden mantener los esfuerzos de afrontamiento de una persona en las circunstancias más adversas. Las capacidades para la resolución de problemas incluyen la habilidad para la búsqueda de información, identificar el problema, sopesar las alternativas e implementar un plan de acción. Las capacidades sociales facilitan la resolución de problemas involucrando a otras personas, aumentando la probabilidad de obtener cooperación y de apoyarse en otros, y dando al individuo un control social mayor.

Finalmente, los recursos materiales se refieren al dinero y a los bienes y servicios que el dinero puede comprar. Es obvio que los recursos monetarios incrementan en gran

medida las opciones de afrontamiento de una persona en casi cualquier situación estresante.

El conocimiento y la inteligencia son otros recursos de afrontamiento que permiten a las personas ver diferentes modos de tratar con el estrés. Finalmente, los recursos de afrontamiento también incluyen una identidad fuerte del ego, compromiso en una red social, un sistema de valores y de creencias estable, una orientación de la salud preventiva y un vigor genético o constitucional.³⁰

Mecanismos de afrontamiento

En este punto del modelo es donde surgen los mecanismos de afrontamiento. Éste es un momento importante para las actividades de enfermería dirigidas hacia la prevención primaria. Los mecanismos de afrontamiento son cualquier esfuerzo dirigido al tratamiento del estrés. Existen tres mecanismos de afrontamiento principales:

1. Mecanismos de afrontamiento centrados en el problema, que implican las tareas y esfuerzos directos para afrontar la amenaza en sí misma. Algunos ejemplos son la negociación, la confrontación y la búsqueda de consejo.
2. Mecanismos de afrontamiento centrados cognitivamente, mediante los cuales la persona intenta controlar el significado del problema y de esta forma neutralizarlo. Algunos ejemplos son la comparación positiva, la ignorancia selectiva, la sustitución de recompensas y la devaluación de los objetos deseados.
3. Mecanismos de afrontamiento centrados emocionalmente, mediante los cuales el paciente es orientado a modelar el distrés emocional. Algunos ejemplos son el empleo de mecanismos de defensa del ego, tales como la denegación, supresión o proyección.

30

Los mecanismos de afrontamiento pueden ser constructivos o destructivos. Son constructivos cuando la ansiedad es tratada como una señal de alarma y el individuo la acepta como un desafío para resolver el problema. A este respecto, la ansiedad puede ser comparada con la fiebre. Ambas sirven como avisos de que el sistema está bajo un ataque. Una vez que se ha utilizado con éxito, los mecanismos de afrontamiento constructivos modifican el modo en que se usan las experiencias pasadas para enfrentarse a nuevas amenazas. Los mecanismos de defensa destructivos desvían la ansiedad sin resolver el conflicto, utilizando la evasión en vez de la resolución.³⁰

Patrones de respuesta

Según el modelo de Stuart de adaptación al estrés, una respuesta individual al estrés está basada en factores predisponentes específicos, en la naturaleza de lo estresante, en la percepción de la situación y en un análisis de los recursos y mecanismos de afrontamiento. Entonces, son evaluadas las respuestas de afrontamiento del paciente sobre un espectro de adaptación/mala adaptación. Las respuestas que apoyan un funcionamiento integrado son vistas como adaptadas.³⁰

Conducen al crecimiento, al aprendizaje y a la consecución del objetivo.

Las respuestas que bloquean el funcionamiento integrado son vistas como mal adaptadas. Previenen el crecimiento, disminuyen la autonomía e interfieren con el dominio del ambiente.

Etapas y actividades del tratamiento

El aspecto final del modelo de Stuart de adaptación al estrés es la integración de la base teórica, los componentes biopsicosociales, los patrones de respuesta y las actividades de enfermería basadas en la etapa de tratamiento del paciente. Una vez que los patrones de respuesta de afrontamiento han sido identificados, el personal de enfermería determina en qué etapa de tratamiento está el paciente e implementa las actividades de enfermería más apropiadas.

El modelo identifica cuatro etapas de tratamiento posibles: 1) crisis, 2) aguda, 3) mantenimiento y 4) promoción de la salud. Estas etapas reflejan el rango del espectro adaptación/mala adaptación y sugieren diversas actividades de enfermería. Para cada etapa el personal de enfermería identifica el objetivo del tratamiento, se centra en la valoración, la naturaleza de la intervención y el resultado esperable de la asistencia de enfermería.³⁰

Etapas de crisis

- Objetivo de enfermería: estabilización del paciente.
- Valoración de enfermería: se centra en los factores de riesgo que amenazan la salud y el bienestar del paciente.
- Intervención de enfermería: dirigida hacia el tratamiento del ambiente para proveer seguridad.

- Resultado esperado de la asistencia de enfermería: que el paciente no se dañe a sí mismo ni a otros.

Etapa aguda

- Objetivo de enfermería: remisión de la enfermedad del paciente.
- Valoración de enfermería: se centra en los síntomas del paciente y en las respuestas de afrontamiento mal adaptadas.
- Intervención de enfermería: dirigida hacia la planificación del tratamiento con el paciente y el modelado y aprendizaje de las respuestas adaptadas.
- Resultado esperado de la asistencia de enfermería: alivio de los síntomas.

Etapa de mantenimiento

- Objetivo de enfermería: recuperación completa del paciente.
- Valoración de enfermería: se centra en el estado funcional del paciente.
- Intervención de enfermería: dirigida hacia el refuerzo de las respuestas adaptadas de afrontamiento del paciente y apoyo al paciente.
- Resultado esperado de la asistencia de enfermería: mejorar el funcionamiento del paciente.

Etapa de promoción de la salud

- Objetivo de enfermería: obtención del nivel óptimo de bienestar del paciente.
- Valoración de enfermería: se centra en la calidad de vida y bienestar del paciente.
- Intervención de enfermería: dirigida a inspirar y dar valor al paciente.
- Resultado esperado de la asistencia de enfermería: calidad de vida óptima para el paciente.

Este aspecto del modelo mueve al campo de la enfermería psiquiátrica más allá de las actividades habituales asociadas a la estabilización de pacientes en crisis y a la remisión de los síntomas de pacientes con enfermedades agudas. Identifica las responsabilidades de la enfermería en etapas de tratamiento, de mantenimiento y de promoción de la salud y potenciación de su calidad de vida. Con frecuencia estas etapas de tratamiento son pasadas por alto en la práctica tradicional de la enfermería psiquiátrica, aunque son aspectos esenciales en esta especialidad en la actualidad.³⁰

4.1 Relación de la investigación con el Modelo o teoría

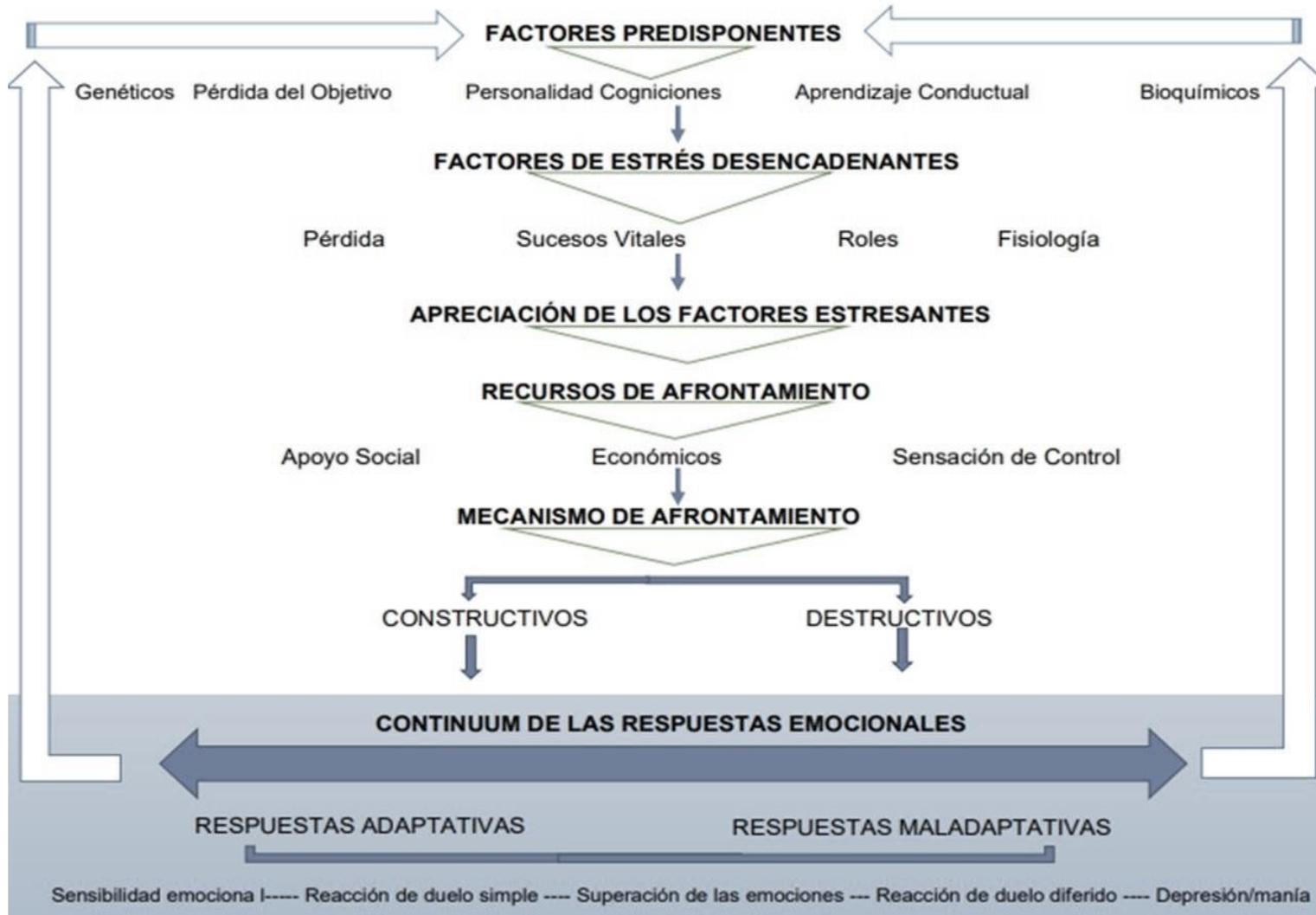


Figura N°1. Modelo Stuar de adaptación al estrés de la asistencia en enfermería psiquiátrica

V. HIPÓTESIS

Hi. Existe diferencia en el nivel de depresión de los adultos mayores en los diferentes entornos sociales de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.

Ho. No existe diferencia en el nivel de depresión de los adultos mayores en los diferentes entornos sociales de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.

VI. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

- ✓ Comparar el nivel de depresión de los adultos mayores con entornos sociales diferentes de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.

6.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de depresión en los adultos mayores que asisten a la casa del adulto mayor de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo
- ✓ Conocer el nivel de depresión en los adultos mayores que permanecen en sus domicilios de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo.
- ✓ Describir las diferencias del nivel de depresión de los adultos mayores de acuerdo con el tipo de apoyo social.

VII. METODOLOGÍA

7.1 Tipo investigación

Se realizó un estudio descriptivo de tipo cuantitativo básico el cual permitió obtener el nivel de depresión. Con la finalidad de estimar la magnitud u ocurrencia de los fenómenos para probar la hipótesis.³¹

7.2 Diseño de la investigación

No experimental: (observacional), se realizó sin manipular deliberadamente variables; observando los fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos. Se recolectaron los datos mediante una fuente primaria.

Transversal: se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único.

Retrospectivo: se analizó del presente al pasado. Ya que es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtuvieron de archivos y/o de lo que el sujeto de estudio refirió.³²

7.3 Límites de tiempo y espacio

Este trabajo de investigación fue llevado a cabo en una única sesión de la tercera semana del mes de febrero del 2020 en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo.

7.4 Universo

Se conforma por 74 adultos mayores de 60 años en adelante de la comunidad de Atotonilco de tula, Hgo.

7.5 Muestra

La muestra fue no probabilística por disposición, exclusivamente a los adultos mayores de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo; con edad de 60 años en adelante.

7.5.1 Criterios de Selección

7.5.1.1 Criterios de inclusión:

- ✓ adultos mayores de 60 años en adelante que asistan al centro gerontológico de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.
- ✓ adultos mayores de 60 años en adelante que residan en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.
- ✓ adultos mayores de 60 años en adelante que firmen voluntariamente el consentimiento informado en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.

7.5.1.2 Criterios de exclusión:

- ✓ Adultos mayores que no firmen voluntariamente el consentimiento informado en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.
- ✓ Adultos mayores que no asistan al centro gerontológico en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.
- ✓ Adultos mayores que no residan en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.

7.5.1.3 Criterios de eliminación:

- ✓ Adultos mayores que no contesten la encuesta

7.6 Variables

- Depresión
- Entornos sociales

7.6.1 Definición conceptual

La depresión es un trastorno del estado del ánimo generalmente melancólico, con duración mayor a dos semanas, acompañado de síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, anhedonia), síntomas somáticos (disminución de peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, alteraciones sexuales), síntomas del pensamiento (visión negativista, ideas de inutilidad y culpa, depresión delirante) y síntomas conductuales (disminución en la concentración y la atención, memoria, actividad psicomotriz, descuido del aseo).³³

7.6.2 Definición operacional

Depresión: La escala de depresión geriátrica de Yesavage, de la cual existe una versión completa de 30 ítems y una reducida de 15 ítems, es una de la más utilizadas para evaluar la depresión de los ancianos. La interpretación de la escala es de 0-4 puntos se considera normal con síntomas depresivos, 5-8 indica la presencia de síntomas depresivos leves, 9-10 puntos indica la presencia de síntomas depresivos moderados y 12-15 indica la presencia de síntomas depresivos graves.³⁴

7.7 Instrumento de medición

La Escala de Yesavage GDS-15, para identificar la presencia de depresión en adultos mayores, el puntaje consta de 15 ítems; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos sí se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa.³⁵

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (Si o No en negritas) Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos. La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Se interpreta de la siguiente manera; 0-4 se considera normal, sin síntomas depresivos; 5-8 indica la presencia de síntomas depresivos leves.; 9-11 Indica la presencia de síntomas depresivos moderados; y 12-15 Indica la presencia de síntomas depresivos graves. Encontrando un valor del coeficiente de confiabilidad de Kuder-Richardson -20 de 0.82 en la escala general.³⁵

7.8 Procedimientos

El presente protocolo de investigación se presentó ante el grupo de investigación de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, posterior que permitió la autorización de la investigación Nivel de depresión en el adulto mayor con entornos sociales diferentes en la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo.

Se elaboró el consentimiento informado dirigido a los participantes especificando que el objetivo de este es obtener información relacionada a la depresión y al mismo tiempo conocer los niveles de la información que será obtenida será utilizada con fines de investigación.

Se solicitó el permiso que permitió llevar a cabo el desarrollo del trabajo de investigación. Se procedió a presentarnos con los adultos mayores, explicarles el propósito de la investigación y así mismo se les hizo la invitación a participar.

Se llevó a cabo la selección de participantes aleatoriamente, de acuerdo con nuestros criterios de investigación y a las características que se necesitó.

Se aplicó una entrevista estructurada con la escala geriátrica de Yesavage, en la casa del adulto mayor de Atotonilco, así como a los adultos mayores en sus domicilios que no asisten a la casa del adulto mayor de la misma comunidad.

7.9 Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial, y evaluación de la información mediante el paquete estadístico SPSS versión 25 para Windows 2010 de los resultados obtenidos de la comunidad de Atotonilco de Tula. Frecuencias y porcentajes se utilizaron para describir variables categóricas y como prueba estadística se utilizó la Chi² para comparar entre los diferentes entornos sociales.

7.10 Difusión

El presente protocolo de investigación fue presentado en el auditorio de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo perteneciente a la Escuela Superior de Tlahuelilpan, Hgo. Durante el XIV Seminario de Investigación en Enfermería. Posteriormente se el trabajo se presentó en X Congreso Universitario de Enfermería “el momento del empoderamiento disciplinar a dos siglos de Florencia Nigthingale” y se realizó la tesis para utilizarlo como medio de titulación.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la **Ley General de Salud**, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud**, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la **Declaración de Helsinki**.

De conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki donde se indica que: “para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados” por ello se informa y dará a conocer a cada uno de ellos que la información que se obtendrá será totalmente confidencial, que podrán solicitar información referente a la investigación en cualquier monto y que podrán abandonar el estudio en cuanto lo consideren pertinente sin temor a represarías.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberán recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

- I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
- II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
- III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
- IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
- V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

IX. RESULTADOS

En este apartado se describirán los resultados obtenidos de esta investigación los cuales fueron analizados con el paquete estadístico SPSS, el cual fue realizado en una muestra de 74 adultos mayores de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo.

A continuación, se presentan los resultados en tablas, tomando la información obtenida de la escala geriátrica de Yesavage.

En las primeras 8 tablas, se muestran los datos obtenidos de la entrevista de las variables sociodemográficas tales como: sexo, religión, escolaridad, lugar de aplicación, estado civil, número de parejas, ocupación y edad. La tabla 9 y 10 muestra los niveles de soledad que mide la escala Yesavage, aplicada a los adultos mayores de la comunidad de Atotonilco de Tula.

TABLA 1. Descripción del sexo de los participantes.

SEXO		
	f	%
FEMENINO	43	55.8
MASCULINO	31	40.3
Total	74	100

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla 1 se observa que el 55.8% de los participantes fueron mujeres (43) mientras un 40.3% son hombres (31).

TABLA 2. Descripción del sexo de los participantes.

RELIGION		
	f	%
CATOLICO	67	87.0
CRISTIANO	7	9.1
Total	74	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla 2 se muestra la religión, teniendo como dato con mayor prevalencia la religión católica con un 87% (67) seguida de la religión cristiana con un 9.1% (7).

TABLA 3. Descripción de la escolaridad de los participantes

ESCOLARIDAD		
	f	%
PRIMARIA	53	68.8
SECUNDARIA	19	24.7
PREPARATORIA	2	2.6
Total	74	100

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla 3 se describe la escolaridad de los participantes. El nivel primaria tuvo mayor frecuencia en los adultos mayores que participaron en el estudio con un 68%(53), nivel secundaria con un 24.7% (19) y preparatoria con 2.6% (2).

TABLA 4. Descripción del lugar de aplicación de los participantes

LUGAR DE APLICACIÓN		
	f	%
CASA DEL ADULTO MAYOR	30	39.0
DOMICILIO	44	57.1
<i>Total</i>	74	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla 4 se observa el lugar de aplicación donde se realizaron las encuestas, se destaca que el 57.1% (44) se realizaron en el domicilio, mientras que un 39% (30) fueron en la casa del adulto mayor.

TABLA 5. Descripción del estado civil de los participantes

ESTADO CIVIL		
	f	%
CASADO	19	24.7
SOLTERO	5	6.5
VIUDO	31	40.3
DIVORCIADO	9	11.7
UNION LIBRE	10	13.0
<i>Total</i>	74	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla 5 se describe el estado civil de los adultos mayores, teniendo como dato con mayor prevalencia; viudo con un 40.3% (31), seguido de casados con un 24.7% (19).

TABLA 6. Descripción del número de parejas de los participantes

NÚMERO DE PAREJAS		
	f	%
<i>1 pareja</i>	39	50.6
<i>2 parejas</i>	33	42.9
<i>3 parejas</i>	2	2.6
<i>Total</i>	74	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla se observa el número de parejas que han tenido, el 50.6% (39) han tenido únicamente una pareja, mientras que el 42.9% (33) ha tenido dos parejas.

TABLA 7. Descripción de la ocupación de los participantes

OCUPACIÓN		
	f	%
ama de casa	31	40.3
trabajo de campo	14	18.2
Obrero	2	2.6
Jubilado	16	20.8
Otros	11	14.3
Total	74	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de la ficha de datos sociodemográficos.

En la tabla 7 se describen las ocupaciones que tienen los adultos mayores en el presente estudio, el 40.3% (31) fueron amas de casa, mientras que el 20.8% (16) ya se encontraban jubilados y un 18.2% (14) refirieron trabajar en el campo.

TABLA 8. Descripción de la edad de los participantes

EDAD	
Media	76.18
Mediana	75.50
Moda	61
Desviación estándar	11.360
Mínimo	60
Máximo	98

Fuente: elaboración propia

En la tabla 8. Se muestran las edades de los adultos mayores entrevistados, teniendo una media de 78.18 ± 11.36 años, la mediana fue de 75.50 años y la moda de 61 años. El mínimo de edad de ellos participantes fue de 60 años y el máximo de 98 años.

TABLA 9. Descripción del nivel de depresión presente en los adultos mayores en su residencia.

RESIDENCIA	
Depresión	f (%)
Leve	33 (75)
Normal	11 (25)

Fuente: escala de depresión geriátrica de Yesavage.

En la tabla 9 se señala el nivel de depresión que se detectó en el entorno social de su residencia. En el domicilio se identificó solo el nivel de depresión leve con un 75% (33) y aquellos adultos mayores que no presentaron depresión 25% (11).

TABLA 10. Descripción del nivel de depresión presente en los adultos mayores que asisten la casa del adulto mayor

CASA DEL ADULTO MAYOR	
Depresión	Porcentaje
Normal	17 (57)
Leve	13 (43)

Fuente: escala de depresión geriátrica de Yesavage.

En la tabla Tabla 10 se identificó el nivel de depresión de aquellos participantes que asisten a la casa del adulto mayor. Al igual que en los adultos mayores encuestados en el domicilio sólo se identificaron adultos mayores con un nivel de depresión leve 43%(11) y adultos mayores que no presentaron algún nivel de depresión con un 57% (17).

ESTADISTICA INFERENCIAL

TABLA 11. Comparación del nivel de depresión encontrado en los adultos mayores con entornos sociales diferentes.

Depresión	Casa del adulto mayor f (%) n=30	Domicilio f (%) n=44	Valor de p
Normal	17 (60.7)	11 (39.3)	0.006
Leve	13 (28.3)	33 (71.7)	
Total	30 (40.5)	44 (59.5)	

Fuente: escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Prueba estadística Chi²

En la tabla 11 se observa la comparación entre el número de adultos mayores que presentan depresión en los diferentes entornos sociales. Aunque el nivel de depresión fue el mismo en ambas comunidades, se observó que hubo una mayor prevalencia de adultos mayores con depresión leve en los participantes que se encontraban en sus domicilios, mientras que aquellos que asisten a una casa de día prevaleció el número de adultos

mayores sin depresión. Esta diferencia en las frecuencias resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Por lo tanto, el no asistir a un grupo donde los adultos mayores puedan interactuar con otras personas, así como realizar actividades propias de su edad podrían desencadenar que más adultos mayores presenten problemas de depresión, sobre todo en aquellas personas donde su entorno familiar no sea muy agradable.

X. DISCUSIÓN

En el presente trabajo las personas que pertenecían a grupos y con buenas relaciones sociales demostraron tener menor probabilidad de padecer síntomas depresivos. En cuestionarios de los entornos sociales se obtuvieron niveles bajos de depresión, así como lo menciona De los Santos y Carmona (2020). Las actividades sociales aparecen como un factor que reduce la aparición de la depresión, por convivencia social y convivencia familiar. Se ha demostrado que la ausencia de educación formal incrementa las probabilidades de que se presente depresión mayor en mujeres y hombres; en este trabajo de investigación la variable escolaridad reflejó en porcentaje de 68% de adultos mayores con educación básica primaria. En este sentido, se infiere que la escolaridad contribuye a la aparición de la depresión en la vejez.

También la falta de una pareja explica el deterioro en la calidad de vida, similar a lo reportados en la investigación de Quintero Ángela y cols., en su trabajo Cambios en la depresión después de la terapia de la risa en adultos mayores internados (2015); ya que demostraron en su trabajo que el 20.4% de la muestra eran viudos. En el presente trabajo se tiene un porcentaje alto de adultos mayores en esta categoría.

XI. CONCLUSIÓN

El estudio tuvo como objetivo evaluar y comparar el nivel de depresión de ambos grupos, así como descubrir como los diferentes entornos sociales influyen en el nivel de depresión. Con base a los hallazgos del estudio es posible concluir que se encontraron diferencias en el nivel de depresión en cuanto a frecuencias, sin embargo, el nivel de depresión que presentaron ambos adultos mayores es el mismo.

Los datos que arrojó este estudio permitirán en los centros gerontológicos y fuera de ellos tener un criterio para poder evaluar el nivel de depresión, ya que se tiene una variedad de entornos sociales y no siempre estos influirán.

XII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda la aplicación de la escala Yesavage para tener datos más fiables de prevalencia para un diagnóstico definitivo.
- Los adultos mayores deberían contar con personal especializado para que así puedan ser incluidos en programas de actividades que permitan mantener las facultades físicas y mentales; asimismo, se les podrá brindar también apoyo psicológico para una mejor adaptación a los cambios propios de la edad.
- Se recomienda realizar más investigaciones en las comunidades de Hidalgo para determinar factores de riesgo y de protección en adultos mayores con soledad y depresión, así como diseñar estudios para establecer interacciones.

XIII. BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. Consulta interactiva de datos.
2. Calderón M, Diego. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182, 191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
3. Lorenzo Diaz, J. C. (2020). Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(3).
4. OMS. (2018) Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
5. Molés Julio, María Pilar, Esteve Clavero, Aurora, Lucas Miralles, María Vicenta, & Folch Ayora, Ana. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. Epub 21 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>.
6. Peláez, V. L., Álvarez-Ochoa, R., Cayamcela, D. B., Castro, A. U., & Cherres, J. E. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 16-21.
7. Martina, Martha, Ara, Miguel Angel, Gutiérrez, César, Nolberto, Violeta, & Piscocoya, Julia. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>.
8. OMS (2017). La salud mental y los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-adultosmayores>.
9. Aguilar, A. D. S., Aguilar, V. A. S., & Chasiluis, M. A. V. (2020). Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. *Dominio de las Ciencias*, 6(4), 98-109.
10. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev. Med. Hered.* 2018;(29):182-191.
11. Diagnóstico y tratamiento de la depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención [Internet]. CENETEC. 2019 [cited 24 September 2019]. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_D EPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf.

12. Depresión. Instituto de Salud del Estado de México [Internet]. Salud.edomex.gob.mx. 2019 [cited 21 August 2019]. Available from: http://salud.edomex.gob.mx/isem/tp_depresion.
13. De los santos P, Carmona Valdés S. prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. población y salud en Mesoamérica. 2018;(2):1-19.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de mortalidad, 2012. Consulta interactiva de datos. México, INEGI, 2012.
15. Mitchell C. OPS/OMS | La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales [Internet]. Panamerican Health Organization / World Health Organization. 2019 [cited 21 September 2019]. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es.
16. Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
17. Molés Julio, María Pilar, Esteve Clavero, Aurora, Lucas Miralles, María Vicenta, & Folch Ayora, Ana. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. Epub 21 de octubre de 2019.
18. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Who.int. 2019 [cited 24 september 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
19. Hernández-Chávez L. Depresión en un centro gerontológico de Quintana Roo. *Revista Salud Quintana Roo*. 2017;(35):45.
20. Baldeón-Martínez, Paola, Luna-Muñoz, Consuelo, Mendoza-Cernaqué, Sandra, & Correa-López, Lucy E. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>.

21. Instituto mexicano del seguro social (IMSS) Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. 2015. Consultado el 15 de julio de 2021. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
22. Salazar D. OPS/OMS México - DMS 2017 | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [cited 19 August 2019]. Available from: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597.
23. Martínez, X. G., Cabeza, M. M., Pascuale, M. S., & Bedia, I. M. (2015). Trastornos del humor: trastornos depresivos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5064-5074.
24. Llanes Torres H, Sepúlveda Y, Vázquez Aguilar J. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS*. 2015;(1):4-8.
25. Ferrel Ortega, R. F., Celis Barros, A., & Hernández Cantero, O. (2011). Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, (27), 40-60.
26. Quiroz, C. O. A., & Flores, R. G. (2018). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300.
27. Depresión | Instituto de Salud del Estado de México [Internet]. [Salud.edomex.gob.mx](http://salud.edomex.gob.mx). 2018 [cited 20 August 2019]. Available from: http://salud.edomex.gob.mx/isem/tp_depresion.
28. Lizárraga, M. C., Zamora, S. R., Morales, L. V. A., & de Anda, V. M. D. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(4), 132-137.

29. Mayela M. T., García M. E. (2015). The social environment as element to consider in predicting citizenship of workers within the organization Innovaciones de Negocios 12(23): 133 – 151.
30. Stuart, G. W. (2006). Enfermería psiquiátrica. En Principios y práctica (8.a ed.).
31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. México D.F: Mac Graw Hill; 2014: 304-321.
32. Díaz Narváez VP. Metodología de la investigación científica y bioestadística. Santiago de Chile: RIL; 2006.
33. Araya, J. C. (2016). Depresión: una enfermedad común en el adultomayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(615), 427-429.
34. Candia Ponce Carlos Alberto. Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en Personas Adultas Mayores de Chilpancingo, Guerrero. Tlamati Sabiduría. [Internet] 2016 Sep [cited 2019 Nov 24]. Available from: <http://tlamati.uagro.mx/t7e2/602.pdf>.
35. Salinas, A. V. (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbanos de la provincia de Misiones, Argentina. *Apuntes Universitarios*, 10(4), 40-54.
36. Ley General de Salud. [Internet] México; 2018 [fecha de consulta 15 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf.
37. Asociación Médica Mundial. [internet] Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017 [consultado 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

XIV. ANEXOS

14.1 INSTRUMENTOS

14.1.1 Escala geriátrica de depresión Yesavage

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO



ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



Nivel De Depresión Del Adulto Mayor Con Entornos Sociales Diferentes De la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.

El objetivo de este cuestionario es recolectar datos y evaluar el nivel de depresión del adulto mayor.

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten los cuidadores primarios. Después de leer cada afirmación, debe indicar con una “x” con qué frecuencia se siente usted identificado. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

ESCALA DE YASAVAGE			
Item	Pregunta a realizar	Respuesta	
1	¿En general está satisfecho/a con su vida?	Si =0	No=1
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si=1	No=0
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si=1	No=0
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si=1	No=0
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si=0	No=1
6	¿Teme de algo malo que le puede ocurrir? ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	Si=1	No=0
7	¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	Si=0	No=1
8	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/?	Si=1	No=0

9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	Si=1	No=0
10	¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	Si=1	No=0
11	¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	Si=0	No=1
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si=1	No=0
13	¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si=1	No=0
14	¿Se siente lleno/a de energía?	Si=0	No=1
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si=1	No=0



UAH
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

150
Años
VIDA INSTITUCIONAL
1869-2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Licenciatura en Enfermería

Escuela Superior
Tlahuelilpan
20
Años

Grupo de Investigación
Respuestas Humanas a la Salud y a la Enfermedad

Otorgan la presente

CONSTANCIA

A: Hernández Bojay Yannine, Rodríguez García Edith, Solís Martínez Zaira Arisbeth
Dra. Cano Estrada Edith Araceli ,M.C.E. Vélez Díaz Gustavo

Por su participación como **PONENTES** en el **XIV Seminario de Investigación** con el
Protocolo de investigación:

**“Nivel de soledad y depresión del Adulto Mayor con entornos sociales diferentes de la
comunidad de Atotonilco de Tula, Hidalgo”**

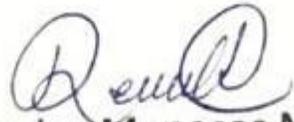
Realizado el día 12 de noviembre del año en curso en Tlahuelilpan Hgo.

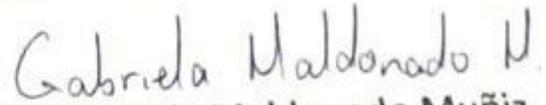
Atentamente

“Amor, Orden y Progreso”

Tlahuelilpan Hgo, a 12 de noviembre del 2019.




Lic. Rosalva Meneses Noeggerath
Directora


DCS. Gabriela Maldonado Muñoz
Líder del Grupo de Investigación

5.1 Constancia

5.2 Constancia X congreso universitario de enfermería



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



2020
AÑO INTERNACIONAL
DE LA ENFERMERA Y
LA MATRONA



Nursing now



CENTRO DE CIENCIAS
DE LA SALUD

LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
Y EL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD,
A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Otorgan la presente

CONSTANCIA

A: Edith Rodríguez García, Yannine Hernández Bojay, Edith Araceli Cano Estrada, Gustavo Vélez Díaz.

Por su participación en la **Presentación de cartel:**
Nivel de soledad y depresión del adulto mayor con entornos sociales diferentes de la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.
en el marco del
X CONGRESO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA
21, 22 y 23 DE OCTUBRE DE 2020 TITULAL
EL MOMENTO DEL EMPODERAMIENTO DISCIPLINAR,
A DOS SIGLOS DE FLORENCIA NIGHTINGALE

Se Lumen Profere

Aguascalientes, Ags., 21, 22 y 23 de Octubre de 2020



Decano del Centro de C. de la Salud



MCB-E. Silvia Patricia González Flores
Jefa del Departamento de Enfermería

XV. APÉNDICES



H. AYUNTAMIENTO
MUNICIPAL CONSTITUCIONAL
PRESIDENCIA MUNICIPAL



DEPENDENCIA: PRESIDENCIA MUNICIPAL

UNIDAD ADMINISTRATIVA: REGLAMENTOS Y
ESPECTÁCULOS

NO. DE OFICIO: REAT/0021/2020

ASUNTO: PERMISO

Atotonilco de Tula Hidalgo., a 04 de Marzo del 2020

DRA. EDITH ARACELI CANO ESTRADA
PROFESOR INVESTIGADOR ESCUELA
SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
PRESENTE:

Por medio de la presente, le hago llegar un afectuoso saludo, así mismo en relación a sus oficio con fecha 06 de febrero de 2020 se les otorga el permiso a las estudiantes que cursan sexto semestre de la Licenciatura en Enfermería: Yannine Hernández Bojay, Edith Rodríguez García y Zaira Arisbeth Solís Martínez para realizar encuestas de investigación en el Municipio.

Sin más por el momento me despido de usted. Quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE
ISRAEL TOVAR BALTAZAR
DIRECTOR DE REGLAMENTOS Y ESPECTACULOS

AV. INDUSTRIAL S/N, BARRIO DE BOXFI MUNICIPIO DE ATOTONILCO DE TULA, HGO. C.P. 42980

TEL.: 778 735 14 89 O 778 735 15 89 O 778 735 11 62

Facebook: Ayuntamiento de Atotonilco de Tula Twitter: @AtotonilcoDeT



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Tlahuelilpan University Campus

Asunto: solicitud de permiso

C. Marcela Martínez Cervantes
Presidenta del DIF municipal
Atotonilco de Tula

PRESENTE

Por este medio, reciba un cordial y afectuoso saludo de la comunidad universitaria, así mismo me permito solicitar autorización para que los estudiantes de sexto semestre de la Licenciatura en Enfermería: Yannine Hernandez Bojay y Edith Rodriguez García puedan realizar el protocolo de investigación titulado: ***"Nivel de soledad y depresión del adulto mayor con entornos sociales diferentes de la comunidad de Atotonilco de Tula"*** en la institución que usted dignamente dirige.

Sin más por el momento y en espera de una respuesta favorable, quedo de Usted.

ATENTAMENTE

"Amor, Orden y Progreso"

Tlahuelilpan Hgo., a 10 de marzo de 2020

Dra. Edith Araceli Cano Estrada



Profesor Investigador Escuela Superior de Tlahuelilpan



Cusico

Ex Hacienda de San Servando S/N
Col. Centro
Tlahuelilpan, Hidalgo, México. C.P. 42780
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 5500, 5501
esc_sup_tlahuelilpan@uaeh.edu.mx



www.uaeh.edu.mx

6.1. Tabla de variables sociodemográficas

Variables socio demográficas	Definición conceptual	Naturaleza	Indicador	Estadísticas
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Cuantitativa	Ninguna Católica cristiana otros	Frecuencia porcentaje
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Cuantitativa	Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre	Frecuencia porcentaje
Seguridad social	Es la forma en cómo se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional	Cuantitativa	Ninguna ISSSTE Pemex	Frecuencia porcentaje

Parentesco	Relación o conexión que existe entre las personas que descienden de un mismo tronco o raíz o que están unidas	Cuantitativa	Esposa hija madre o padre hermanos otros	Frecuencia porcentaje
Actividad cultural	Son todas las acciones que se desarrollan para crear, difundir o desarrollar la cultura. Por ejemplo, actividades re creativas, clubes, o artísticos	Cuantitativa	Danza Clubes Talleres canto	Frecuencia porcentaje
Lugar de procedencia	Una persona y del cual entonces procede. Normalmente, en este sentido del término lo que se puede conocer, ya sea de un objeto o de una persona es la nacionalidad que la misma	Cuantitativo	Lugar	Frecuencia porcentaje
Ambiente familiar	El grupo de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo particular, emparentado.	cuantitativo	Nuclear Separado compuesto	Frecuencia porcentaje
Convivencia con amistades	Cercanía de las personas, que están juntas en un lugar al mismo tiempo.	cuantitativo	Buena Regular mala	Frecuencia porcentaje

6.2. Tabla de operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / Indicador	Escala de medición	Prueba estadística
<ul style="list-style-type: none"> DEPRESIÓN 	<p>Trastorno del estado del ánimo generalmente melancólico, con duración mayor a dos semanas, acompañado de síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, anhedonia), síntomas somáticos (disminución de peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, alteraciones</p>	<p>La escala de depresión geriátrica de Yesavage, de la cual existe una versión completa de 30 ítems y una reducida de 15 ítems, es una de las más utilizadas para evaluar la depresión de los ancianos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 0-10: Normal 11-14: Depresión moderada (sensibilidad 84%; especificidad 95%) >14: Depresión severa (sensibilidad 80%; especificidad 100%) 	Ordinal	<p>Frecuencias Porcentajes Desviación estándar.</p>

	sexuales), síntomas del				
--	----------------------------	--	--	--	--

6.3. Tabla de fundamentación, codificación y niveles de medición

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
Depresión	Depresión	Sentimiento	¿Ha estado básicamente satisfecho con su vida?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Dejo de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Sintió que su vida está vacía?	No/Si	
		Sentimiento	¿Se sintió aburrido frecuentemente?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Estuvo de buen ánimo la mayoría del tiempo?	No/Si	
		Sentimiento	¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le sucediera?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	No/Si	

		Sentimiento	¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	No/Si	
		Sentimiento	¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	No/Si	
		Sentimiento	¿Se sintió inútil o que no vale usted nada en su situación actual?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Se sintió lleno de energía?	No/Si	
		Sentimiento	Se encontró usted sin esperanza ante su situación actual?	No/Si	Ordinal
		Sentimiento	¿Creyó usted que las otras personas están en una situación mejor que la de usted?	No/Si	Ordinal

6.4. Cronograma de actividades

Actividades	Enero 2019				Febrero 2019				Marzo 2019				Abril 2019				Mayo 2019			
Entrega de solicitud al centro gerontológico de Atotonilco de Tula			X																	
Realizar la entrega del consentimiento informado			X																	
Firma del consentimiento informado			X																	
Aplicación de nuestros instrumentos							X													
Recolección de datos							X													
Análisis de los datos														X						

6.5. Carta de consentimiento informado

Consentimiento informado para participar en un estudio

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Estudio: **Nivel De Depresión Del Adulto Mayor Con Entornos Sociales Diferentes De la comunidad de Atotonilco de Tula, Hgo.**

Institución: _____

Yo _____ acepto que los Estudiantes de la Licenciatura en Enfermería Yannine Hernández Bojay, de la Escuela Superior de Tlahuelilpan me incluyan en el Proyecto que lleva por título "Nivel de depresión del adulto mayor con entornos sociales diferentes ", comprometiéndome con ello en realizar todas las actividades que me sean indicadas en un plazo de 5 meses.

Estoy entrando que el objetivo principal de este Proyecto es: Evaluar el nivel soledad y depresión mediante la realización de encuestas enfocadas en la depresión y soledad por medio de la escala " Yesavage " que mide aspectos relacionados como el entorno social en el que viven, y aspectos personales acerca de sus sentimientos dirigido a los Adultos Mayores, en el periodo de Enero- Julio 2019.

Beneficios del Proyecto: sabiendo que no hay beneficio alguno, el solo fin de esto es proporcionar información.

No habrá ninguna repercusión si no acepto o decido salirme en el momento en el que yo lo considere de la investigación de acuerdo a mis intereses, aun cuando el grupo investigador no lo solicite.

No hare ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.

Riesgos del Proyecto: Durante la realización de la medición algunos participantes podrían presentar algunas emociones encontradas por las preguntas que se le hagan. He sido informado (a) que todos los datos obtenidos serán utilizados únicamente para

alcanzar los objetivos del estudio.

En tales condiciones consiento participar en el Proyecto señalado y colaborar lo que me indiquen los Alumnos.

Firma del Participante _____

Testigo 1

Testigo 2

6.6. Recursos

RECURSOS HUMANOS:	RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS:		
	Equipo y Material	Cantidad	Costo
Tres estudiantes de la licenciatura en enfermería: <ul style="list-style-type: none"> E.L.E Yannine Hernández Bojay Dos asesores metodológicos: <ul style="list-style-type: none"> Dr. Edith Araceli Con Estrada M.C.E. Gustavo Vélez Díaz Adultos Mayores Participantes 	Hojas	50	\$ 30
	Lapiceros	10	\$50
	Engargolado	2	\$80
	Carpeta	1	\$50
	Folder	2	\$10
	Impresiones	90	\$90
	Computadora	1	\$9000
	Internet		\$50
		Total	\$9,360
	<p>La cantidad total de los recursos ocupados en el trabajo de investigación nos dio un total de \$9,360 pesos.</p>		