



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TESIS

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ADAPTACIÓN EN EL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
ACTOPAN**

Para obtener el título de

Licenciada en Enfermería

PRESENTA

P.L.E.S.S Celic Mendoza Chavez

Director (a)

D.C.E. Benjamín López Nolasco

Codirector (a)

M.C.E. Ariana Maya Sánchez

Comité tutorial

DRA. Karina Isabel Casco Gallardo

DRA. Edith Araceli Cano Estrada

D.C.E. Benjamín López Nolasco

M.C.E. Ariana Maya Sánchez



19 de marzo del 2026

Asunto: Autorización de impresión formal.

DR. OTILIO ARTURO ACEVEDO SANDOVAL

Director de la Escuela Superior de Tlahuelilpan

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante Celic Mendoza Chávez, bajo la modalidad de Tesis individual cuyo título es: DEPRESIÓN ANSIEDAD Y ADAPTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD ACTOPAN 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
Dra. Karina Isabel Casco Gallardo	Presidente	
Dra. Edith Araceli Cano Estrada	Secretaria	
DCE. Benjamín López Nolasco	Vocal	
MCE. Ariana Maya Sánchez	Suplente	



DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada:

A Dios por permitirme día a día seguir adelante, ser mi guía y fortaleza en cada etapa de este camino, por darme la salud, la sabiduría y la perseverancia para superar los obstáculos y permitirme llegar a este día con la satisfacción del deber cumplido.

A mis padres, por ser el pilar fundamental de mi vida, por siempre apoyarme en cada uno de mis proyectos, por permanecer a mi lado desde el inicio de esta etapa, por creer en mi incluso cuando yo no lo hacía y por enseñarme que el estudio y el esfuerzo son las llaves que abren todas las puertas, este logro es ante todo de ustedes.

A mis hermanas, familia y amigos por sus palabras de aliento cada que no podía más, por darme ánimos y estar siempre presentes, por escucharme y celebrar conmigo cada pequeño avance en este largo proceso.

A mis profesores que a lo largo de la carrera me apoyaron y compartieron cada uno de sus conocimientos con generosidad y pasión, por exigir lo mejor de mi y formarme como profesional.

A mis asesores de tesis que dedicaron de su tiempo a hacer posible este trabajo.

A cada una de las personas que participaron en mi proyecto de investigación, por brindarme un poco de su tiempo.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por ser el cimiento de mi vida y mi mayor ejemplo de perseverancia. Gracias por apoyarme incondicionalmente a lo largo de mi formación, por sus sacrificios incondicionales, por brindarme las herramientas para construir mi propio camino. Este título es tan suyo como mío, pues su amor y confianza fueron el motor que me impulso a llegar a la meta. Gracias por ser los mejores padres del mundo.

A mis amigos por transitar conmigo aun de lejos los retos de la vida universitaria, por aquellas palabras de aliento y admiración, por los consejos oportunos y formar esa red de apoyo que me sostuvo durante esta etapa, gracias por enseñarme que los grandes logros se disfrutan más cuando se comparten con personas extraordinarias, son un gran pilar dentro de toda mi vida, gracias por su bella amistad.

A mis asesores de tesis. Por su invaluable guía, paciencia y generosidad al compartir su conocimiento. Su rigor académico y orientación profesional han sido fundamentales para la culminación de este trabajo.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
2.1. Antecedentes.....	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3.1. Pregunta de investigación.....	7
IV. MARCO TEÓRICO	8
4.1. Adulto mayor	8
4.2. Depresión	9
4.3. Ansiedad	10
4.4. Cuidado de enfermería modelo de callista Roy.....	12
4.5. Relación de la investigación con el Modelo o teoría.....	23
V. HIPÓTESIS	25
VI. OBJETIVOS	26
6.1. Objetivo general	26
6.2. Objetivos específicos.....	26
VII. METODOLOGÍA	27
7.1. Tipo de investigación	27
7.2. Diseño de investigación.....	27
7.3. Límites de tiempo y espacio	27
7.4. Universo	27
7.5. Muestra	27
7.5.1. Criterios de selección	27
7.5.1.1. Criterios de inclusión.....	27
7.5.1.2. Criterios de exclusión.....	27
7.5.1.3. Criterios de eliminación.....	27
7.6. Variables	28

7.6.1. Definición conceptual	28
7.6.2. Definición operacional	28
7.7. Instrumentos de medición.....	29
7.8. Procedimientos.....	31
7.9. Análisis	31
7.9.1. Análisis estadístico descriptivo	31
7.9.2. Análisis estadístico inferencial	32
7.10. Recursos	32
7.11. Cronograma de actividades	33
7.12. Difusión	33
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS LEGALES	34
IX. RESULTADOS	36
X. DISCUSIÓN	40
XI. CONCLUSIONES	42
XII. RECOMENDACIONES	43
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
XIV. ANEXOS	48
Anexo 1 Escala de Hamilton para la depresión.....	48
Anexo 2 Escala de Hamilton para la ansiedad.....	52
Anexo 3 Escala de medición del nivel de adaptación.....	54
Anexo 4 Dictamen de aprobación	61
Anexo 5 Constancia de participación	62
Anexo 6 Constancia de participación en seminario de tesis.....	63
XV. APÉNDICES	64
Apéndice 1 Oficio de solicitud y respuesta.....	64
Apéndice 2 Consentimiento informado	65
Apéndice 3 Datos sociodemográficos	66

Apéndice 4 Recursos.....	67
Apéndice 5 Cronograma de actividades.....	68
Tabla 5 de operacionalización	69
Figura 1 Esquematización criterios de resultados del reporte de estudio	36
Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio.....	37
Tabla 2 Medición del nivel de depresión	38
Tabla 3 Medición del nivel de ansiedad	38
Tabla 4 Medición del nivel de adaptación	39
Tabla 5 de operacionalización	69

RESUMEN

La presente investigación se refiere a la depresión, ansiedad y adaptación del Adulto Mayor, a lo que referimos que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, la ansiedad es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro, que se asocia a presencia de nerviosismo o incomodidad y la adaptación se refiere al proceso y resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o grupos. El objetivo fue evaluar la presencia de depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan. Material y métodos Estudio no experimental (observacional), prolectivo, transversal, retrospectivo. Con 100 participantes del centro de salud empleando las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad y la escala de medición del nivel de adaptación. Resultados La prevalencia de depresión es del 51% que presenta depresión ligera y al menos el 19% no presenta síntomas de depresión. En cuanto al nivel de ansiedad los datos arrojan que el 97% presenta una ansiedad leve, mientras que el 3% presenta una ansiedad moderada. Finalmente, el nivel de adaptación de cuerdo a cada uno de sus modos se puede apreciar que en el modo físico prevalece integrado con un 97%, Modo autoconcepto integrado 94%, modo interdependencia integrado 97%, desempeño del rol integrado 94%. Conclusión Se cumple con el objetivo planteado el cual menciona evaluar la presencia de depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan, por otra parte, se realizó la comprobación de hipótesis en la cual se aprueba con la hipótesis de investigación la cual menciona que si existe depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor en centro de salud Actopan.

Palabras clave: depresión, ansiedad, adaptación

ABSTRACT

The present research refers to depression, anxiety and adaptation in the elderly, to which we refer that depression is a common mental disorder, characterized by the presence of sadness, anxiety is an alert system that is activated in anticipation of a future danger or threat, which is associated with the presence of nervousness or

discomfort and adaptation refers to the process and outcome by which people, who have the ability to think and feel, as individuals or groups. The objective was to evaluate the presence of depression, anxiety and adaptation in the older adult of the Actopan health center. Material and methods Non-experimental (observational), prolective, cross-sectional, retrospective study. With 100 participants from the health center using the Hamilton scales for depression and anxiety and the scale for measuring the level of adaptation. Results The prevalence of depression was 51% with mild depression and at least 19% with no symptoms of depression. Regarding the level of anxiety, the data show that 97% present mild anxiety, while 3% present moderate anxiety. Finally, the level of adaptation according to each of its modes shows that the physical mode prevails integrated with 97%, self-concept mode integrated 94%, interdependence mode integrated 97%, role performance integrated 94%. Conclusion The objective of the study was met, which was to evaluate the presence of depression, anxiety and depression

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en el análisis de la depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor, como objetivo principal se identificó la presencia de estos factores en la población adulta mayor de la comunidad de Actopan.

El estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo con enfoque cuantitativo de tipo no experimental (observacional), prolectivo, trasversal y retrospectivo, acorde con el periodo en el que se llevó a cabo retrospectiva.

La pertinencia de esta investigación se fundamenta bajo datos de organizaciones nacionales e internacionales como lo son la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual señala que la depresión unipolar afecta aproximadamente al 7% de los adultos mayores, mientras que en la encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (EMBIARE, 2021) registro que el 19.3% de la población adulta presenta síntomas de ansiedad severa.

El estudio incluyo a 100 participantes del centro de salud, y se aplicaron las escalas de Hamilton para evaluar la depresión y ansiedad, así como la escala de medición de nivel de adaptación para valorar la capacidad de ajuste de los adultos mayores en su entorno.

II. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud menciona que la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de Adultos Mayores en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad de personas de 60 años y más. (1) Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía La depresión no se está diagnosticando en los establecimientos de primer nivel por esto que es frecuente que los síntomas de este trastorno estén presentes en los adultos mayores, y se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores. La proporción de población con síntomas de depresión asciende a 15.4% de la población adulta, pero entre las mujeres alcanza 19.5 %.(2)

La depresión se basa en los sentimientos de tristeza que pueden ser o no reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza y estado de ánimo bajo, disminución de la autoestima, pérdida de placer por aquello que anteriormente provocaba satisfacción, trastornos del apetito y/o del sueño y sensación de fatiga habitual. Además de estos síntomas, la depresión genera habitualmente apatía y dificultad para tomar decisiones (3).

La ansiedad es definida como la respuesta emocional a una situación indeseada, que comprende tres componentes los cuales son el cognitivo, el fisiológico y las funciones motoras, en los cuales la percepción y características del individuo frente a los estímulos internos y externos es lo que genera dicha respuesta. Beck & Clark (2012), refieren que existe una estructura cognitiva que genera sesgos en el procesamiento de la información, denominadas distorsiones cognitivas, cumpliendo una función en el desarrollo de la ansiedad, las cuales se activan selectivamente asociándose al peligro representado en la memoria a largo plazo (4).

La Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 captó que 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado (5).

Diagnosticar en el adulto mayor ansiedad es complejo, por lo que en ocasiones se presenta a la vez con depresión y demencia y en otros casos se confunde con

enfermedades agudas que presentan la misma sintomatología como lo son palpitations, dificultad al respirar, cambios en el apetito y debilidad, por lo que se recomienda realizar un examen a profundidad por un especialista en geriatría.

Debido a lo antes mencionado, es importante identificar los niveles de depresión y ansiedad en la edad adulta **porque** de esta manera podremos contribuir a la mejora de planes de cuidado de salud mental en adultos mayores, a su vez reducir los factores que lo afectan. (Por que propongo que queremos conocer los niveles)

Los **beneficiarios** fueron adultos mayores, familia y personal de salud ya que se les proporcionara estadísticas basadas en un pequeño porcentaje de la comunidad de personas adultas que padezcan ansiedad y depresión y como es que se adaptan a su entorno.

Esta investigación es **factible** porque se contó con los recursos económicos ya que se desarrolló en la comunidad de procedencia y contamos con los recursos materiales, humanos y financieros, al igual que contamos con el tiempo suficiente, y el espacio requerido, lo que facilitará el desarrollo de nuestra investigación.

2.1. Antecedentes

La depresión es un problema de salud mental a nivel mundial. La salud pública se ha encargado de proveer herramientas para su diagnóstico y tratamientos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión afecta a un número mayoritario de 300 millones de personas en el mundo. Se han realizado estudios que señalan factores de riesgo y grupos vulnerables, dentro de estos últimos se incluyen los adultos mayores.

La senectud es una etapa de la vida en la que interactúan diversos factores: biológicos, sociales y psicológicos que pueden conllevar a un envejecimiento saludable o exitoso, o a un envejecimiento patológico y los cambios que experimentan los adultos mayores se asocian con factores de riesgo para la aparición de problemas de salud mental entre ellos la depresión.

Las cifras sobre el envejecimiento poblacional varían de una sociedad a otra, así como la realización de investigaciones sobre el tema por los sistemas sanitarios. Cuba es un país que apunta a cifras significativas de envejecimiento debido a una multiplicidad de factores, entre ellos el incremento en las tasas de esperanza de vida, la disminución de las tasas de natalidad, los cambios en la familia, las condiciones socioeconómicas, los procesos migratorios entre otros.

Las manifestaciones de ansiedad son frecuentes entre las personas mayores y pueden ser lo bastante disruptivas en su vida como para considerarlas un problema clínicamente significativo. Se han asociado a un número significativo de consecuencias negativas, tales como incremento de la discapacidad, disminución de la sensación de bienestar y satisfacción con la vida, aumento de la mortalidad y mayor riesgo de enfermedad coronaria en varones, así como suele suponer una utilización reiterada y excesiva de servicios de salud. Además, se ha evidenciado que la ansiedad cuando no se trata tiende a cronificarse. La ansiedad entre las personas mayores como fenómeno psicopatológico ha sido menos investigado que otras formas de psicopatología, lo cual no deja de ser sorprendente ya que es tan común como la depresión, si bien es, en parte, comprensible ya que la búsqueda de tratamiento por esta cuestión es prácticamente insignificante entre las personas mayores.

La adaptación, como tal, es un proceso individual en el cual el sujeto tiene diferentes niveles de capacidad para sobrellevar o responder a los problemas. Asimismo, la adaptación es definida por Callista Roy como el rango de capacidad de una persona para responder y hacer frente a los estímulos los cuales pueden ser focales, contextuales y residuales. Los estímulos focales constituyen situaciones a las que se enfrenta la persona de una forma más inmediata y hacia el que desarrolla una persona adaptativa, los estímulos contextuales son todos los demás estímulos presentes que contribuyen a la conducta que se ocasiona por medio del estímulo focal; los estímulos residuales son los factores que pueden afectar a la conducta, pero cuyos efectos no están validados. Así la adaptación comienza cuando aparece un estímulo que exige una respuesta, además la intensidad de la respuesta,

depende tanto del nivel de adaptación como de la fuerza del estímulo. La capacidad de adaptación algunas veces se ve comprometida por los cambios físicos, económicos, sociales y laborales de la personalidad y de la manera en cómo se ha adaptado a etapas anteriores de la vida. Los individuos que entran a la vejez con muchas crisis sin resolver en los años previos experimentan un tiempo difícil. Para otros esta etapa de la vida es un tiempo de pasar a la sabiduría de la propia experiencia, cumpliendo roles productivos y de gozar de un sentido de plenitud por una vida bien vivida. La adaptación se debe de percibir como algo natural, asumir pérdidas y frustraciones, ser capaz de enfrentar a los cambios que se producen en su organismo y en su medio social, tener control de su vida, y desarrollar sus potencialidades de manera productiva. De no ser así, se originarán períodos de depresión, desesperanza y aislamiento que podría atentar contra su vida. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener, mejorar la salud y la calidad de vida, y a morir con dignidad. Es así, que el adulto mayor tiene que adaptarse a los cambios producidos por el envejecimiento. La forma de hacerlo es una cuestión particular de cada individuo.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión y ansiedad en adultos mayores contribuyen a que los adultos no tengan una buena adaptación en el entorno. La depresión en los adultos mayores es problemática porque puede causar o empeorar otros problemas de salud física y mental, y lo mismo puede ocurrir en las relaciones. También aumenta la posibilidad de suicidio, que es más alta entre todos los grupos de edad en adultos mayores, y la depresión a menudo se asocia con el suicidio. Las enfermedades crónico degenerativas pueden llevar a la depresión porque no te sientes auto eficaz (6). Las principales causas son: abandono por familiares, enfermedades crónico degenerativas, cónyuges fallecidos y/o amigos cercanos y pérdida de independencia etc.

La ansiedad en el adulto mayor se caracteriza por intranquilidad, insomnio y tensión muscular, es un fenómeno común esto debido a que muchos de los síntomas de los desórdenes de ansiedad se confunden con los síntomas de otras enfermedades, durante mucho tiempo se ignoró la frecuencia exacta de la ansiedad en las personas mayores. Los síntomas más frecuentes son la sensación de intranquilidad y de que algo inminente va a suceder, de sentirse amenazado y vulnerable y que por tanto uno va a ser incapaz de poder controlar la situación que se presente. Debido a que algunos de estos síntomas se superponen a los síntomas de otras enfermedades, la ansiedad se hace más difícil de reconocer (7). Las causas principales son: el ser mujer, tener fragilidad física y emocional, sufrir de algún tipo de enfermedad crónica, haber perdido soporte social, haber sufrido un trauma reciente, usar múltiples medicamentos, vivir solo, tener una baja educación formal, pensar que se tiene mala salud, tener limitaciones físicas que dificultan las actividades diaria, haber sufrido eventos adversos en la infancia, haber sufrido acontecimientos vitales estresantes (8).

La enfermera debe evaluar primero el nivel de ansiedad de la persona porque esto determina qué intervenciones pueden ser efectivas. El tratamiento de los trastornos de ansiedad generalmente implica medicación y terapia. Una combinación de ambos produce mejores resultados que uno solo.

La adaptación en el entorno representa uno de los principales elementos que puede paliar o mitigar el grado de dependencia de las personas mayores. Esto engloba todas aquellas

modificaciones que se pueden dar en el ambiente físico que rodea a la persona mayor y que le permiten la realización de las actividades cotidianas (asearse, cocinar, caminar, etc.) de una manera más segura, sencilla e independiente.

3.1. Pregunta de investigación

Debido a lo antes mencionado surge la siguiente pregunta de investigación

¿Existe depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan?

IV. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo, abordo los elementos conceptuales que fundamentan el estudio de investigación estructurándolos de la siguiente manera: como primer constructo tenemos al Adulto mayor, en segundo la depresión, en tercer término, ansiedad y cuarto termino la adaptación.

4.1. Adulto mayor

Según Miralles, de la revista temas sociales de la Universidad Nacional de San Luis “En perspectiva global, todas las regiones del mundo envejecen; cada día hay más personas mayores en la sociedad y con una alta expectativa de años por vivir” (9). Asimismo, en América Latina se estima que para el año 2025 habrá alrededor de 98 millones de personas mayores y, para el 2050 este grupo etario constituirá el 23,4 % de la población total de la región, es decir, prácticamente uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor. Es por ello que culturalmente, ha prevalecido una visión de la vejez que tiende a identificar a las personas mayores como un grupo poblacional supuestamente homogéneo caracterizado por la inactividad, improductividad y dependencia, condicionando de este modo el rol social de los adultos mayores. Por lo dicho anteriormente, es preciso reconocer la variabilidad y diversidad de intereses, características y experiencias del curso de la vida que influyen en la forma en que se envejece.

Estas consideraciones son fundamentales sí se pretende mejorar la calidad de vida de las personas mayores dado que, el respeto a sus derechos y el reconocimiento de sus contribuciones son claves para alcanzar una vejez plena Según Rage, Uribe y Buela, a nivel psicológico, la persona en esta etapa de desarrollo atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto, que lo lleva evaluar la manera como ha vivido su vida” (10). De esta manera, conociendo los cambios de esta etapa, en la actualidad se reconoce la importancia de los psicólogos con el fin de desarrollar herramientas eficaces que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor en todas sus dimensiones, pues este profesional cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos que le permiten abordar problemáticas de manera integral. Puede determinar la estructura o los elementos (temas,

subtemas) a abordar en este sustento, lo puede hacer en base a los estándares que se siguen en su disciplina.

4.2. Depresión

La Organización Mundial de la Salud “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. Cabe resaltar que la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, esto dificultaría el desempeño en el trabajo o en la escuela, la capacidad para afrontar las diferentes situaciones del diario vivir, en algunos casos es grave y puede llevar al suicidio. El tratamiento de la depresión varía dependiendo de la gravedad, cuando es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (11)

Clasificación de la depresión Según el Manual Diagnóstico DSM-V, afirman que los trastornos depresivos se clasifican de la siguiente forma:

1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo: Es aquel estado de ánimo entre los accesos de cólera persistentemente la persona manifiesta irritabilidad o irascible la mayor parte del día.
2. Trastorno de depresión mayor: Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Trastorno depresivo persistente (distimia): Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
4. Trastorno disfórico premenstrual: El estado de ánimo depresivo se presenta en la última semana antes del inicio de la menstruación.
5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica: El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección clínica. De igual manera, Tango 2018 expresa que “la depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento”. Sin embargo algunos de los síntomas que nos ayudan a identificar si el adulto mayor está pasando por un estado depresivo o un trastorno de depresión, son: estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces, pérdida de placer en actividades habituales, dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, cambio grande en el apetito, que pueden manifestarse con aumento o pérdida de peso, cansancio y falta de energía para realizar actividades habituales, sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, dificultad para concentrarse en las tareas que está llevando a cabo, movimientos lentos o demasiados rápidos, inactividad y retraimiento de las actividades usuales, sentimientos de desesperanza y abandono; y pensamientos repetitivos de muerte o suicidio, siendo este último uno de los más preocupantes.

4.3. Ansiedad

Por otro lado, Luna manifiesta que: La ansiedad es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. Como respuesta intensa que es, resulta muy fácil que se asocie a diferentes estímulos o situaciones. Genera una marcada activación del organismo que sirve para que se pongan en marcha conductas como el escape, la evitación o la lucha con los elementos amenazantes. Por lo tanto, cuando se convierte en problemática (por ser desmesurada respecto al estímulo que la genera, por presentarse repetidamente y/o prolongarse en el tiempo) se trata enseñando habilidades para reducir esta activación. Además, es común que la actividad fisiológica se manifieste también a nivel psicológico, produciéndose un mayor número de distracciones, hipervigilancia, aprensión, irritabilidad, inseguridad, etc. Los pensamientos y evaluaciones están relacionados con la amenaza, la sobrevaloración del riesgo y la minusvaloración de los propios recursos, etc. La ansiedad, por tanto, se centra en la prevención respecto al futuro para que no se produzcan ciertas consecuencias desagradables que se presuponen. (12)

Clasificación de la ansiedad Según Tortella plantean que los trastornos de ansiedad se clasifican en el DSM-V de la siguiente forma:

1. Trastorno de ansiedad por separación: Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

2. Mutismo selectivo: Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

3. Fobia específica: Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.

4. Trastorno de ansiedad social: Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

5. Trastorno de pánico: Presencia de crisis de angustia, inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

6. Agorafobia: Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo

o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

7. Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobre activación fisiológica.

8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia pato fisiológica directa de otra condición médica.

9. Trastorno de ansiedad especificado: Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especifica la razón concreta por la cual no se cumplen todos los criterios diagnósticos.

10. Trastorno de ansiedad no especificado: Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información. Tanto el trastorno de ansiedad como la depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Por lo que en ellas son muy importantes las atribuciones. Si un evento lo vemos como una amenaza se disparará nuestro sistema de alerta la ansiedad, si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía la depresión.

4.4. Cuidado de enfermería modelo de callista Roy

Sistema

Un sistema es «un conjunto de partes conectadas para actuar como un todo, con un objetivo, y en virtud de la interdependencia de sus partes. Además de verse como un todo y como las partes que se relacionan entre sí, «los sistemas también tienen entradas, salidas y procesos de control y de retroalimentación».

Nivel de adaptación

«El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de vida descritos en los tres niveles como integrado, compensatorio y comprometidos. El nivel adaptación de una persona es «un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar propio de la persona de la gama de estímulos a los que puede reaccionar con respuestas normales de adaptación».

Problemas de adaptación

Los problemas de adaptación son «áreas amplias de interés relacionadas con la adaptación que describen las dificultades relacionadas con los indicadores de la adaptación positiva», afirma: «En este punto, puede observarse que la distinción entre los problemas de adaptación y los diagnósticos de enfermería se basa en el trabajo que se está desarrollando en ambos campos. Así, los problemas de adaptación no se ven como diagnósticos de enfermería, sino como áreas de interés para los profesionales de enfermería en relación con la persona o grupo que se tiene que adaptar (en cada uno de los modos de adaptación)».

Estímulos focales

El estímulo focal es «el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el sistema humano».

Estímulos contextuales

Los estímulos contextuales «son todos los demás estímulos que están presentes en la situación y que contribuyen al efecto del estímulo focal», es decir, «los estímulos contextuales son todos los factores del entorno que se le presentan a la persona, tanto de modo interno como de modo externo, pero no ocupan el centro de atención y/o de la energía de la persona».

Estímulos residuales

Los estímulos residuales «son factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan efectos poco definidos en la situación actual».

Procesos de afrontamiento

Los procesos de afrontamiento «son formas innatas o adquiridas de interactuar con el entorno cambiante».

Mecanismos de afrontamiento innatos

Los mecanismos de afrontamiento innatos «están determinados genéticamente o son comunes a las especies y suelen verse como procesos automáticos; los seres humanos ni siquiera tienen que pensar en ellos».

Mecanismos de afrontamiento adquiridos

Los mecanismos de afrontamiento adquiridos «se desarrollan por medio de estrategias, como el aprendizaje. Las experiencias de la vida contribuyen a presentar respuestas habituales ante estímulos particulares».

Subsistema regulador

El subsistema regulador es «un proceso de afrontamiento importante en el que participan los sistemas neural, químico y endocrino».

Subsistema relacionador

El subsistema relacionador es «un proceso de afrontamiento importante en el que participan cuatro canales cognitivos y emotivos: perceptivo y de procesamiento de la información, aprendizaje, juicio y emoción».

Respuestas de adaptación

Las respuestas de adaptación son las que «fomentan la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos».

Respuestas ineficaces

Las respuestas ineficaces son las que «no contribuyen a la integridad en términos de los objetivos de los sistemas humanos».

Proceso vital integrado

El proceso vital integrado se refiere al «nivel de adaptación en el que trabajan las estructuras y las funciones del proceso vital como un todo, con el fin de cubrir las necesidades humanas».

Modo fisiológico-físico

El modo fisiológico-físico «está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos». En el modo fisiológico-físico se han identificado cinco necesidades con respecto a la necesidad básica de la integridad fisiológica: 1) oxigenación; 2) nutrición; 3) eliminación; 4) actividad y reposo, y 5) protección. Los procesos complejos que comprenden los

sentidos, el equilibrio hídrico, electrolítico y ácido básico, la función neurológica y la función endocrina contribuyen a la adaptación fisiológica. La necesidad básica del modo fisiológico-físico es la integridad fisiológica. El modo físico es «la manera en la que el sistema de adaptación humano colectivo manifiesta su adaptación con respecto a las fuentes operativas básicas, los participantes, las instalaciones físicas y los recursos económicos». La necesidad básica del modo físico es la integridad operativa.

Modo del autoconcepto-identidad de grupo

El modo de autoconcepto-identidad de grupo es uno de los tres modos psicosociales y «se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica que subyace al modo del autoconcepto individual se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir con un sentido de unidad, significado y finalidad en el universo». «El autoconcepto se define como el conjunto de creencias y sentimientos que uno tiene sobre sí mismo en un momento determinado, y se forma por la percepción interna y por la percepción de las reacciones de los otros». Sus componentes son: 1) el yo físico, que engloba las sensaciones y la imagen corporal, y 2) el yo personal, que está formado por la auto coherencia, el ideal de uno mismo o las expectativas, y el yo moral, ético y espiritual. El modo de identidad de grupo refleja «cómo las personas se perciben a sí mismas en los grupos según la retroalimentación del entorno. Se compone de las relaciones interpersonales, la autoimagen del grupo, el entorno social y la cultura». La necesidad básica del modo de identidad de grupo es la integridad de la identidad.

Modo de función del rol

El modo de función del rol «es uno de los dos modos sociales y se centra en los roles que desempeña la persona en la sociedad. Un rol, como unidad de funcionamiento de la sociedad, se define como un conjunto de expectativas sobre cómo una persona que ocupa una posición se comporta con otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica que subyace al modo de la función del rol se ha identificado como la integridad social: la necesidad de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así poder actuar». Las personas desempeñan roles

primarios secundarios y terciarios. Estos roles se llevan a cabo a través de las conductas instrumental y expresiva, La conducta instrumental es la ejecución física real de una conducta». Las conductas expresivas son «los sentimientos, actitudes, gustos y aversiones que tiene una persona hacia un rol o hacia su desempeño».

«El rol primario determina la mayor parte de la conducta de una persona en un periodo concreto de su vida. Está determinado por la edad, el sexo y la fase de desarrollo.»

«Los roles secundarios son los que asume la persona para completar la tarea asociada a una etapa del desarrollo y al rol primario,»

«Los roles terciarios están relacionados principalmente con los secundarios y representan las formas en que los individuos cumplen con las obligaciones asociadas a sus roles... Normalmente, los roles terciarios son temporales, el individuo los escoge libremente y pueden comprender actividades como clubes sociales o aficiones personales.»

Los roles principales que uno desempeña pueden analizarse imaginando una estructura en forma de árbol. El tronco del árbol es el rol primario, o nivel de desarrollo (p. ej., una mujer adulta con hijos), los roles secundarios son las ramas que salen del tronco (p. ej., esposa, madre y profesora) y los roles terciarios son ramas que salen de los roles secundarios (p. ej., el rol de una madre que ocupa el puesto de presidenta de la asociación de padres y profesores durante un tiempo determinado). Cada uno de estos roles se desempeña en una relación diádica, es decir, con un rol recíproco.

Modo de interdependencia

«El modo de interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) y en su finalidad, estructura y desarrollo... Las relaciones dependientes entre si afectan al deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidades, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.»

La necesidad básica de este modo se denomina integridad relacional.

«Dos relaciones específicas forman el foco del modo de interdependencia, ya que se aplica a los individuos. La primera es con los otros significativos, las personas más importantes para el individuo. La segunda es con los sistemas de apoyo, es decir, los otros individuos que contribuyen a cubrir las necesidades de la interdependencia.»

Se han identificado dos áreas principales de las conductas de interdependencia: las conductas receptiva y contributiva, que se aplican, respectivamente, al hecho de «recibir y ofrecer amor, respeto y valores en las relaciones de interdependencia».

Percepción

"La percepción es la interpretación de un estímulo y su valoración consciente». La percepción une el regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación.

Uso de datos empíricos

Desde su inicio, el modelo de adaptación de Roy se ha apoyado en la investigación, en la práctica y en la formación (Brower y Baker, 1976; Farkas, 1981; Mastal y Hammond, 1980; Meleis, 1985; 2007; 1980; Roy y Obloy, 1978; Wagner, 1976). En 1999, un grupo de siete investigadores que trabajaban Roy, con Roy realizaron un metaanálisis, la crítica y la síntesis de 163 estudios basados en este modelo que se habían publicado en 44 revistas de habla inglesa en cinco continentes, además de tesis redactadas en EE. UU. De estos 163 estudios, 116 cumplían los criterios establecidos para evaluar las propuestas del modelo. Se extrajeron 12 propuestas genéricas basadas en el trabajo inicial de Roy. Con el fin de sintetizar la investigación, los resultados de cada estudio se usaron para plantear propuestas auxiliares y prácticas se examinó la base de las propuestas. De las 265 propuestas evaluadas, se apoyaron 216 (82%). Roy presentó una revisión exhaustiva de las investigaciones basadas en el modelo de adaptación de los últimos 25 años en *Nursing Science Quarterly*. La publicación completa está dedicada a rendir un homenaje a Callista Roy y al trabajo de toda su vida. (13)

Principales premisas

Los supuestos surgidos de la teoría de sistemas y los surgidos de la teoría del nivel de adaptación se han unido en un mismo conjunto de supuestos científicos. Según la teoría de sistemas, los sistemas humanos de adaptación se consideran partes

interactivas que actúan juntas con un fin. Los sistemas humanos de adaptación complejos, con multi facetas, y reaccionan ante millones de estímulos del entorno para conseguir la adaptación. A través de su capacidad para adecuarse a los estímulos del entorno, los seres humanos pueden crear cambios en él (14). son Seleccionando las características ofrecidas por Swimme y Berry de la creación de la espiritualidad (1992), Roy combinó los supuestos del humanismo y de la verdad en un mismo conjunto de supuestos filosóficos. El humanismo afirma que las experiencias individuales y de la raza humana son esenciales para conocer y valorar, y que comparten el poder creativo, La verdad afirma la creencia en la finalidad, el valor y el significado de toda la vida humana. Estos supuestos científicos y filosóficos se han revisado para utilizar el modelo en el siglo XXI.

Cuadro 17.1 Revisión básica de los supuestos para el uso de los conceptos en el siglo XXI

Supuestos científicos

- Los sistemas de materia y energía progresan hacia niveles más elevados de autoorganización compleja
- La conciencia y el significado son constitutivos de la persona y la integración del entorno
- La conciencia de la existencia de uno mismo y del entorno se basa en el pensamiento y el sentimiento
- Los seres humanos, con sus decisiones, son responsables de la integración de los procesos creadores
- El pensamiento y el sentimiento median en la acción humana Las relaciones del sistema comprenden la aceptación, la protección y el fomento de la interdependencia
- Las personas y el mundo tienen modelos comunes y relaciones integrales
- Las transformaciones de la persona y su entorno se crean en la conciencia humana
- La integración de los significados del ser humano y del entorno da lugar a la adaptación

Supuestos filosóficos

- Las personas se relacionan mutuamente con el mundo y con Dios
- El significado de la existencia humana se basa en un punto de convergencia del universo
- Dios se revela, en última instancia, en la diversidad de la creación y es el destino común de la creación
- Las personas usan las capacidades humanas creativas de conciencia, esclarecimiento y fe
- Las personas son responsables de los procesos de derivación, preservación y transformación del universo. (15)

Adaptación

Roy ha definido el concepto de adaptación con más detalle para que pueda utilizarse en el siglo XXI (Roy y Andrews, 1999). Para ella, la adaptación se refiere al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o en grupos, son conscientes y escogen integrar el ser humano con su entorno». Más allá de ser un sistema humano que simplemente se esfuerza para responder ante los estímulos del entorno con el fin de mantener su integridad, cada vida humana tiene una función en un universo creador, y las personas no se pueden separar de su entorno.

Enfermería

Roy define ampliamente la enfermería como «una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos y patrones de la vida humana, y destaca la promoción de la salud de los individuos, las familias, los grupos y la sociedad como un todo. En concreto, Roy define la enfermería, de acuerdo con su modelo, como la ciencia y la práctica que amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación de la persona y del entorno. Identifica las actividades de enfermería con el análisis de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Los juicios de enfermería se basan en este análisis, y las intervenciones se programan para gestionar los estímulos (Roy y Andrews, 1999). Diferencia la enfermería como ciencia de la enfermería como disciplina práctica. La ciencia de la enfermería es «un sistema de desarrollo del conocimiento sobre las personas, que

observa, clasifica y relaciona los procesos a través de los cuales las personas influyen de manera positiva en su estado de salud. «La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para proporcionar un servicio esencial a las personas, es decir, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positivas (Roy, 1984). La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno-para fomentar la adaptación.

Según Roy, el objetivo de la enfermería es fomentar la adaptación de los individuos y de los grupos en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a la salud, la calidad de vida y la muerte dignas. La enfermería cumple una función única, ya que facilita la adaptación al analizar la conducta en cada uno de los cuatro modos de adaptación y los factores que influyen en ella, y al intervenir para fomentar las capacidades adaptativas y para mejorar las interacciones con el entorno.

Persona

Según Roy, los seres humanos son sistemas integrales y adaptables. Como todo sistema adaptable, el sistema humano se describe como un todo, con partes que actúan como una unidad con una finalidad concreta. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, que son las familias, las organizaciones, las comunidades y la sociedad como un todo». A pesar de la gran diversidad, a todas las personas las une un destino común (Roy y Andrews, 1999). «Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por lo que se ajustan de manera eficaz a los cambios del entorno y, a su vez, influyen en él». Las personas y el mundo tienen patrones comunes y comparten relaciones y significado (Roy y Andrews, 1999), Roy (Roy y Andrews, 1999) definió a la persona como el foco principal de la enfermería; el receptor de los cuidados de enfermería; un sistema de adaptación vivo y complejo con procesos internos (relacionador y regulador) que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de adaptación (fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia).

Salud

«La salud es un estado y un proceso de ser y de convertirse en una persona integrada y completa. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interacción entre

la persona y su entorno», Roy (1984) extrajo esta definición de la creencia de que la adaptación es un proceso en el que se fomenta la integridad fisiológica, psicológica y social, y de que la integración implica un estado intacto que lleva a la unidad. En su primer trabajo, Roy tenía una visión de la salud como un continuo que oscilaba entre la muerte y una salud extremadamente mala, hasta un nivel elevado y máximo de bienestar (Brower y Baker, 1976). A finales de los años noventa, los escritos de Roy se centraron más en la salud como un proceso en el que la salud y la enfermedad pueden coexistir (Roy y Andrews, 1999). Teniendo en cuenta lo expuesto por Illich (1974, 1976), Roy escribe: «La salud no es la ausencia de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad para afrontarlos de forma eficaz».

La salud y la enfermedad coexisten y conforman una dimensión inevitable de la experiencia de vida completa de una persona (Richl y Roy, 1980). La enfermería se ocupa de esta dimensión. La enfermedad es el resultado de la ineficacia de los mecanismos de afrontamiento. La salud se mantiene cuando los seres humanos se adaptan de forma continuada. Cuando las personas se adaptan a los estímulos, tienen libertad para reaccionar ante otros estímulos. La liberación de energía que tiene lugar durante los intentos de afrontamiento ineficaces puede promover la curación y mejorar la salud (Roy, 1984).

Entorno

Según Roy, el entorno es el conjunto de «todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y de los grupos, teniendo en cuenta especialmente la relación mutua entre los recursos de las personas y de la Tierra, que comprenden los estímulos focales, contextuales y residuales». «Es el entorno cambiante (el que] empuja a la persona a reaccionar para adaptarse. El entorno es la aportación a la persona de un sistema de adaptación que engloba tanto factores internos como externos. Estos factores pueden ser insignificantes o relevantes, negativos o positivos. No obstante, un cambio en el entorno requiere un aumento de la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a las personas se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

Fundamentos teóricos

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona. Sus conceptos de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con este concepto base. La persona recibe continuamente estímulos del entorno. Al final, se genera una respuesta y se produce la adaptación. Esta respuesta puede ser adaptativa o ineficaz. Las respuestas adaptativas fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir los objetivos de la adaptación, es decir, la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control, y las transformaciones de la persona y el entorno. Las respuestas ineficaces no consiguen o amenazan los objetivos de adaptación. La enfermería tiene como único propósito ayudar a las personas en su esfuerzo por adaptarse gestionando el entorno. El resultado es la consecución de un óptimo nivel de bienestar para la persona.

Al ser un sistema vivo y abierto, la persona recibe entradas o estímulos tanto del entorno como de sí misma. El nivel de adaptación está determinado por el efecto combinado de los estímulos focales, contextuales y residuales. La adaptación se produce cuando la persona responde de forma positiva a los cambios del entorno. Esta respuesta adaptativa fomenta la integridad de la persona, que da lugar a la salud. Las respuestas ineficaces ante los estímulos alteran la integridad de la persona.

En el modelo de Roy hay dos subsistemas que se relacionan entre sí. El subsistema de procesos primarios, funcionales o de control está formado por el regulador y el relacionador. El subsistema secundario y efector está formado por cuatro modos de adaptación: 1) necesidades fisiológicas; 2) autoconcepto; 3) función del rol, y 4) interdependencia.

Roy considera que el regulador y el relacionador son métodos de afrontamiento. El subsistema de afrontamiento regulador, por medio del modo de adaptación fisiológico, «<responde automáticamente mediante procesos de afrontamiento neurales, químicos y endocrinos». El subsistema de afrontamiento relacionador, a través de los modos de adaptación del autoconcepto, la interdependencia y la función del rol, responde por medio de cuatro canales cognitivos y emocionales: el procesamiento de la información sensorial, el aprendizaje, el juicio y la emoción».

La percepción es la interpretación de un estímulo, y enlaza el regulador con el relacionador, porque la entrada de información en el regulador se transforma en percepciones. La percepción es un proceso del relacionador. Las reacciones posteriores a la percepción son un retorno al relacionador y al regulador».

Los cuatro modos de adaptación de ambos subsistemas del modelo de Roy proporcionan la forma o las manifestaciones de las actividades del relacionador y del regulador. Las respuestas a los estímulos se llevan a cabo a través de los modos de adaptación. El modo de adaptación fisiológico-físico se refiere a la manera en que los seres humanos interactúan con el entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y reposo, y protección. El modo de adaptación del autoconcepto-identidad de grupo se refiere a la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el autoconcepto como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene sobre sí mismo en un momento determinado». El autoconcepto individual está formado por el yo físico (la sensación del cuerpo y la imagen corporal) y el yo personal (la auto coherencia, el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual). El modo de adaptación de la función del rol describe los roles primarios, secundarios y terciarios que desempeña un individuo en la sociedad. Un rol describe las expectativas sobre como una persona se comportará con otra. El modo de adaptación de la interdependencia describe las interacciones de las personas en la sociedad. La tarea principal de este modo en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más significativas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social. El propósito de los cuatro modos de adaptación es conseguir la integridad fisiológica, psicológica y social. Los cuatro modos están interrelacionados a través de la percepción(16).

4.5. Relación de la investigación con el Modelo o teoría

Para esta investigación utilizaremos el Modelo de Callista Roy con sus estímulos focales como lo son: el dolor físico, pérdida de un ser querido, diagnostico reciente de enfermedad, contextuales tomando en cuenta: la edad, nivel educativo,

condiciones económicas, entorno social y residuales las cuales se centran en: creencias culturales, experiencias pasadas, valores personales y actitudes hacia la salud. Los cuales nos ayudarán a valorar desde que punto el adulto mayor se encuentra depresivo y cuáles son las causas que le provocan ansiedad así mismo como se adapta a su entorno por sí mismo, esta escala cuenta con cuatro modos que nos ayudaran a evaluar el nivel de adaptación en el adulto mayor al igual se relacionaran nuestras variables “Depresión y Ansiedad”.

De los cuatro modos que integran el modelo de Callista Roy como primer modo utilizaremos **Autoconcepto** ya que este nos ayudara a reconocer datos psicológicos y espirituales los cuales nos ayudaran a conocer si el adulto mayor presenta depresión o ansiedad, así como su integridad o adaptabilidad en su entorno social.

Al igual se utilizará el modo de **interdependencia** este se relaciona con la dependencia que tiene el adulto mayor consigo mismo, si depende de alguien o en dado caso alguien depende de él, al igual si es que el adulto mayor tiene alguna enfermedad crónica y como sobrelleva esta, podremos analizar si le causa depresión o ansiedad ser dependiente de algún familiar y no poderse integrar a su entorno social por una propia dependencia. Por último, utilizaremos el modo **fisiológico** ya que nos ayudara a obtener datos de la persona de su aspecto físico como psicológico que nos ayudara a identificar si el adulto cuenta con alguna enfermedad psicológica o crónica que afecte su estado mental y genere depresión o ansiedad en su persona.

V. HIPÓTESIS

Hi. Si existe depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor en centro de salud Actopan.

Ho. No existe depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan.

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

Analizar la presencia de depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan.

6.2. Objetivos específicos

- Valorar la depresión en los adultos mayores.
- Clasificar los modos que contribuyen a la adaptación.
- Describir la adaptación de personas de la tercera edad.

VII. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de nivel aplicativo (17), con enfoque cuantitativo y alcance descriptivo. (18).

7.2. Diseño de investigación

El tipo de diseño fue no experimental (observacional), prolectivo (19), transversal, retrospectivo (20).

7.3. Límites de tiempo y espacio

El presente estudio se realizó en el municipio de Actopan donde se tuvo como sitio de recolección de datos el centro de salud de Actopan en el periodo mayo – julio 2023.

7.4. Universo

Adultos mayores de 65 años en adelante, que acudan al centro de salud de Actopan con un total de 100 pacientes

7.5. Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo aleatorio simple. En donde se seleccionó a 100 adultos mayores que asistieron al centro de salud durante el periodo en que se realizó la investigación, la elección se basó en la disponibilidad y accesibilidad de los participantes.

7.5.1. Criterios de selección

7.5.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que tengan 60 años cumplidos y más,
- Usuarios del Centro de salud que acepte participar de forma voluntaria
- Genero indistinto

7.5.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con tratamiento psicológico previo.

7.5.1.3. Criterios de eliminación

- Personas que decidan abandonar el estudio.

7.6. Variables

- Depresión
- Ansiedad
- Adaptación

(Ver tabla 5)

Covariables

- Edad
- Género
- Estado civil
- ¿Cuál es su grado de estudios?
- ¿Tiene hijos (as)?
- Tenencia de vivienda
- ¿Padece alguna enfermedad?
- ¿Actualmente tiene tratamiento psicológico?

7.6.1. Definición conceptual

Depresión: Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Ansiedad: Es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro.

Adaptación: Es un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales que representan el estándar propio de la persona de la gama de estímulos a los que puede reaccionar con respuestas normales de adaptación.

7.6.2. Definición operacional

Depresión: El puntaje obtenido en la escala de Hamilton para depresión aplicada en los adultos mayores participantes. Un puntaje elevado en la escala indica mayor presencia de síntomas depresivos, tales como tristeza, pérdida de interés, alteraciones del sueño y disminución de la energía.

Ansiedad: Este instrumento evalúa síntomas como tensión, preocupación excesiva, inquietud, somatizaciones y dificultades para la concentración. Un puntaje más alto refleja mayor severidad de la ansiedad en el adulto mayor.

Adaptación: Esta escala valora la capacidad del adulto mayor para enfrentar cambios en su entorno físico, social y emocional, considerando factores como resiliencia, afrontamiento y funcionalidad de la vida cotidiana.

7.7. Instrumentos de medición

Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Hamilton (ver anexo 1) para la depresión, escala de Hamilton para ansiedad y cuestionario para la adaptación.

La recolección de datos se llevó a cabo por la investigadora, para identificar si existe depresión, ansiedad y adaptación.

La escala de Hamilton para la depresión si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

La escala de Ansiedad de Hamilton (ver anexo 2) es una herramienta de evaluación clínica usada para evaluar el nivel de ansiedad que experimenta una persona. Se puede usar en niños y adultos. La encuesta fue aplicada vía internet utilizando la plataforma Survey Monkey durante el mes de mayo del 2020. Se midieron los niveles de ansiedad de Hamilton previamente validada en población mexicana.

La escala de ansiedad de Hamilton cuenta con 14 ítems, se divide en dos apartados que son la ansiedad psíquica y la ansiedad somática, con una puntuación de 0-4.

Ansiedad leve < 7

Ansiedad moderada 8-15

Ansiedad severa >16

La escala de medición del Nivel de Adaptación (ver anexo 3) fue modificada por los investigadores: Sergio Rojo Pérez, Rubí Ortiz Godínez, Iván Ulises Vilchis Guerrero, tomando como base el instrumento "Nivel de Adaptación" elaborado por Maldonado Muñiz Y García Campos en el 2008, con el objetivo de medir el nivel de adaptación del adulto mayor, posteriormente revisado por dos expertos: D.C.E Benjamín López Nolasco y M.C.E Ariana Mara Sánchez.

El instrumento se sometió a una prueba pilotó, se aplicó a 20 adultos mayores de Tula de Allende, con el propósito de probar el instrumento en cuanto a su consistencia interna y para el cálculo de la confiabilidad mediante la prueba de Kuder Richardson.

Las dimensiones que mide el instrumento son los modos; fisiológico, Autoconcepto, interdependencia y desempeño de rol; los indicadores son: integrado, compensatorio y comprometido.

El instrumento cuenta con 5 secciones: en el apartado I se obtienen los datos generales, se investigan las variables descriptivas, posteriormente cada apartado pertenece a un modo de adaptación y describen las instrucciones para el llenado.

El apartado II evalúa el modo fisiológico, consta de 42 ítems con opciones de respuesta dicotómica (Si y No), el valor máximo es de 1 y el mínimo es 0, el intervalo, de la escala es de 0-42, las categorías de calificar son: comprometido, compensatorio e integrado; 40 ítems tienen un sentido negativo y 2 son positivos.

Se utilizó una guía de observación para la explicación física.

El aparato III mide el modo de Autoconcepto; consta de 37 ítems, los cuales 25 son de sentido negativo y 12 en sentido positivo, las opciones de respuesta son (Si y No), dónde el valor mínimo es de 0 y el máximo es de 1, con un intervalo de 0-37; las categorías de la calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

El apartado IV mide el nivel de adaptación del modo de interdependencia. Las preguntas son en sentido positivo y las respuestas son de tipo dicotómicas, dónde Si tiene valor de 1 y No el valor de 0. En total son 17 preguntas, con intervalo de 0-17; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

El Apartado V mide el nivel de adaptación del modo desempeño del rol. Consta de 16 ítems, los cuales 15 son en el sentido negativo y 1 en el sentido positivo; las respuestas son con dos opciones Si y No. El intervalo es de 0-16; las categorías de calificación son tres: comprometido, compensatorio e integrado.

7.8. Procedimientos

El protocolo de investigación titulado Depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan, se presentó ante el comité de ética de la Escuela Superior de Tlahuelilpan.

Posterior a la obtención del dictamen se solicitó autorización en la institución del Actopan, se realizaron distintas visitas al centro de salud para aplicar los instrumentos: carta de consentimiento informado, cuestionario de datos sociodemográficos, Escala de Hamilton para medir la depresión, Escala de ansiedad de Hamilton y La escala de nivel de adaptación del Adulto Mayor.

Una vez terminada la aplicación de los instrumentos se analizaron e interpretaron los resultados obtenidos.

7.9. Análisis

Se elaboro base de datos en el paquete estadístico SPSS ver.25, empleando estadística descriptiva como media y desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Para las variables categóricas se empleó la prueba estadística X^2 de Pearson.

7.9.1. Análisis estadístico descriptivo

Se analizaron las variables sociodemográficas edad, genero, ocupación, grado de estudios, estado civil mediante estadísticas descriptivas, media y desviación estándar, frecuencia y porcentaje.

7.9.2. Análisis estadístico inferencial

Se utilizó la estadística inferencial mediante la correlación de Spearman para la prueba de hipótesis.

7.10. Recursos

Recursos materiales:

- Hojas
- Lapiceros
- Engrapadoras
- Clips
- Folders
- Laptop
- Internet
- Impresiones
- Engargolados
- Encuadernados
- Porta gafete
- Carpeta de anillos
- Protectores de hojas
- Pasaje de transporte
- Comida
- Teléfono móvil

Recursos humanos:

1 investigadora

- E.L.E Mendoza Chávez Celic

3 asesores

- Dr. Benjamín López Nolasco
- Mtra. Ariana Maya Sánchez
- Dra. Gabriela Maldonado Muñiz

Docente

Sujetos de estudio

- 100 adultos mayores

Director

Coordinador

7.11. Cronograma de actividades

Las actividades se realizaron en las fechas indicadas (ver apéndice 5)

7.12. Difusión

El presente proyecto se presentó en el XXI seminario de investigación en la ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN, así mismo el proyecto será presentado en un foro Nacional o Internacional, se trabajará en un artículo científico para ser presentado en una revista científica arbitrada e indexada, y por último en una tesis para ser elegida como modalidad de titulación de la UAEH.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS LEGALES

El proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki. De acuerdo con las disposiciones contenidas en la **Ley General de Salud** (25), Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud, así como del **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** (26), 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 La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables., 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., 21 Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: y 22 El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la **Declaración de Helsinki**. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35.

Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Para México es de gran importancia ya que de manera indirecta la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud han basado parte de su articulado en la Declaración de Helsinki, lo cual es evidente en el contenido de la Ley General de Salud, Título Quinto, Investigación para la Salud, Artículo 10036.

Artículo 20.- La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación. Se debe asegurar que la comunidad reciba un nivel razonable de beneficios adicionales.

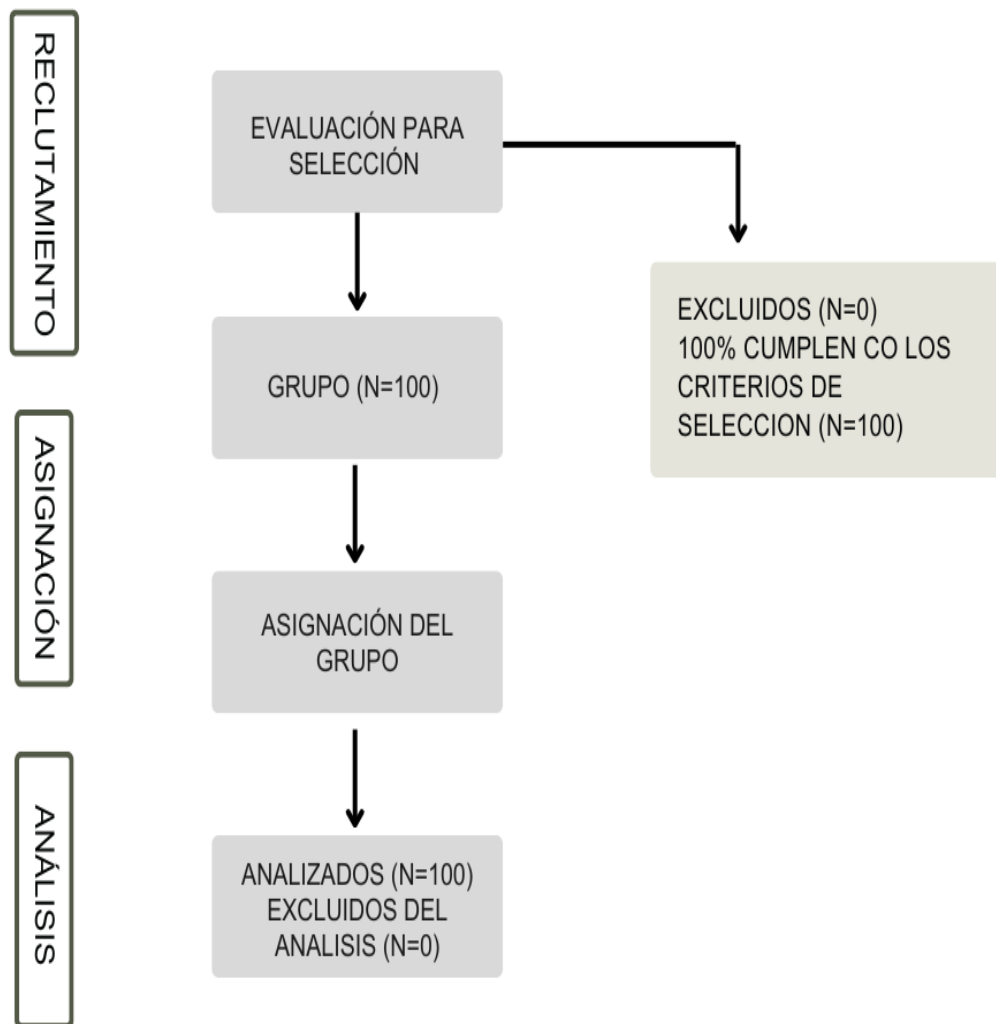
Consideramos pertinente que los beneficios obtenidos de la investigación no deberían ser compartidos con la población o comunidad que participó en el estudio, sino que se deben de extender a todos aquellos que conforman parte de esta comunidad, ya sea que hayan o no participado. De igual forma, aclarar que estos beneficios no solo deben de darse durante el tiempo que dura la investigación, sino que se tienen que extender por un periodo más allá de la duración del estudio.

Artículo 23.-El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y deberá estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

IX. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos del estudio el cual fue realizado con una muestra de 100 adultos mayores del centro de salud de Actopan Hidalgo en el cual se presentan las siguientes tablas.

Figura 1 Esquematización criterios de resultados del reporte de estudio



Fuente: elaboración propia 2023

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio

	Variable	f	%
Edad	65	52	52
	70	20	20
	75	19	19
	80	8	8
	85	1	1
Sexo	Masculino	31	31
	Femenino	69	69
Estado civil	Soltero (a)	7	7
	Casado (a)	36	36
	Unión libre	28	28
	Divorciado (a)	10	10
	Viudo (a)	19	19
Estudios	Primaria	47	47
	Secundaria	23	23
	Preparatoria	17	17
	Sin estudios	13	13
Tenencia de vivienda	Arrenda	17	17
	Propia	77	77
	Compartida	6	6
Ocupación	Empleado (a)	8	8
	Comerciante	24	24
	Jubilado (a)	16	16
	Trabajo en el hogar	26	26
	Desempleado (a)	26	26
Enfermedad	Diabetes	40	40
	Hipertensión	47	47
	Cáncer	1	1

	Otra	12	12
Tratamiento psicológico	Si	0	0
	No	100	100

Fuente: ficha de datos sociodemográficos 2023 n=100

Se puede apreciar en la tabla 1 de las características sociodemográficas de la población de estudio se encontró que predomina el sexo femenino f=69, con rango de edad de 65_70 años de edad f=52, estado civil casado f=36, estudios a nivel primaria f=47, tenencia de vivienda propia f=77, ocupación trabajo en el hogar f=26 y desempleado f=26, enfermedad hipertensión f=47 y no cuentan con tratamiento psicológico previo f=100

Tabla 2 Medición del nivel de depresión

	Variable	f	%
Depresión	No deprimido	19	19
	Depresión ligera	51	51
	Depresión moderada	22	22
	Depresión severa	8	8

Fuente: escala de Hamilton para la depresión 2023 n=100

Como se puede apreciar en la tabla 2 los niveles de depresión encontrados en la población de estudio, los cuales se expresan de la siguiente manera, al menos el 51% de la población presenta depresión ligera f=51 máxima y por cada 100 personas al menos el 19 no presenta síntomas de depresión f=18, presentan depresión moderada f=22, y al menos 8% presentan depresión severa lo cual representa una población mínima.

Tabla 3 Medición del nivel de ansiedad

	Variable	f	%
Ansiedad	Ansiedad leve	97	97
	Ansiedad moderada	3	3

Fuente: escala de Hamilton para ansiedad, 2023 n=100

Posteriormente la tabla 3 muestra el nivel de ansiedad obtenido en la población de estudio n=100, donde los datos arrojan que el 97% presenta una ansiedad leve f=97, mientras que el 3% presenta una ansiedad moderada f=3

Tabla 4 Medición del nivel de adaptación

	Variable	f	%
Modo físico	Integrado	97	97
	Compensatorio	3	3
Modo autoconcepto	Integrado	94	94
	Compensatorio	6	6
Modo interdependencia	Integrado	97	97
	Compensatorio	3	3
Desempeño del rol	Integrado	94	94
	Compensatorio	6	6

Fuente: nivel de adaptación,2023

n=100

Finalizando en la tabla 4 se muestra el nivel de adaptación de acuerdo a cada uno de sus modos en donde se puede apreciar que en el modo físico prevalece integrado con una f= 97. Modo autoconcepto integrado f= 94, modo interdependencia integrado f= 97, desempeño del rol integrado f= 94.

X. DISCUSIÓN

En cuanto al perfil demográfico de los participantes de la población del presente estudio refleja que el género masculino representa 31% y el género femenino representa el 69%, a de más se observa que el estado civil predominante en la población es casado con el 36% al igual podemos observar que el rango de edad de los adultos encuestados es de los 65 a 70 años de edad con el 52%, cuentan con estudios a nivel primaria el 47%, y en cuanto a ocupación es desempleado el 26% al igual que trabajan en el hogar el 26%, sobresale la hipertensión con 47%. Estos son resultados similares a lo reportado por María del Martínez M. C. en su artículo titulado Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán publicado en el 2020 donde menciona que la Unidad de Medicina Familiar No.75, Instituto mexicano del Seguro Social, Morelia, Michoacán, México. Donde se incluyó a 117 adultos mayores. La prevalencia de depresión en la muestra fue de 40.17%. No se observaron diferencias en la proporción por género (femenino: 53.85% y masculino: 46.15, $p= 0.79\%$), en el grado de escolaridad (primaria: 82.91%) (27)

Por otra parte, la variable depresión se encuentra que existe depresión ligera con el 51%, depresión moderada con el 22%, no deprimido con 19% y depresión severa con el 8% estos resultados son similares a lo reportado por Chávez M.M. en su artículo titulado depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018 – 2020 publicado en el 2022 donde menciona que la prevalencia del Síndrome Depresivo (SD) en el año 2018 fue de 12,9%; 13,3% en 2019 y 10,8% en 2020. Los factores asociados al SD fueron: ser mujer, vivir en la pobreza. Bajo nivel de instrucción, residir en el área rural, proceder de la sierra y selva, vivir solo y tener 75 o más años de edad. El análisis geoespacial evidenció que el SD se concentra en departamentos de la sierra como Huancavelica, Puno, Ayacucho, Apurímac y por el norte, Ancash y Cajamarca. (28)

Por otro lado, Guzmán O.E. publica en su artículo titulado frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud publicado en el 2020 donde menciona que La prevalencia de depresión es del 27.4% y el 96.8% de ellos no recibe tratamiento, además el 18.9% presenta

dependencia funcional, el 16.2% deterioro cognoscitivo y el 7.4% ha sufrido al menos una caída con lesiones. Únicamente el 11.2% del total de enfermos fue diagnosticado en su clínica. (29)

En cuanto a la variable ansiedad la población encuestada resulta que padecen ansiedad leve el 97% y ansiedad moderada el 3% se puede comparar la similitud con el artículo publicado por Cisneros G.E. titulado prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática publicado en 2018 donde menciona que los estudios sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años muestran resultados variables, que oscilan entre un 0,1 y un 17,2 %. (30)

En la variable adaptación se observa que en el modo físico se presenta un nivel integrado con el 97%, modo autoconcepto 94%, modo interdependencia 97% y desempeño del rol 94%, estos resultados son similares a los publicados por Granados L. LA en su artículo titulado Nivel de adaptación en adultos mayores de dos localidades del estado de Hidalgo, México publicado en 2023 donde menciona que se presenta un nivel de adaptación integrado en el modo fisiológico en 80.1% de la población; en el modo de interdependencia en 91.7%, y en el modo función del rol en 93.5%; el modo de autoconcepto presenta un nivel de adaptación compensatorio en 93.5% de la población. (31)

XI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se cumple con el objetivo planteado de evaluar la presencia de depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan. Los hallazgos evidencian que estas variables están presentes en la población estudiada confirmando la relevancia de abordarlas dentro del ámbito de la salud.

Así mismo, se realizó la comprobación de hipótesis de investigación, la cual se aprueba al demostrar que sí existe depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor del centro de salud Actopan, predominando la adaptación que tienen los adultos mayores dentro de su entorno ya que al ser una población rural la mayoría de las personas cubren sus necesidades mediante la agronomía. Este resultado respalda la necesidad de implementar estrategias de intervención y programas de apoyo que favorezcan la detección temprana, el tratamiento oportuno y el fortalecimiento de la capacidad adaptativa en la población.

Esta investigación contribuye a la comprensión de los problemas emocionales y adaptativos en el adulto mayor.

XII. RECOMENDACIONES

Con base a mis resultados encontrados se recomienda:

Generar intervenciones de enfermería para identificar oportunamente el trastorno de depresión.

Tomar los resultados como punto de partida para nuevas investigaciones cuantitativas.

Que el personal de enfermería utilice la escala de Hamilton para identificar oportunamente depresión y ansiedad.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bermeo L. V., Michaca A.AN, Rodríguez Flores AG, Márquez Moreno GI. Nivel de depresión en adultos mayores que residen en asilos privados y en domicilio particular en San Pedro Cholula y Puebla, 2019. J Chem Inf Model. 2020;
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (INEGI).Org.mx. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
3. Obtenga CogniFit: juegos de entrenamiento mental personalizados y pruebas cognitivas [Internet]. CogniFit Blog: Brain Health News. CogniFit Inc.; 2019 [citado en noviembre de 2022]. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/>
4. Ansiedad en el adulto mayor [citado en noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (INEGI) [Internet]. Org.mx. [citado en noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
6. Huerta E, Huerta PE. Trastorno de ansiedad en los adultos mayores. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/expertos/elmer-huerta/info-2014/ansiedad-ancianos-adultos-mayores.html>
7. Cabrera I, Montorio I. Anxiety and ageing. Rev Esp Geriatr Gerontol. (2020)44(2):106–11.<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ansiedad-envejecimiento-S0211139X09000341>
8. Ansiedad y depresión - Clínica de la Ansiedad. Clínica de la Ansiedad. (2015) <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>
9. Kairos R. Revistakairos.org s/f. (2022) Disponible en: <https://revistakairos.org/>
10. Uribe R, Fernanda A, Orbegozo V, Juliana L, Linde M, Máximo J, et al. Psicología desde el Caribe. Redalyc.org s/f. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>

11. Mitchell C. OPS/OMS | Pan American Health Organization / World Health Organization 2017.
https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es
12. Bermeo L. V., Michaca A. AN, Rodríguez Flores AG, Márquez Moreno GI. Nivel de depresión en adultos mayores que residen en asilos privados y en domicilio particular en San Pedro Cholula y Puebla, 2019. J Chem Inf Model. 2020;
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (INEGI).Org.mx. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
14. Obtenga CogniFit: juegos de entrenamiento mental personalizados y pruebas cognitivas [Internet]. CogniFit Blog: Brain Health News. CogniFit Inc.; 2019 [citado en noviembre de 2022]. Disponible en: <https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/>
15. Ansiedad en el adulto mayor [citado en noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (INEGI) [Internet]. Org.mx. [citado en noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>
17. Huerta E, Huerta PE. Trastorno de ansiedad en los adultos mayores. AARP. <https://www.aarp.org/espanol/salud/expertos/elmer-huerta/info-2014/ansiedad-ancianos-adultos-mayores.html>
18. Cabrera I, Montorio I. Anxiety and ageing. Rev Esp Geriatr Gerontol. (2020)44(2):106–11. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ansiedad-envejecimiento-S0211139X09000341>
19. Ansiedad y depresión - Clínica de la Ansiedad. Clínica de la Ansiedad. (2015) <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-y-otros/ansiedad-y-depresion/>

20. Kairos R. Revistakairos.org s/f. (2022) Disponible en: <https://revistakairos.org/>
21. Uribe R, Fernanda A, Orbegozo V, Juliana L, Linde M, Máximo J, et al. Psicología desde el Caribe. Redalyc.org s/f. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
22. Mitchell C. OPS/OMS | Pan American Health Organization / World Health Organization 2017. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es
23. CALLISTA ROY: MODELO DE LA ADAPTACION [Internet]. Blogspot.com. [cited 2023 Mar 14]. Available from: <http://enfermeria-para-todos.blogspot.com/2013/06/callista-roy-modelo-de-la-adaptacion.html?m=1>
24. Rae.es. [cited 2023 Mar]. Available from: <https://dle.rae.es/>
25. Nueva Ley Publicada en el Diario Oficial de la F el. LEY GENERAL DE SALUD [Internet]. Gob.mx. [cited 2023 febrero]. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
26. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD [Internet]. Gob.mx. [cited 2023 febrero]. Available from: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
27. Martínez Mendoza, M. del C., Gutiérrez Mendía, A., Bonaparte Caballero, E., Gómez Alons, C., & Lajud, N. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. Atención Familiar, 28(2), 125–131. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78803>
28. Chávez, M. M., Amemiya, I., Watanabe, S. P. S., Arroyo, R., Zeladita-Huaman, J. A., & Castillo-Parra, H. (2022). Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 -

2020. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 83(3), 180-187. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>
29. Juárez, R. A. A., Romero, D. L., Morales, V. H. B., Pérez, E. M., & Olea, E. G. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte Sanitario*, 19(3), 365-373. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n3.3786>
30. Cisneros, G. E., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 34-48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>
31. Granados-León, L. Á., López-Vargas, X. G., López-Nolasco, B., & Sánchez, A. M. (2023). Nivel de adaptación en adultos mayores de dos localidades del estado de Hidalgo, México. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(2), 40-49. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i2.425>

XIV. ANEXOS

Anexo 1 Escala de Hamilton para la depresión

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Estas sensaciones las relata espontáneamente	3
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	4
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.	
Ansiedad psíquica	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
	1

Perdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	0
Ausente	1
Débil	2
Grave	
Hipocondría	0
Ausente	1
Preocupado de sí mismo(corporalmente)	2
Preocupado por su salud	3
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	
Pérdida de peso	
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (Insight)	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

Sentimientos de culpa	
Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2 3
Siente que la enfermedad actual es un castigo	4
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	
Suicidio	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2 3
Ideas de suicidio o amenazas Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
Insomnio precoz	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1 2
Dificultad para dormir cada noche	
Insomnio intermedio	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e Inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
No hay dificultad	0

Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1 2
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	3 4
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	0
Palabra y pensamiento normales	1
Ligero retraso en el habla	2
Evidente retraso en el habla Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	
Agitación psicomotora	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

No deprimido: 0-7

Depresión ligera: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19- 22

Depresión muy severa: >23

Anexo 2 Escala de Hamilton para la ansiedad

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/
I. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
II. Tensión Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
III. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
IV. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
V. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
VI. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
VII. Síntomas somáticos generales (musculares)	0	1	2	3	4

	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
VIII.	Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
IX.	Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
X.	Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros disnea.	0	1	2	3	4
XI.	Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
XII.	Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea. Menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
XIII.	Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	0	1	2	3	4
XIV.	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)	0	1	2	3	4

<p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los parpados.</p>					
--	--	--	--	--	--

Anexo 3 Escala de medición del nivel de adaptación

Modo físico

Oxigenación	Si	No
1. Usted fuma	1	0
2. Siente sus piernas más frías que el resto del cuerpo	1	0
3. Siente sus manos más frías que el resto del cuerpo	1	0
4. Se siente cansado frecuentemente	1	0
5. Presenta dolor en el pecho	1	0
6. Presenta dificultad para realizar esfuerzo	1	0
7. Presenta dificultad para respirar sin realizar esfuerzo	1	0
Nutrición	Si	No
8. Presenta nauseas después de ingerir alimentos	1	0
9. Le da hambre más de lo usual	1	0
10. Presenta vomito después de comer	1	0
11. Presenta disminución del apetito	1	0
12. Deja de comer alimentos todo el día	1	0
13. Le disgustan los alimentos que le preparan	1	0
14. Presenta agruras después de comer	1	0
15. Se siente lleno poco después de iniciar la comida	1	0

16. Presenta dificultad para masticar los alimentos	1	0
17. Presenta dificultad para pasar los alimentos	1	0
18. Presenta dolor en el estomago Cuando	1	0
19. Consume vitaminas que no sean directos de los alimentos	1	0
20. Ingiere carne de cerdo	1	0
21. Ingiere dulces, pasteles o chocolates	1	0
Actividad – descanso	Si	No
22. Se siente agotado o cansado desde que se levanta	1	0
23. Presenta dificultad para dormir en las noches	1	0
24. Toma siestas durante el día	1	0
25. Presenta interrupciones del sueño durante la noche	1	0
26. Requiere de medicamentos para dormir	1	0
Eliminación	Si	No
27. Presenta dificultad para evacuar	1	0
28. Defeca heces de consistencia muy dura	1	0
29. Defeca heces de consistencia blanda	0	1
30. Defeca heces de consistencia semilíquida	1	0
31. Presenta problemas para orinar Cuales	1	0
Protección	Si	No
32. Presenta aumento de la temperatura	1	0
33. Presenta heridas en la piel Cuales	1	0
Líquidos y Electrolitos	Si	No
1. Presenta más sed de lo usual	1	0
2. Suda excesivamente Cuando	1	0

3. Se observa hinchado	1	0
4. Ingiere agua natural Cuando	0	1
5. Ingiere otro tipo de líquidos Cual	1	0
Sentidos	Si	No
6. Presenta problemas para ver sin lentes	1	0
7. Presenta problemas para oír	1	0
8. Presenta problemas para percibir olores desagradables	1	0
9. Presenta problemas para percibir sabores	1	0

Modo autoconcepto

	Si	No
1. Le interesa lo que digan los demás de usted	1	0
2. Le afecta lo que dice su familia	1	0
3. Cree que tiene gran valor	0	1
4. Se le dificulta tomar decisiones	1	0
5. Se enoja fácilmente	1	0
6. Le cuesta trabajo acostumbrarse a algo nuevo	1	0
7. Es complicada su vida	1	0
8. Le gustaría cambiar algo de su vida	1	0
9. Esta gustoso con su edad	0	1
10. Cree que es una persona muy desarreglada	1	0
11. Se siente pasado de peso	1	0
12. Desea atraer la atención de los demás	1	0
13. Siente que le falta peso	1	0
14. Acostumbra a decir mentiras	1	0
15. Tiene confianza en los demás	0	1
16. Le gusta relacionarse con los demás	0	1

17. Es valioso para usted mantener la vida	0	1
18. Lo aceptan las personas del sexo opuesto	0	1
19. Cuida su imagen personal	0	1
20. Se siente aceptado por su familia	0	1
21. Le gusta estar siempre arreglado y limpio	0	1
22. Es amistoso	0	1
23. Considera que tiene buena salud	0	1
24. Es una persona alegre	0	1
25. Se siente contento con lo que tiene	0	1
26. Cuando se propone algo, lo logra	0	1
27. Se enoja con frecuencia	1	0
28. Es inteligente	0	1
29. Se siente satisfecho con lo que ha logrado a lo largo de su vida	0	1
30. Sabe controlar sus emociones	0	1
31. Le gusta la opinión que tiene su familia de usted	0	1
32. Las personas que conoce, tienen confianza con usted	0	1
33. Se porta de una manera cortés con los que le rodean	0	1
34. Le gusta la manera en la que se comporta con los que le rodean	0	1
35. Hace generalmente lo que es debido	0	1
36. Se siente triste ante decepciones o desilusiones que se presentan	0	1
37. Se siente satisfecho con su relación con Dios	0	1

Modo interdependencia

Personas Significativas	Si	No
1. Considera que ha tenido amor en su vida	0	1

2. Considera que las personas que lo aman le demuestran su amor	0	1
3. Le demuestran su amor buscándolo y estando al pendiente de usted	0	1
4. Le demuestran su amor dándole dinero	0	1
5. Considera que ha dado amor en su vida	0	1
6. Usted demuestra amor a las personas que ama	0	1
7. Realiza actividades de distracción con las personas que ama	0	1
8. Se siente a gusto en relación con las normas o costumbres morales que practican las personas que ama	0	1
9. Cree que las personas que ama se sienten a gusto como usted practica sus normas o costumbres morales	0	1
10. Considera que las personas que lo aman se sienten comprometidas a ayudarlo (a) en situaciones que usted necesite	0	1
Sistema de Soporte	Si	No
11. Se siente aceptado por las personas que le rodean (familia, amigos, vecinos)	0	1
12. Considera que son respetadas sus decisiones	0	1
13. Le toman en cuenta en decisiones familiares	0	1
14. Se siente satisfecho con su medio que lo rodea	0	1
15. Comparte valores con las personas de su entorno	0	1
16. Está inscrito a alguna casa de día o centro recreativo	0	1
17. Mantiene relación espiritual	0	1

Desempeño del rol

Pregunta	Si	No
1. Le han asignado tareas en su casa Cual	0	1
2. Acepta ayuda de otras personas	0	1
3. Tienen relaciones amistosas fuera del círculo familiar	0	1
4. Realiza actividades adecuadas para el beneficio de su salud	0	1
5. Acepta que hay actividades que ya no puede realizar	0	1
6. Se siente preparado para la muerte	0	1
7. Se siente satisfecho con las actividades que realiza	0	1
8. Toma sus medicamentos como los indica el medico	0	1
9. Ingiere la dieta indicada	0	1
10. Se baña diario	0	1
11. Se cambia de ropa diario	0	1
12. Practica alguna religión	0	1
13. Está a gusto con su vida religiosa	0	1
14. Realiza ejercicio físico Cuanto tiempo	0	1
15. Practica en algún grupo deportivo	0	1
16. Tiene reuniones religiosas	0	1
Modo adaptativo	Indicador	Calificación
Fisiológico	Integrado	<15
Intervalo 0-42 puntos	Compensatorio	15-28

	Comprometido	29-42
Autoconcepto Intervalo de 0-37 puntos	Integrado Compensatorio Comprometido	<12 12-23 24-37
Interdependencia Intervalo de 0-17 puntos	Integrado Compensatorio Comprometido	<7 7-12 13-17
Desempeño del rol Intervalo de 0-16 puntos	Integrado Compensatorio Comprometido	<6 6-11 12-16

Anexo 4 Dictamen de aprobación



Tlahuelilpan, Hidalgo; a 01 de mayo de 2023.

**ASUNTO: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBACIÓN**

**A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE**

Título del proyecto

"Depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor de DIF Huehuetoca, DIF Tequixquiac y Centro de Salud Actopan."

Código asignado por el Comité: **2023/I/P18**

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

	N° de la versión	Decisión
Protocolo	2	Aprobado
Consentimiento informado	2	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de mayo de 2023 a mayo de 2024 y se autoriza su ejecución por parte de las estudiantes de la licenciatura en enfermería Mendoza Chávez Celic, Oviedo Sánchez Sayra Cristina, Paredon Muñiz Itzel Saraim; bajo la asesoría del D.C.E. Benjamin López Nolasco, M.C.E. Ariana Maya Sánchez y la D.C.S. Gabriela Maldonado Muñiz.

ATENTAMENTE


M.C.E. Claudia Atala Trejo García
Representante del Comité de Ética e Investigación

Escuela Superior de Tlahuelilpan
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo



Anexo 5 Constancia de participación



La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
la Escuela Superior de Tlahuelilpan y
el CA: "Respuestas Humanas a la salud y la Enfermedad"
del área Académica de Enfermería

Otorga la presente

CONSTANCIA

a

Mendoza Chávez Celic, Oviedo Sánchez Sayra Cristina,
Paredon Muñiz Itzel Saraim, DCE. Benjamin López Nolasco,
MCE. Ariana Maya Sánchez, DCS. Gabriela Maldonado Muñiz

Por su participación como ponentes en el **XXI Seminario de Investigación** con el protocolo titulado: "Depresión, ansiedad y adaptación en el adulto mayor de DIF Huehuetoca, DIF Tequixquiac y Centro de Salud Actopan ", llevado a cabo en la Escuela Superior de Tlahuelilpan, el 27 de marzo de 2023.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Tlahuelilpan, Hidalgo; 27 de marzo de 2023.

**M.C. Miguel Ángel De la Fuente
López**
Director de la Escuela Superior de
Tlahuelilpan



Anexo 6 Constancia de participación en seminario de tesis



Otorgan la presente

CONSTANCIA

a
E.L.E MENDOZA CHÁVEZ CELIC,
D.C.E. LÓPEZ NOLASCO BENJAMÍN
M.C.E MAYA SANCHEZ ARIANA,
D.C.S. MALDONADO MUNIZ GABRIELA

Por su participación
Como Ponentes en el V Seminario de Proceso Enfermero y Proyectos de
investigación 2024.

Con el Proyecto de Investigación
Depresión, Ansiedad y Adaptación en el adulto mayor del Centro de salud de
Actopan

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO
Pachuca Hidalgo 26 de mayo 2024

MC.ESP. ENRIQUE ESPINOSA AQUINO.
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD



DRA. JOSEFINA REYNOSO VÁZQUEZ
RESPONSABLE DE VINCULACIÓN DEL ICSA



M.C.E.OLGA ROCIO FLORES CHÁVEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA EDUCATIVO



Mi salud, mi derecho

XV. APÉNDICES

Apéndice 1 Oficio de solicitud y respuesta



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

ESTL/S/N/2023

Dr. Manuel Mendoza Santana.
Coordinador
Centro De Salud Actopan

Asunto: solicitud realizar protocolo de investigación.

Por este medio me permito saludarle al mismo tiempo solicitar su autorización para que la estudiante **Mendoza Chávez Celic**, quien cursa el 5º semestre de la Licenciatura en Enfermería realicen el protocolo de investigación titulado. **"DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ADAPTACIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN CENTRO DE SALUD ACTOPAN"** Asesorado por su servidor.

Cabe mencionar que la presente investigación es de tipo cuantitativa y es de riesgo mínimo.

Esperando contar con su apoyo agradezco de antemano enviándole un caluroso saludo.

RESPECTUOSAMENTE

"Amor, Orden y Progreso"

Tlahuailipan Hgo., a 22 de mayo del 2023

D.C.E. Benjamin Lopez Nolasco.

PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO

INVESTIGADOR UAEH.



RECIBI
Dr. Manuel Mendoza Santana



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

www.uaeh.com.mx



Apéndice 2 Consentimiento informado

Yo,

declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio titulado: DEPRESION, ANSIEDAD Y ADAPTACION EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD DE ACTOPAN, Se me ha explicado que el estudio consiste en la aplicación de los instrumentos: Escala Hamilton- depresión, Escala de Hamilton- ansiedad, Escala de medición del nivel de adaptación

Además, entiendo que en el presente estudio se derivarán los siguientes beneficios: al concluir el estudio el adulto mayor y sus familiares pueda ser de su conocimiento si existe o no depresión en el sujeto de estudio y así poder canalizarlo al área de psicología.

Es de mi conocimiento que estoy en libertad de abandonar el estudio cuando así lo considere adecuado. Que ni el abandono, ni la participación en el estudio influirán en mi relación profesional con los investigadores responsables; que estoy en libertad de solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios, así como los resultados derivados de mi participación en este estudio.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE O FAMILIAR AUTORIZADO:

FIRMA: _____

TESTIGO:

Apéndice 3 Datos sociodemográficos

1. Nombre completo:
2. ¿Qué edad tiene actualmente? _____ años.
3. Sexo:
 - a) Masculino
 - b) Femenino
4. ¿Cuál es su estado civil?
 - a) Soltero (a)
 - b) Casado (a)
 - c) Unión libre
 - d) Divorciado (a)
 - e) Viudo (a)
5. ¿Cuál es su grado de estudios?
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Preparatoria
 - d) Sin estudios
6. ¿Tiene hijos(as)?:
 - a) Si ¿Cuántos? _____
 - b) No
7. Tenencia de vivienda
 - a) Arrienda
 - b) Propia
 - c) Compartida
8. ¿Cuál es su ocupación?
 - a) Empleado (a)
 - b) Comerciante
 - c) Jubilado(a)
 - d) Trabajo en el hogar
 - e) Desempleado(a)
9. ¿Padece de alguna enfermedad?
 - a) Diabetes
 - b) Hipertensión
 - c) Cáncer
 - d) Otra _____
10. Actualmente tiene tratamiento psicológico
 - a) Si
 - b) No

Apéndice 4 Recursos

Tabla de presupuesto			
Recursos materiales	Cantidad	Precio por pieza	Total
Hojas	3 paquetes	\$99	\$297
Lapiceros	20	\$8	\$120
Engrapadoras	1	\$40	\$40
Folders	10	\$5	\$50
Clips	1 caja	\$20	\$20
Laptop	1	\$8000	\$8000
Impresiones	900	\$1	\$900
Engargolados	5	\$80	\$400
Encuadernado	1	\$150	\$150
Porta gafete	1	\$15	\$15
Carpeta de anillos	1	\$70	\$70
Protectores	2 paquetes	\$50	\$100
Internet	1	\$300 mensual	\$300
Pasajes transporte	Indefinido	\$74	Indefinido
Comida	Indefinido	\$40	Indefinido
Teléfonos móviles	1	\$5000	\$5000
			\$10962

Apéndice 5 Cronograma de actividades

Actividades	2023				2023			2024				
	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.
Autorización												
Consentimiento informado												
Base de datos												
Análisis												
Redacción de resultados												
Elaboración de informe												
Difusión de resultados												
Elaboración de tesis												

Tabla 5 de operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones / Indicador	Escala de medición	Prueba estadística	
<ul style="list-style-type: none"> Depresión 	<p>Enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (21).</p>	<p>Punto en el que se encuentra una persona en cada uno de los modos psicólogo, genéticos, biológicos que puede ser no deprimido, depresión ligera, depresión moderada, depresión severa, depresión muy severa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No deprimido 0-7 ✓ Depresión ligera 8-13 ✓ Depresión moderada 14-18 ✓ Depresión severa 19-22 ✓ Depresión muy severa >23 	Ordinal	Frecuencias	
	<p>Afección por la que una persona tiene preocupación y sentimientos de miedo, terror o intranquilidad excesivos. Otros síntomas son sudoración, inquietud, irritabilidad, fatiga, falta de</p>	<p>Es el punto en el que se encuentra una persona en cada uno de los modos psicólogos, sociales, biológicos o genéticos que puede ser Ansiedad psíquica o Ansiedad somática</p>			Ordinal	Frecuencias
					Ordinal	Frecuencias

<p>• Ansiedad</p> <p>Nivel de Adaptación</p>	<p>concentración, problemas para dormir, dificultad para respirar, latidos cardíacos rápidos y mareo (22).</p> <p>Un punto que cambia constantemente y está compuesto por estímulos focales contextuales y residuales que representan el estándar propio de la persona de la gama de estímulos a los que puede reaccionar con respuestas normales de adaptación (23).</p>	<p>Es el punto en el que se encuentra una persona en cada uno de los modos fisiológico, autoconcepto, interdependencia y desempeño de rol, que puede ser integrado, compensatorio o comprometido.</p>	<p>✓ Ausente 0 ✓ Leve 1 ✓ Moderado 2 ✓ Grave 3 ✓ Muy grave 4</p> <p>✓ Si-1 ✓ No-0</p>		
--	---	---	--	--	--

Código	Nombre	Definición conceptual	Indicador	Escala de medición
Edad	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	60-100 años	Ordinal
Estado Civil	Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales.	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Ordinal
Grado de estudios	Estudios	Haber recibido instrucción, o tener una carrera.	Primaria Secundaria Sin estudios	Ordinal
Número de hijos	Hijos	Persona respecto de sus padres.	1-6 hijos	Ordinal
Cuantos vive/Casa propia	Vivienda	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas.	Renta Infonavit Propia	Ordinal
Ingreso económico	Dinero	Conjunto de bienes y actividades que integran la riqueza de una colectividad o un individuo (24).	Trabajo Pensión Negocio Gasto por hijos	Nominal
Ocupación	Trabajo	Actividad física o intelectual que las personas realizan para alcanzar un objetivo o satisfacer una necesidad, mediante la producción de bienes y servicios.	Negocios Campo Costurera	Ordinal
Genero	Sexo	Según la OMS, el "sexo" hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Mujer Hombre	Ordinal
Depende de alguien	Dependencia emocional	Apego patológico que tiene lugar en las relaciones personales, tanto de amistad, familiares o de pareja.	Esposa Hijos Hermanos	Ordinal

Quien depende de usted	Dependencia económica	Situación en la que la producción y riqueza de algunos países está condicionada por el desarrollo y condiciones coyunturales de otros países a los cuales quedan sometidas.	Hijos Pensiones	Nominal
Enfermedad diagnosticada	Enfermedad	La OMS define enfermedad como "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".	Diabetes Cáncer Alzheimer	Ordinal
Tratamiento psicológico	Terapia	conjunto de técnicas usadas por el psicólogo clínico, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.	Psicólogo	Ordinal

Tabla de fundamentación, codificación y niveles de medición

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Humor	Normal Leve Moderado	Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Ansiedad psíquica	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
				19-22 Depresión muy severa >23	
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Síntomas somáticos gastrointestinales	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Síntomas somáticos generales	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
				Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Hipocondría	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Anergia	Normal Leve Moderado	Pérdida de peso	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
				Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	
DEPRESIÓN	Discomunicación	Normal Leve Moderado	Introspección (Insight)	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Discomunicación	Normal Leve Moderado	Sentimientos de culpa	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Discomunicación	Normal Leve Moderado	Suicidio	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
				Depresión muy severa >23	
DEPRESIÓN	Ritmopatía	Normal Leve Moderado	Insomnio precoz	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Ritmopatía	Normal Leve Moderado	Insomnio intermedio	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Ritmopatía	Normal Leve Moderado	Insomnio tardío	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Discomunicación	Normal Leve Moderado	Trabajo y actividades	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Discomunicación	Normal Leve Moderado	Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN	Discomunicación	Normal Leve Moderado	Agitación psicomotora	No deprimido 0-7 Depresión ligera 8-13 Depresión moderada 14-18 Depresión severa 19-22 Depresión muy severa >23	Ordinal
DEPRESIÓN					

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	Dificultad para concentrarse, mala memoria.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	Perdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros disnea.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
				Muy grave 4	
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Micción frecuente, micción urgente, amenorrea. Menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN	Ansiedad somática	Normal Leve Moderado	Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Ansiedad psíquica	Normal Leve Moderado	Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial	Ausente 0 Leve 1 Moderado 2 Grave 3 Muy grave 4	Ordinal
DEPRESIÓN					
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Usted fuma	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Siente sus piernas más frías que el resto del cuerpo	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Siente sus manos más frías que el resto del cuerpo	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente cansado frecuentemente	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dolor en el pecho	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dificultad para realizar esfuerzo	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dificultad para respirar sin realizar esfuerzo	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta nauseas después de ingerir alimentos	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Le da hambre más de lo usual	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta vomito después de comer	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta disminución del apetito	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Deja de comer alimentos todo el día	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Le disgustan los alimentos que le preparan	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta agruras después de comer	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente lleno poco después de iniciar la comida	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dificultad para masticar los alimentos	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dificultad para pasar los alimentos	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dolor en el estomago	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
			Cuando		
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Consume vitaminas que no sean directos de los alimentos	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Ingiere carne de cerdo	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Ingiere dulces, pasteles o chocolates	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente agotado o cansado desde que se levanta	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dificultad para dormir en las noches	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Toma siestas durante el día	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta interrupciones del sueño durante la noche	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Requiere de medicamentos para dormir	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta dificultad para evacuar	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Defeca heces de consistencia muy dura	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Defeca heces de consistencia blanda	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Defeca heces de consistencia semilíquida	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta problemas para orinar Cuales	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta aumento de la temperatura	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio	Presenta heridas en la piel	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
		Comprometido	Cuales		
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta más sed de lo usual	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Suda excesivamente Cuando	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Se observa hinchado	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Ingiera agua natural Cuando	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Ingiera otro tipo de líquidos Cual	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta problemas para ver sin lentes	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta problemas para oír	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta problemas para percibir olores desagradables	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Fisiológico	Integrado Compensatorio Comprometido	Presenta problemas para percibir sabores	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le interesa lo que digan los demás de usted	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le afecta lo que dice su familia	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Cree que tiene gran valor	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se le dificulta tomar decisiones	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se enoja fácilmente	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le cuesta trabajo acostumbrarse a algo nuevo	Si-1 No-0	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Es complicada su vida	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le gustaría cambiar algo de su vida	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Esta gustoso con su edad	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Cree que es una persona muy desarreglada	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente pasado de peso	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Desea atraer la atención de los demás	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Siente que le falta peso	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Acostumbra a decir mentiras	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Tiene confianza en los demás	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le gusta relacionarse con los demás	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Es valioso para usted mantener la vida	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Lo aceptan las personas del sexo opuesto	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Cuida su imagen personal	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente aceptado por su familia	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le gusta estar siempre arreglado y limpio	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Es amistoso	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Considera que tiene buena salud	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Es una persona alegre	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente contento con lo que tiene	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Cuando se propone algo, lo logra	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se enoja con frecuencia	Si-1 No-0	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Es inteligente	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente satisfecho con lo que a logrado a lo largo de su vida	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Sabe controlar sus emociones	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le gusta la opinión que tiene su familia de usted	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Las personas que conoce, tienen confianza con usted	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se porta de una manera cortez con los que le rodean	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Le gusta la manera en la que se comporta con los que le rodean	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Hace generalmente lo que es debido	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente triste ante decepciones o desilusiones que se presentan	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Autoconcepto	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente satisfecho con su relación con Dios	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio	Considera que a tenido amor en su vida	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
		Comprometido			
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Considera que las personas que lo aman le demuestran su amor	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Le demuestran su amor buscándolo y estando al pendiente de usted	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Le demuestran su amor dándole dinero	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Considera que ha dado amor en su vida	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Usted demuestra amor a las personas que ama	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Realiza actividades de distracción con las personas que ama	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente a gusto en relación con las normas o costumbres morales que practican las personas que ama	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Cree que las personas que ama se sienten a gusto como usted practica sus normas o costumbres morales	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Considera que las personas que lo aman se sienten comprometidas a ayudarlo (a) en situaciones que usted necesite	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente aceptado por las personas que le rodean (familia, amigos, vecinos)	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Considera que son respetadas sus decisiones	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Le toman en cuenta en decisiones familiares	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente satisfecho con su medio que lo rodea	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Comparte valores con las personas de su entorno	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Está inscrito a alguna casa de día o centro recreativo	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Interdependencia	Integrado Compensatorio Comprometido	Mantiene relación espiritual	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Le han asignado tareas en su casa Cual	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Acepta ayuda de otras personas	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Tienen relaciones amistosas fuera del círculo familiar	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Realiza actividades adecuadas para el beneficio de su salud	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Acepta que hay actividades que ya no puede realizar	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio	Se siente preparado para la muerte	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
		Comprometido			
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Se siente satisfecho con las actividades que realiza	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Toma sus medicamentos como los indica el medico	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Ingiera la dieta indicada	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Se baña diario	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Se cambia de ropa diario	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Practica alguna religión	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Está a gusto con su vida religiosa	Si-0 No-1	Ordinal

Concepto	Dimensión	Indicador	Ítems	Codificación	Nivel de medición
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Realiza ejercicio físico Cuanto tiempo	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Practica en algún grupo deportivo	Si-0 No-1	Ordinal
DEPRESIÓN	Desempeño del rol	Integrado Compensatorio Comprometido	Tiene reuniones religiosas	Si-0 No-1	Ordinal