



**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**

**Facultad de Enfermería**

**División de Estudios de Posgrado**

**Maestría en Enfermería**



**Sentimiento de soledad relacionado a depresión en personas adultas mayores en  
Morelia Michoacán**

**Tesis**

**Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con terminal en Gestión,  
Dirección y Liderazgo**

**Presenta**

**L.E. Miriam Mendoza Nicolás**

**Directora de Tesis**

**Dra. Ma. Magdalena Lozano Zúñiga**

**Codirectora de Tesis**

**Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala**

**Morelia, Michoacán**

**Octubre, 2023**



**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**  
**Facultad de Enfermería**  
**División de estudios de Posgrado**  
**Maestría en Enfermería**



**Sentimiento de soledad relacionado a depresión en personas adultas mayores en**  
**Morelia Michoacán**

**Tesis**

**Que para obtener el grado de Maestra en Enfermería con terminal en Gestión,**  
**Dirección y Liderazgo**

**Presenta**

**L.E. Miriam Mendoza Nicolás**

**Directora de Tesis**

**Dra. Ma. Magdalena Lozano Zúñiga**

**Codirectora de Tesis**

**Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala**

**Morelia, Michoacán**

**Octubre, 2023**

**Directorio**

**ME. Renato Hernández Campos**

**Director**

**Mesa sinodal**

---

**Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz**

**Presidente**

---

**Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga**

**Vocal 1**

---

**Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala**

**Vocal 2**

---

**Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla**

**Vocal 3**

---

**Dra. Vanesa Jiménez Arroyo**

**Vocal 4**

## Acta de revisión

La Profesora e Investigadora de tiempo completo **María Magdalena Lozano Zúñiga** adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

### CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Sentimiento de soledad relacionado a depresión en personas adultas mayores en Morelia Michoacán**” elaborado por la LE. Miriam Mendoza Nicolás, mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestra en Enfermería con Terminal en Gestión, Dirección y Liderazgo** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar

Zavala

Profesora e Investigadora

Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dra. María Magdalena Lozano

Zúñiga

Profesora e Investigadora

Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz

Profesora e Investigadora

Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dra. Josefina Valenzuela

Gandarilla

Profesora e Investigadora

Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Profesora e Investigadora

Tiempo Completo

Facultad de Enfermería

## **Dedicatoria**

### **A Dios**

Por cada día que me ha guiado, porque nunca me ha dejado y en los momentos más difíciles me da la fuerza para salir adelante y así concluir con un objetivo más en mi vida que es mi tesis.

### **A mis hijos**

Que son mis dos tesoros, mis motivos y mi motor para seguir adelante.

A mi hijo Ian que siempre estuvo a mi lado en cada una de las desveladas que pase durante la maestría, que con su ternura y amor me hacía más liviano esos desvelos.

A mi hija Grettell que llego a mi vida para hacerme más fuerte, contigo he aprendido que si uno se propone metas se puede lograr.

### **A mi esposo**

Que siempre me has dado el apoyo incondicional, por su comprensión y amor durante esta etapa de mi vida.

## Agradecimientos

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Facultad de Enfermería por permitirme a realizar y concluir con mis estudios de maestría.

A mi directora de tesis, la *Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga* por haberme brindado y guiado con sus conocimientos, paciencia y dedicación para la elaboración de este proyecto de tesis.

A mi codirectora de tesis, la *Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala* por sus consejos y conocimientos que me ha brindado durante el proceso de mi proyecto de tesis.

A mis profesores, principalmente a la *Dra. Ma. de Jesús Ruiz Recéndiz* por sus enseñanzas, apoyo y confianza que me ayudaron durante el desarrollo de este proyecto de tesis.

Y a cada uno de mis docentes de la maestría que me brindaron sus conocimientos y experiencias en esta etapa de mi vida.

## Resumen

**Introducción:** La vejez es un periodo de la vida en donde se presentan diversos cambios físicos, psicológicos, fisiológicos e inclusive trastornos como la depresión o el sentimiento de soledad, lo cual debe ser tratado por personal de salud calificado. **Objetivo.** Analizar el sentimiento de soledad y su relación con la depresión en personas adultas mayores en Morelia Michoacán. **Método.** Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y transversal. La muestra fue no probabilística ( $n=150$ ) de adultos mayores en la Colonia La Aldea de la Ciudad de Morelia, Michoacán, con muestreo por conveniencia. Instrumentos: escala de soledad social Este II ( $\alpha=0.86$ ) y escala de Hamilton ( $\alpha=0.80$ ). **Resultados:** Del total de los participantes un 52% fueron varones, 50.7% casados, 45.3% cuenta con un nivel académico de primaria, 32.7% se dedican al hogar, 80.7% vive con su familia y la media de edad fue de 69 (DE=6.946) años. Respecto al nivel de soledad fue bajo en la escala total con un 50.7% y en las dimensiones percepción de apoyo social se reportó un 76.7% y en índice de participación social subjetiva 71.3%; sólo se encontró nivel alto en la dimensión uso de nuevas tecnologías con un 34.7%. Respecto a la depresión 53.3% de los adultos mayores presento algún nivel de depresión. Se identificó relación estadísticamente significativa positiva y moderada entre depresión y soledad ( $r=.466$ ,  $p=.000$ ), por lo que se acepta la hipótesis alterna que dice que a mayor sentimiento de soledad mayor depresión. **Conclusión:** La existencia del sentimiento de soledad y la depresión en el adulto mayor, son problemáticas de Salud Pública, donde el profesional de enfermería puede actuar con mayor énfasis en la promoción de salud, detección y remisión para un tratamiento oportuno.

**Palabras claves:** Salud, Prevención, Riesgos, Vejez, Tristeza.



## Abstract

**Introduction:** Old age is a period of life where various physical, psychological, physiological changes and even disorders such as depression or feelings of loneliness, which must be treated by qualified health personnel. **Objective.** To analyze the feeling of loneliness and its relationship with depression in older adults in Morelia Michoacán. **Method.** Quantitative approach, non-experimental, correlational and transversal design. The sample was non-probabilistic (n=150) of older adults in the Colonia La Aldea of the city Morelia, Michoacán, with convenience sampling. Instruments: Este II social loneliness scale ( $\alpha=0.86$ ) and Hamilton scale ( $\alpha=0.80$ ). **Results:** Of the total participants, 52% were men, 50.7% were married, 45.3% had a primary education level, 32.7% were housewives, 80.7% lived with their family and the average age was 69 (SD =6,946) years. Regarding the level of loneliness, it was low on the total scale with 50.7% and in the dimensions perception of social support it was reported at 76.7% and in the subjective social participation index 71.3%; A high level was only found in the use of new technologies dimension with 34.7%. Regarding depression, 53.3% of older adults presented some level of depression. A statistically significant positive and moderate relationship was identified between depression and loneliness ( $r=.466$ ,  $p=.000$ ), therefore the alternate hypothesis that says that the greater the feeling of loneliness the greater the depression is accepted. **Conclusion:** The existence of the feeling of loneliness and depression in the elderly are public health problems, where the nursing professional can act with greater emphasis on health promotion, detection and referral for timely treatment.

**Keywords:** Health, Prevention, Risks, Old Age, Sadness.

## Índice

Directorio	i
Mesa sinodal	ii
Acta de revisión	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstract	vii
Índice	viii
Índice de Tablas	x
Índice de Figuras	x
Introducción	1
Capítulo I	3
I. Justificación	4
II. Planteamiento del Problema	11
III. Objetivos	13
IV. Hipótesis	13
Capítulo II	14
V. Marco teórico	15
5.1. Soledad	15
5.2. Depresión	17
5.3. Concepto de Adulto Mayor	21
Capítulo III	23
VI. Material y Métodos	24
6.1. Enfoque	24
6.2. Diseño	24
6.3. Universo	24
6.4. Muestra y muestreo	24
6.5. Variables	24

6.7. Criterios de selección	25
6.8. Instrumentos	25
6.9 Procedimiento	27
6.10. Análisis estadístico	29
6.11. Difusión	30
6.12. Consideraciones éticas y legales	30
Capítulo IV	32
VII. Resultados	33
VIII. Discusión	39
IX. Conclusiones	42
X. Sugerencias	43
XI. Referencias	44
XII. Anexos	50
Anexo 1 Escala de soledad	50
Anexo 2 Escala de Hamilton	51
XIII. Apéndices	55
Apéndice 1 Operacionalización de la variable Soledad	55
Apéndice 2 Operacionalización de la variable Depresión	56
Apéndice 3 Operacionalización de las variables sociodemográficas	57
Apéndice 4 Cedula de consentimiento informado	59

### Índice de Tablas

No.	Nombre	Pág.
1	Niveles de puntuación de la escala Este II.	26
2	Niveles de puntuación de la escala Hamilton.	27
3	Datos sociodemográficos de adulto mayor.	33
4	Edad de adulto mayor.	34
5	Niveles de soledad en adultos mayores.	34
6	Niveles de depresión en el adulto mayor.	35
7	Correlación entre soledad y depresión en el adulto mayor.	35
8	Relación de la variable soledad, sus dimensiones y la variable depresión en el adulto mayor.	36
9	Relación del sentimiento de soledad y las variables sociodemográficas.	37
10	Relación de depresión y las variables sociodemográficas.	38

### Índice de Figuras

No.	Nombre	Pág.
1	Procedimiento del proyecto de investigación	28

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que existe mayor longevidad en la población mundial, por lo que se requiere redoblar esfuerzos para atender a la población envejecida, en especial en primer nivel de atención, para realizar acciones oportunas de detección y tratamiento. También la OMS refiere que la vejez implica cambios, sociales, físicos y mentales, todos estos cambios influyen en su perspectiva de la vida, lo cual puede ser una visión positiva o negativa, esto va a depender de la vivencia de cada persona (OMS 2022).

En México se considera Adulto Mayor (AM) a toda persona que ha cumplido 60 años de acuerdo con el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores por sus siglas INAPAM, y considera que en esta etapa de la tercera edad se presentan muchos cambios biológicos, psicológicos y sociales, además se requiere la interacción de un equipo de salud para actuar oportunamente (INAPAM, 2019).

En la tercera edad suelen ocurrir alteraciones de salud, las cuales se ven más afectadas por condiciones familiares y/o sociales tal es el caso de la vivencia del sentimiento de soledad, así como la presencia de depresión. La soledad aparece con gran importancia subjetivamente cuando el AM analiza su vida actual y comprende que no es nada parecido a lo que el pretendía vivir en la vejez (Vázquez-Nold et al., 2022), por otro lado, la depresión en este grupo etario se presenta con frecuencia, está documentado desde la antigua Grecia la presencia de este trastorno de salud; el cual se ha relacionado con el bajo nivel económico, el género con más presencia en la mujer, así como la presencia de soledad (Millán, 2006, como se citó en Martínez-Mendoza et al., 2021).

El que la persona adulta mayor viva con soledad o depresión, afecta su desempeño de la vida diaria especialmente la depresión, ya que esta enfermedad puede ser muy discapacitante: En ambas condiciones hay falta de interés para realizar actividades de la vida diaria y puede llegar inclusive a generar aislamiento y agravar síntomas depresivos en caso de presentar dicha alteración de salud. Es por ello que se debe actuar oportunamente como equipo multidisciplinario iniciando con un diagnóstico

oportuno y tratamiento precoz, siempre con énfasis en el autocuidado y trabajo en equipo por parte del personal de salud. Por lo anterior descrito se decide realizar esta investigación.

El presente trabajo está constituido por cuatro capítulos: En el primero se presenta la justificación donde se coloca la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad, así como los artículos relacionados, a continuación se encuentra el planteamiento del problema donde se describe la relevancia del mismo, así como la participación del profesional de enfermería y la pregunta de investigación; para cerrar este capítulo se encuentran los objetivos general, así como específicos que serán la guía de este trabajo; por último se encuentran las hipótesis.

El segundo capítulo, está compuesto por el marco teórico donde se desarrolla lo concerniente a las variables de estudio y población; primero se da a conocer el concepto de la variable soledad, seguida de los tipos de soledad; también se incluye el concepto de la variable depresión, así como los tipos y sus factores de riesgo, por último, se encuentra lo relacionado con el adulto mayor, su definición, clasificación y los cambios que presenta este grupo etario.

El tercer capítulo, está conformado por materiales y métodos dando a conocer el enfoque de estudio y diseño, el universo, muestra y muestreo, los criterios de selección inclusión, exclusión y de eliminación, también se colocan las variables de estudio, y los instrumentos que se utilizaron para medir las variables de estudio. Continúa con el procedimiento de investigación, se define el análisis estadístico, la difusión del proyecto, las consideraciones éticas y legales.

Por último, se desarrolla el cuarto capítulo, en donde se describe los resultados de la presente investigación, la discusión, conclusión, sugerencias, referencias bibliográficas, anexos en el cual contiene los instrumentos que se utilizaron para cada variable y apéndices en donde se da a conocer la operacionalización de la variable soledad, depresión y las sociodemográficas, finalizando con la cedula de consentimiento informado.

Esta investigación, contribuye con la Línea de Generación y Aplicación del conocimiento en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo: "Cuidado y autocuidado integral del adulto mayor".



## I. Justificación

La vejez, es un ciclo de vida que al llegar a ella hay muchos cambios físicos, psicológicos y fisiológicos que en ocasiones es difícil de asimilar, ya que es una etapa vulnerable del ser humano, en el cual tiende a desarrollarse problemas en la salud y que necesita del profesional de la salud al igual que apoyo de la familia, para ayudar al bienestar del mismo. Los autores Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta (2021) refieren que a nivel mundial la población de adultos mayores aumentara rápidamente en 40 años, esto a causa del cambio que se ha dado en “la esperanza de vida y el decrecimiento de la tasa de fecundidad” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CONAPO], 2019, párr. 1).

Por lo anterior expuesto, la Organización Mundial de la Salud (2022) da a conocer que los AM de 60 años han superado al número de niños menores de cinco años, esta población crecería del 12% al 22% entre los años 2015 y 2050, es decir, se pronostica que ascenderá 2100 millones de AM en todo el mundo en el año 2050. También la OMS menciona, que un más del 20% de esta población padecen de un trastorno mental, un ejemplo y de mayor prevalencia de esto es la depresión sobre todo en esta población ocasionando que su vida sea más complicada (2017), esto hace que requieran del personal profesional de salud y de su familia para poder seguir con su vida cotidiana, aunque muchas veces la misma sociedad los aíslan o los hace a un lado tal vez inconscientemente, generando que ellos se sientan solos y como consecuencia se deprimen.

Por lo tanto, la OMS considera que la depresión a nivel mundial lo padecen el 7% de los adultos mayores (2017), este padecimiento si no es atendido a tiempo puede ocasionar problemas graves en la persona que lo vive, en el peor de los casos puede llevarlo al suicidio ya que para la persona que lo padece está sufriendo cada día de su vida.

Respecto al sentimiento de soledad, Palacios (2016) menciona que, es más notable en países de primer mundo y cada vez aumenta este problema debido a las diversas actividades de los otros miembros de la familia o bien por la migración de su familia. En contraste, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2019) publicó con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018), en México viven 15.4 millones de personas adultas mayores y



de esta población el 1.7 millones viven solos, con estos datos podemos apreciar que 1 de cada 10 personas de este grupo etario viven solas. En esta misma línea, el INEGI (2021) informa que el 15.4% de adultos mayores presentan indicios de depresión y se ve más evidente en el sexo femenino con un 19.5 % estos son los resultados que se obtuvo la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE).

En el año 2020, el Consejo Estatal de Población en Michoacán (COESPO, 2020) dio a conocer que hay 554, 069 adultos mayores y esto hace referencia que son el 11.48% de la población total en la entidad, por lo tanto en el municipio de Morelia se tenían datos de 89,770 adultos mayores; esta población del adulto mayor va ascendiendo rápidamente y esto implica más atención hacia ellos, por todas las necesidades que conlleva la vejez, para poder tratar estas necesidades se requiere contar con un buen ingreso económico o bien estar afiliado a alguna institución de servicio de salud para su atención, de igual manera, INEGI (2021) reporta que Michoacán es uno de los estados con porcentajes altos en donde los Adultos Mayores, no cuentan con la afiliación a los servicios de salud, esta problemática lleva a la sociedad a tener miedo, preocupación al llegar a esta etapa de la vida y no contar con la economía suficiente para poder ser atendido ante sus necesidades de salud.

En la tercera edad, es de suma importancia la promoción a la salud, así el diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades que el AM puede presentar, por esta misma razón se hace énfasis en la familia para evitar los sentimientos de soledad y depresión en la vejez, ya que estas son dos afecciones que se dan mucho en este periodo de vida por diferentes factores.

Cabe mencionar, que Petite et al., (2015 como se citó en Camargo-Rojas y Chavarro-Carvajal, 2020), menciona que la soledad se da en un 20% al 40% en el AM, se hallaron investigaciones en que, la soledad incrementa la probabilidad de presentar problemas de depresión en personas mayores, esto se debe a la experiencia vivida tales como es la soledad familiar y social, además de la presencia en enfermedades y el ser viudo estos factores contribuyen a que el AM no tenga una buena calidad de vida (Acosta et al., 2017), como consecuencia de estas alteraciones dan lugar al descuido personal del

mismo, a la mala nutrición, a la inactividad física, siendo un factor de riesgo que puede llegar a la muerte, es decir, que compromete la salud y el bienestar en el adulto mayor.

Por estas razones, la soledad y depresión en el AM requiere ser abordado por todo el equipo multidisciplinario de salud, sobre todo es de suma importancia en salud pública para ser detectado oportunamente y para ser tratado integralmente, debido al impacto que ha tenido ante la sociedad en los últimos años. Con la finalidad de prevenir las complicaciones del sentimiento de soledad y depresión el personal de enfermería implementa el autocuidado hacia el adulto mayor ante esta problemática ya mencionada, para el familiar se da el conocimiento para tratar o evitar las complicaciones de la soledad y depresión en el AM, así motivar y potenciar su vida de una forma normal o de manera positiva.

Con esta investigación se espera analizar el sentimiento de soledad relacionado a la depresión en adultos mayores que viven en la Colonia La Aldea, Morelia, Michoacán; los resultados obtenidos podrían favorecer a la detección temprana del sentimiento de soledad y depresión del AM, para poder proponer estrategias que coadyuven en la resolución de esta problemática, los resultados obtenidos se podrán utilizar para futuras investigaciones.

Este estudio, es factible porque se cuenta con el conocimiento necesario sobre el adulto mayor, además se tiene el acceso a la población de estudio, existe la disponibilidad de las personas AM de la Colonia La Aldea de Morelia, Michoacán, así mismo, se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros para que sea posible llevar a cabo la investigación.

Algunos estudios relacionados a esta temática reportan los siguiente: en el año 2017 se realizó un estudio en Perú, con el objetivo de determinar el nivel de soledad social en AM de la región Ica, este estudio es no experimental, de corte transeccional con un diseño descriptivo, aplicando la escala ESTE II , con una muestra de 236 participantes, se obtuvo como resultado que prevaleció la soledad en el sexo femenino con un 47%, en participantes que no padecen alguna enfermedad 40%, así mismo, se encontró que presenta soledad en los AM que tienen estudios superiores 80% que aquellos que solo cuentan con un nivel académico de secundaria o que no cuentan con estudios, en general, en la región Ica el 34%

de los encuestados tienen un nivel de soledad bajo, el 32% tienen un nivel de soledad media y el 34% de participantes tienen un nivel de soledad alto (Tinco, 2018).

Mientras tanto, Quintero-Echeverri et al., (2018) en Colombia realizaron una investigación con el objetivo de comparar los niveles de soledad entre la población adulta institucionalizada y la no institucionalizada utilizando la escala de ESTE II, contando con dos grupos de AM, la muestra de AM que no se encontraban en una institución fue de 869 y el otro grupo de población 379 AM residentes en centros gerontológicos públicos y privados, en donde se obtiene como resultado que el sentimiento de soledad fue mayor en adultos institucionalizados. También se observó, que tanto en los grupos de AM institucionalizados y no institucionalizados el estado civil estuvo relacionado con la soledad.

Por otro lado, Moran y Ávila (2020) en su investigación para determinar la relación entre ansiedad y depresión en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial que asisten a la consulta externa en el IGSS de Guazacapán, en el departamento de Santa Rosa, utilizaron la escala de Hamilton, con una muestra de 50 pacientes de tercera edad, se obtuvo como resultado que 42 pacientes presentaron Depresión o Ansiedad y la edad entre los 60 y 92 años, el 57% (n=24) de adultos mayores que presentaron ansiedad o depresión fueron mujeres, siendo este el predominante, frente al 43% de hombres (n=18).

En el año 2020, en Cuba se dio a conocer un estudio en donde se buscó caracterizar la soledad social en los adultos mayores hospitalizados, utilizando la escala ESTE II, con una muestra de 212 pacientes que vivían en compañía y se obtuvo que predominó alto nivel de sentimiento de soledad en los AM, con bajo nivel de escolaridad, presencia de enfermedad crónica, carencia de percepción de apoyo y participación social y con un bajo acceso a las nuevas tecnologías (Hernández et al., 2020).

Por otra parte, Amaya et al. (2021), realizaron un estudio con el objetivo de identificar el nivel de soledad social, su relación con el equilibrio afectivo y optimismo disposicional, con una muestra de 97 AM institucionalizadas y 145 no institucionalizadas de la ciudad de Bogotá, con una edad de 60 a 99 años, durante el confinamiento, año 2020. Se utilizó un diseño de tipo cuantitativo descriptivo, correlacional, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Se llevó a cabo un estudio

demográfico en el cual se encuentran cuatro ítems y las escalas Este II, para evaluar el grado de soledad social, Spane, para conocer el nivel de equilibrio afectivo y Lot-R, para obtener el grado de optimismo disposicional. En donde se obtuvo que los AM institucionalizadas y no institucionalizadas presentaron un medio y bajo nivel de soledad social, un alto nivel tanto de equilibrio afectivo, así como de optimismo disposicional, y, por otro lado, el equilibrio afectivo y optimismo disposicional hay una correlación con el nivel de soledad social.

En España, se realizó un estudio en donde buscaron conocer la prevalencia de soledad y aislamiento social en mayores de 65 años en Ourense y sus factores asociados, se utilizó el instrumento OARS-MFAQ (Olders American Resource and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), su muestra fue de 572 AM, con una edad media de 79 años, en donde se obtuvo los siguientes resultados: soledad: 32.7%; vive sola/solo: 17%; sin contacto semanal: 18.9%; aislamiento social: 1.4%. Causas relacionadas a la soledad: el sexo (ser mujer), tener pensión y nivel educativo bajos, depresión, deterioro cognitivo, pérdida de visión, que tenga dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, tomar psicofármacos en los 6 meses previos y la necesidad de mejoras en la vivienda (Hernández et al., 2021).

Por su parte, Ecuador López y Zambrano realizaron un estudio de investigación donde identificaron en los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil, el sentimiento de soledad percibido en relación con sus vínculos afectivos, utilizando Escala ESTE I y II además de la escala MOS, los encuestados fueron 274 AM, en este estudio se evidencia que en los AM el sentimiento de soledad puede presentarse como algo de mayor magnitud, así mismo se da a conocer que existe una “gran relación la posibilidad de que las personas con las que vive el adulto mayor sean cercanas o amigos” (2021, p.81).

En cuanto a la depresión, Hernández-Chavez et al., (2017) realizaron un estudio en México en un centro geriátrico de la ciudad de Chetumal, Quintana Roo, con la finalidad de identificar el índice de depresión, con una muestra no probabilística, de 16 personas de 65 a 87 años, utilizando la escala

Hamilton, en donde se obtuvo la prevalencia de depresión leve 31.25% y moderada con un 18.75% obteniendo un total de 50.0%.

Otro estudio, se realizó en el año 2020 por Lliguisupa-Peláez et al., donde se definieron los niveles de depresión en AM, atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Homero Castanier Crespo, esta investigación es de tipo descriptiva y transversal, se llevó a cabo durante el período julio-agosto del año 2017, con una muestra de 82 AM, se aplicó la Escala de Depresión de Yesavage (GDS-15), en donde se obtuvo que el 35.3% de los adultos mayores presentaron depresión leve, el 11% depresión establecida y el 53.7% no presentaron rasgo depresivo, la presencia de depresión fue más prevalente en el sexo femenino 34.1%.

En tal sentido, Duran-Badillo et al., realizaron una investigación de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal con el objetivo de determinar la relación entre la depresión, ansiedad y función cognitiva con la dependencia en AM, con una muestra de 98 AM hospitalizados. Se utilizó la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, el test de evaluación cognitiva de Montreal e índice de Barthel. Se obtuvo que el 33% de las dependencias funcional es a la edad, genero, presencia de depresión, ansiedad y función cognitiva, así mismo se observó que las variables que influyen son genero ( $p=.000$ ), depresión ( $p=.002$ ) y función cognitiva ( $p=.002$ ) en la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria (2021).

Fue así que, el año 2020, Viviana realizó una investigación en Argentina, en donde se identificó el riesgo de depresión y los factores psicosociales predisponentes en AM de ámbitos rurales y urbanos, en una muestra de 80 AM, con una edad de 65 años en adelante, de zonas rurales y urbanas del sur de la provincia de Misiones. Se utilizó la escala de Yesavage de Depresión Geriátrica (GSD-15), y para los factores predisponentes a la depresión se realizó una entrevista semiestructurada, así mismo se llevó a cabo un análisis de regresión para determinar el peso predictivo de los factores de riesgo sobre la depresión. Obteniendo como resultados valores normales y leves de depresión en ambas muestras, con mayor prevalencia en la población de AM de zona urbana con niveles de depresión leve ( $n=14$ ) y moderado ( $n=4$ ), por lo tanto esta muestra tiene mayor riesgo a padecer depresión, así mismo se

observó que los principales factores predisponentes en la población rural son la baja espiritualidad, la situación socioeconómica y los duelos recientes; mientras que en la población urbana es la falta de propósito en la vida y los duelos recientes.

Otra investigación en donde se analizó la relación entre la soledad y ansiedad, depresión y calidad de vida con una muestra de personas 90 AM institucionalizadas de Bizkaia, con una edad media de  $84.44 \pm 8.91$  años, como resultados sobresalientes se encontró que aquellas personas que presentaban más soledad tenían mayores síntomas de ansiedad y depresión. En cuanto al sexo femenino se observó que una mayor soledad se relacionó con mayor puntuación de la escala de depresión GSD ( $p=0.001$ ), mayor puntaje en la escala de ansiedad HARS ( $p=0.017$ ) y una percepción de mala calidad de vida ( $p=0.001$ ). Así mismo, en el sexo femenino la soledad se relacionó con un mayor tiempo de institucionalización ( $p=0.046$ ), con menor número de hijos y nietos (Vitores, 2020).

Mientras tanto, en el año 2022 se dio a conocer un estudio a 144 personas donde primero se aplicó la escala de Yesavage obteniendo como resultados que el 32.6% ( $n=47$ ) de AM presentan depresión y el 67.3% ( $n=97$ ) se encuentran sin depresión, también se observó que las mujeres prevalecieron con la presencia de depresión en un 62% ( $n=29$ ). Posteriormente, se aplicó la escala de Hamilton en los participantes que presentaron depresión, en donde se obtuvo que el 48.9% ( $n=23$ ) de los AM tenían depresión ligera/menor, seguida de la depresión moderada con 29.8% ( $n=14$ ) y en menor proporción la depresión muy severa con un 6.4% ( $n=3$ ) (Mendinueta et al., 2022).

## II. Planteamiento del Problema

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, s.f.) menciona que el envejecimiento es un tema que está transformando el siglo XXI, por el incremento que se está dando y esto ocasiona cambios en la sociedad tales como la estructura de la familia y sus lazos. Por esta razón, América Latina se está organizando para este cambio ya que ha dado a conocer que tiene tres países con un ascenso sorprendente de adultos mayores, estos países son: Cuba, Chile y Uruguay (Observatorio Latinoamericano de Descensos de Población [OLAC], 2021).

Esto implica todo un desafío para la sociedad, ya que son muchos cambios para el bienestar del adulto mayor, debido a la transformación que conlleva la vejez como el deterioro de capacidades físicas y mentales, la vulnerabilidad de adquirir una enfermedad y las consecuencias de esto como la muerte (OMS, 2022), los gastos que requiere para su atención de estas necesidades son muchas, como ya se mencionó se ha visto el cambio de la estructura familiar y esto lo hace un poco más difícil que el ser humano adquiera esa empatía con los adultos mayores.

Investigaciones anteriores, indican que la soledad en adultos mayores propicia a la depresión en ellos, Chaparro et al., (2019) menciona que la soledad es una experiencia que muchos adultos mayores la viven, perjudicando su vida habitual ocasionando tristeza y esto es una complicación de una persona adulta que no tiene una vida social activa, que es viudo(a), tiene desapego con su familia o que presenta alguna enfermedad, por eso es importante la detección oportuna de la soledad para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

El profesional de enfermería cuenta con las competencias necesarios para poder orientar a los familiares sobre el ámbito preventivo. Una forma de prevenir es dar orientación a los familiares sobre la importancia de llevar una alimentación adecuada, ejercicio, ingesta de medicamentos, y que los adultos mayores se integren a las actividades de la familia o en grupos de auto ayuda, grupos recreativos, es importante tener empatía con esta población debido a todos los cambios que tienen en la vejez, que es donde requieren más cuidados por las barreras o limitaciones que se presentan con cada uno de ellos.

Existen instituciones especializadas para la atención del AM en donde el profesional de enfermería se desenvuelve con sus cuidados e intervenciones que requieren, para su bienestar y mantenimiento a la salud de esta población, dentro de estas instituciones el adulto mayor tiene actividades durante el día y llevan su vida normal claramente con el apoyo multidisciplinario que ellos requieren, esto les ayuda a afrontar las situaciones que tienen durante esta etapa de vida.

El profesional de enfermería está preparado para diversos casos que se presentan en la salud del ser humano, con sus conocimientos dan la prestación de sus cuidados de manera íntegra hacia los pacientes, en conjunto con el equipo multidisciplinario de la salud, la atención hacia los pacientes de manera oportuna ayudar a evitar riesgos severos en la salud del paciente.

La soledad y depresión en el AM es un problema de salud pública, que se viene dando de tiempo atrás y que se tiene que tomar énfasis para evitar graves consecuencias en su salud, estos problemas emocionales hacen que el AM se descuide desde su aspecto físico, higiene hasta en sus tratamientos terapéuticos.

Como ya se ha mencionado, esta población requiere de más cuidados afectivos para aportar seguridad y apoyo que ellos requieren, ya que ellos tiene esa necesidad de ser escuchados y que los tomen en cuenta, esto se vuelve una necesidad por todos los cambios físicos, emocionales y sociales que lleva la vejez, haciendo que sean más sensibles en carácter, y al afrontan una sociedad insensible en donde los discriminan, no les dan al atención que ellos requieren o por lo menos que los escuchen o incluyan en actividades familiares, los orillan a sentirse olvidados, viviendo con el sentimiento de soledad y depresión.

Por lo anterior, surgió la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de sentimiento de soledad y depresión en personas adultas mayores de Morelia Michoacán?



### III. Objetivos

#### 3.1. General

Analizar el sentimiento de soledad relacionado con la depresión en personas adultas mayores en Morelia Michoacán

#### 3.2. Específicos

1. Describir a las personas adultas mayores que participan en el estudio con base a las variables sociodemográficas.
2. Identificar el nivel de sentimiento de soledad en los adultos mayores.
3. Valorar la presencia de depresión en personas adultas mayores.
4. Determinar la relación del nivel de sentimiento de soledad con la depresión en los adultos mayores.

### IV. Hipótesis

H<sup>i</sup> A mayor sentimiento de soledad mayor depresión en personas adultos mayores en Morelia Michoacán.

H<sub>0</sub> A menor sentimiento de soledad menor depresión en personas adultos mayores en Morelia Michoacán



## **V. Marco teórico**

Este capítulo, está conformado por el marco teórico, donde se abordan las variables y población de estudio. Se inicia con la variable soledad, donde se conceptualiza, se colocan tipos de soledad. Enseguida, la variable depresión, su concepto, tipos de depresión, así como los factores de riesgo. Por último, la población de estudio que es las personas adultas mayores, se define el concepto, clasificación, así como los cambios que esta población presenta.

### **5.1. Soledad**

La soledad, se puede dar en cualquier etapa de vida, más sin embargo los adultos mayores son más propensos a experimentarlo debido a todos los cambios que conlleva la vejez (López y Díaz, 2018), es decir, es originada por la falta de empatía familiar, la pérdida de un ser querido como puede ser un amigo (a), miembro familiar o bien de su cónyuge, cambios biológicos mismas de la vejez y la parte económica siendo una principal barrera ante el AM debido a que en la mayoría no cuenta con un ingreso que solvete los gastos que se va generando durante esta etapa (Ramírez, 2019).

Existen personas que no reconocen presentar sentimiento de soledad en su vida por pena o miedo debido a que en el mismo ser humano señala a las personas que viven esta situación como consecuencia de su carácter o de su forma de ser (Paz, 2019), ante esta actualidad, la misma sociedad se ha encargado de que el AM no sienta la confianza de contar sus inquietudes o decir cuando necesita ayuda siendo un limitante para el personal de enfermería o el equipo multidisciplinario de la salud.

#### **5.1.1. Concepto de soledad**

Al llegar a la vejez, el AM presenta cambios en su persona y en su vida, esto puede dar lugar al sentimiento de soledad, dependiendo de cómo el AM tome cada uno de los cambios que se le van presentando, para poder tener una salud mental equilibrada.

Se define la soledad, como “un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas

actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales” (2007, como se citó en Quichiz y Rojas, 2018, p.13). Otros autores mencionan que la persona que padece de soledad tiene un “sentimiento poderoso de vacío y de aislamiento” (Trujillo-León, et al., 2021, párr. 31).

En este sentido, Yanguas et al., indican que la “condición de soledad se presenta gracias a un proceso cognitivo de cada individuo, según su realidad e historia y está relacionada con la fragilidad y vulnerabilidad” (2018, como se citó en Trujillo-León, et al., 2021, párr. 4). Por lo anterior, se debe de tener presente que cada AM es diferente, por lo cual se debe otorgar un trato digno.

### **5.1.2. Tipos de soledad**

Existen diferentes tipos de soledad que el AM puede presentar, se puede encontrar: soledad emocional, soledad social, soledad familiar y soledad conyugal.

Paz, define a la soledad emocional como la falta de la imagen de un ser querido con el que se tenía una estrecha confianza ya sea de amistad o íntima, creando inquietud, ansiedad, vacío (2019), esto puede relacionarse con disminución de autoestima, sentimiento de depresión y desesperanza (Abad, 2021).

Por otro lado, Paz describe la definición de soledad social como la carencia de interacción con la familia, amigos, vecinos, conocidos, es decir, su vida social es muy deficiente ocasionando exclusión y fastidio (2019).

Estas dos están ligadas como consecuencia una de otra debido a que si no hay vida social activa se presenta una alteración emocional porque el ser humano por naturaleza es un ser que requiere de interacción con otras personas.

Ahora bien, Pinel y Rubio (2016, como se citó en Ortiz, 2018) dan a conocer en la escala ESTE los siguientes tipos de soledad: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social, y crisis existencial.

**Soledad familiar.** Es la carencia de apoyo por parte de algún integrante de la familia es decir aquí el adulto mayor no percibe comprensión o el afecto que desea por parte de su familia.

**Soledad conyugal.** Se da cuando hay una falta de sentimiento de amor por parte de su pareja ya sea por el fallecimiento de la pareja o simplemente por una mala relación.

Soledad social. Es la falta de relación social, es decir no cuenta con amistades, conocidos y como consecuencia no confía en personas para que exprese sus inquietudes o problemas.

**Crisis existencial.** Es una consecuencia de un problema en el cual el adulto mayor se percibe de manera diferente a la realidad generando ideas o sentimientos negativos a su persona, esto se puede dar ante una situación de enfermedad, de cambios físicos de la persona o de la pérdida de un ser querido.

Estos tipos de soledad son los más comunes en la sociedad en la que se vive actualmente y la que padece el AM por eso es importante conocerlos e identificar cada uno de ellos, para poder saber abordarlos y que sean tratados con todo el equipo multidisciplinario en salud.

De acuerdo a Abad, existen dos dimensiones de la soledad, soledad objetiva y soledad subjetiva, en la primera se da cuando se vive solo y que no requiere de estar con personas por que el individuo así lo ha decidido mientras que en la soledad subjetiva es lo contrario ya que, aunque AM viva con otras personas el individuo se siente solo (2021).

Por lo tanto, se debe enfatizar que cada AM experimenta el sentimiento de soledad con diferente duración de tiempo y esto dependerá de cómo lo vive o percibe cada persona, en el cual se encuentran las siguientes: a) Crónica. Tiene una duración de dos o más años en el cual no tiene la capacidad el convivir con otras personas, b) Situacional. Esta es el resultado de un conflicto en que la persona está viviendo en ese momento ocasionando emociones negativas, c) Pasajera. Se da de manera eventual o esporádico con una duración muy corta (Paz, 2019).

## **5.2. Depresión**

Dentro de las enfermedades mentales podemos encontrar la depresión siendo una alteración frecuente en el AM, la OMS (2023) refiere que la depresión es un trastorno mental donde se manifiesta una tristeza constante dando lugar a cambios negativos en el patrón de sueño y la alimentación debido a una pérdida, el cual altera su bienestar, haciendo su vida más compleja para la persona que lo padece. Este trastorno se puede dar en cualquier etapa de la vida y sin diferenciación de estatus económico, ni

de sexo, es decir que se puede dar en hombres o mujeres a nivel mundial, aunque en las mujeres están más predispuestas.

Al ser detectado oportunamente la depresión y con un nivel leve puede ser tratado sin necesidad de medicamentos, pero si es grave se requiere de un profesional especializado para su tratamiento y dentro de este tratamiento se requiere de medicamentos, si no es atendida esta enfermedad puede ocasionar la muerte de la persona que lo padece (Martínez, 2019), esta es la importancia de conocer esta alteración mental para poder ser tratado de manera correcta y evitar que se llegue a complicaciones graves o que comprometan la vida del AM.

### **5.2.1. Concepto de depresión**

La depresión “es un trastorno mental, afecta los pensamientos y comportamiento en el AM, causando una alteración negativa en sus relaciones personales con las personas que lo rodean, en este trastorno la percepción de su entorno se vuelve negativa” (DSM-V, 2014, como se citó en Guevara et al., 2020, párr.9).

### **5.2.2 Tipos de depresión**

El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH, 2017), hace referencia a tres tipos de depresión que son: depresión grave o mayor, trastorno depresivo persistente (distimia) y depresión menor.

**Depresión grave o mayor.** Aquí se dan síntomas que entorpece las actividades de la vida diaria como trabajar, dormir, comer y hasta de disfrutar de la vida, es frecuente que en algunas personas presenten varios episodios en su vida, mientras que otras solo tienen un episodio en toda su vida, esto dependerá de cómo perciba su entorno el AM.

Existen varios síntomas en este tipo de depresión, algunos síntomas que da a conocer el Manual de DSM-IV-TR son:

Cambios en su estado de ánimo de forma deprimente durante el día y casi todos los días, desinterés en actividades que anteriormente le gustaban, disminución de peso o incremento del mismo, alteración al querer concentrarse y tomar decisiones, tener pensamientos negativos que comprometen

su vida y dan lugar al sentimiento de culpabilidad, casi siempre se sienten cansados sin ganas de realizar actividades y presentan retrasos psicomotores (DSM-IV-TR, 2014, como citó Ibarra, 2019).

Estos síntomas son de suma importancia que el profesional de salud los detecte oportunamente para poder actuar de manera inmediata y otorgar el tratamiento al AM y mejorar su vida.

**Trastorno depresivo persistente (distimia).** Los síntomas de depresión no son fuertes, aunque dura por lo menos dos años (DSM-IV-TR, 2014, como se citó en Ibarra, 2019), con un tratamiento oportuno se puede hacer un cambio de forma factible en el AM.

El Manual DSM-IV (2014, citado por Ibarra, 2019) hace referencia a los síntomas de depresión distimia: Presencia de pérdida o aumento de apetito, alteración de sueño, se siente cansado, baja autoestima, alteración al querer concentrarse y en la toma de decisiones.

**Depresión menor.** De corta duración y sus síntomas no son tan fuertes como las anteriores ya mencionadas (NIH, 2017).

### **5.2.3. Factores de Riesgos:**

Las causas o factores de riesgos que dan lugar a la depresión son demográficos, anatomofuncionales, genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales.

**Demográficos.** La depresión es más común en adultos mayores que viven en algún albergue e institución, zonas rurales, pobreza, que han enviudado o se han divorciado, que se encuentran en desempleo, con bajo nivel educativo o simplemente que no cuenten con el apoyo de su familia (Calderón, 2018; como se citó en Alvarado, 2020).

**Factores biológicos.** La depresión tiene como resultado en los adultos mayores más vulnerabilidad para las enfermedades debido a la alteración que causa en su cuerpo a nivel neurológico, hormonal e inmunológico, por lo tanto, si el adulto mayor ya padece de alguna enfermedad su recuperación es más lenta y existe el riesgo de que agrave el padecimiento (Achahui, 2019).

En este factor biológico se encuentra:

**Deterioro funcional.** Al padecer limitación funcional ante la realización de las actividades para llevar a cabo en su vida, día a día el AM presenta sentimientos de impotencia el cual tiene mayor prevalencia de presentar depresión.

**Fragilidad.** Es la “pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio” (Zhao et al., 2018, como se citó en Alvarado, 2020, p.33).

**Factores psicológicos.** Con el paso del tiempo se va deteriorando las capacidades intelectuales e incluyendo pérdidas relacionadas a la vejez, tales como la soledad, la lucha por satisfacer sus necesidades, disminución de sus capacidades físicas, deterioro cognitivo, problemas de memoria y aprendizaje de tareas nuevas, afrontamiento de pérdida de personas queridas y del trabajo, etcétera (Achahui, 2019).

Así mismo, Achahui menciona algunos factores psicológicos que pueden alterar la estabilidad emocional del Adulto Mayor:

- **Personalidad.** Son aquellas personas que tienen pensamientos negativos, siempre están preocupados de manera exagerada, no saben afrontar la vida y siempre es inseguro.
- **Soledad.** El adulto mayor le aterra pensar en esta palabra ya que se tiene en un concepto de estar solo por obligación debido a su vulnerabilidad y los cambios de rol en la familia, pero esto dependerá mucho del medio donde vive es decir de la vivencia del adulto mayor dentro de su familia, amigos, vecinos etcétera.
- **Insatisfacción Personal.** Este va a depender de cada persona aquí el adulto mayor deberá buscar sentido a su vida con nuevos proyectos, relaciones para evitar sentir insatisfacción.
- **Pérdidas y duelo.** En pérdidas se refiere a que el adulto mayor depende de alguien más porque ya no se vale por él mismo para hacer su vida cotidiana así mismo se suman la muerte de su pareja, algún miembro de su familia o bien algún ser querido y la jubilación afectando emocionalmente al AM.



- **Factores sociales.** El adulto mayor se ve obligado a los cambios en su vida a causa de la vejez, aquí se ven relacionados al cambio de rol, falta de apoyo social y familiar, problemas económicos y relaciones sociales.
- **Cambios en el rol social.** Sucede muy a menudo en esta etapa de la vida a causa de las limitaciones del mismo, deja su trabajo para poder adquirir intervenciones ante su salud, se recomienda que en este cambio se inicie con actividades para entretener y adquirir nuevos conocidos o amistades, evitando pensamientos sobre el suceso por el cual está pasando.
- **Falta de apoyo social y familiar.** La familia tiene un papel muy importante para el adulto mayor ya que requiere de afecto, cuidados y empatía debido a los cambios que presenta ante la vejez y en general la sociedad debe de poner más énfasis con el adulto mayor, se cuenta con instituciones que otorgan sus servicios para el cuidado del adulto mayor cuando en casa no se puede realizar los cuidados que el usuario requiere y así poder ayudar a su bienestar (2019).

### **5.3. Concepto de Adulto Mayor**

De acuerdo a Martínez, “adulto mayor es el término o nombre de quienes pertenecen al grupo etario que tienen 60 años de edad o más” (2019, p. 8), esta etapa de vida se caracteriza por los cambios que se da en el cuerpo humano del AM y se finaliza esta etapa cuando muere la persona (OMS, 2006, como lo citaron Guevara et al., 2020).

#### **5.3.1. Clasificación del Adulto Mayor**

Existen clasificaciones del AM, Martínez (2019), da a conocer la siguiente clasificación del Adulto Mayor: adulto mayor independiente o auto valente, persona adulta mayor frágil y persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente).

**Adulto Mayor Independiente o Autovalente.** Persona que no requiere de alguien más para poder hacer sus actividades personales en su vida diaria, dentro de estas actividades son el aseo

personal, el alimentarse, cocinar y todas las actividades que se realizan en la casa para mantenerla limpia y en orden, ir de compras, estas personas no presentan ningún problema mental y tiene una vida social normal.

**Persona Adulta Mayor Frágil.** Persona que presenta una discapacidad o limitación, pero aun así sigue siendo autónomo, aunque en las actividades más complejas de su vida diaria si requieren de la ayuda de otra persona por ejemplo el conducir un coche en tiempo prolongado, sin embargo también estas personas corren con el riesgo de volverse dependiente.

**Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente).** Adulto mayor que requiere de otras personas para poder llevar a cabo las actividades de su vida diaria de forma permanente debido a las enfermedades que padece.

### 5.3.2. Cambios del Adulto Mayor

Martínez (2019), refiere tres aspectos generales sobre los cambios que atraviesa el Adulto Mayor:

**Aspecto Físico.** Son los cambios físicos del cuerpo humano que sufren en esta etapa de la vida los adultos mayores, tales como: la pérdida progresiva de energía, de habilidad física y destreza motora”.

**Aspecto Psicológico.** En este sentido se hace referencia a la variación en la inteligencia, en la memoria, en los procesos de aprendizaje, impulsos y emociones.

**Aspecto Social.** Se encuentra relacionado con el vínculo social hacia el AM, ya que durante esta etapa al presentar los cambios físicos y biológicos el mismo individuo va a depender de las opiniones que las personas tienen hacia él, de ello dependerá mucho el bienestar del adulto mayor, es decir, a los cambios a los que se va enfrentando lo que puede condicionar seguridad de él mismo o inseguridad.



## **VI. Material y Métodos**

### **6.1. Enfoque**

Cuantitativo. (Grove y Gray, 2019, p. 89).

### **6.2. Diseño**

Diseño no experimental, correlacional y transversal. (Grove y Gray, 2019, p. 89; Polit y Beck, 2018, p. 284).

### **6.3. Universo**

El universo de esta investigación lo componen personas adultas mayores de la Colonia la Aldea de la ciudad de Morelia, Michoacán.

### **6.4. Muestra y muestreo**

La muestra fue de 150 adultos mayores, que habitan en la colonia la Aldea de Morelia Michoacán, muestreo por conveniencia.

### **6.5. Variables**

La variable soledad, se define como “un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales” (Rubio 2007, como se citó en Quichiz y Rojas, 2018, p.13). La operacionalización de la variable soledad se encuentra en el apéndice 1.

La variable depresión, “es un trastorno mental, afectando los pensamientos y comportamiento en el AM, causando una alteración negativa en sus relaciones personales con las personas que lo rodean, en este trastorno la percepción de su entorno se vuelve negativa” (DSM-V, 2014, como se citó en Guevara et al., 2020, párr.9). La operacionalización de la variable depresión se aprecian en el apéndice 2.

Las variables sociodemográficas para este proyecto fueron edad, sexo, estado civil, grado académico, estatus socio-económico, religión, actividades laborales, vida familiar, antigüedad laboral. La operacionalización de las variables sociodemográficas se ubican en el apéndice 3.

## **6.7. Criterios de selección**

Para este estudio de investigación se utilizó los siguientes criterios de elegibilidad.

### **6.7.1. Criterios de inclusión**

Personas adultas mayores de 60 años de edad, sexo indistinto, residentes en la colonia La Aldea de la ciudad de Morelia, Michoacán, que decidieron participar firmando la hoja de consentimiento informado.

### **6.7.2. Criterios de exclusión**

Personas adultas mayores con sordera, alteraciones neurológicas, trastorno mental y Alzheimer.

### **6.7.3. Criterios de eliminación**

Cuestionarios incompletos o mal llenados.

## **6.8. Instrumentos**

Para medir la variable de Soledad, se utilizó la Escala de Soledad Social Este II, que está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta que son: siempre, a veces y nunca. Esta escala se divide en tres factores: el primer factor, nos indica la percepción del apoyo social, se comprende desde el ítem 1 al 8 con un nivel de escala de bajo de 0-5 puntos, medio de 6-11 puntos y alto de 12-16 puntos, mientras que el segundo factor, nos refiere al uso que el adulto mayor hace de la nueva tecnología que está comprendido por los ítems 9, 10 y 11, con un valor de escala de bajo de 0-2 puntos, medio de 3-4 puntos y alto de 5-6 puntos y por último, tenemos el tercer factor, donde se refiere al índice de participación social que corresponde a los ítems 12, 13, 14 y 15, con un nivel de escala de bajo de 0-5 puntos, medio de 6-11 puntos y alto de 12-16 puntos.

La puntuación total de la escala es entre 0 y 30 puntos, y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems (Pinel et al., 2009, p.8). Ver tabla 1. La escala se encuentra en el anexo1.

**Tabla 1**

*Niveles de puntuación de la escala Este II*

Niveles de soledad	Puntuación	
Escala total	Bajo	0 – 10
	Medio	11 – 20
	Alto	21 - 30
Dimensiones		
Percepción de apoyo social	Bajo	0 - 5
	Medio	6 - 11
	Alto	12 - 16
Uso de nueva tecnología	Bajo	0 - 2
	Medio	3 - 4
	Alto	5 - 6
Índice de participación social subjetiva	Bajo	0 - 5
	Medio	6 - 11
	Alto	12 - 16

*Nota:* Elaboración propia a partir de (Pinel et al.,2009, p.9)

Esta escala, cuenta con un buen índice de fiabilidad  $\alpha = 0.72$  (Pinel et al., 2009, p. 7). Para esta investigación se realizó una prueba piloto para determinar la consistencia interna de la escala, y se obtuvo un coeficiente con alfa de Cronbach de  $\alpha = 0.86$ .

En cuanto a la variable depresión, se midió con la Escala de HAMILTON: escala que consta de 17 ítems, cada cuestión tiene de tres a cinco posibles respuestas con una puntuación de 0-2 ó de 0-4, su puntuación total es de 0 a 52 (Mendinueta et al., 2022, p. 21). Ver tabla 2. La escala se encuentra en el anexo 1.

**Tabla 2***Nivel de puntuación de la escala Hamilton*

Niveles de depresión	Puntuación
No deprimido	0 – 7
Depresión ligera/menor	8 – 13
Depresión moderada	14 - 18
Depresión severa	19 - 22
Depresión muy severa	>23

*Nota:* Elaboración propia a partir de (Mendinueta et al., 2022, p. 21)

Esta escala cuenta con buenos índices de validez y fiabilidad, oscila entre 0.8 y 0.9 de acuerdo con Hernández- Chávez et al., (2017, p. 8). Para esta investigación, se realizó una prueba piloto para determinar la consistencia interna de la escala, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.80.

## 6.9 Procedimiento

Este proyecto de investigación contempla 5 fases (ver figura 1).

Fase I, conceptual, de diseño y planeación.

Después de seleccionar el tema de investigación se realizó el protocolo para poder ser enviado al Comité de Investigación y Ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

También se ejecutó la compra de material y equipo que se necesitó para realizar el proyecto, así como la impresión de la cedula de la colecta de datos y la hoja del consentimiento informado. Otra acción, fue la selección del personal de apoyo, que realizo la colecta y captura de datos, se incluyó a estudiantes de enfermería que cumplieron con los siguientes requisitos: haber cursado la unidad de aprendizaje metodología de la investigación, con experiencia en el área de geriatría, con sentido de responsabilidad y honestidad. La estandarización del personal de apoyo consistió en dos sesiones con

duración de una hora, cada una, donde se explicó los instrumentos, así como su llenado, y retroalimentando las posibles dudas de las personas y como resolver situaciones imprevistas.

Posteriormente, al ser aprobado el protocolo de investigación, el investigador acudió con el representante y autoridades de la Colonia la Aldea, de la Ciudad de Morelia, Michoacán para solicitar el número de personas Adultos Mayores que habitan en esa colonia, en esta visita se definieron fechas y el horario en que se podía acudir para llevar a cabo la colecta de datos.

## Figura 1

### *Procedimiento del proyecto de investigación*



*Nota:* Elaborado por Mendoza Nicolás, 2022

### - Fase II. Empírica

La investigadora y encuestadores, se presentaron en la colonia la Aldea de acuerdo con la programación establecida con las autoridades correspondientes, para efectuar la colecta de datos.

Una vez que se ubicó a los adultos mayores, la investigadora y encuestadores se identificaron con las personas, conversando con ellas de forma individual informando el objetivo de estudio. Una vez



que aceptaron participar se les entregó la cedula de consentimiento informado para su firma. Posteriormente, se les entregó la cedula de colecta de datos para su llenado. El investigador principal estuvo presente para atender las dudas o preguntas que pudieran surgir, al concluir se le agradeció su participación.

- Fase III. Analítica

Se elaboró una matriz de datos en el programa estadístico SPSS para capturar la información de la cedula de colecta de datos y desarrollo del reporte de resultados mediante tablas y figuras.

- Fase IV. Divulgación

Los resultados obtenidos del proyecto de investigación se presentarán para su publicación en la revista Sanus de CONACyT o alguna equivalente.

### **6.10. Análisis estadístico**

Se capturó la información obtenida en la colecta de datos en el programa Excel, para posterior elaborar matriz de datos en paquete estadístico al SPSS versión 25 de acceso libre, para poder realizar el análisis de la información.

El análisis estadístico se realizó con base en los objetivos general y específicos. El objetivo específico número uno señala que se debe describir a las personas adultas mayores con base a las variables sociodemográficas, por lo que se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión ( $\bar{x}$ ,  $DE$ ) para variables cuantitativas y con frecuencias ( $f$ ) y porcentajes (%) para las variables cualitativas.

El objetivo específico número dos, es identificar el nivel de sentimiento de soledad en el adulto mayor y se utilizó estadística descriptiva con frecuencias ( $f$ ) y porcentajes (%).

El objetivo específico número tres, se buscó valorar la presencia de depresión en las personas adultas y se utilizó estadística descriptiva con frecuencias ( $f$ ) y porcentajes (%).

El objetivo específico cuatro, se determinó la relación del nivel de sentimiento de soledad con la depresión en los adultos mayores. Para ello primero se realizó la prueba estadística Kolmogorov –

Smirnov con corrección de Lilliefors y no se obtuvo normalidad en la distribución de los datos ( $D=.104$ ,  $p=.000$ ) en variable sentimiento de soledad y ( $D=.108$ ,  $p=.000$ ) de la variable depresión, por lo tanto, se empleó la prueba no paramétrica rho de Spearman.

### **6.11. Difusión**

Una vez que se elaboró el protocolo de investigación, su contenido principal se publicó en la revista Paraninfo Digital de Índice, los resultados obtenidos del proyecto de investigación se publicarán en la revista Sanus de CONACyT o alguna equivalente indexada.

### **6.12. Consideraciones éticas y legales**

Para esta investigación se incluyeron los principios de bioética, en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, nos da a conocer el principio de respeto, en este proyecto de investigación considerando que es sin riesgo, debido a que solo se emplearon técnicas y métodos de investigación documental, teniendo una mínima probabilidad de que el investigador o sujeto de investigación sufra algún daño, como consecuencia inmediata o tardía del estudio, como lo determina el artículo 17 fracción I de este reglamento.

También, en el artículo 13, indica que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, se aplicara el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por lo tanto, se aplica el artículo 16, para proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. Así mismo, se proporcionó el consentimiento informado para autorizar la participación del sujeto en la investigación de forma libre y sin coacción alguna de acuerdo al artículo 20.

De acuerdo con el artículo 21, se dio una explicación clara y completa a la persona para que comprenda los beneficios, riesgos y el procedimiento utilizado del consentimiento informado, por lo tanto, dicho consentimiento informado, se realizó por escrito como lo menciona el artículo 22.

Esta investigación se considera sin riesgo, de acuerdo al Reglamento General de salud en su artículo 17 esta investigación es de categoría I. porque son estudios que emplean técnicas y métodos

de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.



## VII. Resultados

Se presentan en este apartado con base a los objetivos previstos para el desarrollo de la presente investigación.

El objetivo específico uno, fue describir a las personas adultas mayores que participan en el estudio con base a las variables sociodemográficas, los resultados se presentan en la tabla 3 donde se observa que 52% de la muestra de los participantes fueron hombres, se encontró una media en la edad de 68.60 años, el 50.7% fueron casados, 45.3% cuenta con un nivel académico de primaria, 86% profesan la religión católicos, 48.7% fueron de nivel económico medio, 32.7% se dedican al hogar, 32.7% no cuenta con ninguna antigüedad laboral, 80.7% vive con su familia y el 40% del tamaño de la familia es mediana.

**Tabla 3**

*Datos sociodemográficos de adulto mayor (n=150)*

	<i>f</i>	%
Género		
Mujer	72	48.0
Hombre	78	<b>52.0</b>
Estado civil		
Soltero (a)	40	26.7
Casado (a)	76	<b>50.7</b>
Divorciado (a)	4	2.7
Viudo (a)	22	14.7
Unión Libre	8	5.3
Grado académico		
Ninguno	8	<b>5.3</b>
Primaria	68	<b>45.3</b>
Secundaria	25	16.7
Media Superior	19	12.7
Licenciatura	30	20.0
Religión		
Católico (a)	129	<b>86.0</b>
Cristiana	16	10.7
Ninguno	5	<b>3.3</b>
Estatus Económico		
Nivel bajo	67	44.7
Nivel medio	73	<b>48.7</b>
Nivel alto	10	6.7
Actividad Laboral		
Ninguno	31	20.7

	Hogar	49	<b>32.7</b>
	Comerciante	14	9.3
	Campesino	13	8.7
	Otro	43	28.7
Antigüedad laboral	Ninguno	49	<b>32.7</b>
	Jubilado	32	21.3
	3-10	10	6.7
	11-21	15	10.0
	22-32	21	14.0
	33-43	15	10.0
	44-54	4	2.7
	55-65	4	2.7
Vive con su familia	si	121	<b>80.7</b>
	no	29	19.3

Nota: PAM=Personas Adulto Mayor

**Tabla 4**

*Edad del adulto mayor (n=150)*

Variable	$\bar{x}$	DE	Mdn	Mínimo	Máximo
Edad	68.60	± 6.946	67.00	60	93

Nota:  $\bar{x}$ =media, DE=desviación estándar, Mdn= mediana.

El segundo objetivo específico, fue identificar el nivel de sentimiento de soledad en los adultos mayores. Los resultados se presentan en la tabla 5, en donde se observa que con un nivel de soledad moderado en la escala total fue de 40.7%, respecto a las dimensiones percepción de apoyo social se reportó 76.7%, el índice de participación social subjetiva con un 71.3%; por último, con un 34.7% en la dimensión uso de nuevas tecnologías.

**Tabla 5**

*Nivel de soledad en adultos mayores (n=150)*

Soledad		f	%
Escala total	Bajo	76	<b>50.7</b>
	Moderado	61	40.7
	Alto	13	8.7
Dimensiones			
Percepción de apoyo social	Bajo	115	<b>76.7</b>

Uso de nuevas tecnologías	Moderado	27	18.0
	Alto	8	5.3
Índice de participación social subjetiva	Bajo	49	32.7
	Moderado	49	32.7
	Alto	52	<b>34.7</b>
	Bajo	107	<b>71.3</b>
	Moderado	43	28.7
	Alto	0	0

En la tabla 6, se muestran los resultados que responden al tercer objetivo específico, que fue valorar la presencia de depresión en personas adultas mayores. En donde un 33.3% manifestó depresión ligera, con un 10% depresión moderada, y otro 10% depresión severa y muy severa.

**Tabla 6**

*Nivel de depresión en el adulto mayor (n=150)*

Depresión	<i>f</i>	%
No deprimido	70	46.7
Ligera/menor	50	33.3
Moderada	15	10.0
Severa	9	6.0
Muy severa	6	4.0

El cuarto objetivo, fue determinar la relación del nivel de sentimiento de soledad con la depresión en los adultos mayores. Se utilizó la prueba de Rho Spearman debido a que no hubo normalidad. En la tabla 7, se observa una relación estadísticamente significativa positiva y moderada entre depresión y soledad ( $r=.466$ ,  $p=.000$ ), es decir, a mayor soledad es mayor la depresión en las personas adultas mayores por lo cual se acepta la hipótesis alterna.

**Tabla 7**

*Correlación de soledad y depresión en el adulto mayor (n=150)*

		Soledad	Depresión
1. Soledad	r	1	.466*
	p		.000

2. Depresión	r	.466*	1
	p	.000	

*Nota: se usó el coeficiente r de Spearman, \*\*p>.05.*

También, se encontró una relación estadísticamente significativa, positiva y fuerte entre depresión y la dimensión de percepción de apoyo social  $r=.572$ ,  $p=.000$ , así mismo, se encontró relación estadísticamente significativa, positiva y débil entre depresión y la dimensión uso de nuevas tecnologías y finalmente, se encontró relación estadísticamente significativa positiva y débil entre depresión y dimensión índice de participación social subjetiva.

### Tabla 8

*Relación de la variable soledad, sus dimensiones y la variable depresión en el adulto mayor (n=150)*

		1	2	3	4	5
1. Soledad	r	1				
	p					
2. Dimensión percepción de apoyo social	r	.827**	1			
	p	.000				
3. Dimensión uso de nuevas tecnologías	r	.694**	.417**	1		
	p	.000	.000			
4. Dimensión índice de participación social subjetiva	r	.681**	.358**	.253**	1	
	p	.000	.000	.002		
5. Depresión	r	.466**	.572**	.167*	.257**	1
	p	.000	.000	.042	.002	

Adicionalmente, se analiza las diferencias entre la variable sentimiento de soledad y las variables sociodemográficas, así mismo entre la variable depresión y las variables sociodemográficas.

En la tabla 9, se observa significancia estadística: estado civil, grado académico, estatus económico con soledad (0.017, 0.000 y 0.001 respectivamente). En las tablas 10, también se aprecia significancia estadística: sexo, grado académico, estatus económico, actividad laboral con depresión (0.008, 0.019, 0.001 y 0.018 respectivamente).



**Tabla 9***Relación del sentimiento de soledad y las variables sociodemográficas*

Variable		$\bar{x}$	Mdn	P
Sexo				
	Mujer	11.64	11.00	.177*
	Hombre	10.59	9.00	
Vive con su familia				
	Si	10.60	10.00	.148*
	No	13.17	13.00	
Estado civil				
	Soltero (a)	10.65	9.00	.017†
	Casado (a)	10.20	9.00	
	Divorciado (a)	12.25	13.50	
	Viudo (a)	15.45	14.00	
	Unión Libre	9.25	9.00	
Grado Académico				
	Ninguno	13.88	13.00	.000†
	Primaria	13.56	12.00	
	Secundaria	10.04	8.00	
	Media Superior	9.16	8.00	
	Licenciatura	6.87	5.00	
Religión				
	Católico (a)	11.25	11.00	.093†
	Cristiana	11.44	11.00	
	Otro	0	0	
	Ninguno	6.00	4.00	
Estatus económico				
	Nivel bajo	13.01	12.00	.001†
	Nivel medio	9.73	9.00	
	Nivel alto	8.20	8.00	
Actividad Laboral				
	Ninguno	10.74	9.00	.286†
	Hogar	12.12	11.00	
	Comerciante	11.29	8.50	
	Campeño	12.54	10.00	
	Otro	9.67	9.00	
Antigüedad laboral				
	Ninguno	12.45	11.00	.060†
	Jubilado	10.00	9.00	
	3-10	10.80	10.50	
	11-21	13.33	11.00	
	22-32	7.71	6.00	
	33-43	11.93	10.00	
	44-54	11.50	9.50	
	55-65	9.75	10.50	

Nota:  $p < .05$ , U de Mnn-Whitney, †H de Kruskal- Wallis, Mdn=mediana.

**Tabla 10***Relación de depresión y las variables sociodemográficas*

Variable		$\bar{x}$	Mdn	P
Sexo	Mujer	10.67	9.50	<b>.008*</b>
	Hombre	7.33	6.00	
Vive con su familia	Si	8.98	8.00	.715*
	No	8.76	7.00	
Estado civil	Soltero (a)	9.00	8.50	.921†
	Casado (a)	8.74	8.00	
	Divorciado (a)	9.25	9.50	
	Viudo (a)	9.82	7.50	
	Unión Libre	7.88	7.00	
Grado Académico	Ninguno	7.63	8.00	<b>.019</b>
	Primaria	11.09	10.00	
	Secundaria	7.68	7.00	
	Media Superior	8.05	6.00	
	Licenciatura	6.00	5.50	
Religión	Católico (a)	8.85	8.00	.374†
	Cristiana	10.56	8.50	
	Otro	0	0	
	Ninguno	5.80	6.00	
Estatus económico	Nivel bajo	11.21	10.00	<b>.001†</b>
	Nivel medio	7.40	6.00	
	Nivel alto	4.90	4.50	
Actividad Laboral	Ninguno	6.77	6.00	<b>.018†</b>
	Hogar	11.43	11.00	
	Comerciante	11.36	7.00	
	Campesino	7.62	8.00	
	Otro	7.26	7.00	
Antigüedad laboral	Ninguno	11.31	10.00	.061†
	Jubilado	6.84	6.00	
	3-10	9.20	9.00	
	11-21	9.60	6.00	
	22-32	6.19	5.00	
	33-43	9.07	10.00	
	44-54	8.75	7.00	
	55-65	7.50	7.50	

Nota:  $p < .05$ , U de Mnn-Whitney,  $\chi^2$  de Kruskal- Wallis, Mdn=mediana

## VIII. Discusión

Como ya se ha mencionado, existe un incremento de la población adulto mayor en donde se tiene que poner énfasis desde la detección precoz y actuación oportuna de las necesidades de este grupo etario.

En el presente estudio, se encontró que casi todos los adultos mayores participantes viven con su familia lo cual resulta favorable para esta población por todas los cambios que se presentan en esta etapa de vida, como refiere López y Zambrano (2021) en su investigación “Relación entre vínculos afectivos y el sentimiento de soledad percibido por adultos mayores de la ciudad de Guayaquil”, donde afirma que la familia es un pilar de suma importancia en la vida de esta población, ayuda a que el adulto mayor se sienta con mayor seguridad, el afecto de los miembros de su familia así como la protección de ellos. A este respecto Quintero-Echeverri et al., (2018) describe que las personas que conviven con su familia presentan menor probabilidad de reportar sentimiento de soledad.

Respecto a la variable sociodemográfica de sexo, existe el reporte del trabajo de Hernández-Chávez et al., (2017) “Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo” donde hubo un mayor número de varones a diferencia del presente estudio donde se observó una participación muy similar de hombres y mujeres.

Por otro lado, se obtuvo una media en la edad de 68.60 años, esto es semejante al estudio de Duran-Badillo et al., (2021) “Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados” en donde obtuvieron una edad media de 66.30 en una muestra de 98 adultos mayores. Que los adultos mayores encuestados sean en promedio de una edad menor a 70 años, permite considerar actuar en este rango de edad en la prevención con el autocuidado, ya que a mayor edad existe mayor riesgo de presentar sentimiento de soledad o depresión como lo menciona Guevara et al., (2020) donde refiere que los adultos mayores de 75 años presentan mayor prevalencia de depresión. Así mismo mencionan Hernández et al., (2020) y Quintero-Echeverri et al., (2018) que a mayor edad se muestra un incremento de soledad.

Acerca del estado civil en los participantes del presente estudio, se encontró que la mitad de los encuestados estaban casados esto difiere con Lliguisupa-Peláez et al., (2020) en su investigación “Nivel de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel” reporto que la mayoría de AM estaban casados.

También se encontró en el presente estudio, que casi la mitad de individuos participantes cuenta con un nivel académico de primaria, lo cual es semejante a lo descrito por Vitores (2020) en su investigación “El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas” donde poco más de la mitad de sus participantes tienen una escolaridad de nivel primaria.

En cuanto a la religión, se obtuvo que casi todos los registrados en la investigación, profesan la religión católica lo cual es favorable por ser un factor protector ya que como menciona Viviana (2020) la baja espiritualidad es uno de los principales predisponentes para la presencia de sentimiento de soledad o depresión, es decir, cuando el AM tiene presente la existencia de sus creencias religiosas o espirituales ayuda a que no se sientan solos.

Respecto al nivel de soledad, la mitad resulto con un bajo nivel de soledad, similar con los resultados de la investigación “Soledad social, equilibrio emocional y optimismo disposicional en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de Bogotá” donde se observó que un poco más de la mitad de los participantes AM no institucionalizados presentan un bajo nivel de soledad (Amaya et al., 2021).

En la dimensión percepción de apoyo social, tres cuartas partes de participantes reportaron baja percepción de apoyo social lo que es semejante a lo que nos da a conocer Hernández et al., (2020) en su trabajo “Soledad social en ancianos hospitalizados en el servicio de geriatría, Hospital Comandante Faustino Pérez”.

En cuanto a la dimensión de uso de tecnología, casi la mitad de los participantes las emplea, sobre todo el uso de celulares, tal vez la accesibilidad de este recurso, y porque facilita la interacción con la familia. Como menciona López y Zambrano (2021) el uso del celular les ha favorecido para

mantener comunicación con familiares y amigos, sin importar el tiempo, que tan lejos este el uno del otro, disminuyendo dicho sentimiento de soledad y evitando las complicaciones que esto genera.

Por lo que respecta en la dimensión índice de participación social subjetiva, la mayoría del encuestado reporto que es bajo, parecido a lo que Hernández et al., (2020) dan a conocer en su trabajo, es decir, la mayoría de AM menciona un nivel bajo en la participación social subjetiva.

Ahora bien, respecto al objetivo general de la presente investigación, que fue analizar el sentimiento de soledad y su relación con la depresión en personas adultas mayores en Morelia Michoacán, se encontró una relación estadísticamente ( $p=.000$ ) significativa positiva y moderada entre depresión y soledad, lo que se asemeja con Acosta et al., (2017) en su estudio "Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos" en donde refiere que la soledad da lugar a la presencia de depresión y esto va a depender de como perciben los acontecimientos negativos que se le presentaron, como es la pérdida de pareja, la edad, presencia de enfermedad, soledad familiar y social entre otros factores. De igual manera Hernández et al., (2021) en sus resultados encontró relación significativa entre el sentimiento de soledad con depresión ( $p<0.0001$ ).

## IX. Conclusiones

- Se evidenció que si existe una relación moderada entre el sentimiento de soledad y la depresión.
- Hubo mayor presencia del sentimiento de soledad que de la percepción de depresión
- Las áreas afectadas fueron de “Percepción de apoyo social” y de “Índice de participación social subjetiva”
- La mayoría de los adultos mayores vive con su familia no sienten el afecto y la inclusión dentro de la misma.
- La mayoría de las personas adultas mayores utilizan el celular lo que puede resultar conveniente, ya que este dispositivo es económico, de fácil acceso y favorece la comunicación con familia y amigos.
- Se encontró significancia estadística en estado civil, grado académico, estatus económico con soledad y sexo grado académico, estatus económico, actividad laboral con depresión.
- La existencia del sentimiento de soledad y la depresión en el adulto mayor, son problemáticas de salud pública, donde el profesional de enfermería puede actuar con mayor énfasis en la promoción de salud, detección y remisión para un tratamiento oportuno.
- Una de las limitaciones que se presentaron fue el tiempo de la aplicación de los cuestionarios, ya que por tratarse de adultos mayores algunos requerían un poco más de tiempo para sus respuestas.

## **X. Sugerencias**

Que las instituciones de salud, a través del profesional de enfermería y el equipo multidisciplinario, realicen más acciones de promoción de la salud que motiven al adulto mayor a realizar cambios de hábitos más saludables.

Contar con aplicaciones en los teléfonos móviles de los adultos mayores, que estimulen las áreas cognitivas.

Que se realicen más investigaciones de intervención sobre el sentimiento de soledad y depresión, para elaborar estrategias que sean implementadas con las personas adultas mayores.

## XI. Referencias

- Abad Yáñez, M.S. (2021) *Personas mayores, soledad y problemas internalizantes en tiempos de pandemia* [ Tesis de grado en Enfermería, Universidad de Da Coruña]. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/30454>
- Achahui Cansaya, M. R. (2019) *Factores que influyen en la depresión de adultos mayores del club el roble, la convención, Cusco-2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. [Miriam\\_Tesis\\_bachiller\\_2019.pdf \(uandina.edu.pe\)](https://uandina.edu.pe/Miriam_Tesis_bachiller_2019.pdf)
- Acosta Quiroz, C. O., Tánori Quintana, J., García Flores, R., Echeverría Castro, S. B., Vales García, J. J. y Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 27(2), 179-188. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535/4417>
- Alvarado Tuso, A. B. (2020). *Relación entre la presbiacusia y la depresión en el adulto mayor del Centro de Salud de Chimbacalle en el período de enero a abril 2019* [Tesis de Especialidad, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20892/1/T-UCE-0006-CME-167-P.pdf>
- Amaya Cocunubo, I. F., Gómez Verano, L. H., Remolina de Cleves, N., Velásquez Burgos, B. M. y Saavedra Guzmán, L. R. (2021). Soledad social, equilibrio emocional y optimismo disposicional en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas de Bogotá. *Tabula Rasa*, 39, 303-320. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n39/1794-2489-tara-39-303.pdf>
- Camargo-Rojas, C. M. y Chavarro-Carvajal, D. A. (2020). El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna. *Universitas Medica*, 61(2), 1-8. [0041-9095-unmed-61-02-00064.pdf \(scielo.org.co\)](https://doi.org/10.10041/9095-unmed-61-02-00064.pdf)
- Chaparro Díaz L., Carreño Moreno, S. y Arias-Rojas, M. (2019). *Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería*. *Revista Cuidarte*, 10(2), 1-11. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>



- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (28 de agosto de 2019). *28 de agosto Día Nacional de las Personas Adultas Mayores*. <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/es/articulos/28-de-agosto-dia-nacional-de-las-personas-adultas-mayores?idiom=e>
- Consejo Estatal de Población. (2020). *Radiografía del Adulto Mayor en Michoacán*. [Radiografía del adulto mayor en Michoacán Final \(michoacan.gob.mx\)](https://www.michoacan.gob.mx/radiografia-del-adulto-mayor-en-michoacan-final)
- Durán-Badillo, T, Benítez-Rodríguez, V. A., Martínez-Aguilar, M. de la L., Gutiérrez-Sánchez, G., Herrera-Herrera, J. L., y Salazar-Barajas, M. E. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería global*, 20 (61), 267-284. <https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Gómez López, G. A. (2014). *Relación entre la satisfacción laboral, el contrato psicológico, el tipo de vinculación y la antigüedad en docentes de una universidad privada* [Tesis de Maestría, Universidad Católica de Colombia]. <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/0f1000e4-494b-4fe0-b2a4-a7bdd41a9c7b/content>
- Grove, S. K. y Gray, J.R. (2019). *Investigación en enfermería, Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. ELSEVIER.
- Guevara Rodríguez, F. E., Díaz Daza, A. F. y Caro Reyes, P. A. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *POLIANTEA*, 15(26), 37-43. [Vista de DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR | Poliantea \(poliantea.com\)](https://www.poliantea.com/ver-articulo/depresion-y-deterioro-cognitivo-en-el-adulto-mayor)
- Hernández-Chávez, L., Muñiz-Quintero, N.R., Gutiérrez-Leyva, M.M., Hernández-Mena, J. R., Chan-Zavala, M. de J. y Cetina-Ceh, F. P. (2017). Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*, 9(35):6-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2016/sqr1635b.pdf>
- Hernández Falcón, N., Pierrez Martínez, M., Martínez González, B. M., Morejón Milera, A., Arencibia Márquez, F. y Álvarez Escobar, M. del C. (2020). Soledad social en ancianos Hospitalizaos en el

servicio de Geriátría Hospital “Comandante Faustino Pérez”. *Revista Médica Electrónica*, 42(3), 1-11. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3637/4812>

Hernández Gómez, M.A., Fernández Domínguez, M.J., Sánchez, N.J., Blanco Ramos, M. A., Perdiz Álvarez, M. C. y Castro Fernández, P. (2021). *Soledad y Envejecimiento*. *Rev. Clin. Med. Fam.*, 14(3), 146-153. [1699-695X-albacete-14-03-146.pdf \(isciii.es\)](https://doi.org/10.1699/695X-albacete-14-03-146.pdf)

Ibarra Araujo, A. Y. (2019) *Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos “Corazón de María”* [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19965/1/T-UCE-0007-CPS-204.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f). *Diccionario de cáncer del NCI: Nivel socioeconómico*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nivel-socioeconomico>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (30 de septiembre de 2019). *Estadística del día internacional de las personas de edad (1° de Octubre)*. [edad2019\\_Nal.pdf \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx/estadisticas/14/edad2019/Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (14 de diciembre de 2021). *Presenta INEGI resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021*. [ENBIARE\\_2021.pdf \(inegi.org.mx\)](https://inegi.org.mx/estadisticas/14/ENBIARE_2021.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. 5 de marzo de 2019. *Envejecimiento y Vejez*. [Envejecimiento y vejez | Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores | Gobierno | gob.mx \(www.gob.mx\)](https://www.gob.mx/envejecimiento-y-vejez)

Instituto Nacional de la Salud Mental. (2017). *Las personas mayores y la depresión* [Archivo PDF]. [Los adultos mayores y la depresión \(nih.gov\)](https://www.nlm.nih.gov/healthtopics/topics/olderadults/olderadults-depression.html)

Lliguisupa-Peláez, V., Álvarez-Ochoa, R., Bermejo-Cayamcela, D., Ulloa-Castro, A. y Estrada-Cherres, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 16-21. <https://doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>

- López Doblas, J. y Díaz Conde, M. P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76 (1), 1-13. [Vista de El sentimiento de soledad en la vejez \(csic.es\)](#)
- López Pinela, M.L. y Zambrano Garay, K.J. (2021). *Relación entre vínculos afectivos y el sentimiento de soledad percibido por adultos mayores de la ciudad de Guayaquil* [ Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17536>
- Martínez Buleje, Y. Y. (2019) *Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en el Hospital Santa María del Socorro de ICA, año 2015* [ Tesis de Maestría, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. <https://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/3330>
- Martínez-Mendoza, M.C., Gutiérrez-Mendía, A., Bonaparte-Caballero, E., Gómez-Alonso, C. y Lajud, N. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán. *Atención Familiar*, 28(2), 125-131. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2021/af212h.pdf>
- Mendinueta Figarola, E., López Barrios, S. y Elías Osorio De Nájera, M. J. (2022). *Depresión en el adulto mayor en el sanatorio el cubano, durante el periodo de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, Santa Rosa* [Tesis de Maestría, Universidad Galileo]. [2019-T-mgg-045\\_mendinueta\\_elias\\_lopez.pdf \(galileo.edu\)](#)
- Mendoza, P. (2000). Los Grados Académicos: surgimiento y evolución. *Anales de la Facultad de Medicina*, 61(4), 278-284. <https://www.redalyc.org/pdf/379/37961403.pdf>
- Moran Ucelo, L. D. y Ávila Marroquin, J. R. (2020). *Relación entre ansiedad y depresión en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial que asisten a la consulta externa en el IGSS de Guazacapan, en el departamento de Santa Rosa, durante el periodo de julio a diciembre 2018* [ Tesis de Maestría, Universidad Galileo]. [2018-T-mgg-0238\\_moran\\_avila.pdf \(galileo.edu\)](#)
- Observatorio Latinoamericano de Descensos de Población. (16 de junio de 2021). *Censos en la era del envejecimiento*. [Envejecimiento | OLAC \(observatoriocensal.org\)](#)

- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. [La salud mental y los adultos mayores \(who.int\)](#)
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022). *Envejecimiento y Salud*. [Envejecimiento y salud \(who.int\)](#)
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f). *Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano Envejecimiento*. [Envejecimiento | Naciones Unidas](#)
- Ortiz Mayorga, L. Del R. (2018) *Soledad y deterioro cognitivo* [Tesis de Carrera de Psicología Clínica, Universidad Técnica de Ambato]. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/27415>
- Pacheco, J. (2022). *Actividades laborales*. <https://enciclopediaeconomica.com/actividades-laborales/>
- Palma-Ayllón, E. y Escarabajal-Arrieta, M.D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*,32(1), 22-25. [1134-928X-geroko-32-01-22.pdf \(isciii.es\)](https://doi.org/10.1134-928X-geroko-32-01-22.pdf)
- Palacios, J. (2016). *La soledad en el adulto mayor*, FIAPAM. [FIAPAM » La soledad en el adulto mayor](#)
- Paz Polo, G. G. (2019). *Un nuevo reto para los trabajadores/as sociales. La soledad de las personas mayores* [Tesis de Grado en trabajo Social, Universidad de Valladolid]. [Un nuevo reto para los trabajadores/as sociales. La soledad de las personas mayores \(uva.es\)](#)
- Pinel Zafra, M., Rubio L., y Rubio Herrera, R. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: Escala Este II. *Universidad de Granada*, 1-15. [Microsoft Word - rubio-soledad-este2 \(csic.es\)](#)
- Polit F. D. y Beck Tatano, C. (2018). *Investigación en enfermería, fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. Wolters Kluwer.
- Quintero-Echeverri, A., Villamil-Gallego, M. M., Henao-Villa, E. y Cardona-Jiménez, J. L. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev. Fac. Nac. Salud Publica*, 36(2), 49-57. [0120-386X-rfnsp-36-02-00049.pdf \(scielo.org.co\)](https://doi.org/10.1120-386X-rfnsp-36-02-00049.pdf)
- Quichiz Beltran, R. M. y Rojas Sánchez, A. M. (2018). Soledad de los adultos mayores en los programas sociales de la Municipalidad Distrital de Huaura, 2018 [Tesis de Licenciatura, Universidad

Nacional José Faustino Sánchez Carrión].

<http://repositorio.unifsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3166/SOLEDADE%20EN%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez Ramos, C. L. (2019). *Factores sociodemográficos relacionados a la soledad en el adulto mayor del centro integral de atención al adulto mayor- Punchana, 2017* [Tesis de Licenciatura, Universidad Científica del Perú]. <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/680>

Real Académica Española. (2023). Religión. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 14 de agosto de 2022, de <https://dle.rae.es/religi%C3%B3n>

Tinco Cruzatt, M.F. (2018). *La soledad social en adultos mayores de la Región Ica en el 2017* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de ICA]. [Repositorio institucional UNIVERSIDAD AUTONOMA DE ICA: La soledad social en adultos mayores de la Región Ica en el 2017](https://repositorio.institucional.universidadautonoma.deica.edu.pe/handle/123456789/12345)

Trujillo-León, Y.I., Casique-Casique, L., Morales-Jinez, A. y Álvarez-Aguirre, A. (2021). Soledad en el adulto mayor: Análisis de concepto. *Revista Eureka*, 18, 257-271. [eureka-18-M-22.pdf](https://psicoeureka.com.py/eureka-18-M-22.pdf)

Vázquez-Nold, L., Miranda-Castellanos, K. N., Parra-Vázquez, N., Fernández-Boizán, F. y Vázquez-Garay, F. (2022). Percepción de la soledad subjetiva en adultos mayores que viven solos. *Revista Información Científica*, 101(4), 1-11. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v101n4/1028-9933-ric-101-04-e3746.pdf>

Vitores Leibar, O. (2020). *El impacto de la soledad sobre la ansiedad, depresión y calidad de vida en una muestra de personas mayores institucionalizadas* [Tesis de Maestría, Universidad del País Vasco]. <http://hdl.handle.net/10810/38272>

Viviana Salinas, A. (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbano de la provincia de Misiones, Argentina. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 10 (4), 40-54. <https://doi.org/10.17162/au.v10i4.488>

## XII. Anexos

### Anexo 1 Escala de soledad

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y coloque una "X" en la opción que indique lo que vive cada día. Cada pregunta tiene tres posibles respuestas: siempre=0, a veces=1 y nunca =2.

<b>Factor 1: Percepción de Apoyo Social</b>			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
<b>Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías</b>			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador ( <i>consola, juegos de lamemoria</i> )?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
<b>Factor 3: Índice de Participación social subjetiva</b>			
	<b>SIEMPRE</b>	<b>A VECES</b>	<b>NUNCA</b>
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
<b>PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL</b>			<b>Pts.</b>

Se han diferenciado tres niveles de Soledad Social en función de la puntuación obtenida: bajo, medio y alto.

Niveles de puntuación de la escala Este II:

Soledad Social	
NIVELES	PUNTUACIÓN
Bajo	0 a 10 puntos
Medio	11 a 20 puntos
Alto	21 a 30 puntos

## Anexo 2 Escala de Hamilton

Instrucciones: Lea cada pregunta detenidamente y analice la respuesta que va a seleccionar, coloque una "X" en el inciso que mejor relación hay en el sujeto de estudio

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.

<i>Ítems Criterios operativos de valoración</i>	
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado</li> <li>Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</li> <li>Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto</li> <li>El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea</li> </ol>
2. Sensación de culpabilidad	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</li> <li>Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones</li> <li>La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</li> <li>Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras</li> </ol>

3. Suicidio	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</li> <li>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse</li> <li>3. Ideas de suicidio o amenazas</li> <li>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)</li> </ol>
4. Insomnio precoz	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora</li> <li>2. Dificultades para dormirse cada noche</li> </ol>
5. Insomnio medio	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche</li> <li>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)</li> </ol>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse</li> <li>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</li> </ol>
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones</li> <li>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación</li> <li>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</li> <li>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</li> </ol>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ligero retraso en el diálogo</li> <li>2. Evidente retraso en el diálogo</li> <li>3. Diálogo difícil</li> <li>4. Torpeza absoluta</li> </ol>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc.</li> <li>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</li> </ol>



10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante  Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la libido</li> <li>• Trastornos menstruales</li> </ul>
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas

16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

Total = \_\_\_\_\_

### XIII. Apéndices

#### Apéndice 1 Operacionalización de la variable Soledad

Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Variable Independiente Cualitativa	Se define como “un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales”. (Rubio, 2007, citado por Quichiz, R. y Rojas, A., 2018, pag.13)	La soledad se da a conocer con el instrumento Escala ESTE II de soledad social, a través de contenido social y la vivencia mide cuatro factores (la soledad conyugal, la soledad familiar, la soledad existencial y la soledad social)	Estado del AM.	Cuenta con 15 ítems: Bajo= 0 a 10 puntos Medio= 11 a 20 puntos Alto = 21 a 30 puntos	f, %

## Apéndice 2 Operacionalización de la variable Depresión

Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición / indicadores	Estadístico
Variable dependiente Cualitativa	"Es un trastorno mental, que afecta los pensamientos y comportamiento en el AM, causando una alteración negativa en sus relaciones personales con las personas que lo rodean, en este trastorno la percepción de su entorno se vuelve negativa" (DSM-V, 2014, como se citó en Guevara et al., 2020, párr.9).	Escala de Hamilton -Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) Escala hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.	Estado Rasgos	Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. De acuerdo a la puntuación obtenida los resultados pueden ser:  -No deprimido: 0-7 - Depresión ligera/menor: 8-13 - Depresión moderada: 14-18 -Depresión severa: 19-22 -Depresión muy severa: >23	f, %

### Apéndice 3 Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Estadístico
Edad	- cuantitativa - discreta - intervalo	“Tiempo que ha vivido una persona” (Real academia española, 2023).	Se aplicó una entrevista al AM.	Número de años	$\bar{x}$ (DE)
Sexo	- cualitativo - dicotómico - nominal	“Condición orgánica, masculina o femenina” (Real academia española, 2023).	Se aplicó una entrevista al AM.	Mujer Hombre	$f$ , %
Estado civil	Cualitativo Politómicas nominal	“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” (Real academia española, 2023)	Se aplicó una entrevista al AM.	Soltero Casado Divorciado Viudo(a) Unión libre	$f$ , %
Grado académico	Cualitativo politómicas Ordinales	“Es un título otorgado por un colegio o universidad, usualmente significando que se ha completado un curso establecido de estudios” (Enciclopedia encarta 2000, como se citó en Mendoza, 2000, pág. 281).	Se aplicó una entrevista al AM.	Ninguno Primaria Secundaria Media superior. Licenciatura. Especialidad	$f$ , %
Religión	Cualitativa Politómicas	” Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad,	Se aplicó una entrevista al AM.	Católico. Cristiana	$f\%$

	Nominal	de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto” (Real academia española, 2023).		Otro Ninguno.	
Estatus socioeconómico	Cualitativa politómicas Ordinal	“Descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene” (Instituto Nacional del Cáncer, s.f).	Se entrevistó al AM.	Bajo. Mediano. Alto.	f%
Actividades laborales	Cualitativa Dicotómica Nominal	“Es el desempeño efectivo de una determinada tarea productiva” (Pacheco, 2022).	Se aplicó una entrevista al AM.	Ninguno Hogar Comerciante Campesino Otro.	f%
Familia	Cualitativa Dicotómica Nominal	“Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas” (Real academia española, 2023).	Se entrevistó al AM.	Si No	f%
Antigüedad laboral		Es “el número de años que un empleado ha permanecido en su trabajo” (Gamero, 2010, como se citó en Gómez, 2014, pág.71)	Se aplicó una entrevista al AM..	Ninguno Jubilado 3-10 años 11-21 años. 22-32 años 33-43 años. 44-54 años 55-65 años.	f%

#### Apéndice 4 Cedula de consentimiento informado



**Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**  
**Facultad de Enfermería**  
**Consentimiento Informado**



Título del estudio: Sentimiento de soledad relacionado con depresión en el adulto mayor en Morelia, Michoacán.

Investigadora: Mendoza \_ Nicolás M.

Lugar del estudio: Colonia La Aldea, Morelia, Michoacán.

Soy Licenciada en Enfermería mi nombre es Miriam Mendoza Nicolás, estudiante de la Facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, estoy realizando un proyecto de investigación que estudia el sentimiento de soledad relacionado a depresión en el adulto mayor, como tema de investigación para obtener el grado de maestría.

Requiero de su apoyo para que le pueda aplicar una encuesta en la cual podrá ayudarme para alcanzar los objetivos de mi investigación, así mismo le hago saber que usted no tendrá ningún beneficio por participar, su participación en este estudio será voluntario, tiene derecho a retirarse en cualquier momento y en ningún momento se dará a conocer su nombre. Los datos obtenidos serán confidenciales, no se hará mal uso de los mismos y se respetará el anonimato. Si no hay ninguna duda acerca de su participación, puede si así lo desea firmar el consentimiento informado.

He leído este formulario de consentimiento informado y considero voluntariamente participar en este estudio.

Gracias por ser parte de mi proyecto de investigación.

---

Nombre y firma del participante

---

Nombre y firma del testigo