



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE
HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE 65 A 95 AÑOS
EN LA COMUNIDAD DE SANTA MARÍA DE GUIDO DE MORELIA
MICHOACÁN”**

Tesis que para obtener el Título de

Licenciado en Enfermería

Presenta

P.L.E. José Eduardo Martínez Mendoza.

Asesores

Dra. Marbella Damián Gómez

ME. Hortencia Garduño García

Coasesores

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera

CME. Angélica Salazar Mendoza

Revisor

M.E. Renato Hernández Campos

Morelia Michoacán

Junio, 2022

DIRECTIVOS

DIRECTOR

M.S.P. JULIO CESAR GONZÁLEZ CABRERA

SECRETARIA ACADÉMICA

M.I.E.N. CECILIA CASTRO CALDERÓN

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

M.E. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS

MESA SINODAL

PRESIDENTA

DRA. MARBELLA DAMIÁN GÓMEZ

VOCAL

M.S.P. JULIO CESAR GONZÁLEZ CABRERA

VOCAL

M.E. RENATO HERNÁNDEZ CAMPOS

DEDICATORIA:

Le dedico este logro a mi querida familia; **Fam. Martínez Gasca** por ser el gran pilar y mi motor para seguir adelante y seguir superándome para el bienestar de todos nosotros, por estar siempre apoyándome en los días buenos y también en los días malos, por estar allí para darme consuelo y cargarme de muchas energías para seguir construyendo lo que tanto anhelo, por acompañarme en las largas y agotadoras noches de desvelo por el estudio y trabajo, por ser mi guía a lo largo de mi carrera y de mi vida. Los amo.

Le dedico con mucho cariño este trabajo a **Mi Madre** que a pesar de las circunstancias en la que se encuentra, yo sé que ella está muy orgullosa de mi y de lo que he logrado con mucho sacrificio y dedicación, le agradezco por darme la vida, por darme valores, por guiarme por el buen camino, por haber hecho lo que más pudo por mí.

A toda **Mi Familia** por sus buenos consejos, palabras motivadoras, por su aliento, su cariño y calor de familia, por su apoyo incondicional, tengo claro que me apoyan en todos mis sueños y en todas mis metas que tengo claras de mi vida.

A **Mis Amigos** y a todas las personas que he conocido de una forma bonita, a los que se han quedado, a los que se han ido y que se preocuparon e involucraron para que se llevara a cabo este trabajo los llevo en un pedacito de mi corazón.

Y por último y no menos importante le dedico este trabajo a mi perrita **Almendra** por estar siempre dándome cariño y apoyo.

AGRADECIMIENTOS:

Le agradezco a **Dios** por darme la valentía y las fuerzas necesaria para poder concluir mi etapa universitaria a lo largo de mi licenciatura, por guiarme por el camino del bien y darme las fuerzas necesarias en los momentos de debilidad y darme consuelo y el valor en los momentos de miedo que se propiciaban en el día a día por las clases, por los exámenes, por las prácticas en algún hospital o por hacer algún procedimiento que íbamos aprendiendo.

Agradezco también a mis asesores los cuales fueron piezas fundamentales para poder concluir con este trabajo, pero en especial al maestro **M.S.P. Julio Cesar González Cabrera** quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación logre poder finalizar mi Licenciatura con éxito

A mi querida **Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo** que con orgullo soy y seré Nicolita, a toda la **Facultad de Enfermería** la cual fue por muchos años mi segunda casa, la cual siempre me recibe con las puertas abiertas.

También quiero expresar mi agradecimiento a todos mis **maestros** por transmitirme la enseñanza de sus valiosos conocimientos que fueron necesarios para poder crecer en mi día a día y así poder construir a un buen profesional, gracias a todos ellos que confiaron en mí, por la paciencia infinita, por su dedicación, por su apoyo, por mostrarme la capacidad que se oculta dentro de mí y por su puesto gracias por su amistad.

RESUMEN.

Introducción. En México se vive una era en la que los trastornos del estado de ánimo se están incrementando rápidamente, uno de los grupos más vulnerables y afectados son los Adultos Mayores. Watson refiere que el cuidado y el amor son lo más universal, son las piedras angulares de nuestra humanidad, las coberturas de estas necesidades satisfacen nuestra naturaleza. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo, infundir fe y esperanza. **El objetivo** es analizar la presencia de síntomas y el nivel de depresión en el Adulto Mayor de 65 a 95 años en la comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán. **Material y métodos.** El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal, realizado en noviembre 2021 - marzo 2022 a 30 adultos mayores. De los **resultados** obtenidos el 53.3% refirieron ser mujeres y 46.7% hombres; los usuarios refieren tener un estado civil; soltero/a 3.3%, casado/a 53.3% divorciado/a 13.3%, viudo/a 30%. Respecto a la presencia de síntomas y nivel de depresión se obtuvo: en el nivel normal sin síntomas depresivos un 53.3%, la presencia de síntomas depresivos leves fue 36.7%, la presencia de síntomas depresivos moderados un 10% y la presencia de síntomas depresivos graves un 0.0%.

Conclusión. de acuerdo al estudio realizado se observa que los que trabajan y están casados no presentan depresión más sin embargo los que no trabajan y no realizan actividades si presentan síntomas depresivos y depresión.

Palabras claves: Depresión, Adulto Mayor, Envejecimiento, Enfermería, Humanidad.

Abstract:

Introduction. In Mexico we live in an era in which mood disorders are increasing rapidly, one of the most vulnerable and affected groups are the Elderly. Watson refers that care and love are the most universal, the cornerstones of our humanity, the coverage of these needs satisfy our nature. This factor can be defined as satisfaction through the donation and expansion of the sense of self, instilling faith and hope. **The objective** is to analyze the presence of symptoms and the level of depression in the elderly from 65 to 95 years in the community of Santa María de Guido in Morelia Michoacán. **Material and methods.** The study was quantitative, descriptive and cross-sectional, carried out in November 2021 - March 2022 with 30 older adults. Of the **results** obtained, 53.3% reported being women and 46.7% men; users refer to having a marital status; single 3.3%, married 53.3% divorced 13.3%, widowed 30%. Regarding the presence of symptoms and level of depression, the following was obtained: at the normal level without depressive symptoms 53.3%, the presence of mild depressive symptoms was 36.7%, the presence of moderate depressive symptoms 10% and the presence of severe depressive symptoms 0.0%.

Conclusion. According to the study carried out, it is observed that those who work and are married do not present depression, however those who do not work and do not carry out activities do present depressive symptoms and depression.

Keywords: Depression, Older Adult, Aging, Nursing, Humanity.

Índice de Tablas y Gráficos

No°	TABLA/GRAFICO	No°
TABLA/GRAFICO		PAGINA
TABLA 1	Sexo de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	57
TABLA 2	Estado Civil de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	58
TABLA 3	Religión de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	59
TABLA 4	Ocupación de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán	60
TABLA 5	Nivel de escolaridad de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	61
TABLA 6	Padecimiento de alguna enfermedad de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	62
TABLA 7	Servicio de atención médica de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	63
TABLA 8	Descendencia de hijos de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán	64
TABLA 9	Personas con quien viven los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	65

TABLA 10

Dependencia económica de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán	66
---	----

TABLA 11

Realización de actividad física de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán	67
---	----

TABLA 12

Actividad física que realiza el adulto mayor de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	68
--	----

TABLA 13

Variable depresión en los adultos mayores pertenecientes a la comunidad de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.	69
---	----

Índice

Introducción.....	1
Capítulo I.....	3
I. Justificación	3
Planteamiento del Problema	5
Objetivos.....	7
General.....	7
Específicos	7
Hipótesis	8
Capitulo II.....	9
II. Marco Teórico.....	9
2.1 Marco de Referencia	9
2.2 Depresión	12
2.2.1 Síntomas y Tipologías.....	13
2.2.2 Causas Concomitantes y Prevención	14
2.3 Envejecimiento.....	15
2.4 Adulto mayor	17
2.5 Generalidades	17
2.6 Clasificación.....	18
2.7 Filosofía de Jean Watson	19
2.7.1 Generalidades	19
2.7.2 Supuestos de Watson relacionados con el cuidado humano.....	20

2.7.3 Elementos del cuidado de Watson	21
2.7.4 Relación de la Teoría de Jean Watson con el Adulto Mayor y la Depresión.	23
Capítulo III.....	25
III. Material y Métodos	25
3.1 Tipo de Estudio	25
3.2 Límites de Lugar, Tiempo y Espacio	25
3.3 Universo.....	26
3.4 Muestreo	26
3.5 Tamaño de la Muestra	26
3.6 Criterios	27
3.6.1 Criterios de Inclusión	27
3.6.2 Criterios de Exclusión	27
3.6.3 Criterios de Eliminación	28
3.7 Definición de Variables y Unidades de Medida	28
3.7.1 Variable Dependiente:	28
3.7.2 Variable Independiente:	28
3.8 Operacionalización de Variables	29
3.9 Métodos, Técnicas, Instrumentos y Recolección de la Información	29
3.10 Presentación de la Información	31
IV. Resultados.....	32
4.1. Resultados Estadísticos.....	32
4.2 Interpretación de Resultados.....	34
4.3 Resultados de la Variable de Depresión	35
4.4 Análisis de la Variable de Depresión.....	36

4.5 Aprobación de Autoridades	37
V. Organización	40
5.1 Recursos Humanos	40
5.2 Programa de actividades.....	40
5.3 Cronograma de Actividades.....	41
5.4 Presupuesto	41
5.5 Publicación de Resultados	43
VI. Aspectos Éticos	44
6.1 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud	45
VII. Discusión.....	51
VIII. Conclusiones	53
IX Sugerencias.....	54
Referencias Bibliográficas	55
Anexo I. Operacionalización de Variables	57
Anexo II. Cronograma de Actividades.....	58
Anexo III. Tablas y Gráficos	59
Apéndice I. Ficha de Variables Sociodemográficas.....	73
Apéndice II. Colecta de Datos	74
Apéndice III. <i>Consentimiento Informado</i>	75

Introducción

La Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) define a la depresión como una condición en la que una persona se siente desanimada, triste, sin esperanza, desmotivado, o desinteresado en la vida en general. Así mismo, dicho padecimiento es provocado por una combinación de diversos factores: biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que incluye también a los adultos mayores.

En México se vive una era en la que los trastornos del estado de ánimo se están incrementando rápidamente, uno de los grupos más vulnerables y afectados son los AM, ya que uno de los principales factores para padecer depresión son el padecimiento de alguna enfermedad crónica que perjudica la salud mental del AM. En el país, el nueve por ciento de la población es mayor de 60 años. De ellos, al menos 11 de cada 100 han recibido un diagnóstico de que sufren o han sufrido depresión, de acuerdo con un estudio del Instituto Nacional de Geriátría.

En la presente investigación hicimos un estudio el cual tiene como finalidad el detectar si los adultos pertenecientes a la comunidad de Santa María de Guido, se les puede determinar si presentan depresión y el nivel de la misma.

En cada uno de los capítulos se expone la importancia de cómo este padecimiento afecta cada vez más a la población; a su vez se hará énfasis en por qué los adultos mayores son un grupo vulnerable para desarrollar esta enfermedad. Cómo se llevó a cabo el proceso para realizar la investigación la cual será de tipo cuantitativo.

Se hizo una selección del grupo a estudiar tomando una muestra de 30 AM de la edad de 65 a 95 años; pertenecientes al grupo de ayuda en la Parroquia de Santa María de Guido abarcando un periodo de tiempo comprendido de octubre 2021- marzo 2022.

Esta tesis consta de 3 capítulos, en el primer capítulo se establece el cuadro referencial que cuenta con los siguientes aspectos: justificación, planteamiento del problema y los objetivos del tema.

En el segundo capítulo hace referencia al marco teórico que incluye los temas de depresión y adulto mayor.

El tercer capítulo consta de la metodología que abarca el tipo y el diseño del estudio, consideraciones éticas y legales, referencias bibliográficas, anexos y apéndices.

I. Justificación

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), informó que el 15% de la población de Adultos Mayores (AM) en el mundo padece algún trastorno mental y en la mayoría de los casos es depresión o demencia (OPS, 2013).

De igual manera según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula, que entre el año 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer (OMS, 2017).

Así mismo la OMS refiere que la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana.

En México, el nueve por ciento de la población es mayor de 60 años. De ellos, al menos 11 de cada 100 han recibido un diagnóstico de que sufren o han sufrido depresión, de acuerdo con un estudio del Instituto Nacional de Geriatria con cifras de 2006 (OPS,2013).

De acuerdo con la delegación en Michoacán del Instituto Nacional de las Personas Adultos Mayores (INAPAM) refiere que de los más de 513 ancianos que viven en Michoacán, el 40% enfrentan el abandono de sus seres queridos, obligados a valerse totalmente por su cuenta en la etapa de declive de la vida y muchas veces en condiciones que no les permiten tener una vida digna (INAPAM, 2019).

Se encontró con recursos necesarios para realizar esta presente investigación.

Se tuvo acceso a la población antes mencionada y del mismo modo se contó con la previa solicitud y autorización de la Parroquia de Santa María de Guido para realizar este trabajo de investigación. Todos los gastos fueron cubiertos por el investigador principal estudiante de la Licenciatura de Enfermería; contando con acceso a internet, equipo y material.

Los resultados que se obtuvieron de este trabajo, se publicarán en trabajos académicos, revistas de salud; donde no aparece el nombre del sujeto, fortaleciendo la línea de investigación del cuerpo académico y aplicación e innovadora del conocimiento de estilos de aprendizaje.

Al llevar acabo esta investigación; utilizando como instrumento de apoyo la escala Yesavage que mide el nivel de depresión en adultos mayores, realizando una valoración que nos permita reconocer los síntomas de la depresión como son la tristeza, aislamiento, desinterés, ansiedad, etc., y en conjunto con la aplicación de diagnósticos enfermeros se pudo intervenir de tal manera que de acuerdo a los resultados obtenidos se pueda desarrollar planes de intervención para tratar y/o prevenir la aparición de depresión en adultos mayores.

De acuerdo a la información anterior se trata de un estudio relevante ante la nueva sociedad donde tenemos que atender y saber diagnosticar a personas que sufren depresión, ya que en los últimos años ha incrementado considerablemente en la población a nivel generalizado. Los adultos mayores también se han visto afectados con dicho padecimiento; lo cual impide que los mismos lleven una calidad de vida digna. La sociedad se verá beneficiada al tener profesionales capacitados dentro del área de la salud mental con las competencias teóricas, heurísticas y axiológicas para brindar el apoyo y cuidado adecuados a sus necesidades, condiciones y requerimientos.

Planteamiento del Problema

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública. Cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen; incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial pueden estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Es una enfermedad tan importante, que en 10 años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo.

La proporción de personas mayores también está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22% ósea de 605 millones a 2.000 millones de personas mayores de 60 años; sumándose, además, que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno neuropsiquiátrico de los cuales, los más comunes son la demencia y la depresión. El 6.6% de la discapacidad en este grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Adicionalmente, se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales (OMS, 2017).

Las causas por las que un adulto mayor se deprime son diversas; la muerte del cónyuge, hijos o familiares cercanos, pensionarse o dejar de trabajar, pérdida de la independencia y autonomía, soledad o ausencia de redes de apoyo, efectos secundarios de los medicamentos, etc.

La forma en la que nos podemos ayudar como personal de salud para determinar si existe depresión en una persona, en este caso hablando de los adultos mayores es que tengamos la capacidad de reconocer los síntomas que nos indican existe depresión en sus diferentes grados; estos síntomas son variables; recordando que cada persona es distinta y presentara un cuadro específico a su persona. Pero dentro de los datos de alarma que podemos encontrar son los

siguientes: ansiedad, tristeza, desinterés por sus actividades cotidianas, anorexia, insomnio o periodos exagerados de sueño.

Es importante que enfermería realice acciones que eviten que los familiares abandonen al Adulto Mayor. Apoyándose con los conocimientos brindados por las guías de práctica clínica, los cuales manejan intervenciones con una serie de libros como lo son el NANDA, NIC y NOC que serán de utilidad para formar grupos de ayuda en el cuidado del AM y no sufran de abandono.

Por lo tanto, sería mejor que los AM pertenezcan a un grupo familiar que les ayudará a tener una mejor calidad de vida durante el afrontamiento de su vejez, evitando así el padecimiento de depresión, siendo lo ideal que mueran en condiciones dignas.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión en el Adulto Mayor de 65 a 95 años en la comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán?

Objetivos

General

Analizar la presencia de síntomas y el nivel de depresión en el adulto mayor de 65 a 95 años en la comunidad de santa María de Guido de Morelia Michoacán.

Específicos

- Caracterizar a la población de adultos mayores de acuerdo con sus variables sociodemográficas.
- Identificar la **presencia** de síntomas depresivos en los adultos mayores de 65 a 95 años en la comunidad de santa María de Guido de Morelia Michoacán.
- Valorar y proponer intervenciones generales para los síntomas que **indican depresión** en los adultos mayores de 65 a 95 años en la comunidad de santa María de Guido de Morelia Michoacán.

Hipótesis

HI. Todos los adultos mayores de 65 a 95 años en la comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán, **tienen presencia de síntomas depresivos**.

HO. Todos los adultos mayores de 65 a 95 años en la comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán, **no presentan síntomas depresivos**.

II. Marco Teórico

En este apartado se abordará las variables de estudio: Adulto mayor y depresión.

2.1 Marco de Referencia

Existen estudios relacionados con el tema de investigación como los siguientes:

En el año 2014; Bastidas en un estudio Titulado “Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor; características comunes y relación etiológica”, Es un estudio de forma descriptiva y/o correlacional, así como artículos de revisión teórica, con el objetivo de reducir el riesgo de aparición o agravamiento de la depresión en el adulto mayor, con un muestreo o muestra de prevalencia de Enfermedades Cerebrovasculares y Depresión es de 11 a 50%. La diabetes y depresión con una prevalencia del 3 y 30%. Enfermedad de Alzheimer y depresión esta entre el 10 y 50%. Parkinson y depresión con una prevalencia del 25 al 50%. Utilizó un instrumento de revisión sistemática de 51 artículos y en el diseño estadístico el análisis permitió observar que estas enfermedades pueden anteceder a la depresión sin necesidad de un vínculo anatómico-funcional directo, por cuanto a las implicaciones psicosociales que conllevan.

En otro estudio realizado el 22 de septiembre del 2015; Rivera Navarro, Benito-León, Pazzi Olazarán. Con un estudio titulado “La depresión en la vejez: un importante problema de Salud en México”. Con un tipo de estudio Poblacional y Transversal. Con el objetivo de 1) Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor; 2) Analizar la asociación entre síntomas depresivos y diferentes factores favorecedores de la depresión; y 3) Reflexionar en qué sentido los resultados de este trabajo pueden contribuir a la mejora de las políticas de salud en

México. Con un muestreo o muestra se estudió a 1.126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), que suponían aproximadamente el 5.1% de toda la población mayor. Con un instrumento de depresión fue medida mediante la escala Geriatric Depression Scale y en el diseño estadístico se concluye que 1) La prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29%; y 2) Los factores favorecedores de la depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud.

En otra investigación realizada en el 2016, Paredes-Camilo-Acevedo, en un estudio Titulado “Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor”, con un tipo de estudio transversal y con el objetivo de determinar la relación entre sintomatología depresiva y factores asociados en población adulto mayor, así mismo con el muestreo o muestra de que se realizó en 2019 en adultos mayores lo cual equivale a una prevalencia del 38% en que se encontró asociación de síntomas depresivos, utilizando como instrumento la aplicación de cuestionario, así como apoyo de la escala de depresión geriátrica Yesavage, así como para el análisis de los datos se utilizó regresión logística multivariada y finalmente con un diseño estadístico que muestra que el resultado se concluye en que las características sociodemográficas que conducen a una dependencia económica y la presencia de enfermedades crónicas podrían explicar el aumento de la sintomatología depresiva en los adultos mayores de Colombia.

Otro artículo se menciona que, en el 9 de noviembre del 2017. De los Santos y Carmona Valdés. Con un estudio Titulado “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo”. Con un tipo de estudio Cuantitativo; Con el objetivo de la prevalencia de depresión en las 5,275 personas de un rango de edad de 60 a 103 años de edad. Con una prevalencia de depresión en personas mayores de 74.3% (1734 hombres mayores y 2186 mujeres). Con un muestreo o muestra de la Encuesta nacional de salud y envejecimiento; escala de

depresión de Yesavage, prueba de depresión de Zung y escala de Beck y con un diseño estadístico se concluye que los factores de riesgo personales, estructurales, económicos, sociales y de salud analizados en este estudio actúan de forma diferenciada al hablar de hombres y mujeres. (Santos, 2017)

Por último, se hace mencionar que el 25 de abril de 2017. Hernández-Chávez, Muñiz-Quintero, Gutiérrez-Leyva, Hernández Mena, Chan-Zavala, Cetina-Ceh. En un estudio Titulado “Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo”. Con un tipo de estudio descriptivo y transversal. Con el objetivo de identificar el índice de depresión, y su clasificación a través del test de Hamilton, en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. Se utilizó una muestra no probabilística de 16 sujetos de 65 a 87 años, con una media de edad de 76 años, de ambos sexos; 11 (69,0%) sujetos eran hombres y 5 (31,0%) mujeres, representando el 29,0% del total de la población, en quienes se evaluaron 17 ítems. Con un instrumento de test de Hamilton. En el diseño estadístico se concluye que la prevalencia de casos reportados con depresión supera a las estadísticas nacionales. La prevalencia de casos reportados con depresión leve y moderada fue del 50,0% (31,25% del total de los sujetos con depresión leve y 18,75% con diagnóstico de depresión moderada). La edad no se correlacionó con el puntaje de la escala de depresión. (Laura Hernández-Chávez, 2017)

2.2 Depresión

Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concorra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante. (OMS, 2017).

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales. En países de todo tipo de ingresos, las personas que experimentan depresión a

menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no padecen el trastorno son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. (OMS, 2021)

2.2.1 Síntomas y Tipologías

En un episodio depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas.

Se presentan varios otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía.

En determinados contextos culturales, algunas personas pueden expresar más fácilmente sus cambios de estado de ánimo en forma de síntomas somáticos (por ejemplo, dolor, cansancio, astenia), pese a que esos síntomas físicos no se deben a otra afección médica.

Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes. (OMS, 2021)

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Hay diferentes tipologías de trastornos del estado de ánimo:

- I. Trastorno depresivo de un solo episodio: la persona experimenta un primer y único episodio;
- II. Trastorno depresivo recurrente: la persona ha padecido ya al menos dos episodios depresivos; y
- III. Trastorno bipolar: los episodios depresivos alternan con periodos de episodios maníacos, que incluyen euforia o irritabilidad, mayor actividad o energía, y otros síntomas como aumento de la verborrea, pensamientos acelerados, mayor autoestima, menor necesidad de dormir, distracción y comportamiento impulsivo e imprudente. (OMS, 2021)

2.2.2 Causas Concomitantes y Prevención

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de afrontamiento positivo entre los niños y los adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión (OMS, 2021)

2.3 Envejecimiento

Envejecimiento es el proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Asimismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital. (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

México en 50 años ha alcanzado un alto porcentaje de personas envejecidas, se espera que para finales de 2019 existan, según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 13 millones 900 mil personas mayores de 60 años.

Actualmente 6 de cada 10 personas mayores son mujeres, haciendo evidente una feminización del envejecimiento, con una esperanza de vida en promedio de 75 años: 78 años para mujeres y 73 años para los hombres.

Mientras más años sumamos a la vida, los cambios se hacen más evidentes en diversos aspectos, por lo que las necesidades también irán siendo específicas. De la manera en cómo vivamos este proceso, podremos contar con los elementos biopsicosociales necesarios para adaptarnos de una mejor manera a dichos cambios.

La vejez es una etapa de vida que comienza a los 60 años y es considerada la última etapa de vida y forma parte del envejecimiento. Para quienes trabajamos con y para personas mayores será indispensable que contemos con una idea clara de estos conceptos. Las actitudes que frecuentemente mostramos a las personas mayores, se encuentran relacionadas con la percepción social que se mantiene de ellas y esta imagen a su vez determina en gran medida, la posición social en la que se encuentran.

Frecuentemente, esta percepción social está determinada por los juicios que hacemos sobre las características de las personas, en este sentido se han mantenido dos ideas ambiguas sobre lo que es la vejez, una asegura que es una etapa de la vida en la que prevalece el beneficio de la experiencia, la otra que se trata de una etapa de pérdidas e incluso considerada como sinónimo de enfermedad.

Estudios hechos sobre la imagen social de la vejez, han concluido que la percepción social sobre las personas mayores es básicamente negativa. En una sociedad como la nuestra que sustenta valores orientados a la fuerza, a la agilidad para el éxito y la conquista de bienes materiales, han dejado ver a la vejez como una suerte de desecho.

Esta visión despectiva sobre este grupo social, da origen a prácticas discriminatorias, que consideran a las personas mayores como diferentes a las demás, en sus opiniones, afectos y necesidades, a esta manera despectiva de ver a las personas mayores se le llama, desde la gerontología, viejismo, el cual puede poner a una persona mayor en un estado de vulnerabilidad.

En este sentido tenemos la responsabilidad de informarnos para tratar de manera digna, integral y sin discriminación a las personas mayores, considerándolas como sujetos socialmente activos, integrantes de la sociedad y portadoras de derechos. (Mayores, 2019)

2.4 Adulto mayor

Es una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica (PENSIONISSTE, 2017). NOM 047

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años

El concepto de adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, que también pueden ser llamadas de la tercera edad; El adulto mayor por naturaleza ha alcanzado rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico, social y psicológico (esfera biopsicosocial), que van desde experiencias, circunstancias, entorno social y familiar enfrentadas durante toda su vida. (Reyes, 2018)

2.5 Generalidades

La depresión es una enfermedad mental que afecta a millones de personas en todo el mundo, siendo los Adultos Mayores uno de los grupos más vulnerables, los adultos mayores no necesariamente deben padecer depresión, al contrario, deben continuar viviendo intensamente, adaptándose a su situación, pero no por ello debe estar triste o con pensamientos recurrentes de muerte (IMSS, 2014).

2.6 Clasificación

Según González García (s.f.) clasifica los tipos de envejecimiento en:

- Envejecimiento exitoso.
- Envejecimiento saludable.
- Envejecimiento activo.

Clasificación del AM

- 60 a 74 años: AM o ancianos jóvenes
- 75 a 84 años: AM o ancianos viejos.
- 85 a 99 años: AM o ancianos longevos.
- Mayores de 100 años: Centenario (Mendoza-Núñez s.f.).

Clasificación de depresión

- Trastorno depresivo grave
- Trastorno depresivo moderado
- Trastorno depresivo leve

2.7 Filosofía de Jean Watson

2.7.1 Generalidades

Jean Watson es una teórica que “En su teoría muestra un interés por el concepto del alma y enfatiza la dimensión espiritual de la existencia humana. *Watson afirma que su orientación es existencial-fenomenológica y espiritual, y que se basa, en parte, en la filosofía oriental. También adopta el pensamiento de la escuela humanista, existencial y de la psicología transpersonal.*”

Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera.

10 Factores Principales del Cuidado

1. El desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista.
2. El tomar en consideración un sistema de creencias y de esperanza.
3. La cultura de una sensibilidad para uno mismo y para los demás.
4. El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza.
5. La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones.
7. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal.
8. La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o corrección.

9. La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas.
10. El tomar en consideración los factores existenciales y fenomenológicos.

2.7.2 Supuestos de Watson relacionados con el cuidado humano

El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. Las coberturas de estas necesidades satisfacen nuestra humanidad. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería.

Cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.

El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los

otros. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

2.7.3 Elementos del cuidado de Watson

Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo. Infundir fe y esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda – confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal de orden superior.

Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del

pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás (en Colombia, 2019).

2.7.4 Relación de la Teoría de Jean Watson con el Adulto Mayor y la Depresión.

Watson considera que el cuidar debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: tales como la amabilidad, afecto y amor por uno mismo y los demás. Un sistema de valores humanista-altruista se integra como una filosofía que guía a la vida adulta, cuando una persona llega a esta edad, la humanización de los valores empieza a precisarse. Implica la capacidad de considerar la humanidad con amor y saber apreciar la diversidad y la individualidad.

En nuestro país, el modelo de las instituciones geriátricas está influenciado por las decisiones políticas de los diferentes gobiernos, que afrontan los retos del envejecimiento mediante el desarrollo de programas orientados a cubrir las necesidades de salud de los ancianos. El contexto social y en temas de salud presenta una respuesta insuficiente a las crecientes necesidades y demandas sociosanitarias de las personas mayores. Los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito geriátrico están condicionados por las políticas del sistema, disponen de pocos recursos económicos, materiales y asistenciales, y deben asumir mayores cargas de trabajo.

Para poder dar respuesta a las necesidades del adulto mayor en los centros geriátricos, así como a las expectativas de los profesionales, es necesario que desde las organizaciones se planteen nuevos modelos de funcionamiento y nuevos modelos de trabajo profesional, así como más investigaciones que incrementen la eficiencia y calidad de los cuidados enfermeros.

Para la comprensión de un adulto mayor con depresión es útil una mirada etnográfica que nos permita conocer la expresión subjetiva de la vivencia de la enfermedad. Reconocer los síntomas más comunes de este padecimiento, de este

modo realizar las intervenciones adecuadas y personalizadas para cada adulto mayor.

Un marco adecuado de referencia para ayudar en el cuidado de estos procesos es la teoría de Jean Watson sobre la Filosofía y Ciencia de los Cuidados Humanos, que a través de sus diez factores cuidadosos enmarca el rol de la enfermera. Se trata de analizar, a través de los factores cuidadosos, las vivencias subjetivas relacionadas con la transformación del cuerpo y la mente de las personas con depresión: el sufrimiento y el dolor, la autoimagen y el reconocimiento, la falta de energía, la pérdida de la esperanza.

Por lo tanto, nos fundamentamos en su teoría para poder lograr atender las necesidades que presentan los adultos mayores con un nivel de depresión, utilizando la base en el cuidado de esta teoría; ya que no es posible controlar el cuerpo sin controlar la mente y para ello nos puede ayudar el análisis subjetivo de la experiencia.

III. Material y Métodos

3.1 Tipo de Estudio

El presente trabajo investigativo es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal.

1. Cuantitativo: Tiene como finalidad cuantificar la información recolectada. El instrumento se aplicó a 30 AM y los resultados de las diversas variables del estudio se presentan a través de datos numéricos
2. Descriptivo: Permite describir las variables establecidas como: la depresión, el adulto mayor y el envejecimiento.
3. Transversal: porque se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento. El estudio se aplicó de noviembre 2021 a marzo 2022.

3.2 Límites de Lugar, Tiempo y Espacio

- Lugar: La investigación se realizó en la parroquia de la tenencia de Santa María de Guido de Morelia Michoacán.
- Tiempo: El presente estudio se desarrolló en el periodo de tiempo comprendido de noviembre 2021- marzo 2022.
- Espacio: la aplicación de las encuestas fue en los domicilios de los adultos mayores a través de la visita domiciliaria y entrevista.

3.3 Universo

Adultos mayores con un rango de edad de 65-95 años de la comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán

3.4 Muestreo

Para la investigación se aplicó un muestreo Aleatorio Estratificado en la cual se dividió la población en estratos o subgrupos menores pero parecidos internamente respecto a una característica en este caso sería en específico AM, pero heterogéneos entre ellos; es decir que sea mixto (hombres y mujeres), de 65 a 95 años de edad y diferenciándolos por una variable que resulte de interés para la investigación (depresión).

Cada estrato se consideró como una población de forma independiente para elegir los elementos que formaron parte de la muestra, buscando que todos los estratos estén representados.

Un requisito que lo volvió complejo fue tener la composición exacta de cada estrato y el conocimiento con el mayor detalle posible de la población a estudiar para esto se aplicó una ficha de variables sociodemográficas. Una vez superado esto, se pudo reducir el error muestral.

3.5 Tamaño de la Muestra

Se conformó por 30 AM de 65 a 95 años de edad

3.6 Criterios

- Aceptación de participación en el estudio
- Hoja de Consentimiento informado
- Saber leer y escribir
- No padecer deterioro cognitivo

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los siguientes.

3.6.1 Criterios de Inclusión

- Se incluyeron en el estudio a AM diagnosticados con depresión.
- AM que desearon ingresar al estudio.
- AM pertenecientes a la Comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán.
- AM que contaban con el apoyo de la Parroquia de Santa María de Guido de Morelia Michoacán.
- AM de edad de entre 65 a 95 años.

3.6.2 Criterios de Exclusión

- No se incluyeron en el estudio a AM que no hayan sido diagnosticados con depresión.
- AM que no desearon ingresar al estudio.
- AM que no pertenecían a la Comunidad de Santa María de Guido de Morelia Michoacán.
- AM que no recibían apoyo de la Parroquia de Santa María de Guido de Morelia Michoacán.
- AM que no tenían edad de entre 65 a 95 años de edad.

3.6.3 Criterios de Eliminación

Se eliminaron cuestionarios incompletos con menos del 80%.

Adultos mayores que se rehusaron a firmar el consentimiento informado.

3.7 Definición de Variables y Unidades de Medida

3.7.1 Variable Dependiente:

Adulto: es un adjetivo que procede del vocablo latino *adultus*. El concepto permite calificar a aquel o aquello que ya haya alcanzado su desarrollo pleno (RAE, 2016).

Adulto Mayor: persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales (PENSIONISSSTE, 2017).

3.7.2 Variable Independiente:

- Presencia de síntomas depresivos (tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración)
- Indican síntomas de depresión
- Nivel de Depresión

3.8 Operacionalización de Variables

Las variables del estudio se muestran en el **Anexo 1**.

3.9 Métodos, Técnicas, Instrumentos y Recolección de la Información

Se aplicó el instrumento llamado Yesavage que es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español para así obtener la consistencia interna (fiabilidad) del instrumento.

En la valoración de depresión la escala más utilizada para la población de adultos mayores es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale de Yesavage, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, la cual es una escala de autoevaluación desarrollada para detectar los síntomas específicos de la depresión en las personas mayores como son tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognoscitiva. El presente estudio es para la estimación de los síntomas depresivos, se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage, en su versión reducida de 15 ítems –respuestas dicotómicas–.

<i>Puntajes de la escala de Yesavage</i>
--

- 0-4 puntos Se considera normal, sin síntomas depresivos.
- 5-8 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
- 9-10 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
- 12-15 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Dado que la enfermedad física y la depresión en el adulto mayor se presentan comúnmente con características somáticas, como trastornos en el apetito, en el sueño (insomnio inicial), dolor, agitación, entre otras; el uso de pruebas de detección que utilizan síntomas físicos y biológicos puede dar lugar a falsos positivos; por lo que se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

La escala es sensible y específica tanto en el hospital como en atención primaria, es fácil de realizar y muy aceptable para los pacientes, y ha sido validada de forma extensa.

Su versión corta de 15 ítems es tan confiable y válida como la versión original de 30 ítems; tiene una sensibilidad entre el 80 - 90% y una especificidad entre 70 - 80% con un punto de corte de 6 para considerar la presencia de síntomas depresivos, con un rango normal entre 0 – 5.

Permite que la identificación oportuna de pacientes susceptibles y posterior diagnóstico de depresión en los pacientes adultos mayores sea más efectiva. Es importante aclarar que esta escala indica la presencia de síntomas de depresión, en otras palabras, es una escala de tamización mas no arroja un diagnóstico de depresión, para tal requisito es necesario el diagnóstico médico y su confirmación debe realizarse con los criterios del DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).

3.10 Presentación de la Información

Se aplicó una encuesta llamada Yesavage en donde se aborda a los AM, en donde la muestra será tomada en la comunidad de Santa María de Guido Morelia Michoacán se le informaba sobre el proyecto de investigación y se les daba a conocer el consentimiento informado, una vez que el sujeto de estudio aceptaba participar se procedía a la aplicación de dicho instrumento.

Una vez hecha la recolección de datos se procedió a la elaboración de una matriz de datos con el programa de paquete estadístico de las ciencias sociales (SPSS) por sus siglas en inglés: Statistical Package for the Social Sciences, versión (la que tengamos) y se llevó a cabo el análisis estadístico con estadística descriptiva con medidas de tendencia central, frecuencia y porcentajes. Se realizó la validación del instrumento con el chi cuadrada, los resultados se presentaron en tablas y gráficas y solo se darán a conocer con fines académicos y como prueba piloto para la realización del proyecto de investigación.

IV. Resultados

4.1. Resultados Estadísticos

Tabla 1. Variable sociodemográfica del adulto mayor

		<i>f</i>	%
<i>Sexo</i>	Femenino	16	53.3
	Masculino	14	46.7
<i>Estado civil</i>	Soltero/a	1	3.3
	Casado/a	16	53.3
	Divorciado/a	4	13.3
	Viudo/a	9	30
<i>Religión</i>	Católica	21	70
	Cristiana	5	16.7
	Testigo de Jehová	2	6.7
	Mormón	2	
<i>Ocupación</i>			
	Ama de casa	12	40
	Comerciante	9	30
	Profesionista	2	6.7
	Jubilado/Pensionado	6	20
	Artesano	1	3.3
<i>Escolaridad</i>	Primaria	15	50
	Secundaria	7	23
	Preparatoria	4	13.3
	Licenciatura	4	13.3
<i>Padece alguna enfermedad</i>	Si	10	33.3
	No	20	66.7

<i>Con que atención medica cuanta</i>	IMSS	12	40
	ISSSTE	6	20
	Seguro popular	6	20
	Particular	6	20
<i>Tiene hijos</i>	Si	21	70
	No	9	30
<i>Actualmente con quien vive</i>	Esposo/a	13	43.3
	Hijos	5	16.7
	Solo/a	5	16.7
	Asilo	7	23.3
<i>De quien depende económicamente</i>	Esposo/a	13	20
	Hijo	6	20
	Hermano	1	3.3
	Autosuficiente	15	50
	Nadie	2	6.7
<i>Realiza actividad física</i>	Si	16	53.3
	No	14	46.7
<i>Actividad física que realiza</i>	Caminar	14	46.7
	Yoga	2	6.7
	Terapia de movilidad	5	16.7
	Natación	1	3.3

4.2 Interpretación de Resultados

En este apartado se muestra los resultados obtenidos:

Se encontró que al referente al sexo de los participantes el 53.3 % (16) refirieron ser mujeres y 46.7% (14) refirieron ser hombre.

Usuarios refieren tener un estado civil de soltero/a 3.3% (1), casado/a 53.3% (16) divorciado/a 13.3% (4), viudo/a 30% (9).

Se encontró respecto a la religión católica de 70% (21), cristiana 16.7 (5), testigo de jehová 6.7% (2), mormón 6.7% (2).

Se obtiene un resultado de acuerdo a la ocupación de ama de casa 40% (12), comerciante 30% (9), profesionista 6.7% (2), jubilado/pensionado 20% (6), artesano 3.3% (1).

Se obtuvieron resultados de acuerdo a la escolaridad de primaria 50% (15), secundaria 23.3 (7), preparatoria 13.3% (4), licenciatura 13.3% (4), posgrado.

Así como también se arroja datos sobre el padecimiento de alguna enfermedad con un SI de 33.3% (10) y NO 66.7% (20).

Refiriendo que cuentan con una atención medica cuenta con IMSS 40% (12), ISSSTE 20% (6), Seguro popular 20% (6), particular 20% (6).

Refiriendo los usuarios tener una descendencia de hijos con un SI el 70% (21) y NO 30% (9).

Actualmente se encuentran viviendo con Esposo/a 43.3% (13), hijos 16.7% (5), solo/a 16.7% (5), asilo 23.3% (7).

Dependen económicamente de esposo/a 20% (13), hijo/a 20% (6), hermano/a 3.3% (1), autosuficiente 50% (15), nadie 6.7% (2).

Con una realización de actividad física con un SI 53.3% (16) y con un NO 46.7% (14).

La actividad física que realizan son caminar 46.7% (14), yoga 6.7% (2), terapia de movilidad 16.7% (5), natación 3.3% (1).

4.3 Resultados de la Variable de Depresión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Normal, sin síntomas depresivos	16	53.3	53.3	53.3
	Presencia de síntomas depresivos leves	11	36.7	36.7	90.0
	Presencia de síntomas depresivos moderados	3	10.0	10.0	100.0
	Presencia de síntomas depresivos graves	0	0	0	0.0
	Total	30	100.0	100.0	

4.4 Análisis de la Variable de Depresión

En cuanto al objetivo general de la presente investigación acerca del nivel de depresión en el AM, de 65 a 95 años y con el apoyo del el instrumento de Yesavage obtuve los siguientes resultados: en un **nivel normal sin síntomas depresivos** una frecuencia de 16 con un porcentaje de 53.3%, así como también nos indican **la presencia de síntomas depresivos leves**, el cual nos arroja una frecuencia de 11 con un porcentaje de 36.7%, en la tercera escala observamos **la presencia de síntomas depresivos moderados**, teniendo una frecuencia de 3 con un porcentaje de 10% y por último, la escala nos indican la **presencia de síntomas depresivos graves** con una frecuencia de 0 y un porcentaje del 0.0%

4.5 Aprobación de Autoridades

V. Organización

5.1 Recursos Humanos

El P.L.E. José Eduardo Martínez Mendoza cumplió con las funciones apegadas a las características y lineamientos de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo como investigador principal; el cual, a su vez llevó a cabo la recolección de datos, la organización de información, aplicación de instrumentos; así como también realizó el desarrollo de las conclusiones de los resultados obtenidos en la presente investigación.

5.2 Programa de actividades

1. Es posible realizar esta investigación por que se tiene acceso a la población para realizar este estudio se solicitara el permiso de la Parroquia de Santa María de Guido de Morelia Michoacán.
2. Aplicación de la encuesta Yesavage en donde se aborda a la población seleccionada.
3. Recolección de datos obtenidos.
4. Elaboración de una matriz de datos con el programa SPSS; se realizará el análisis estadístico con estadística descriptiva con medidas de tendencia central, frecuencia y porcentajes.
5. Se realizará la validación del instrumento con el chi cuadrada, los resultados se presentarán en tablas y gráficas.

5.3 Cronograma de Actividades.

Anexo II.

5.4 Presupuesto

Todos los gastos serán cubiertos por el P.L.E. José Eduardo Martínez Mendoza; contamos con acceso a internet, equipo y material.

Tabla 1. Presupuesto para la investigación

Concepto Descripción	Unidad de Medida	Cantidad	Costo	Costo total
<i>Recursos Materiales</i>				
Hojas blancas	Paquete c/100	4	138.00	552.00
Lapiceros	Unidad	20	10.00	200.00
Lápices	Unidad	10	5.00	50.00
Marca textos	Unidad	10	18.00	180.00
libretas	Unidad	5	100.00	500.00
Agendas	Unidad	5	150.00	750.00
Cartucho para impresora	Unidad	1	500.00	500.00
Alimentación	Diario	30	100.00	3.000.00

Material para toma de signos vitales	Unidades	1	600.00	600.00
Recursos tecnológicos				
Datos celulares	Mes	24	200.00	4.800
Internet	Mes	24	500.00	12.000
Computadora	Unidad	1	15.000	15.000
Celulares	Unidad	1	10.000	10.000
Memoria USB	Unidad	2	200.00	400.00
Plataformas digitales	Año	1	1.000	1.000
Programa estadístico SPSS	Año	1	2.500	2.500
Recursos Humanos				
Asesores	Por trabajo	1	500.00	500.00
Otros				
Gasolina	Mes	24	1.000	24.000
Transporte	Mes	24	500.00	12.000

5.5 Publicación de Resultados

Los resultados que se obtengan de este trabajo, se publicarán en trabajos académicos, revistas de salud donde no aparece el nombre del sujeto y fortalecerá la línea de investigación del cuerpo académico.

VI. Aspectos Éticos

En esta investigación “Nivel de Depresión en el adulto mayor de 65 a 95 años en la comunidad de santa María de Guido de Morelia Michoacán” se tomarán en cuenta las consideraciones establecidas en la ley General de Salud en materia de investigación para la salud que es de vigencia en los Estados Unidos Mexicanos.

El presente protocolo se realizará con fines académicos por un pasante de enfermería en servicio social, bajo la tutoría de profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Se mantendrá con confidencialidad de los datos obtenidos; al igual que se les dará a conocer un consentimiento informado. Es una investigación de bajo riesgo y no invasivo.

Estará apegada a los cuatro principios bioéticos fundamentales y vigentes.

1. Autonomía
2. Privacidad
3. No Maleficencia
4. Veracidad

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente

en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de

su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

Para fines de este trabajo el investigador tomó en cuenta lo establecido por la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos que se basa en los principios éticos y legales en sus artículos 13, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 23 y 58.

Lo que a texto dice:

6.1 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud

ARTICULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

Fracción reformada DOF 02-04-2014

II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos;

III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

Fracción reformada DOF 02-04-2014

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento;

IX. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite, y

Fracción adicionada DOF 02-04-2014

X. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos 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;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con

nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTICULO 18.- Derogado

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

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

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

I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;

Fracción reformada DOF 02-04-2014

III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 23.- Derogado.

ARTICULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, los representantes del núcleo afectado o de las personas usuarias que participen en el Comité de Ética en Investigación, en términos de lo dispuesto por el párrafo segundo del artículo 41 Bis de la Ley, vigilarán:

Párrafo reformado DOF 02-04-2014

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o

la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso;

II. Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III. Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

VII. Discusión

En los últimos años la población de adultos mayores se ha incrementado significativamente; a su vez se ha visto un aumento en las enfermedades mentales, de las cuales la depresión se posiciona en los primeros lugares, por lo tanto el personal de enfermería tiene una labor importante; ya que al estar en contacto directo con el usuario debe reconocer los síntomas que indican depresión tales como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración y a su vez desarrollar su juicio clínico para la elección de sus intervenciones, debe prepararse y estar en actualización continua para satisfacer las necesidades que se presenten en la población geriátrica.

Según Paredes-Camilo-Acevedo, en el estudio titulado “Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor”, el cual se realizó en 2019, demostró que en los adultos mayores seleccionados para hacer dicha investigación un 38% se encontró asociación de síntomas depresivos, utilizando como instrumento la aplicación de cuestionario, así como apoyo de la escala de depresión geriátrica Yesavage, en comparación con nuestros resultados arrojados obtuvimos que se asemejan a la investigación; ya que a nosotros nos dio un 36.7% asociado a síntomas depresivos y un 10% presencia de síntomas depresivos establecidos.

De acuerdo al estudio realizado con De los Santos y Carmona Valdés; en el estudio “Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo”. Se hace una comparación mayor donde estudian 5,275 personas de un rango de edad de 60 a 103 años; las cuales 1734 son hombres y 2186 son mujeres para valorar distintos factores que abarcan la vida personal en el adulto mayor como son: los sociales, económicos, familiares y actividades de rutina. Y se compara con nuestro estudio, que existe variaciones en cuanto a las actividades que realizan cada uno de ellos y cómo las mismas influyen en el desarrollo de síntomas depresivos.

En el estudio “Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor; características comunes y relación etiológica” de Bastidas en el año 2014 con el objetivo de reducir el riesgo de aparición o agravamiento de la depresión en el adulto mayor con prevalencia a enfermedades; nos permitió observar que las enfermedades pueden anteceder a la depresión como en nuestro estudio podemos observar que el 33.3% cuentan con una enfermedad y el 66.7% no presentan enfermedades crónico – degenerativas. Dando como similitud que la prevalencia de algunas enfermedades crónico-degenerativas es un factor que conduce a la depresión.

De acuerdo al estudio realizado el 25 de abril de 2017 por Hernández-Chávez, Muñiz-Quintero, Gutiérrez-Leyva, Hernández Mena, Chan-Zavala, Cetina-Ceh titulado “Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo”. Con el objetivo de identificar el índice de depresión utilizaron el test de Hamilton el cual consta de 17 ítems a 16 sujetos de 65 a 87 años, que se asemeja a nuestro instrumento con 15 ítems a 30 sujetos de 65 a 95 años. Ellos concluyeron que la prevalencia de casos reportados con depresión leve y moderada fue del 50,0% (31,25% del total de los sujetos con depresión leve y 18,75% con diagnóstico de depresión moderada). En nuestro estudio nos arrojó que con un porcentaje de 53.3% con un nivel normal sin depresión, así como también en el nivel que indica síntomas de depresión con un porcentaje de 36.7%, en el nivel de presencia de depresión establecida se tiene un porcentaje de 10%.

VIII. Conclusiones

El objetivo de esta presente investigación fue valorar, conocer y medir el nivel de depresión en el Adulto Mayor de 65 a 95 años de edad de la comunidad en Santa María de Guido de Morelia Michoacán. Para determinar la misma fue necesario realizar una evaluación acerca de los síntomas que nos indican depresión, en los cuales la persona experimenta un estado de ánimo decaído (tristeza, irritabilidad, sensación de vacío) o una pérdida del disfrute o del interés en actividades, la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas.

Se presentan varios y otros síntomas, entre los que se incluyen la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza en el futuro, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía. Es de suma importancia que como personal de enfermería debemos reconocer estos datos de alarma para ayudarnos en el ejercicio de nuestra profesión.

Mediante la realización de esta investigación me permito exponer las siguientes conclusiones:

De acuerdo a los porcentajes arrojados de las gráficas se da a conocer parte del estilo de vida que llevan los Adultos Mayores en su día a día, esto nos revela que la mayoría de Adultos Mayores de 65 a 95 años que son casados se considera normal, sin síntomas depresivos mientras que los que son divorciados, viudos o solteros presentan síntomas de depresión y un porcentaje pequeño presentan síntomas depresivos ya establecidos.

Por último, queda concluir que es de suma importancia que los Adultos Mayores realicen actividades y labores de rutina para así mantenerlos activos y concentrados en sus tareas, también cabe mencionar que la compañía de familiares, cuidadores, parejas, hijos y/o hasta amigos son valiosos para evitar que la persona llegue a la depresión.

IX Sugerencias

Para las instituciones de salud:

Involucrar a los Adultos Mayores y al personal multidisciplinario en t áreas recreativas, implementar programadas de apoyo que nos ayuden a valorar, diagnosticar e i dentificar a los Adultos Mayores en riesgo de abandono y poder ejecutar planes personalizados con base a las necesidades de cada usuario, y a su vez poder prevenir o tratar alguna otra enfermedad; por ejemplo el uso de algún transporte (autobús) domiciliario, mediante el cual el personal de salud acuda a dichos domicilios a i nvitar, fomentar y vigilar a los adultos mayores a realizar determinadas actividades.

Para la facultad de enfermería:

Como institución educativa que se siga fomentando incondicionalmente el apoyo de los estudiantes de pregrado hacia la población de Adultos Mayores de esta misma comunidad, realizando labores de enfermería donde el cuidado hacia el paciente geriátrico tenga un impacto beneficioso para ellos y sus familiares si es que se cuenta con el apoyo de alguno de ellos.

General:

Que se consideren los resultados de la investigación, se formulen estrategias que contribuyan al estado emocional y mental de los Adultos Mayores de 65 a 95 años de edad

Involucrar a la familia en la atención del Adulto Mayor, considerando estrategias para que no se sientan rechazados y solos.

Realizar investigaciones cualitativas considerando esta investigación.

Referencias Bibliográficas

- De los Santos, P.V., y Carmona Valdés, S.E., (2018) Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Enero – Junio 2018
Sitio Web: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-95.pdf>.
- García, Solano, F. (mayo 2011) Midiendo la prevalencia de la depresión. Sitio Web: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-midiendo-prevalencia-depresion-S0211139X01747014>.
- PENSIONISSTE. (2017). Día del adulto mayor. Sitio web: <https://www.gob.mx/pensionisste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>
- Urbina Torrija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. (2017) Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. Sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000100008
- En Colombia (2019) | Teoría del autocuidado Humano de Jean Watson. Sitio web: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
- Molina, Arturo, (2019) En vulnerabilidad, 50% de los adultos mayores en Michoacán. Sitio web: <https://www.lavozdemichoacan.com.mx/morelia/en-vulnerabilidad-50-de-los-adultos-mayores-en-michoacan/>
- OPS (2013) Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan en el adulto mayor de 60 años en el mundo. Octubre 2013. Sitio web: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=1926&lang=es
- González, V. (2017). Introducción a la gerontología. Definiciones y conceptos básicos. Sitio web: https://clea.edu.mx/biblioteca/1_conceptos_basicos_gerontologia_geriatria.pdf
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-de-enfermedad-cronica-al-paciente-S0212656710004002>

IMSS (2020) | Depresión en el Adulto Mayor. Septiembre 2020. Sitio web: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>

Olarte A.R. (2016) Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud. universidad CES-Universidad del Rosario.

OMS (2017) Datos interesantes acerca del envejecimiento. Sitio web: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Arango, D. C. Restrepo, A. E, Cardona ÁMS, Chavarriaga LM, Molina JEO, Gómez JJO (2010). Situación de salud del adulto mayor institucionalizado. Medellín: Universidad CES; Recuperado a partir de: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1442/938

Reyes Ricardo (2018) Adulto Mayor Significado Sitio Web: <http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>. Adulto Mayor Inteligente.

Laura Hernández-Chávez, Neftalí Ricardo Muñiz-Quintero, María Magdalena Gutiérrez-Leyva, José Raúl, Hernández Mena, Manuel de Jesús Chan-Zavala Frida Pamela Cetina-Ceh (2017) Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo, publicado: REVISTA SALUD QUINTANA ROO Sitio Web: https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/35/PDF/DEPRESION_EN_UN_CENTRO_GERIATRICO_QUINTANA_ROO.pdf

Anexos

Anexo I. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN
<i>Edad</i>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento (léxico, 2019).
<i>Estado civil</i>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto: Casado, Soltero, Divorciado, Unión libre, Viudo (léxico, 2019).
<i>Ocupación</i>	Es todo tipo de acción realizada por el hombre independientemente de sus características o circunstancias; significa toda la actividad humana; Agricultor, Ama de casa (léxico, 2019).
<i>Religión</i>	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, 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.
<i>Escolaridad</i>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento (RAE, 2019).
<i>Genero</i>	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendiendo este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico (RAE, 2019).

Instrucción

Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona: posee una sólida instrucción científica; Ninguno, Primaria, Secundaria, Superior

Niveles de depresión

Grado de depresión valorado por escala de Yesavage; Leve, Moderada, Grave

Anexo II. Cronograma de Actividades

Mes Actividades	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	febrero	marzo	Abril	mayo
Introducción								
Justificación								
Planteamiento del problema								
Objetivos								
Marco Teórico								
Material y Métodos								
Referencias Bibliograficas								
Anexos								
Apendices								
Aprobacion del protocolo								

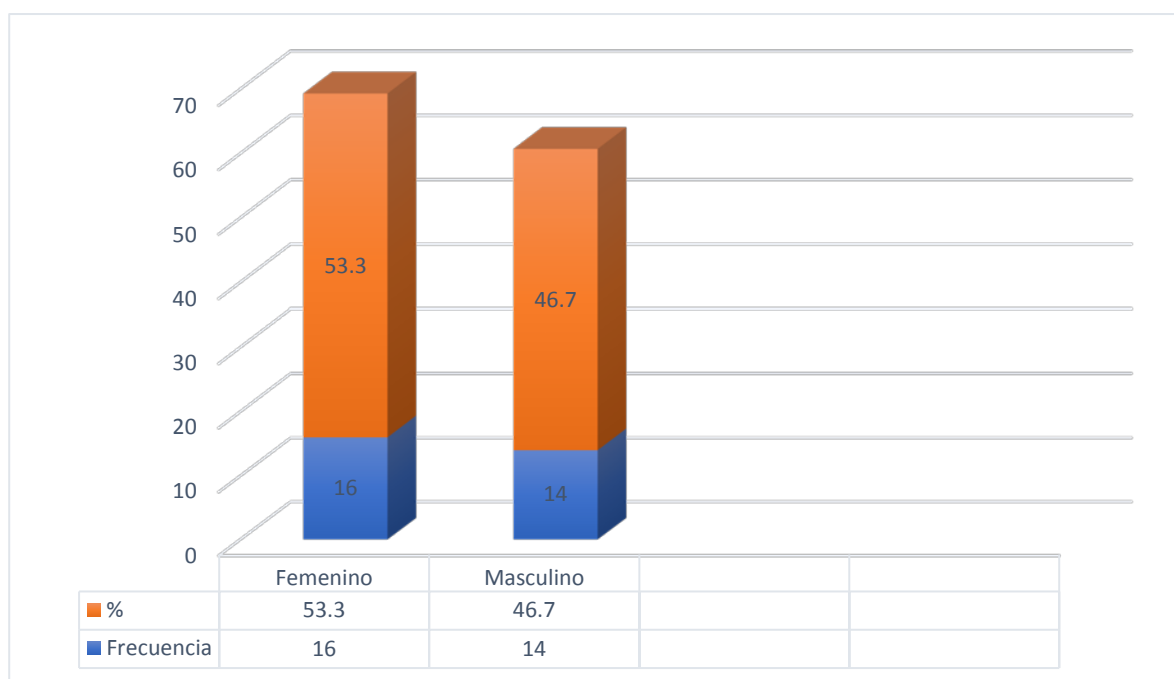
Elaborado por: PLE: José Eduardo Martínez Mendoza

Anexo III. Tablas y Gráficos

Tabla 1. Sexo de los adultos mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

Sexo	<i>f</i>	%
<i>Femenino</i>	16	53.3
<i>Masculino</i>	14	46.7

Gráfico 1. Sexo de los Adultos Mayores Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



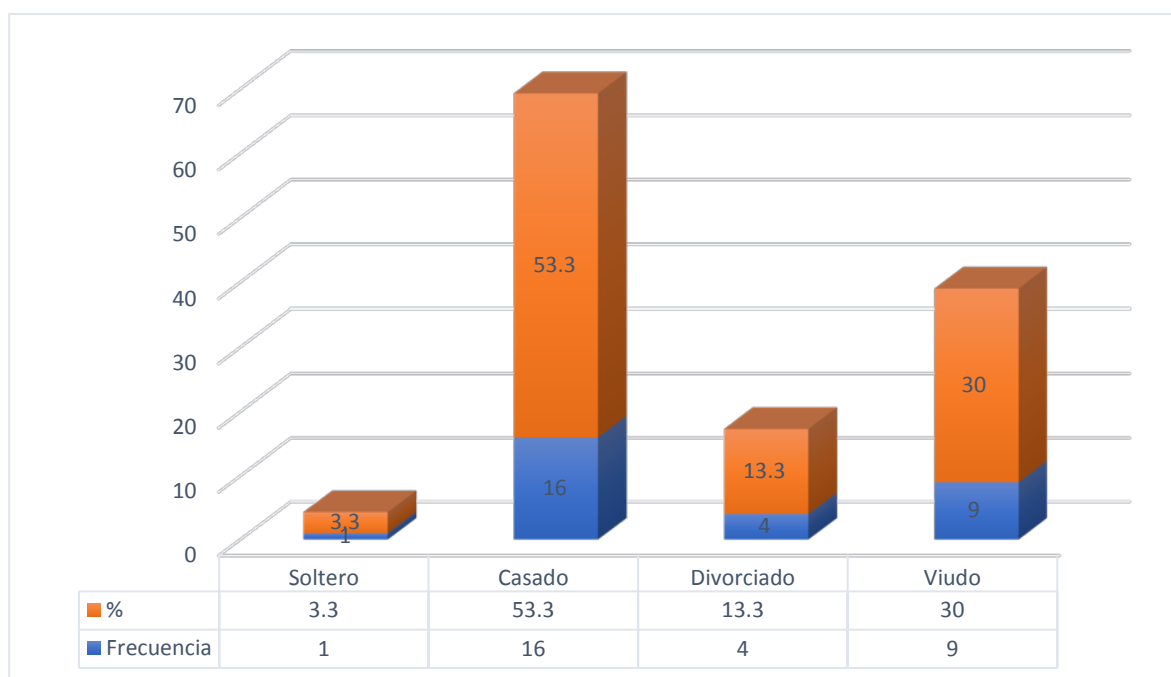
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

La tabla 1 muestra el sexo de los Adultos Mayores Santa María de Guido, Morelia Michoacán que formaron parte de la muestra. Se encontró que al referente al sexo de los participantes el 53.3 % (16) refirieron ser mujeres y 46.7% (14) refirieron ser hombres. De tal manera, se identifica que la mayor parte de los Adultos Mayores de la población de Santa María de Guido en Morelia Michoacán son mujeres (53.3%).

Tabla 2. Estado Civil de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Soltero/a</i>	1	3.3
<i>Casado/a</i>	16	53.3
<i>Divorciado/a</i>	4	13.3
<i>Viudo/a</i>	9	30

Gráfico 2. Estado Civil de los Adultos Mayores Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



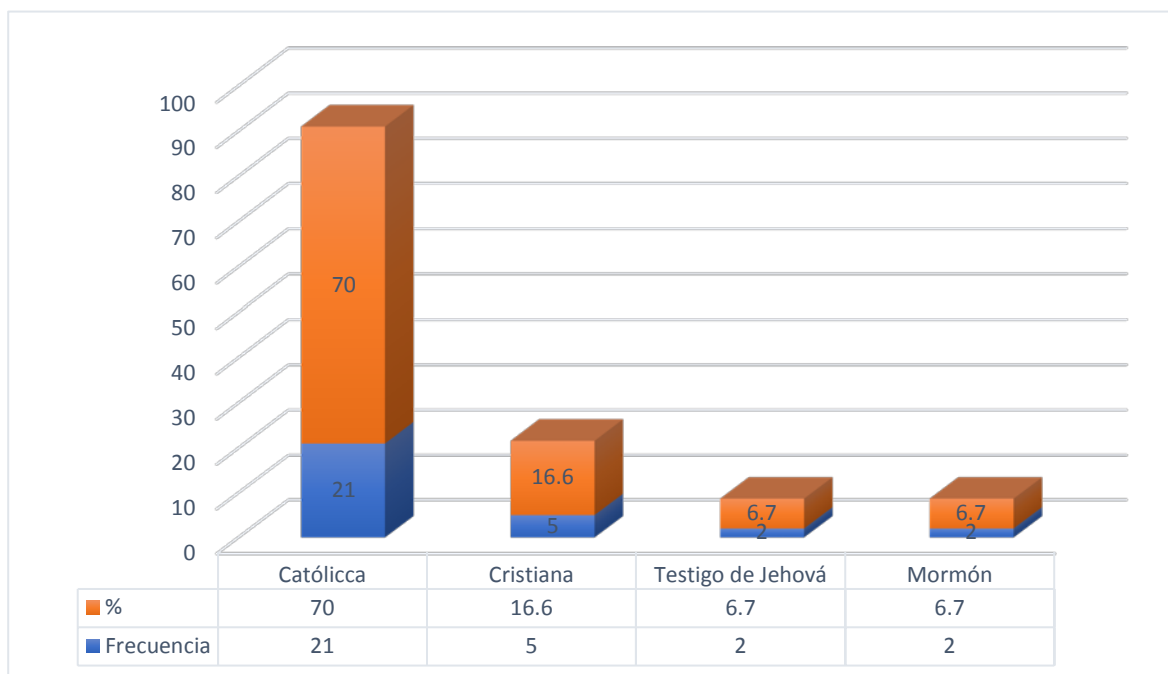
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

La tabla 2 muestra que de los 30 Adultos Mayores se observa que el 3.3% (1) son solteros, casado/a 53.3% (16), divorciado/a 13.3% (4) y viudo/a 30% (9). De tal forma se indica que los Adultos Mayores son principalmente casados.

Tabla 3. Religión de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
Católica	21	70
Cristiana	5	16.7
Testigo de Jehová	2	6.7
Mormón	2	6.6

Gráfica 3. Religión de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



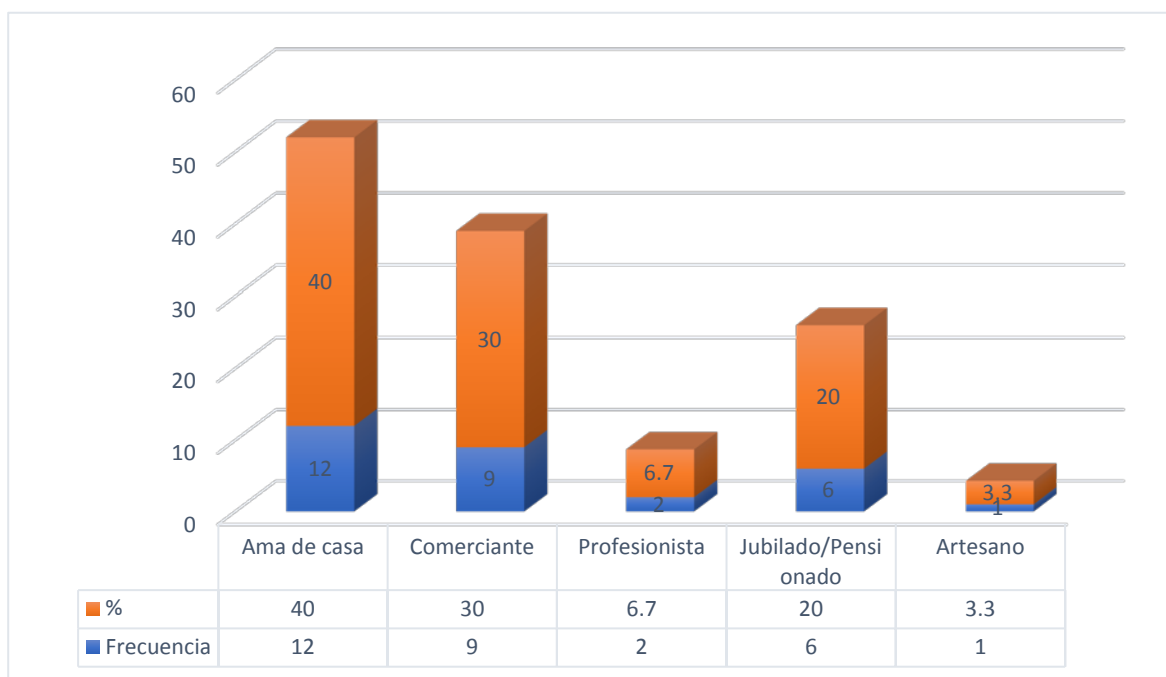
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

La tabla 3 nos muestra que, de los Adultos Mayores encuestados en la comunidad de Santa María de Guido, Se encontró respecto a la religión católica de 70% (21), cristiana 16.6 (5), testigo de jehová 6.7% (2), mormón 6.7% (2). Determinando que la mayoría de los usuarios pertenecen a la religión católica.

Tabla 4. Ocupación de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Ama de casa</i>	12	40
<i>Comerciante</i>	9	30
<i>Profesionista</i>	2	6.7
<i>Jubilado/Pensionado</i>	6	20
<i>Artesano</i>	1	3.3

Gráfica 4. Ocupación de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



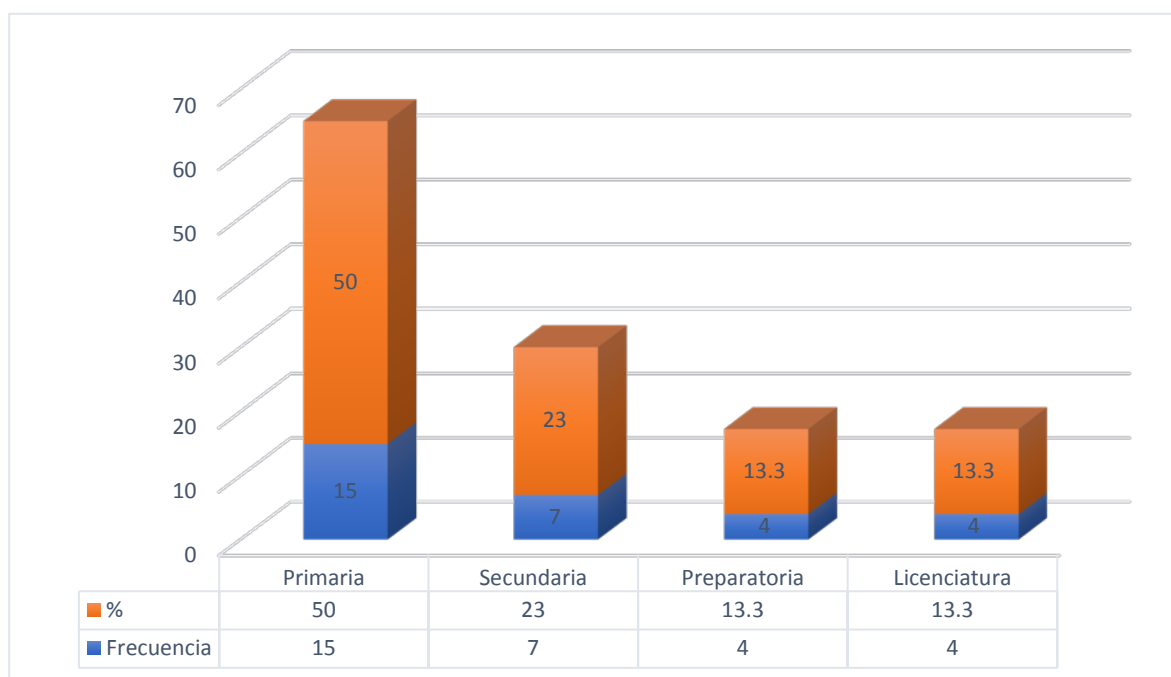
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 4 se visualiza que, dentro de la información recabada, se consigue un resultado de acuerdo a la ocupación de ama de casa 40% (12), comerciante 30% (9), profesionista 6.7% (2), jubilado/pensionado 20% (6), artesano 3.3% (1). Estableciendo que la mayoría de estos adultos mayores mantienen una ocupación.

Tabla 5. Nivel de escolaridad de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>Primaria</i>	15	50
<i>Secundaria</i>	7	23
<i>Preparatoria</i>	4	13.3
<i>Licenciatura</i>	4	13.3

Gráfico 5. Nivel de escolaridad de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



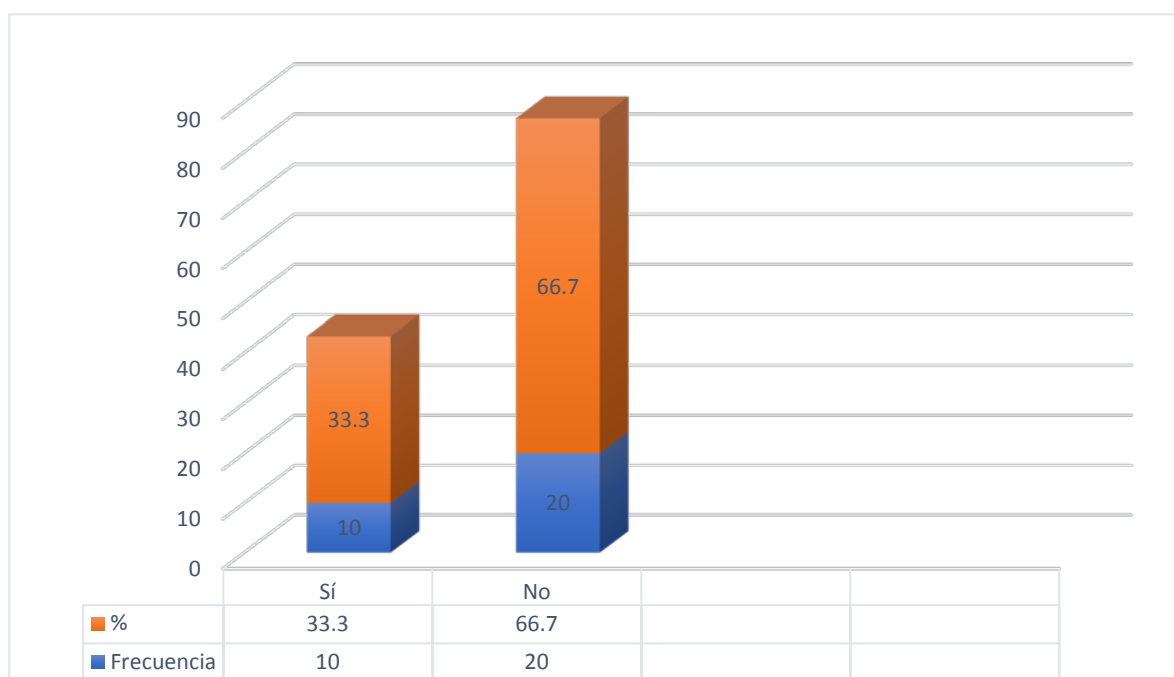
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 5 se evidencia que el nivel de escolaridad de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán; se obtuvieron resultados de acuerdo a la escolaridad de primaria 50% (15), secundaria 23.3 (7), preparatoria 13.3% (4), licenciatura 13.3% (4). Concluyendo que solo una minoría concluyo con su educación a nivel licenciatura.

Tabla 6. Padecimiento de alguna enfermedad de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Si</i>	10	33.3
<i>No</i>	20	66.7

Gráfica 6. Padecimiento de alguna enfermedad de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



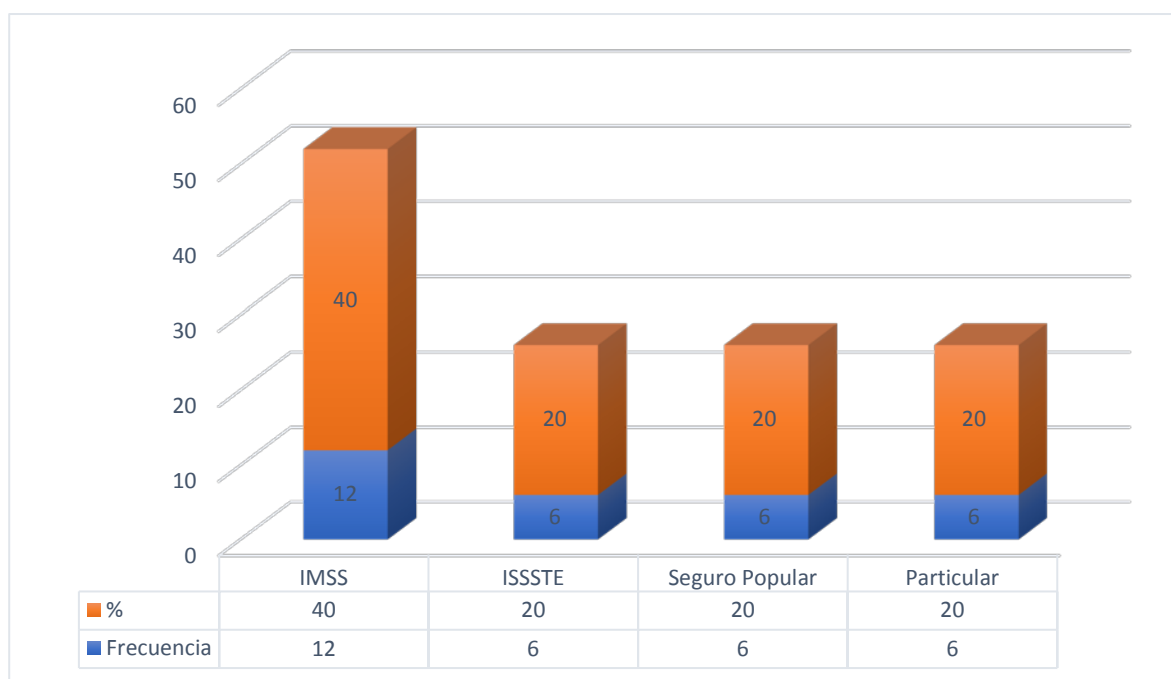
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 6 se observa que de los 30 Adultos Mayores pertenecientes al estudio se arroja datos sobre el padecimiento de alguna enfermedad con un SI de 33.3% (10) y NO 66.7% (20).

Tabla 7. Servicio de atención médica de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>IMSS</i>	12	40
<i>ISSSTE</i>	6	20
<i>Seguro popular</i>	6	20
<i>Particular</i>	6	20

Gráfica 7. Servicio de atención médica de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



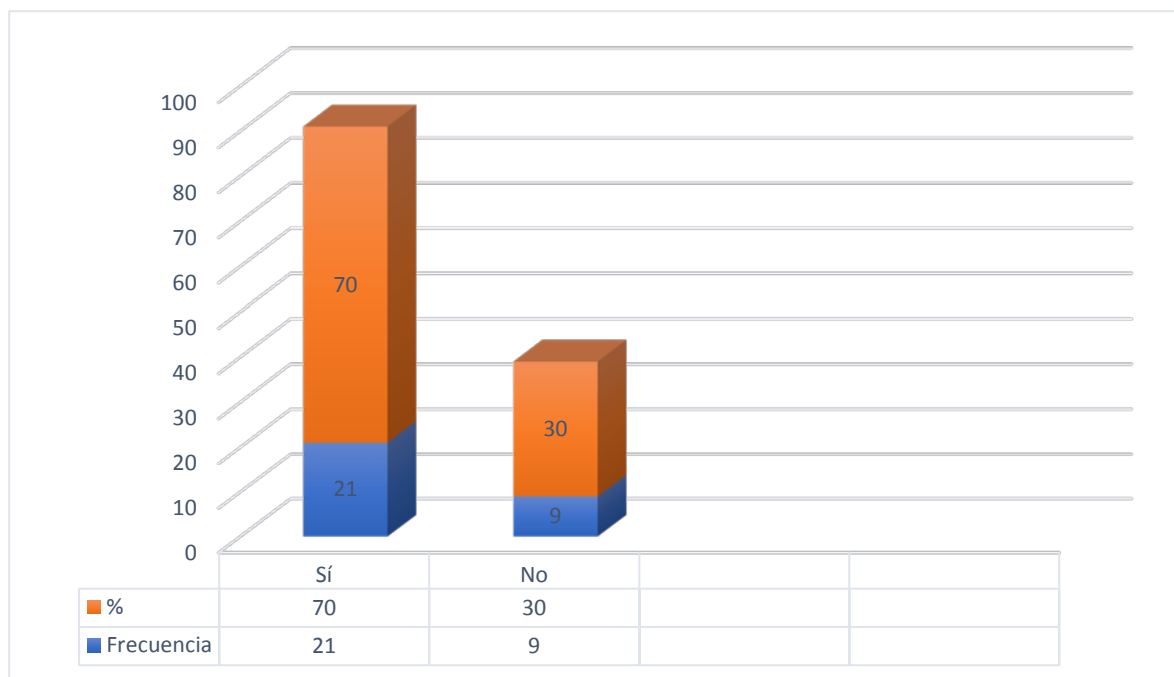
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 7 se hace referencia a que los usuarios cuentan con una atención médica como IMSS 40% (12), ISSSTE 20% (6), Seguro popular 20% (6), particular 20% (6). Se determina que todos cuentan con el servicio médico de por parte de instituciones gubernamentales.

Tabla 8. Descendencia de hijos de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Si</i>	21	70
<i>No</i>	9	30

Gráfica 8. Descendencia de hijos de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



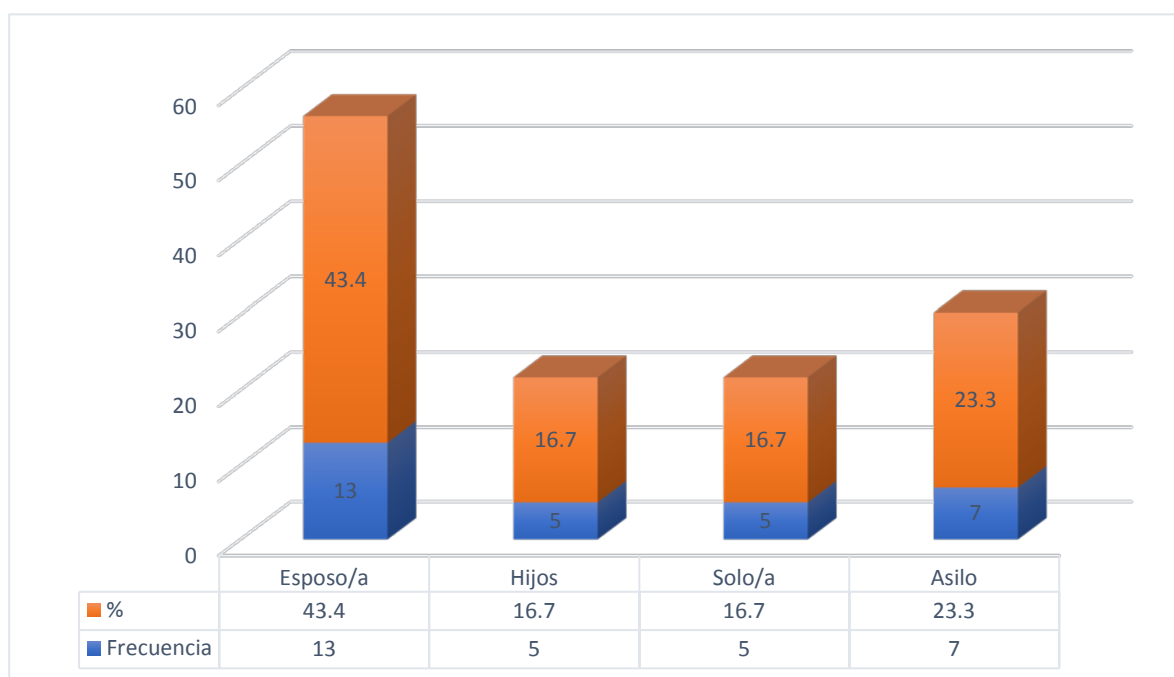
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 8 se observa que del total de Adultos Mayores; estos refieren tener una descendencia de hijos con un SI el 70% (21) y NO 30% (9).

Tabla 9. Personas con quien viven los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Esposo/a</i>	13	43.3
<i>Hijos</i>	5	16.7
<i>Solo/a</i>	5	16.7
<i>Asilo</i>	7	23.3

Gráfico 9. Personas con quien viven los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



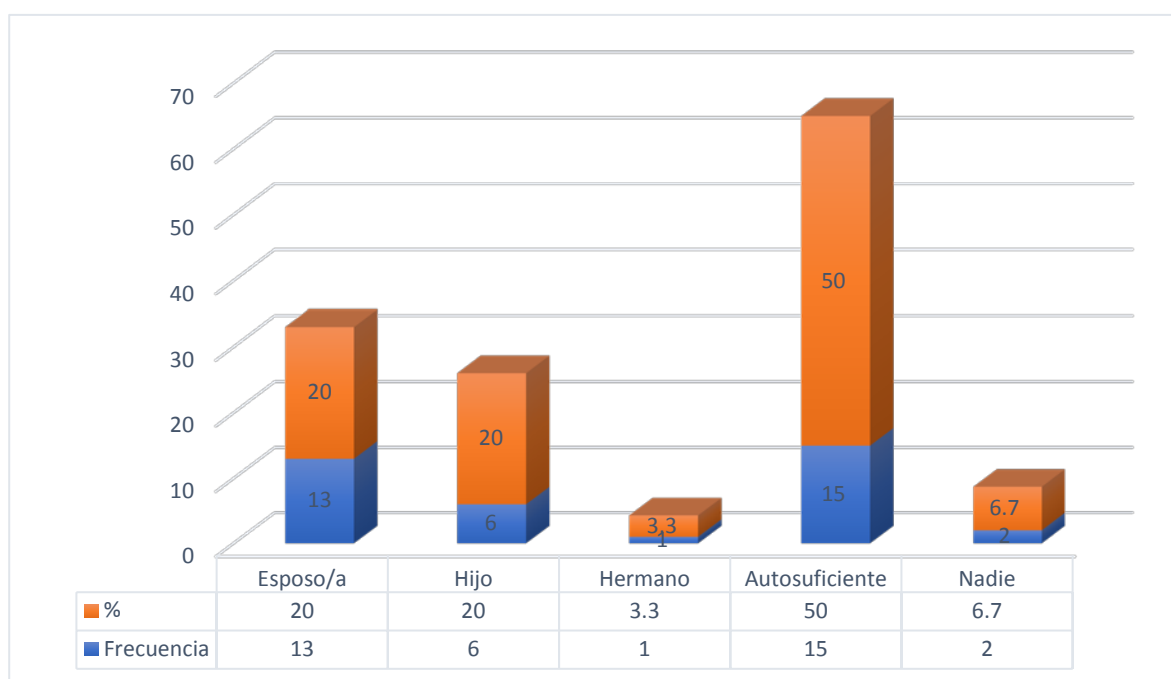
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 9 se observa que de los Adultos Mayores pertenecientes a la investigación; actualmente 43.3% (13) se encuentran viviendo con Esposo/a, 16.7% (5) con hijos, 16.7% (5) solo/a, 23.3% (7) asilo. Siendo una mayoría quienes viven en compañía de familiares.

Tabla 10. Dependencia económica de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Esposo/a</i>	13	20
<i>Hijo</i>	6	20
<i>Hermano</i>	1	3.3
<i>Autosuficiente</i>	15	50
<i>Nadie</i>	2	6.7

Gráfica 10. Dependencia económica de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



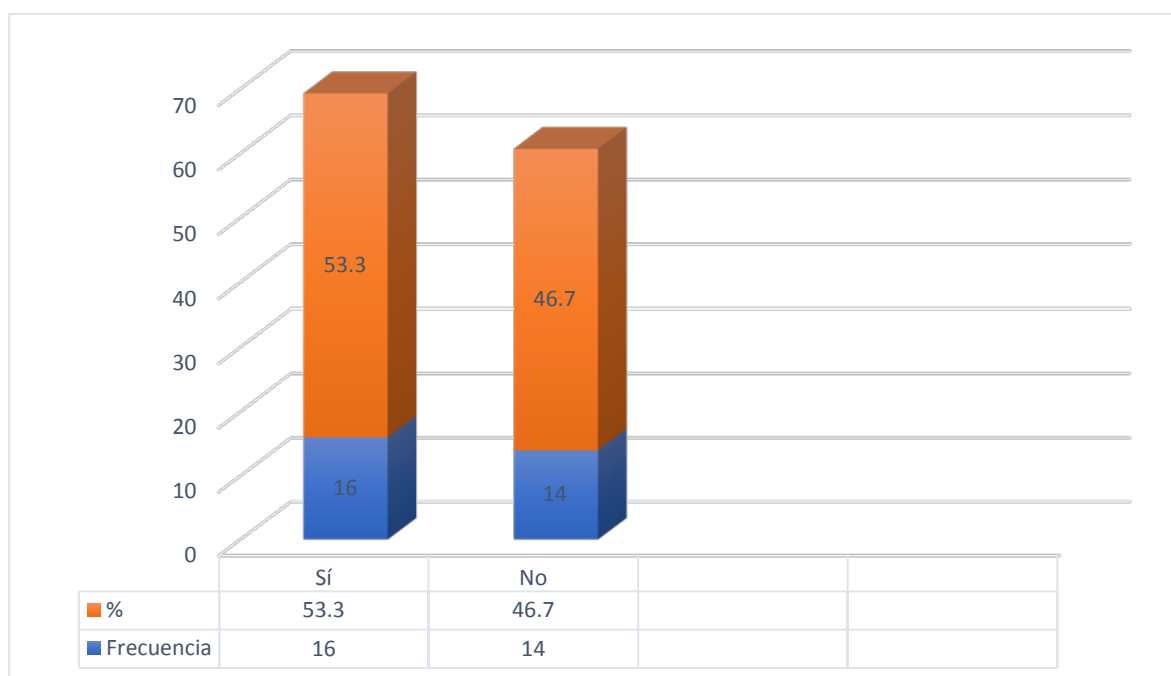
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 10 se analiza acerca de la población de Adultos Mayores, los mismos dependen económicamente de esposo/a 20% (13), hijo/a 20% (6), hermano/a 3.3% (1), autosuficiente 50% (15), nadie 6.7% (2). Siendo la mayoría autosuficientes.

Tabla 11. Realización de actividad física de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Sí</i>	16	53.3
<i>No</i>	14	46.7

Gráfica 11. Realización de actividad física de los Adultos Mayores de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



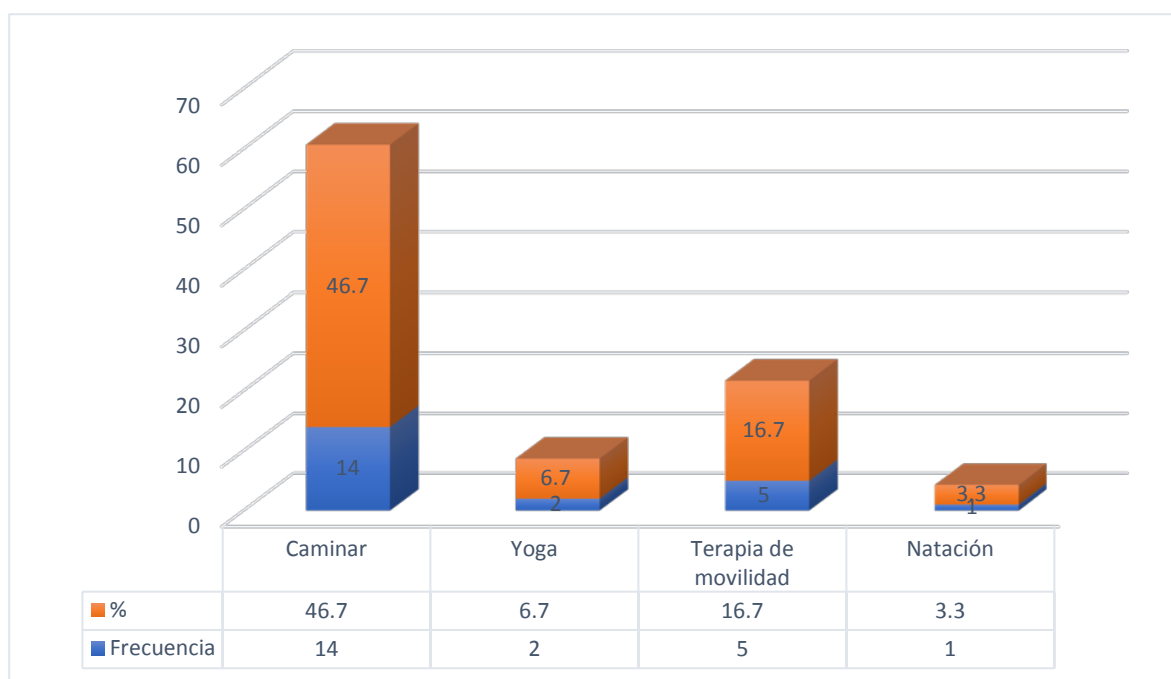
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En la tabla 11 se determina la realización de actividad física de los Adultos Mayores pertenecientes a la comunidad de Santa María de Guido, con un sí de 53.3% (16) y con un no de 46.7% (14).

Tabla 12. Actividad física que realiza el Adulto Mayor de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

	<i>f</i>	%
<i>Caminar</i>	14	46.7
<i>Yoga</i>	2	6.7
<i>Terapia de movilidad</i>	5	16.7
<i>Natación</i>	1	3.3

Gráfica 12. Actividad física que realiza el Adulto Mayor de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



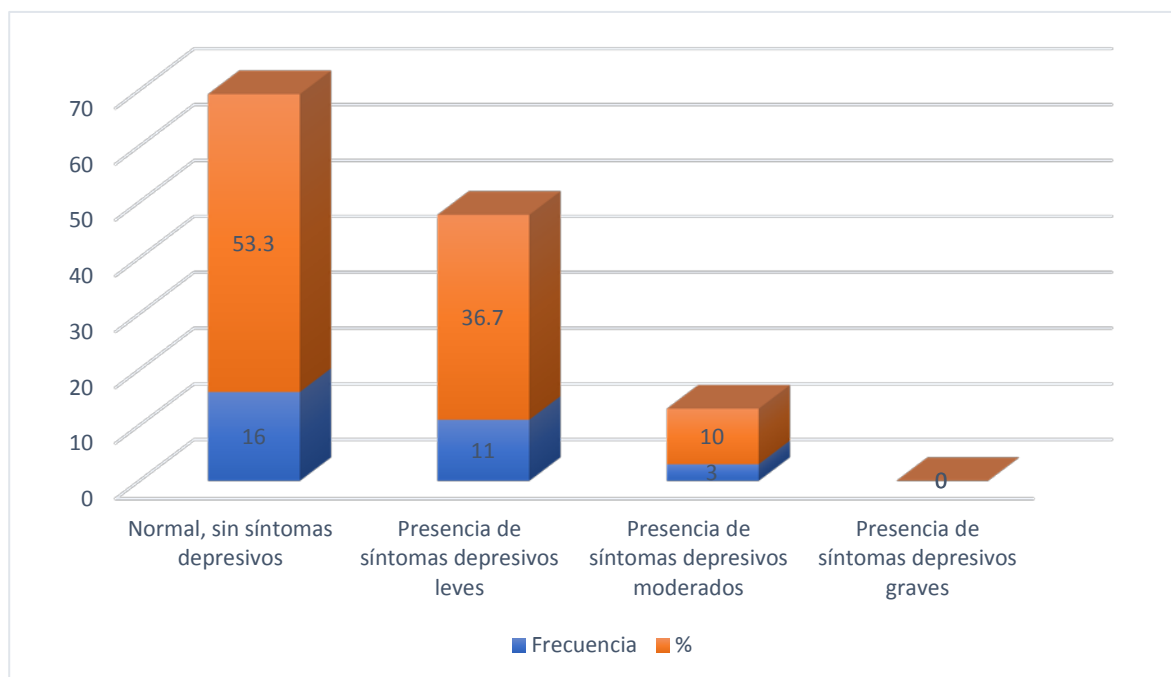
FUENTE: Ficha de Variables Sociodemográficas, aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

La tabla 12 nos muestra que la actividad física que realizan son caminar 46.7% (14), yoga 6.7% (2), terapia de movilidad 16.7% (5), natación 3.3% (1). Decretando que la mayor parte de los adultos mayores realizan caminata como actividad física.

Tabla 13. Variable de nivel de depresión en los Adultos Mayores pertenecientes a la comunidad de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.

<i>Valoración de Depresión</i>	Frecuencia	Porcentaje
Normal, Sin síntomas depresivos	16	53.3
Presencia de síntomas depresivos leves	11	36.7
Presencia de síntomas depresivos moderados	3	10.0
Presencia de síntomas depresivos graves.	0	0
Total	30	100.0

Gráfica 13. Variable de nivel de depresión en los Adultos Mayores pertenecientes a la comunidad de Santa María de Guido, Morelia Michoacán.



FUENTE: Instrumento Yesavage aplicado a Adultos Mayores, marzo 2022.

En cuanto al objetivo general de la presente investigación acerca de depresión en el AM, de 65 a 95 años se obtuvo un **nivel normal sin síntomas depresivos** con una frecuencia de 16 con un porcentaje de 53.3%, así como también nos indican **la presencia de síntomas depresivos leves**, el cual nos arroja una frecuencia de 11 con un porcentaje de 36.7%, en la tercera escala observamos **la presencia de síntomas depresivos moderados**, teniendo una frecuencia de 3 con un porcentaje de 10% y por último, la escala nos indica la **presencia de síntomas depresivos graves** con una frecuencia de 0 y un porcentaje del 0.0%

Apéndices

Apéndice I. Ficha de Variables Sociodemográficas

Edad: _____

Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

Estado Civil:

- a) Soltero/a _____
- b) Casado/a _____
- c) Divorciado/a _____
- d) Viudo/a _____

Religión:

- a) Católica _____
- b) Cristiana _____
- c) Testigo de Jehová _____
- d) Mormón _____

Ocupación:

- a) Ama de casa _____
- b) Comerciante _____
- c) Profesionista _____
- d) Jubilado/Pensionado _____
- e) Artesano _____

Escolaridad:

- a) Primaria _____
- b) Secundaria _____
- c) Preparatoria _____
- d) Licenciatura _____
- e) Posgrado _____

Padece alguna enfermedad:

- a) Sí: _____
- b) No: _____

Cual: _____

Con que atención medica cuenta:

- a) IMSS _____
- b) ISSSTE _____
- c) Seguro Popular _____
- d) PEMEX _____
- e) Particular _____

Tiene usted hijos:

- a) Sí: _____
- b) No: _____

Cuantos:

1 _____

2 _____

3 _____

Más de 3 _____

Actualmente con quien vive:

- a) Esposa/o _____
- b) Hijos _____
- c) Solo/a _____

Otro: _____

De quien depende económicamente:

- a) Esposa(o) _____
- b) Hijo _____
- c) Hermano _____
- d) Autosuficiente _____
- e) Nadie _____

Apéndice II. Colecta de Datos

Instrucciones: Es una escala de autoevaluación desarrollada para detectar los síntomas específicos de la depresión en las personas mayores. Por favor conteste las preguntas que a continuación se presentan

		Si	No
1.	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2.	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.	¿Siente que su vida está vacía	1	0
4.	¿se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.	¿Teme a que algo malo le pase?	1	0
7.	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.	¿Le gusta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total: _____.			

Apéndice III. *Consentimiento Informado*

Yo: _____ doy mi consentimiento para participar en la investigación titulada Depresión en el Adulto Mayor con Enfermedad Crónica ya que se me ha informado que se trata de un estudio de bajo riesgo cuya participación consiste en que el estudiante me aplique una serie de preguntas que se relacionan con la Salud Mental.

Esta investigación tiene por objetivo de identificar el nivel de depresión en los pacientes con enfermedad crónica. Se aplicará en instrumento llamado Yesavage. Por lo que se le solicitamos autorice aplicarle el cuestionario, tiene una duración de 5-7 minutos. Si durante la aplicación del instrumento tiene alguna duda, puede preguntar con toda la confianza, si decide no continuar, no se le pedirá ningún tipo de remuneración y esto no afectará la atención que usted está recibiendo.

En los datos que nos proporcione no aparecerá su nombre o dirección y solo serán utilizados con fines académicos, se publicarán en revistas.

La participación en este trabajo no tiene costo, ya que los gastos son cubiertos por el estudiante. Si decide participar solicitamos firme el presente Consentimiento informando para cualquier duda estamos a sus órdenes.

Estudiante: PLESS José Eduardo Martínez Mendoza. #4431357099. Correo: eduardo_mtz_mendoza@hotmail.com.

	Nombre y firma del participante	
Testigo		Testigo

En caso de no saber leer y escribir coloque su Huella digital.

¡Gracias por participar!