



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**NIVEL DE DEPRESION RELACIONADO A LA CAPACIDAD
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA**

**P R E S E N T A
L.E LINDA ERIKA ZAGAL CUEVAS**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME**

CUERNAVACA, MORELOS, MAYO 2021

Agradecimientos

A Dios, quien me ha permitido finalizar este gran proyecto de mi vida que, sin duda vino a marcar mi razón de ser y de existir.

A mi esposo, que fue mi mejor aliado, que siempre me estuvo apoyando, motivándome cuando sentía que ya no podía más.

A mis 2 hijas, que en su momento fueron las que me impulsaron a dar este gran paso y a culminarlo con orgullo y satisfacción.

A mi directora Edith Ruth Arizmendi Jaime, quien me brindo sus conocimientos, experiencia y motivación para el desarrollo de esta tesis. Gracias Doctora por su gran apoyo en todos los aspectos de mi vida personal y profesional.

A la Dra. Abigail Fernández Sánchez, que fue un pilar importante en la elaboración de esta tesis. Gracias por la paciencia, comprensión y motivación que siempre me dió.

A la Dra. Clara Irene Hernández Márquez, por sus grandes enseñanzas y por motivarme en varios momentos que necesitaba de sus palabras fuertes pero asertivas, muchas gracias Doctora.

A la Dra. Isabel Lucero Celeste Montero Magallan, Subdirectora de la Casa Hogar Olga Tamayo, que me brindó la oportunidad de realizar el presente trabajo de investigación. Gracias Dra. Por la confianza brindada.

A la Lic. Leticia Sánchez Lima. Por su apoyo para relacionarme con los residentes de la casa hogar, gracias por todo Licenciada.

Dedicatorias

A mi hija: Lourdes Yesenia Armenta Zagal, mi primer milagro de vida que Dios me mandó, para que un día le sirva de ejemplo en la perseverancia de sus estudios y llegue a la cima cuando se sienta incapaz de continuar.

A mi hija: Fátima Saraí Armenta Zagal, por quien deseo un día Dios le dé la capacidad de poder leer su nombre aquí como parte de mi vida que es.

A mi esposo: Enrique Armenta Ávila, que fue y es mi gran apoyo emocional y mejor amigo.

A mi madre: Angelita Cuevas Resendiz, quien fue mi inspiración y ejemplo del Título de mi tesis y que ahora está en el cielo.

A mis queridos amigos: Que siempre me motivaron y me alimentaron de sus palabras positivas, de sus oraciones y manifestaciones de amor y buenos deseos, Elia Sarai Cervantes, Magdalena Vivanco, Teresa, Rosy Popoca, Azucena Moncada, Marisa Heras, Mtra. Santos, Socorro Jaime, Mtra. Carmen Serrano, Mtra. Yulikendy, muchas gracias a TODOS.

RESÚMEN

El descenso de la tasa de natalidad en los últimos años, ha provocado el incremento de la población adulta mayor a nivel nacional e internacional, lo que implica cambios en el aspecto demográfico, que se reflejan en la importancia de mejorar los cuidados propios del adulto mayor y prevenir enfermedades que puedan afectar sus capacidades funcionales. La discapacidad en el adulto mayor, encierra deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad y restricciones que repercuten en su autonomía, así como en la participación social, ocasionando depresión en la mayor parte de esta población. Surge entonces la necesidad de investigar el presente trabajo titulado: “Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional en el adulto mayor” con el objetivo de evaluar el nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional en los adultos mayores, que se encontraron inscritos en el programa de estancia permanente de la casa hogar Olga Tamayo de Cuernavaca, Morelos.

En los resultados el nivel de depresión y nivel de dependencia en general. El 34.8% se mostró sin depresión e independiente, el 2.3% sin depresión con dependencia moderada, el 11.6% con depresión leve e independiente, el 4.7% con depresión leve y dependencia leve, el 18.6% depresión leve y dependencia moderada, el 11.7% depresión leve y dependencia severa, el 6.9% depresión leve y dependencia total, el 4.7% depresión severa e independiente, 4.7% depresión severa y dependencia severa. Lo que significa que el nivel de depresión aumenta en la mayor parte de los participantes cuando existe algún tipo de dependencia que afecte su capacidad funcional, en cada una de sus actividades de la vida diaria.

Palabras claves: Depresión, Capacidad Funcional, Adulto Mayor

ABSTRACT:

The decline in the birth rate in recent years has led to an increase in the older adult population at the national and international level, which implies changes in the demographic aspect, which are reflected in the importance of improving the care of the elderly. And prevent diseases that may affect their functional abilities. Disability in the elderly contains deficiencies in functions and structures, limitations in activity and restrictions that affect their autonomy, as well as social participation, causing depression in most of this population. The need arises then to investigate the present work entitled: "Level of depression related to functional capacity in the elderly" with the aim of evaluating the level of depression related to functional capacity in older adults, who were enrolled in the permanent stay program of the Olga Tamayo home in Cuernavaca, Morelos.

In the results the level of depression and level of dependency in general. 34.8% were without depression and independent, 2.3% without depression with moderate dependence, 11.6% with mild and independent depression, 4.7% with mild depression and mild dependence, 18.6% mild depression and moderate dependence, 11.7% mild depression and severe dependence, 6.9% mild depression and total dependence, 4.7% severe and independent depression, 4.7% severe depression and severe dependence. This means that the level of depression increases in most of the participants when there is some type of dependency that affects their functional capacity, in each of their activities of daily life.

Keywords: Depression, Functional Capacity, Older Adult

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	2
1.2. Justificación	4
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1. General	5
1.3.2. Específicos	5
CAPITULO 2. MARCO TEORICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Aporte teórico de Sor Callista Roy	16
2.3. Marco Conceptual.....	18
2.4. Marco Referencial.....	25
CAPITULO 3. METODOLOGIA	31
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	31
3.2. Variables de la investigación	31
3.3. Población y muestra	31
3.4. Instrumentos de recolección de datos	32
3.5. Procedimiento para la recolección de la información	33
3.6. Análisis estadístico	35
3.7. Consideraciones éticas	35
CAPITULO 4. RESULTADOS	37
CAPITULO 5. CONCLUSIONES	46
CAPITULO 6. DISCUSION	49
CAPITULO 7. RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	56
ANEXOS	62

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor se ha convertido en uno de los principales temas de atención dentro de la investigación, debido a la inversión piramidal actual y la transición demográfica que esto implica, así como el gran desafío de la salud pública de promover el mantenimiento de su funcionalidad. Según lo definido por la Organización Mundial de la Salud, en el documento “Aspectos de la salud pública en los ancianos y en la población”, la mejor forma de medir la salud en los ancianos es en términos de la función.¹

El envejecimiento y la falta de actividad física ocasionan un aumento en las limitaciones de salud y se convierten en factores determinantes en la pérdida de capacidades funcionales físicas y mentales que afectan también el estado emocional, ocasionando depresión en la mayoría de los adultos mayores². La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos, sobre todo en la salud de una persona mayor. La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente cinco de las causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial³. En consecuencia, es necesario acrecentar los conocimientos acerca de la promoción de la salud a lo largo de la vida para así fomentar el envejecimiento saludable y activo. La presente investigación tiene como objetivo evaluar el nivel de depresión relacionado a capacidad funcional del adulto mayor que se llevó a cabo en la casa hogar Olga Tamayo. El estudio se realizó de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores, de la cual se excluyeron 7. La técnica que se empleó como instrumento de evaluación fue el cuestionario con 11 ítems sociodemográficos y la Escala de Yesavage para adultos mayores de 15 ítems ya validado, que determina el nivel de depresión en el que se encuentra.

También se utilizó la escala de Barthel; es un instrumento que mide la capacidad para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD).

CAPITULO 1. GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema

La población mundial está envejeciendo aceleradamente. Este aumento determina una indiscutible relevancia de enfermedades que se manifiestan en la llamada "tercera edad" ⁴. El número de personas que en el mundo rebasa la barrera de los 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad; que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo ⁵

En esta etapa involutiva el terreno es más propicio para que exista un mayor incremento de la discapacidad funcional y el deterioro progresivo, que asociados a circunstancias sociales o familiares adversas desencadenan enfermedades como la depresión.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. ⁶

Los factores de carácter psicosocial deben ser conocidos por los profesionales de la salud porque puede ser que exista la posibilidad de intervenir sobre el impacto que generará en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados de enfermedades transmisibles, crónicas y múltiples afectaciones que inciden en las probabilidades de sufrir limitaciones en la capacidad funcional para la realización de actividades vitales en la sociedad. ⁷

Tal situación implica un reto demográfico importante para el diseño de planes y programas de gobierno, que procuren no solo la satisfacción de necesidades, la

atención al rezago social de determinados grupos poblacionales, sino también de una inversión en capital humano y oportunidades de empleo, que permitan a la población soportar la carga que implica el incremento progresivo de los grupos en edad adulta mayor y en retiro de la actividad económica. ⁸ Previniendo que la capacidad del adulto mayor no se vea limitada y creer que el adulto mayor es sinónimo de enfermedad, de dolor, sufrimiento de muerte sino de un proceso natural que se puede vivir con la mejor calidad de vida posible.

De todo lo anterior descrito se realiza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión en relación con la capacidad funcional de los adultos mayores, de la casa hogar Olga Tamayo

1.2. Justificación

Ante el evidente incremento de la población mayor de 60 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer, en nuestro país y a nivel mundial, se ha generado un especial interés en el área de la investigación, sobre esta población. Dando mayor importancia a la atención que se les da a las necesidades emocionales, físicas y sociales, tales como son la depresión y la discapacidad funcional que frecuentemente presenta la mayor parte de ellos ante la sociedad.

En todo el mundo y ámbitos generales aumenta el grupo de los ancianos, por lo que surge en la sociedad y en las Instituciones geriátricas una gran necesidad de educar y sensibilizar sobre esta nueva realidad a la que nos afrontamos. Previendo efectos negativos como sentimientos de inseguridad, de dependencia, angustia, soledad y sufrimiento. Evitando afectar su autopercepción, su adaptación a los cambios que se presentan y su desarrollo y relación con los demás.

Es por ello la importancia evaluar el nivel de depresión del adulto mayor de la casa hogar Olga Tamayo, relacionada al mismo tiempo con su capacidad funcional, ya que puede ser un punto de partida para identificar su relación y así desarrollar estrategias, acciones de prevención y se dé seguimiento a los de mayor cronicidad. Los resultados de este estudio de investigación están orientados a obtener información actualizada sobre el nivel de depresión y capacidad funcional de cada uno de los residentes para la Institución, lo que les facilitará formular estrategias y/o programas de carácter preventivo promocional, que les permitan disminuir el nivel de depresión y aumentar la capacidad funcional, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable durante su estancia.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

Evaluar el nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor en la casa hogar Olga Tamayo, durante el periodo diciembre 2019 a febrero del 2020.

1.3.2. Específicos

- Medir el nivel de depresión del adulto mayor, en la casa hogar Olga Tamayo aplicando la escala de Yesavage de 15 ítems.
- Identificar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor en actividades diarias de la vida utilizando la escala de Barthel.
- Relacionar el nivel de depresión con la capacidad funcional del adulto mayor de la casa hogar Olga Tamayo.

CAPITULO 2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

En la época precolombina, específicamente en el tiempo de los aztecas, en esta etapa histórica de la nación mexicana se representaba a los ancianos, con el padre de todos los dioses quien era llamado Huehuetēotl (huehue: anciano, teotl: Dios). El común del pueblo azteca recibía el nombre de macehualli, que al alcanzar la edad de los 52 años de edad quedaban libres de tributos y servicios. Los viejos del barrio (calpulhuehuetēque) ocupaban una posición importante en el ceremonial religioso y además el jefe de barrio los consultaba en asuntos de importancia, los guerreros viejos recibían el título de cuauhuehuetēque, es decir águilas viejas, se les describe como maestros de batalla y además oficiaban en los funerales de los guerreros muertos en el campo de batalla, los mercaderes viejos (pochtecahuetēque) gozaban de gran prestigio y participaban en las ceremonias de los mercaderes de forma comparable a los viejos del barrio, así también los ancianos desempeñaban la función de sacerdotes en los matrimonios aztecas.⁹

En el México actual bajo los paradigmas occidentales, la tercera edad ya no es concebida como un estatus de privilegio y de honor es más bien algo indeseable. En el México moderno el interés por el estudio de la tercera edad es muy escaso, se puede considerar un período de crecimiento e interés por la misma a nivel mundial retomando el desarrollo de la Psicología de la vejez, a partir de la finalización de la II Guerra Mundial, desde 1945 hasta finalizada la década de los años 50. La gerontología cobró importancia en nuestro país debido al incremento en la esperanza de vida y la disminución en las tasas de mortalidad infantil, ya que se crearon diferentes instituciones interesadas en la gerontología, pero la geriatría como especialidad médica surge sólo con los primeros programas universitarios en México; en la Universidad Nacional Autónoma de México, en 1992 y la Universidad de Guadalajara en 1995. La mayoría de los servicios de geriatría se encuentran en la ciudad de México y el primer servicio creado fuera de ese lugar fue en el entonces Antiguo Hospital Civil de Guadalajara en 1994.

En diversas partes del mundo la vejez es vista desde diferentes perspectivas, “es así que, en oriente propiamente en Japón, la vejez es una señal de estatus, allí por ejemplo a las personas que viajan comúnmente se les pregunta la edad para que de esta manera asegurarse que estos reciban la atención apropiada, en contraste con los Estados Unidos de Norte América en donde se le considera indeseable.” Las formas de concebir en Occidente y Oriente a las personas de la tercera edad son paradigmas mentales que influyen de manera muy notoria en la forma de relacionarse con dichos individuos, en México los estereotipos de los modelos juveniles contribuyen en arraigar la creencia de que llegar a la vejez implica momento de caducidad y por lo tanto de ser desechable.

En la medida que pasa el tiempo y los paradigmas occidentales se conectan en las nuevas generaciones no queda más que afrontar las consecuencias de la tercera edad en diferentes ámbitos, sociales, económicos, laborales, pero sobre todo familiares, por lo que el ser humano en la medida que transita por el camino de la vida comienza a cambiar su estado de ánimo llevándolo comúnmente a ser presa de uno de los trastornos mentales más conocidos como la depresión, hoy en día considerado como pandemia mundial a nivel de salud mental.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental, los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente, también los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debidos a una enfermedad física, si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o ayuda psicológica ayudan a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria, las investigaciones científicas indican que la atención psicológica, es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores, dicha atención es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos.

Desde el punto de vista cuantitativo, se estima que “el 12% de los sujetos de más de 65 años atendidos en los centros de salud presenta un episodio depresivo mayor que cumple con los requisitos diagnósticos de la Asociación Americana de

Psiquiatría” Con lo que se menciona entonces que gran parte de la población de adultos mayores presenta depresión desde leve a moderada. ¹⁰

Entre el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% a 22%. ¹¹ Lo cual se debe a la disminución de la tasa de natalidad, por un lado, y al aumento en la esperanza de vida de los mexicanos, la cual es actualmente 72 años. Ello significa que los recursos gubernamentales para este sector de la población deberán multiplicarse, hecho que en la realidad se antoja sumamente difícil por la situación económica del país y sobre todo, por la falta de planeación e infraestructura para dotar a los viejos de los satisfactores mínimos que les permitan vivir dignamente el último tramo de vida, este panorama no sería tan complejo si la sociedad mexicana conservara los valores y tradiciones que hasta hace relativamente poco permitían que la familia aceptara de buena gana la presencia de los abuelos en su seno.

En México, el Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor (PRODIA), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) que pertenece a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que hay 8.3 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 7.7% de la población mexicana. Para el 2030 ese sector aumentará un 17.5% y para el 2050 serán entre 30 y 35 millones de personas mayores lo que equivaldrá a un 28% de la población total nacional. ¹²

La Universidad Autónoma del Estado de México realizó una investigación sobre la depresión en el adulto mayor en la presente década. Los resultados encontrados en este estudio demuestran que la prevalencia de depresiones presentó el 89% quienes manifestaron síntomas depresivos; así mismo, esto no difiere a lo reportado por Tapia en el año del 2007 que refiere una prevalencia de 79.5% Aunque con diferentes porcentajes, los estudios demuestran que la depresión ya es un problema de salud pública por la magnitud con que se presenta.

Para los adultos mayores este contexto presenta desventajas para que las familias puedan encargarse de todos sus miembros, incluso los más débiles, el bajo ingreso de los hogares, la debilidad o ausencia de programas institucionales, junto a la mala

calidad en los servicios existentes, son algunos de los factores que actúan en el deterioro de la calidad de vida de la población.

Entonces, la noción de que las familias apoyan a sus miembros en edad avanzada es cada vez menos confiable frente a un contexto de sacrificio económico y debilidad gubernamental. En otros países hay programas asistenciales bien estructurados, se sabe qué hacer con los ancianos, no se les relega; en México se les abandona por la falta de cultura del envejecimiento que tenemos en la familia.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Las causas de depresión en los adultos mayores varían mucho, implican múltiples factores genéticos, biológicos, demográficos, sociales y culturales; con una participación generalmente multicausal en el desarrollo de la enfermedad.

La mayoría de los estudios revelan tasas significativamente más elevadas de depresión en las mujeres que en los varones, esta relación aumenta de forma importante con la edad mayor.

En general se ha aceptado que los factores genéticos son menos importantes en los pacientes adultos mayores con depresión que en los correspondientes pacientes más jóvenes. La heredabilidad varía entre el 31-42% y la contribución del medio ambiente llegaría al 67%. La coincidencia familiar sería más frecuente en los casos de episodios depresivos recurrentes de comienzo temprano. Sin embargo, se ha encontrado una historia familiar positiva para depresión en aproximadamente un tercio de los pacientes cuya depresión había aparecido por primera vez después de los 60 años, es decir, la denominada depresión tardía.

A nivel neurobiológico los pacientes depresivos presentan disturbios funcionales y estructurales en la corteza cingulada anterior, orbitofrontal, dorsolateral, cuerpo estriado y lóbulo temporal medial.¹³ Los sujetos con trastornos del estado anímico presentarían un aumento en la actividad de las regiones cerebrales relacionadas con la expresión de las emociones (región prefrontal ventromedial) y una disminución en la actividad de aquellas relacionadas con las funciones cognitivas (región dorsolateral). Además, la disminución de la activación prefrontal rostromedial e hipocámpal se relacionaría con las dificultades asociadas con las

emociones positivas y el aumento de la actividad del lóbulo temporal intensificaría los síntomas negativos.

Los problemas de salud mental en los adultos mayores dependen en parte de las características individuales, incluyendo la personalidad, en la que se ha visto que los individuos con una enfermedad depresiva de comienzo tardío tienen una personalidad más fuerte que aquéllos con una depresión recurrente más temprana. Así mismo, los rasgos dependientes, ansiosos o de evitación en la personalidad, han sido asociados con la depresión en fases tardías de la vida.

El estado de salud física representa uno de los factores más relacionados a la depresión tanto como causa y condición que empeora los resultados en salud, siendo más frecuente en los adultos mayores físicamente enfermos que en los que están sanos. Los principales factores de riesgo relacionados con el estado físico son: los niveles de salud física, la gravedad de la enfermedad, el grado de incapacidad, el deterioro cognoscitivo coexistente, la presencia de deterioro sensorial y la historia de enfermedad psiquiátrica previa.

La presencia de comorbilidad, como las patologías cardiovasculares: hipertensión arterial crónica, el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca, neurológicas: la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson, enfermedades respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, endocrinas: hipotiroidismo y enfermedad de Cushing, nutricionales: déficit de vitaminas, las que cursan con dolor crónico, los trastornos del sueño, el cáncer, el deterioro cognoscitivo, la demencia y las que generen dependencia y pérdida de la autonomía con declinación funcional, han sido las más asociadas al desarrollo de depresión.¹⁴

p.¹⁴ Así mismo debe tenerse en cuenta la depresión secundaria a medicamentos, dada la frecuente polifarmacia, medicamentos como los hipnóticos (benzodiazepinas), ansiolíticos, antipsicóticos, antihipertensivos, morfina, progesterona, tamoxifeno; han sido implicados en su aparición.

Estudios han observado que la baja capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y la institucionalización fueron factores predictivos de la depresión.

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés

o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.¹⁵

Además, la depresión en el adulto mayor puede llegar a ser crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Lamentablemente, una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado.

Al respecto el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez afirmó que en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. “Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente.”¹⁶

Médicos Psiquiatras Rubén Alvarado, Macarena Moral señalan que los adultos mayores en sus cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer.^{17 p.10}

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto

trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

La siguiente tabla presenta los criterios de depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR: ¹⁸

Tabla No.1 Criterios de Depresión

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10	Síntomas
<p>A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo</p> <p>B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes:</p>	<p>(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.</p> <p>(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.</p> <p>(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.</p> <p>C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro:</p> <p>(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima</p> <p>(2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada</p> <p>(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación</p> <p>(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)</p> <p>(5) Cualquier alteración del sueño</p> <p>(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.</p>
F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10	Síntomas

<p>A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo</p> <p>B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de F32.0</p>	<p>(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas</p> <p>(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.</p> <p>(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.</p> <p>C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas:</p> <p>(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima</p> <p>(2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada</p> <p>(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales Como indecisión o vacilación</p> <p>(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)</p> <p>(5) Cualquier alteración del sueño</p> <p>(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.</p>
<p>F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos CIE-10</p>	<p>Síntomas</p>
	<p>Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.</p> <p>Pautas para el diagnóstico</p> <p>Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.</p> <p>Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.</p> <p>Incluye:</p> <p>Episodios depresivos aislados de depresión agitada.</p> <p>Melancolía.</p> <p>Depresión vital sin síntomas psicóticos.</p>

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos CIE-10	Síntomas
	<p>Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).</p> <p>Incluye: Episodios aislados de: Depresión mayor con síntomas psicóticos. Depresión psicótica. Psicosis depresiva psicógena. Psicosis depresiva reactiva.</p>

Stucchi, S., médico psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, refiere que los principales signos y síntomas son:

- Ánimo depresivo. El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste "pase lo que pase".¹⁹
- Pérdida de interés en las actividades. La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.
- Alteraciones del apetito. Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.
- Alteraciones del sueño. Puede haber insomnio o hipersomnio. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano que lo habitual y ya no puede volver a dormir).
- Retardo psicomotor. La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Algunos, sin embargo, presentan aumento de la actividad motora.
- Fatiga o pérdida de energía. La persona siente que no tiene "fuerzas" para realizar sus actividades cotidianas.

-Ideas de minusvalía y de culpa. El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").

-Desesperanza. El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades.

-Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.

-Ideación suicida. Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte.

Otra herramienta para medir la depresión es la Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada.

Con posterioridad, otros autores han presentados versiones aún más abreviadas (4, 5 o 10 ítems). La escala de depresión del adulto mayor test de Yesavage de la OPS/OMS, fue validada de 15 ítems. Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal: 0-5 puntos.

Depresión leve: 6-9 puntos.

Depresión severa: 10-15 puntos.

2.2. Aporte teórico de Sor Callista Roy

Sor Callista Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, donde señala que las respuestas adaptativas son aquellas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Aceptar los cambios que surgen durante el envejecimiento implica una serie de adaptaciones por parte del adulto mayor, como modificaciones de los comportamientos de salud y, al mismo tiempo mantenerse socialmente conectados. La enfermería puede ayudar a los adultos mayores a enfrentar bien el envejecimiento, particularmente a aquellos que padecen alguna depresión y enfermedad física que le impidan una adecuada capacidad funcional. En países como México, es una necesidad preservar la independencia y retrasar las discapacidades físicas en los adultos mayores, incluidos aquellos con enfermedades crónicas.

Según Roy, el objetivo de la enfermería es promover la adaptación en torno a un estado de bienestar en los seres humanos. *Por lo tanto, el Modelo de Adaptación (RAM) de Roy se consideró adecuado para guiar este estudio sobre nivel de depresión del adulto mayor relacionado con capacidad funcional que tiene que ver con la adaptación tanto física como emocional.*

Sor Callista, mientras estaba trabajando como enfermera en la planta de pediatría, notó la capacidad de los pequeños para adaptarse a los cambios, ya fueran físicos o mentales. Esta constatación la impactó tanto que la utilizó como base conceptual para su proyecto.²⁰ Roy describe los mecanismos innatos de afrontamiento como procesos automáticos, aunque los seres humanos no piensan en ellos, sin embargo el campo de actuación de la enfermera estará vinculado a aquellas situaciones en las que la persona se está adaptando y presenta reacciones ineficaces. Los cuatro modos adaptativos de la teoría de Roy son útiles para encontrar una valoración de las conductas que manifiesta la persona generadora de depresión.

Modo fisiológico de adaptación: el modo fisiológico se evidencia en las conductas y reacciones fisiológicas que se observa en la persona con cierto grado de depresión.

Modo de adaptación del auto concepto de grupo: se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, la autoestima, concepto que tiene la persona de sí misma, de unidad, significado y finalidad en el universo para poder existir bajo un sentido. Refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno, la persona que tiene una visión de sí misma positiva, favorable "autoestima" y dispone de forma natural de recursos suficientes para poder afrontar la situación de depresión. Existe la posibilidad de reconvertir la depresión, en un logro positivo que le ayude a crecer como persona.

Modo de adaptación de desempeño de rol: se trata de un modo de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar. Sobre todo, si cuenta con depresión e insuficiente capacidad funcional. La enfermera puede identificar en qué posición se encuentra la persona socialmente hablando, si está sobrecargada, cuál es su cotidianidad, Roy lo llama el "comportamiento expresivo", qué piensa de su situación, lo que siente, gustos, manías, factores que influyen en el desempeño de su papel, sobre todo si se ve afectada su autoestima y capacidad funcional. La enfermera puede ayudar a la persona a encontrar qué papel es insustituible o esencial, cual es importante y lo que representa una sobrecarga, a través de técnicas de reconocimiento de cómo distribuye el tiempo, establecer prioridades y estableciendo espacios para poder trabajar conjuntamente.

Modo de adaptación de la interdependencia: la necesidad básica de este modo de adaptación resulta ser la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos.

Las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, buscan ayuda, apoyo, amor en los otros. La enfermera debe detectar las dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto desde el ámbito social como de recursos asistenciales dirigidos a paliar el conflicto.

El modelo de Roy, en general, se puede extrapolar a todos los ámbitos de la enfermería, independientemente de cuál sea el motivo del malestar.

2.3. Marco Conceptual

La palabra depresión proviene del latín depressio que significa opresión y a su vez procede de depressus (abatido o derribado). La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.^{21 p.1}

Definición de Depresión. La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene mayor impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

Otros autores sostienen que la depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida que tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.

Es importante definir a la biología del envejecimiento, de acuerdo con la asamblea mundial del envejecimiento de 1982, la define como “todos aquellos cambios que a nivel molecular, celular, tisular y orgánico se manifiesta conforme avanza la edad.”

Con lo anteriormente citado se observa entonces que la vejez es un estado inevitable del ser humano a medida que transcurre el tiempo. Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales psicológicas, hasta este momento, la atención de la sociedad se ha orientado mayormente hacia la provisión de ciertos auxilios a los ancianos en sus necesidades biológicas: alimentación, salud física y albergue.

En la actualidad los científicos sociales que se especializan en el estudio del envejecimiento se refieren a tres grupos de adultos mayores:

El viejo joven: Este tipo de grupo lo conforman las personas que se encuentran en un rango de edad de entre los 65 y 74 años y que entre sus características comunes se encuentran usualmente los activos, vitales y vigorosos, son clasificados así debido a que no presentan tanta fragilidad y estos aún no presentan enfermedades de consideración a su vez se encuentran con sus facultades mentales más óptimas.

El viejo viejo: Se considera a aquellos que se presentan entre una edad de los 75 y 84 años, son considerados así por la fragilidad que estos manifiestan y las enfermedades que estos padecen, así como la dificultad para controlar las actividades diarias.

El viejo de edad avanzada: Es aquel que está por encima de los 85 años de edad y que presenta características tales como el ser frágiles y enfermizos, así como también que presenten dificultades para controlar las distintas actividades de la vida diaria.

Enfoque Biológico. Desde un enfoque biológico, se refiere a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la tercera edad debido al deterioro orgánico. A partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario.

El envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El envejecimiento secundario por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionadas por los traumas, caídas o enfermedades.

Así mismo, se mantiene dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento intrínseco o envejecimiento biológico, que es un proceso inevitable, genéticamente

determinado, que progresa lentamente a medida que avanzamos en edad, pero puede acelerarse por factores ambientales. En cambio, el envejecimiento extrínseco no se trata solo de procesos celulares, sino que es una respuesta al proceso de adaptación a los factores externos propios del medio ambiente, se produce como resultado de la exposición diaria a los radicales libres procedentes de fuentes variadas tales como: exposición a la radiación ultravioleta, al humo de tabaco y a la contaminación. Estos radicales libres dañan lípidos, proteínas y ADN, lo cual limita la capacidad de las células para funcionar y para mantener su integridad.

Enfoque Psicológico. La Psicogerontología es la ciencia que estudia la psicología del envejecimiento abarcando el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores desde una perspectiva psicosocial. Dicha teoría sostiene que en el envejecimiento se presentan modificaciones tanto en la cognición, el afecto y en la personalidad. ^{22 p.21} Si la Gerontología es el conjunto de disciplinas que estudian el envejecimiento desde una concepción integradora biopsicosocial, las cuestiones concernientes a la salud mental en el envejecer nos ubican en el campo de la psicogerontología.

Enfoque Social. El enfoque social engloba a los hábitos sociales, roles del individuo relativo a las expectativas de la sociedad. Esta perspectiva social, incluye temas como el trabajo, estado civil, la jubilación, residencias del adulto mayor, los cambios en las relaciones personales en la vejez, entre otros.

Los ancianos que con menor frecuencia presentan sintomatología depresiva, son los estudiados en la comunidad, seguidos por los evaluados en un contexto médico y por último, los pacientes en institucionalización prolongada. La depresión experimenta un malestar interior y dificulta la adaptabilidad e interacciones con el entorno.

Adulto mayor. En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, ²³ lo cual también se aplica en México.

Clasificación de la población adulta mayor. El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados, así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

Persona adulta mayor autovalente: Es la persona de 60 a más años capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.

Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición. ²

Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

Capacidad Funcional

La valoración del estado de salud y calidad de vida del anciano se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades. ²⁴

En una investigación realizada en España, se afirma que nueve de cada diez personas que viven en alojamientos colectivos tienen alguna discapacidad y de ellos casi todos son dependientes. ^{25 p.20} Cada vez se asocia más alojamiento colectivo a tener problemas funcionales y necesitar ayuda personal, aunque existen situaciones en que las personas han optado por una forma de residencia con completa autonomía personal. muestran en sus resultados que la capacidad funcional del

Adulto Mayor Institucionalizado se reduce notablemente conforme avanza el proceso de envejecimiento. ²⁶

La capacidad funcional es un elemento importante de la salud de los ancianos, un proceso dinámico y cambiante, basado en la capacidad de un individuo para desempeñarse en la vida diaria; tener la capacidad de actuar con autonomía y poder decidir; es necesario un soporte de independencia, entendida como la capacidad de realizar tareas y asumir roles sociales en la vida cotidiana sin necesidad de dirección, supervisión o asistencia. ²⁵

Es un concepto multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos y sociales. Se considera que una persona tiene alguna limitación funcional cuando existen restricciones físicas o mentales fundamentales para la vida diaria, en comparación con las personas de su misma edad y sexo. ²⁷

La evaluación funcional en las diferentes edades es la resultante de la Interacción de los elementos biológicos, psicológicos y sociales, constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento.

En la medida que las personas envejecen van perdiendo las capacidades necesarias para realizar las actividades de la vida diaria y son vulnerables a sufrir situaciones que atentan contra su salud. ²⁸

El desarrollo de la vida, la capacidad funcional y la longevidad deben ir acompañados de una adecuada salud, pues sin esta condición hay, a medida que se envejece, alta probabilidad de acercarse a la dependencia por una limitación no controlada que nos lleve a la discapacidad. ²⁹

Normalmente se considera que los mayores gozan de buena salud cuando son autónomos y pueden vivir el día a día de forma totalmente independiente. Los mayores con buena capacidad funcional suelen ser más independientes y tener mejor calidad de vida que aquellos con limitaciones, pero es frecuente que, a su vez, el aumento de la edad lleve asociado un incremento de la dependencia.

Un aspecto de extraordinaria importancia en los ancianos es la disminución de la capacidad física conforme avanza la edad, un fenómeno previsible y que puede

detenerse o ralentizarse poniendo especial atención sobre el nivel de condición física y de actividad física.

Muchos ancianos, debido a sus estilos de vida sedentarios, están peligrosamente cerca de su nivel de capacidad máxima durante actividades normales de la vida diaria. Una pequeña disminución del nivel de actividad física en estas personas podría provocar el paso de un estado de independencia a un estado de discapacidad, que se caracterizara por la necesidad de asistencia para la realización de las actividades cotidianas. Por lo tanto, la prevención de la dependencia adquiere una dimensión especial para evitar el deterioro de la calidad de vida y la dependencia de los mayores.³⁰

La inactividad produce baja autoestima, ansiedad y tensión, que con los años ocasiona la pérdida de fuerza y flexibilidad mínimas para realizar las tareas diarias. Como consecuencia, muchas personas de edad avanzada pierden su independencia y se deteriora la salud mental esto explica la necesidad de implementar programas de actividades físicas para contrarrestar el desarrollo de estas manifestaciones y fomentar sentimientos de valor y pertenencia.³¹

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores, la capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar, el ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida, entre ellas cabe mencionar la actividad física.³² La aplicación de programas de ejercicio físico presenta resultados positivos tanto en aspectos de carácter físico como funcional y psicológico, evitando con ello incapacidades y pérdidas de funciones. La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas tanto en los ancianos sanos como en aquellos que las sufren. Un estilo de vida activo mejora la salud mental y suele favorecer los contactos sociales.³³

Los programas diseñados para adultos mayores, con una adecuada planeación, pueden mejorar las capacidades y, por consiguiente, generar una mejor salud física y mental, permitiendo que esta población sea autónoma e independiente.³⁴

Existen mecanismos plausibles para explicar una relación entre la actividad física y el riesgo más bajo de capacidad funcional. Ensayos controlados aleatorios de programas de ejercicio muestran mejoras en la capacidad fisiológica relacionada con la capacidad aeróbica, la fuerza muscular y también la mejora de las capacidades funcionales. ^{35 p.30}

Someter el organismo a un programa de entrenamiento planificado, contribuye a mejorar la capacidad funcional de múltiples sistemas orgánicos; los programas de ejercicio dirigidos a la población mayor pueden generar un ahorro en los costos sanitarios por disminución de caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio o enfermedades crónicas propias del proceso de envejecimiento. ³³

2.4. Marco Referencial

La prevalencia de depresión en adultos mayores ha sido documentada por algunos autores. Según la Organización Mundial de la Salud la depresión ocupa el tercer lugar de la carga mundial de morbilidad y será la segunda en 2020. En una muestra de cerca de 50.000 personas mayores que viven en centros de atención residencial en cinco jurisdicciones canadienses, casi la mitad (44%) tenían un diagnóstico y/o síntomas de depresión.

Igualmente en una investigación denominada “La prevalencia y la sintomatología de la depresión en las personas mayores que viven en instituciones en Inglaterra y Gales”, se encontró que la depresión fue altamente prevalente; tras una estratificada sub-muestra aleatoria de 2.640 participantes de los cuales 340 residían en las instituciones, demostró que la prevalencia de la depresión en las personas que viven en instituciones fue del 27,1% en comparación con el 9,3% en los que viven en el hogar. ^{36 p.10}

En una investigación realizada en Colombia por Bacca en el año 2013 en el “Centro de Bienestar del anciano Hogar de Nazareth”, se investigó factores que causan depresión en adultos mayores en la que participaron 250 personas de la tercera edad obtenido que los principales factores que causan depresión son 60% enfermedades crónicas, 15% falta de apoyo familias y social, 18% edad avanzada y 7% sexo femenino. ³⁷

En un estudio realizado en Quito por Puyol en el año 2013, en el Valle de los Chillos, se investigó factores que causan depresión en adultos mayores y su asociación a la calidad de vida, en los principales factores destacan género femenino 20% discapacidad con un 15%, episodio depresivo previo 12%, trastorno del sueño con un 16% y duelo 5%. ^{36 p.10}

Según una investigación realizada por Alves en Argentina en el año 2015 en el “Instituto Geriátrico San Juan” sobre causas de depresión en personas de edad avanzada en la cual participaron 185 individuos se obtuvo que el 75% no posee problemas depresivos, mientras que el 25% padece dicho problema, de los cuales el 23% padece problemas depresivos leves, y el 2% problemas depresivos severos

Según el estudio realizado por Benítez V, en el año 2014, en el “Centro Geriátrico los Jardines” en Cuenca se investigó a 200 personas de la tercera edad, donde se encontró el 69% no tienen problemas depresivos mientras que el 31% padece depresión de los cuales el 25% se clasifica como depresión leve a moderada, mientras que el 6% padece depresión severa. ^{36 p.10}

En un estudio realizado en una población de 5.064.907 personas de 60 años o más que residían en Centros geriátricos de siete ciudades participantes de América Latina, encontraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es variable. Se observó que en Buenos Aires la prevalencia llegó a un 21,9%; en Sao Paulo un 7%; en Santiago de Chile un 33,4%; en la Ciudad de México un 23,2% y en Montevideo un 23,8%; estos autores utilizaron la misma herramienta para diagnóstico de depresión es decir la escala geriátrica de Yesavage. ³⁸

Así mismo, en el año 2011, en un estudio realizado en Ecuador, sobre la prevalencia de la depresión en 350 adultos mayores institucionalizados en asilos de la provincia del Cañar, Morona Santiago, Sucumbios y Loja se encontró que el 40% de los adultos tenían depresión, de quienes el 15% eran varones y 25% fueron mujeres. El rango de edad que más casos de depresión presenta, es el comprendido entre los 70-80 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino ³⁹

A Nivel Nacional, Francia Ruelas, Kelly Yemira en Lima – Perú el año 2010 realizó un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluye que la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico,

donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales. ^{40 p.24}

González Marilú y Robles Esther en Lima Perú realizaron un estudio acerca de Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. El estudio fue de tipo cuantitativo; el método descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La población total estuvo constituida por 353 adultos mayores que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, la técnica aplicada fue la entrevista. Se utilizó como instrumento de medición la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas. Los adultos mayores presentaron un riesgo moderado de depresión. Según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad. Del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, se observa que el 54,2 % son mujeres y el 45,8%, hombres. Se realizó la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0,910$, no significativo) ⁴¹

A Nivel Internacional, Crespo Vallejo Jonathan Raúl en Ecuador-Cañar realizó un estudio acerca de Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Delegación de la provincia del Cañar el objetivo determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, el estudio fue descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo el instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69, 70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el

comprendido entre los 80– 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino. ⁴²

Giacoman Claudia México, realizó un estudio de investigación “Depresión y escolaridad en adultos mayores”. El objetivo fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor. Se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años. Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Resultados: El análisis de varianza ANOVA, con género como covariable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos. Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor.

Borda Pérez Mariela, en Colombia realizó un estudio de investigación, Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia) prevalencia y factores de riesgo, el objetivo fue establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en centros de cuidado geriátrico. La metodología aplicada fue Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores de 65 a 95 años de edad. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (OR e IC95 % y Chi-cuadrado y p). La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico.

Teorías sobre la tercera edad: detectando los factores de la depresión en la vejez

Las teorías de la pre-programación genética. Las primeras dicen que las células humanas sólo se reproducen hasta cierta edad, después de la cual ya no pueden separarse y según las teorías del envejecimiento por desgaste, las funciones mecánicas del cuerpo simplemente dejan de trabajar de manera idónea. Además, los restos de los productos que producen energía finalmente se acumulan, y se hacen errores en el proceso de reproducción celular. Finalmente, el cuerpo, en realidad, se desgasta. No se sabe cuál de estas teorías explica mejor el proceso de envejecimiento físico; puede ser que las dos contribuyan. Existen aspectos significativos en relación con los cambios psicológicos del envejecimiento, es el relativo a los miedos. Miedo a la propia vejez, al deterioro, a la dependencia, a la soledad, a la muerte. Sobre ello encontramos otras teorías que lo explican claramente.

La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson plantea la etapa de la vejez como el estadio de crisis entre la *integridad del yo* y la *desesperación*, lo que da cuenta de la necesidad de influir positivamente en la salud psicológica de las personas de la tercera edad para que puedan afrontar su tiempo con el mayor bienestar.

Muchas personas conciben la vejez como una etapa limitante y de degradación pues ya no es posible realizar las mismas actividades que antes se hacían, sumado este factor a la soledad causada por la muerte de seres queridos, los niveles económicos precarios, la falta de actividad y el aislamiento son algunos de los detonantes que pueden causar depresión en la tercera edad.

Las residencias o casas asistenciales reciben cada año a decenas de adultos mayores que son víctimas de la depresión, siendo éste el segundo trastorno más prevalente después de la demencia. Aunque la gran mayoría de familiares suelen comprender que las residencias podrán ofrecerle un mejor seguimiento médico y psicológico a su mayor, pocos son los que están al lado del abuelo en esta etapa.

La vejez significa adaptarse a nuevos cambios, a un nuevo estilo de vida. Es la consumación total de las experiencias aprendidas en el transcurso del caminar

humano, una fuente de saberes y también una etapa de vivencias y añoranzas por los años que quedaron en el pasado, y es por esa razón que al hablar de depresión en la vejez debemos tener en cuenta que no hay que confundir la sintomatología propia con los estados de tristeza y melancolía, que en su mayoría son leves y pasajeros y son bien habituales en este ciclo. No así, la depresión es un trastorno que tiene una duración prolongada y una sintomatología que indica que hay una enfermedad de fondo que debe ser tratada.⁴³

CAPITULO 3. METODOLOGIA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Se realizó un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Que permitió medir y cuantificar las variables de estudio en espacio y tiempo determinado para implementar nuevas estrategias de terapias físicas y cuidados de enfermería, otorgando una mejor calidad de vida a quien más lo requiera.

3.2. Variables de la investigación

DISEÑO DE VARIABLES:

Variables dependientes: Depresión

Variables independientes: Capacidad funcional

3.3. Población y muestra

Población: 77 adultos mayores de la Casa Hogar Olga Tamayo.

Residentes: son 52: 10 hombres y 42 mujeres.

Del programa de día son 25: 7 hombres y 18 mujeres.

Muestra: es por conveniencia 50 personas de 60 y más años de edad que se encuentran en la Casa Hogar Olga Tamayo.

Temporalidad: Se realizó durante diciembre 2019 a febrero del 2020.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Crterios inclusión.

Adultos de 60 años y más del programa de día y de estancia permanente y que acepten participar en el estudio

Criterios exclusión.

Adultos mayores que no estén presentes en la Institución.

Adultos mayores que tengan problemas de comunicación y auditiva.

Adultos mayores que tengan alguna enfermedad psiquiátrica

Adultos mayores que no quieran participar en el estudio.

Criterios eliminación.

Cuestionarios incompletos

3.4. Instrumentos de recolección de datos

Instrumento de recolección de información. Se aplicó la escala de Yesavage, para medir la depresión, 15 ítems respuestas dicotómicas 1= si 2= no. La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982.

La escala de depresión del adulto mayor test de yesavage de la OPS/OMS, fue validada la escala de 15 ítems.

Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

Normal: 0-5 puntos.

Depresión leve: 6-9 puntos.

Depresión severa: 10-15 puntos.

Y la escala de Barthel que evalúa la capacidad funcional, en 10 actividades de la vida diaria. (AVD).1. Comer, 2. Trasladarse entre la silla y la cama, 3. Aseo personal, 4. Uso del retrete, 5. Bañarse / ducharse, 6. Desplazarse, 7. Subir y bajar escaleras, 8. Vestirse y desvestirse, 9. Control de heces, 10. Control de orina. Las puntuaciones en estas 10 actividades son de 5 a 15 dependiendo del nivel de complejidad para realizar la actividad.

Que se consideran como las más básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, es fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y

validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar, de aplicación sencilla y puede adaptarse a diferentes ámbitos culturales.

Con una puntuación Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)
 <20 Dependencia total; 21 – 60 Dependencia severa; 61 – 90 Dependencia moderada; 91 – 99 Dependencia leve.

3.5. Procedimiento para la recolección de la información

PRIMERA ETAPA	OBSERVACIONES
Se solicitó la autorización de la Directora para poder acceder a la Casa Hogar, por medio de un oficio.	La respuesta fue otorgada dos semanas después de la solicitud por trámites internos de la Institución.
SEGUNDA ETAPA	
Antes de acceder a las instalaciones, la Subdirectora, Dra. Isabel Montero me entrevistó para reafirmar el objetivo de mi estudio y hacer algunas recomendaciones.	Esto se realizó en un solo día 13 diciembre 2019
TERCERA ETAPA	
La subdirectora, le solicitó a la Jefa de Enfermeras L.E. Leticia Sánchez Lima mi presentación con el personal que laboraba en la Casa hogar. Posteriormente realizamos un recorrido por la Casa Hogar y me presentó a algunos adultos mayores que se encontraban de paso. Finalmente, me mostró algunos espacios sugeridos para llevar a cabo las entrevistas.	Esto se realizó solo en un día y me retire. Entre ellos el auditorio, la sala de descanso, la sala de juntas 16 diciembre 2019.
CUARTA ETAPA	
El primer día que ingrese a la Casa hogar fue para conocer detalladamente las instalaciones, para observar su infraestructura y presentarme con cada uno de los adultos mayores de manera individual. La mayoría se mostró amable.	17 de diciembre 2019 Observé que cuenta con las medidas de seguridad para evitar caídas, con rampas en la mayoría de las áreas, con barras sujetadoras, en los pasillos, baños, habitaciones y áreas específicas. La mayor parte del piso, cuenta con antiderrapante solo en algunas áreas no las tiene.
El segundo día que ingrese fue para identificar cuántos tenían problemas de desplazo, subir y bajar escaleras, comer, cuantos utilizaban sillas de ruedas, bastones y andaderas	Resultó que 11 adultos mayores utilizaban sillas de ruedas, 6 andadera y 4 bastón.

respectivamente, para elaborar una planeación más precisa.	18 de diciembre de 2019
La población total fue de 77 adultos mayores 60 mujeres y 17 hombres, de los cuales se tomó una muestra de 50 integrantes. Los dividí en dos grupos para aplicar el instrumento de evaluación. El primer grupo estuvo integrado por los que no tuvieron problemas de movilidad física, el segundo grupo por los que si tenían problemas de movilidad.	De los 50 integrantes 40 mujeres y 10 hombres se excluyeron a 6 mujeres y 1 hombre. Siendo un total de 43 integrantes. 34 mujeres y 9 hombres
El instrumento de evaluación que utilicé fue un cuestionario de 11 datos socioeconómicos y la escala de Yesavage de 15 ítems por el lado anterior de la hoja y por el lado posterior se utilizó la escala de Barthel con sus respectivos puntajes.	
Inicié con el primer grupo (sin problemas de movilidad física) en la sala de descanso, con el previo consentimiento informado. Entrevistando a 3 por día.	Realicé las entrevistas dos días a la semana durante 3 horas. Sin asistir en días de descanso y vacaciones 19, 20, 27, 30 de diciembre 2019
Se continuó con el primer grupo en la misma dinámica, integrándose los que habían regresado de vacaciones, llevando a cabo 4 entrevistas por día.	6, 7 y 8 de enero 2020
Inicié con el segundo grupo que tenía problemas de movilidad física, igualmente con el previo consentimiento informado acudiendo a los pasillos en su hora de descanso y en ocasiones en sus habitaciones. Tres días a la semana, realicé de 2 a tres entrevistas por día.	Fue un poco más difícil de abordar por el desgaste y deterioro físico, sobre todo para la firma y lectura del consentimiento informado Del 9 al 24 de enero 2020
Concluí el 28 de febrero con las entrevistas pero seguí acudiendo algunos días de marzo para despedirme de cada uno de ellos de manera individual, del personal de enfermería y de la subdirectora para agradecer las facilidades que me brindaron.	

3.6. Análisis estadístico

En el presente trabajo de investigación se realizaron procesos básicos para llevar a cabo la descripción de las variables que integraron la muestra. Para la recopilación y base de datos, se utilizó el programa Excel. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS-V22. El cual está enfocado al análisis multivalente de datos, lo que permitió realizar la gestión de datos, el análisis estadístico y gráficos de los mismos.

Por la naturaleza de las variables el análisis fue descriptivo, ya que se calcularon frecuencias y porcentajes, algunas medidas de tendencia central y de dispersión, Para la relación y significancia de las variables nivel de depresión y de dependencia física, se utilizó el modelo de correlaciones de $p < .05$.

3.7. Consideraciones éticas

Para realizar esta investigación se realizó una previa solicitud a la Directora de la casa hogar Olga Tamayo. Donde se solicitó la aprobación para la aplicación del instrumento. Aceptando sin ningún inconveniente.

Es un estudio sin riesgo para los adultos mayores, a quien se le pidió que contesten de manera voluntaria la entrevista. Se mencionó a los participantes lean la carta de consentimiento informado y se resolvieron las dudas derivadas de este procedimiento. La aceptación o negación fue rechazado a través de la firma de las y los participantes. En todo momento se protegió la información proporcionada ya que estos serán identificados con un número folio.

La base de datos fue accesible únicamente a los investigadores, de acuerdo con la legislación vigente sobre protección de datos de carácter individual. No se plantean problemas éticos ni legales.

Principios éticos observados: Beneficencia y no maleficencia. Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.

Justicia. La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía. Es el respeto a las personas como individuos libres y tener en cuenta su decisión. Valor fundamental de la vida humana.

Confiabilidad. Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información.

Respecto a Ley General de Salud: Artículo 1º. Norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Artículo 2º. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo 3º. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo 4º. Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

CAPITULO 4. RESULTADOS

La población participante estuvo constituida por una muestra de 50 adultos mayores de los cuales 7 fueron excluidos según los criterios estipulados en el estudio. Quedando un total de 43 residentes, 9 hombres 20.90% y 34 mujeres 79.10%, edad de 60 a 80 y más. Estado civil, viudos y solteros 39.5% respectivamente. En la religión, predominó la católica con el 69.85%. En la ocupación anterior laboraban como profesionistas el 32.60%, el 20.90% como empleados de varios trabajos y el resto eran amas de casa, casi el 70% contaban con seguridad social, el resto dependía de los servicios de salud y servicios privados. En relación a la dependencia económica más del 80% dependía de su pensión o jubilación, el 16.3% de su familia y una pequeña parte de la institución. En las actividades recreativas, el 46.5% realizaba algún taller, el 4.7% otras actividades y el 16.3% no realizaba ninguna actividad.

En cuanto al nivel de depresión y nivel de dependencia en general. El 34.8% (15) se mostró sin depresión e independiente, el 2.3% (1) sin depresión con dependencia moderada, el 11.6% (5) con depresión leve e independiente, el 4.7% (2) con depresión leve y dependencia leve, el 18.6% (8) depresión leve y dependencia moderada, el 11.7% (5) depresión leve y dependencia severa, el 6.9% (3) depresión leve y dependencia total, el 4.7% (2) depresión severa e independiente, 4.7% (2) depresión severa y dependencia severa. Lo que significa que el nivel de depresión aumenta en la mayor parte de los participantes cuando existe algún tipo de dependencia que afecte su capacidad funcional, en cada una de sus actividades de la vida diaria.

Tabla No. 1 Frecuencia y porcentaje de respuestas de acuerdo a la escala de depresión Yesavage

	SI		NO	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿En realidad está satisfecho (a) con la vida?	29	67.4	14	32.6
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	24	55.8	19	44.2
3. ¿Siente que su vida está vacía?	15	34.9	28	65.1
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	20	46.5	23	53.5
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	30	69.8	13	30.2
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	2	4.7	41	95.3
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	27	62.8	16	37.2
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	15	34.9	28	65.1
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	13	30.2	30	69.8
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	16	37.2	27	62.8
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	34	79.1	9	20.9
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	18	41.9	25	58.1
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	21	48.8	22	51.2
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	13	30.2	30	69.8
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	7	16.3	36	83.7

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

Tabla No.1. Nos muestra la frecuencia y porcentaje de las respuestas dicotómicas de 15 ítems, que fueron realizadas a los participantes de la casa hogar, para valorar el nivel de depresión de cada uno.

Tabla No. 2 Grado de dependencia en actividades de la vida diaria de los adultos mayores de la casa hogar Olga Tamayo, de acuerdo con la escala de Barthel

Actividad de la vida diaria	Puntuación ideal	% Dependiente	% Independiente
1. Comer	10	6	94
2. Trasladarse entre la silla y la cama	15	9.54	90.46
3. Aseo personal	5	8	92
4. Uso del retrete	10	16.7	83.3
5. Bañarse / ducharse	5	1.43	98.57
6. Desplazarse	15	18.47	81.73
7. Subir y bajar escaleras	10	32.2	67.8
8. Vestirse y desvestirse	10	16.7	83.30
9. Control de heces	10	13.1	86.91
10. Control de orina	10	17.9	82.1

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

Tabla No.2, describe en porcentajes cada una de las actividades de la vida diaria y el alcance que tienen los participantes a la mismas, en las cuales muestran tener grado de dependencia mínimo en las actividades de bañar y ducharse, comer, trasladarse, y aseo personal. Así mismo, muestra en mayor grado de dependencia, subir y bajar escaleras, desplazarse, control de orina, vestirse y desvestirse, uso del retrete y control de heces, lo que nos permite definir con mayor precisión su capacidad funcional.

Tabla No.3 NIVEL DE DEPRESION SEGÚN SEXO

Nivel de depresión	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin depresión	3	33.3	13	38.2	16	37.2
Depresión Leve	4	44.4	19	55.9	23	53.4
Depresión Severa	2	22.2	2	5.9	4	9.4

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

En la tabla No. 3 Muestra que predomina el nivel de depresión en hombres con un porcentaje de 66.6% en depresión leve y severa. Mujeres el 61.8%

Tabla No. 4 NIVEL DE DEPRESION SEGÚN EDAD

Edad	Nivel de depresión	Sin depresión		Depresión Leve		Depresión Severa	
		n	%	n	%	n	%
60-69 años		1	2.4	2	4.7	1	2.3
70-79 años		6	13.9	11	25.6	1	2.3
80 y Mas		9	20.9	10	23.2	2	4.7

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

En la tabla No. 4 Muestra que predomina el nivel de depresión leve en edad de 70-79 años con un 25.6%. De 60-69 con menor depresión tanto leve como severa, de 80 y más con 23.2% de depresión leve y 4.7% severa. Lo que indica que la edad es un factor predisponente para la presencia de depresión en este estudio.

Tabla No. 5 NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN SEXO

Nivel de dependencia	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Independiente	4	44.4	18	52.9	22	51.3
Dependencia leve	1	11.1	1	2.9	2	4.7
Dependencia moderada	1	11.1	8	23.5	9	20.9
Dependencia severa	3	33.4	4	11.8	7	16.3
Dependencia total	0	0	3	8.8	3	6.8

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

En la tabla No. 5 muestra que predomina el nivel de dependencia moderada en mujeres con un 23.5% y que el 52.9% de mujeres son independientes.

Tabla No. 6 NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN EDAD

Edad	Independientes		Depend. leve		Depend. moderada		Depend. severa		Depend. total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60-69	2	4.7	0	0	1	2.3	1	2.3	0	0
70-79	10	23.20	1	2.3	5	11.6	2	4.6	2	4.6
80 Y MAS	10	23.20	1	2.3	1	2.3	4	9.3	1	2.3

En la tabla No. 6 muestra mayor dependencia moderada (11.6%) en edad de 70-79

Tabla No. 7 NIVEL DE DEPRESION Y DEPENDENCIA EN GENERAL

Nivel de dependencia	Nivel de depresión	Sin depresión		Depresión Leve		Depresión severa	
		n	%	n	%	n	%
Independiente		15	34.8	5	11.6	2	4.7
Dependencia leve		0	0	2	4.7	0	0
Dependencia moderada		1	2.3	8	18.6	0	0
Dependencia severa		0	0	5	11.7	2	4.7
Dependencia total		0	0	3	6.9	0	0

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

En la tabla No. 7 Muestra que la mayor parte de los participantes fue independiente, sin depresión (34.8%). Seguido del 18.6% con depresión leve y dependencia moderada.

Tabla No. 8 NIVEL DE DEPRESION Y DEPENDENCIA EN HOMBRES

Nivel de dependencia	Nivel dep.	Sin depresión		Depresión Leve		Depresión severa	
		n	%	n	%	n	%
Independiente		3	33.3	0	0	1	11.1
Dependencia leve		0	0	1	11.1	0	0
Dependencia moderada		0	0	1	11.1	0	0
Dependencia severa		0	0	2	22.2	1	11.1
Dependencia total		0	0	0	0	0	0

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

En la tabla No. 8 Muestra que existe un porcentaje mayor en nivel de depresión leve y severa que en el nivel sin depresión.

Tabla No. 9 NIVEL DE DEPRESION Y DEPENDENCIA EN MUJERES

Nivel de dependencia	Nivel de depresión	Sin depresión		Depresión Leve		Depresión severa	
		n	%	n	%	n	%
Independiente		12	35.3	5	14.7	1	2.9
Dependencia leve		0	0	1	2.9	0	0
Dependencia moderada		1	2.9	7	20.6	0	0
Dependencia severa		0	0	3	8.9	1	2.9
Dependencia total						3	8.9

Fuente: Entrevista en residentes de casa hogar

En la tabla No. 8 Muestra que existe un porcentaje de mayor depresión en el nivel de depresión leve y dependencia moderada.

Tabla No.10 Correlaciones entre las variables demográficas, nivel de depresión y de dependencia n43 adultos mayores.

	Spearman	Edad	Sexo	Religion	Ocupación	S. Salud	Dep Eco	Act.Rec.	Nivel depres
<i>Sexo</i>	Coeficiente de correlación	-.294	1.000						
	Sig. (bilateral)	.055	.						
<i>Edo.civil</i>	Coeficiente de correlación	.321*	.071						
	Sig. (bilateral)	.036	.649						
<i>Religión</i>	Coeficiente de correlación	-.106	.100	1.000					
	Sig. (bilateral)	.498	.522	.					
<i>Ocupacion</i>	Coeficiente de correlación	-.077	.401**	-.311*	1.000				
	Sig. (bilateral)	.623	.008	.042	.				
<i>Servicio de salud</i>	Coeficiente de correlación	-.151	.055	-.368*	.278	1.000			
	Sig. (bilateral)	.335	.727	.015	.071	.			
<i>Depende economi</i>	Coeficiente de correlación	-.012	.171	.395**	-.161	-	1.000		
	Sig. (bilateral)	.938	.274	.009	.304	.623**	.		
<i>Actividad recreativ</i>	Coeficiente de correlación	-.039	-.406**	-.073	-.294	.058	-.030	1.000	
	Sig. (bilateral)	.802	.007	.640	.055	.711	.850	.	
<i>Nivel de depresio</i>	Coeficiente de correlación	-.113	.021	-.234	-.028	.345*	-.249	.175	1.000
	Sig. (bilateral)	.471	.895	.131	.859	.023	.107	.262	.
<i>Capacidad funcional</i>	Coeficiente de correlación	-.157	.066	.158	.180	-.186	.150	-.202	-.601**
	Sig. (bilateral)	.322	.677	.317	.254	.239	.343	.200	.000

*La correlación es significativa en el nivel 0.05

**La correlación significativa en el nivel 0.01

A continuación, solo se mencionarán las relaciones de mayor significancia.

En relación con la edad es significativa negativa con el sexo $r = -.294$ $p = .055$ y el estado civil de forma positiva y significativa $r = .321^*$, $p = .036$.

Así como sexo tiene relación con ocupación posiblemente porque las oportunidades fueron diferentes entre los hombres y las mujeres que en su mayoría en esta muestra se dedicaron al hogar $r = .401^*$ $p = .008$ y negativa en actividades recreativas limitante en las diversas etapas de la vida $r = -.406$ $p = .007$.

En relación con la religiosidad se obtuvieron tres variables significativas negativas ocupación $r = -.311^*$ $p = .042$., servicio de salud $r = -.368^*$ $p = .015$., posiblemente por el nivel de satisfacción y positiva con dependencia económica $r = .395^{**}$ $p = .009$. que es un motivante para satisfacer las necesidades de la vida cotidiana.

En relación con la ocupación se obtuvo una relación negativa con actividades recreativas $r = -.294^{**}$ $p = .055$.

En relación con el sistema y servicios de salud se tuvo una relación con dependencia económica $r = -.623^{**}$ $p = .000$. y positivo con nivel de depresión $r = .345^*$ $p = .023$.

*El nivel de depresión tiene una relación altamente negativa y significativa de $r = -.601^{**}$ $p = .000$ con la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria, lo que demuestra que el nivel de dependencia influye de forma negativa en el nivel de depresión.*

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

La falta de buena capacidad funcional en el adulto mayor causa aumento de dependencia física, limitaciones, menor calidad de vida y cambios emocionales. Tales como falta de aseo, disminución y pérdida de la movilización, uso de silla de ruedas, modificaciones en la cama, depresión leve o severa.

El personal de enfermería debe ser capaz de reconocer en el adulto mayor los síntomas de depresión, saber abordar la capacidad funcional y el desarrollo psicosocial, para poder intervenir de forma oportuna y eficaz.

En el objetivo general planteado en el presente trabajo de investigación, se evaluó el nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor en la casa hogar Olga Tamayo, durante el periodo diciembre 2019 a febrero del 2020, encontrando datos importantes.

Se midió el nivel de depresión del adulto mayor aplicando la escala de Yesavage de 15 ítems y un cuestionario de 10 preguntas de datos sociodemográficos. El instrumento utilizado arrojó resultados relevantes, ya que se esperaba encontrar mayor número de adultos mayores con depresión severa pero solo el 9.0% la presentó, el resto de la población tenían una depresión leve o sin depresión.

Se identificó el nivel de capacidad funcional del adulto mayor en sus actividades de la vida diaria, utilizando la escala de Barthel. Se encontró que un gran número de adultos mayores aún tienen actividades diarias lo cual implica que casi 3/4 partes son independientes, llevando a cabo sus actividades de la vida diaria sin problemas de dependencia funcional.

En relación a la edad aquellos que son menores de 69 años son los que presentaron menor puntuación en depresión.

En cuanto al sexo encontramos que los hombres presentaron mayor depresión que las mujeres.

Al relacionar el nivel de depresión con la capacidad funcional del adulto mayor, se encontró una estrecha influencia: sin dependencia los residentes se mostraron sin depresión, con dependencia leve a moderada tuvieron depresión leve y con dependencia severa y total, también tuvieron depresión severa.

El nivel de depresión en relación con el nivel de dependencia (capacidad funcional) para las actividades de la vida diaria fue altamente negativa y significativa, lo que demuestra que el nivel de depresión influye de forma negativa cuando existe dependencia funcional.

Lo más importante de realizar este trabajo de investigación fue relacionar la depresión con la capacidad funcional de los adultos mayores, porque se encontró un grado de dependencia baja, así mismo, la identificación del nivel de depresión tuvo una prevalencia baja en comparación con otros estudios a nivel nacional e internacional. Comprobando que al predominar en los adultos mayores las terapias ocupacionales y fisioterapias, contacto visual, comunicación, entre otros, además del profesionalismo del personal multidisciplinario, implicó que a menor discapacidad funcional menor depresión.

Algunos de los obstáculos que se me presentaron para realizar el presente trabajo, fue lograr evadir la desconfianza, el desinterés la apatía de los residentes, en primer lugar, por ser una extraña para ellos y en segundo lugar por haber realizado varias entrevistas de investigación previas con otros estudiantes, lo cual les causaba aburrimiento.

Otro obstáculo fue al hacer el abordamiento por que asistían a sus talleres ocupacionales y los que no asistían se dormían en sus habitaciones. Así mismo, la necesidad de ser escuchados ya que no se concretaban a responder la entrevista, sino que hablaban de sus problemas emocionales.

El cuidar a un adulto mayor dependiente a partir del modelo de adaptación de Roy, requiere más que la buena voluntad para hacerlo. Existe una serie de alternativas para ofrecer un cuidado de calidad al adulto mayor y que sirvan además para ayudarlo a ser más independiente, en medida de sus posibilidades.

En este sentido el presente trabajo aporta a la investigación, la asistencia y la educación en enfermería, trabajos multidisciplinarios que sean relatados y estudios indisciplinados realizados que busquen asistencia específica orientado a los ancianos institucionalizados teniendo siempre como meta el bienestar de la población.

Previniendo de esta manera que la capacidad del adulto mayor no se vea limitada a creer que el adulto mayor es sinónimo de enfermedad, de dolor, sufrimiento de muerte sino de un proceso natural que se puede vivir con la mejor calidad de vida posible que les permitan disminuir el nivel de depresión y aumentar la capacidad funcional, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable, durante su estancia en la Institución.

CAPITULO 6. DISCUSION

El presente trabajo se realizó con la finalidad de evaluar el nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor en residentes de la Casa Hogar Olga Tamayo

La muestra fue tomada de 50 residentes, excluyendo a 7 según los criterios estipulados en el estudio.

En relación a la edad e independencia se encontró que de acuerdo con la edad promedio de 80 años los residentes son independientes. Algunos cuentan aún con un empleo, así como realizan algún deporte fuera de las instalaciones, de acuerdo con la teoría de Roy mantienen respuestas adaptativas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Los residentes de más de 90 años cuentan con mayor grado de dependencia, lo cual nos lleva a reafirmar lo que nos dice el autor Rojo-Pérez et al., *En la medida que las personas envejecen van perdiendo las capacidades necesarias para realizar las actividades de la vida diaria*. El aceptar que el adulto mayor tiene adaptaciones, así como modificaciones de los comportamientos de salud y al mismo tiempo les permite, mantenerse socialmente conectados. ²⁸. Sin embargo, según Esparza, afirma un número mayor a diferencia de este estudio ya que en su investigación encontró que nueve de cada diez personas que viven en alojamientos colectivos tienen alguna discapacidad y de ellos casi todos son dependientes.

En cuanto al sexo las mujeres se muestran más afectadas en capacidad funcional y los hombres con mayor puntuación en depresión. A pesar de que fueron 34 mujeres y 9 hombres. Esto confirma lo que aportan otros estudios que plantean que se debe tener en cuenta que al ser mayor la esperanza de vida en las mujeres, también se prolonga el tiempo para ser dependientes. Respecto al estado civil, las personas casadas son las que presentan una mayor capacidad funcional. El vivir en pareja durante la vejez cobra significativa importancia, pues los lazos establecen nexos sólidos de ayuda mutua y al estado afectivo. Los grupos de ancianos casados

tienen una mayor supervivencia que los ancianos solteros y viudos ya que estas relaciones no se sustituyen con el afecto y apoyo de otros miembros de la familia. ¹ Los residentes de la casa hogar Olga Tamayo tienen una influencia negativa en el grado de depresión y dependencia de su estado civil, debido a que según los resultados el 39.5% son viudos y solteros respectivamente, ambas situaciones experimentan soledad. Este aspecto es importante, ya que tal y como señalan otros autores, la pérdida del cónyuge es uno de los eventos más negativos que se pueden vivir, puesto que se pierde el principal confidente y apoyo psicológico, social y económico; pueden tener como principal consecuencia que el anciano se encierre en sí mismo y caiga en depresión severa.

En cuanto a la religión se obtuvo una relación positiva ya que no se ve afectada la depresión debido a las actividades religiosas que realizan dos veces a la semana según su religión, manteniendo su fe activa. De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los residentes profesan religión católica, seguida de la cristiana. Haciendo un comparativo con la población mexicana el INEGI arroja los siguientes datos, según último censo de población y vivienda 2010. Católica 89.3, protestantes y evangélicas 8.0 bíblicas diferentes a evangélicas 2.5 y otras 0.2. (44) lo que nos permite visualizar que existe una similitud.

En relación a la última ocupación de los residentes nos damos cuenta de que casi una tercera parte trabajó como profesionista y menos de una cuarta parte en varios empleos, lo que nos lleva a analizar que la mayoría cuenta con una pensión para disponer de los recursos necesarios durante su estancia en la casa hogar. De igual forma, cuentan con servicios de salud IMSS, ISSSTE, SSM, lo contrario al resto que tienen que adaptarse a vivir con un poco de carencias, lo cual les afecta en su desempeño físico, psicológico y social. En esta misma línea numerosos estudios afirman que un bajo nivel socioeconómico está asociado a una menor capacidad funcional, aunque también se ha comprobado que el acceso limitado al cuidado médico, puede ser responsables del resultado funcional bajo de personas mayores con bajos ingresos y bajo nivel cultural y educativo. ¹

En relación a las actividades recreativas existe una influencia negativa con la depresión y la dependencia, debido a que la mayor parte de los residentes asisten

a los diferentes talleres que programa la casa hogar, elevando de esta manera su estabilidad física y emocional. Confirmando lo que otros autores han comprobado al decir que *La inactividad produce baja autoestima, ansiedad y tensión, que con los años ocasiona la pérdida de fuerza y flexibilidad mínimas para realizar las tareas diarias. Esto explica la necesidad de implementar programas de actividades físicas para contrarrestar el desarrollo de estas manifestaciones y fomentar sentimientos de valor y pertenencia.* ³¹

En términos generales se encontró una prevalencia de depresión baja, basado en los resultados obtenidos con la escala de Yesavage, algunos autores demuestran que no siempre tiene que haber depresión en toda la población participante, ya que va a depender de múltiples factores como los genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, sociodemográficos, la calidad de vida, y la capacidad física que cada uno presenta, tal como lo menciona el siguiente estudio realizado en una población de 5.064.907 personas de 60 años o más que residían en Centros geriátricos de siete ciudades participantes de América Latina, encontraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es variable. Se observó que en Buenos Aires la prevalencia llegó a un 21,9%; en Sao Paulo un 7%; en Santiago de Chile un 33,4%; en la Ciudad de México un 23,2% y en Montevideo un 23,8%; utilizando la misma escala de medición geriátrica de Yesavage ³⁸ En cuanto a la capacidad funcional en el presente estudio se encontró que el 51.2% es Independiente y el 4.65% tiene dependencia total. Como podemos observar es mínimo el grado de dependencia total, siendo la mayoría independientes, esto se debe a varios factores de gran importancia que engloban aspectos físicos, psicológicos y sociales. Lo que significa que la población entrevistada no necesariamente tiene que tener dependencia total, en controversia a otros estudios afirman que por el simple hecho de pertenecer a una estancia gerontológica como lo menciona Esparza ²⁸ en una investigación realizada en España, afirma que nueve de cada diez personas que viven en alojamientos colectivos tienen alguna discapacidad y que casi todos son dependientes. Se considera que una persona tiene alguna limitación funcional cuando existen restricciones físicas o mentales fundamentales para la vida diaria.

En la casa hogar Olga Tamayo, es notable que más de la mitad de los residentes son autónomos, viven su día a día de forma independiente, algunos están autorizados para salir a trabajar, realizan un deporte fuera de la residencia y asisten frecuentemente a sus diversos talleres, lo que les favorece a su salud. Sucede lo contrario con los que cuentan con dependencia total, moderada y leve, se encuentran más deteriorados, son más frágiles y vulnerables a sufrir accidentes y situaciones que afectan a su salud, tienen limitaciones físicas, son incapaces de valerse por sí mismos. Su nivel de capacidad funcional los obliga de alguna manera a ser más dirigidos, supervisados y asistidos. Confirmando lo que nos aportan los autores: *Kivinen, Sulkava, Halonen, y Nissinen*, ²⁴ *los adultos mayores con buena capacidad funcional suelen ser más independientes y tener mejor calidad de vida que aquellos con limitaciones*. La valoración del estado de salud y calidad de vida del anciano se mira más por la capacidad funcional que por la prevalencia de enfermedades. ²⁶

La mayoría de los residentes de la casa hogar Olga Tamayo no tienen el conocimiento de su enfermedad y no reconocen sus síntomas depresivos, los cuales son determinantes para la reducción del deterioro funcional en relación con la depresión.

En el presente estudio se confirma que existe una asociación significativa entre depresión y dependencia funcional, dado que los participantes con los puntajes de depresión leve y severa, se relacionan significativamente con el porcentaje de los que obtuvieron dependencia moderada, severa y total en los resultados ya mencionados en el presente trabajo de investigación.

Esto nos muestra la necesidad de trabajar sobre la prevención de síntomas depresivos y la mejoría de la funcionalidad como determinantes complementarios para mejorar su calidad de vida durante el tiempo que permanezca en la estancia.

CAPITULO 7. RECOMENDACIONES

El adulto mayor en su proceso de envejecimiento va perdiendo las capacidades necesarias para realizar las actividades de la vida diaria, sumado con algunas discapacidades funcionales relacionado a la longevidad por lo tanto, a medida que envejece existe mayor probabilidad de acercarse a la dependencia por una limitación no controlada, siendo vulnerables a sufrir situaciones que atentan contra su salud.

En lo común se considera que los adultos mayores son autónomos y que pueden vivir su día a día de forma independiente. Sin embargo, los datos muestran lo contrario existe una dependencia moral, emocional, física y espiritual en un gran porcentaje de la población.

En este trabajo se presentan algunas recomendaciones de acuerdo con la teoría de Roy y la Guía de buenas prácticas clínicas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor durante su estancia en la casa hogar Olga Tamayo.

De acuerdo con Roy en el modo fisiológico de adaptación, ayuda a cuidar esas reacciones fisiológicas, así como emocionales, en el auto concepto de grupo fortalecer los aspectos psicológicos y espirituales del ser humano, la autoestima, así como los significados que existen en el adulto mayor en el modo de adaptación del desempeño de su rol, en esta adaptación social qué se centra del papel de la persona en la sociedad y que de alguna manera cambia en una residencia. El modelo de adaptación de interdependencia es básico resultado de la integridad de las relaciones y fruto de la aplicación en la vida de los individuos, las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, así como la búsqueda de apoyo amor entre otros.

Es esencial contar con una guía de valoración integral de geriatría para cumplir los procesos de diagnóstico interdisciplinarios y multidimensionales enfocados en determinar en la base de deterioro de las áreas: biológica, psicológica, funcional, social y familiar de una persona adulta mayor, así como sus recursos con el fin de

desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento adaptado en una residencia de adultos mayores.

El profesional de enfermería deberá: identificar enfermedades crónicas y ajuste de manejo evaluar la actual farmacoterapia, identificar problemas de visión y audición, así como incontinencia urinaria y fecal. Evaluar el estado de nutrición y vacunación. Evaluar el área psicoafectiva y mental. Evaluar el nivel de deterioro cognitivo algún problema del delirium, evaluar depresión y ansiedad y trastornos del sueño.

En el área funcional evaluar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, evaluar riesgos de caída y úlceras de presión, en el área socio familiar evaluación de las redes familiares y sociales cuidado primario formal e informal, así como colapso del cuidador.

Realizar actividades para fortalecer el estado anímico del adulto mayor.

Continuar con las capacitaciones, cursos de actualización del personal para elevar más el nivel de atención y cuidados geriátricos integrales, propios de las necesidades del adulto mayor.

Área biológica. Evaluar el estado nutricional, así como la dieta expreso para personas adultas mayor con los aportes nutricionales necesarios de calorías, grasas, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y oligoelementos entre otros relacionados a su edad y condición de salud. Sí a nivel general en cuanto a los requerimientos nutricionales se debe considerar las necesidades de calorías grasas hidratos de carbono proteínas.

Valorar la posibilidad dar terapia en sus habitaciones para mejorar su capacidad funcional, prevención de úlceras por decúbito, así como minimizar el riesgo de caídas.

Área emocional. Mejorar la autosuficiencia de la memoria con ello la importancia del mantenimiento de sus funciones cognitivas y conductuales que posibiliten el fortalecimiento de su identidad. Las personas mayores se benefician del entrenamiento de la memoria estos programas ayudan a mantener sus capacidades mejorarlas y a compensar posibles deterioros, así como minimizar la depresión o ansiedad en el adulto mayor. Los ejercicios y la comunicación deben de adaptarse a las condiciones culturales sociales y físicas de las personas también para reducir

al mínimo el declive de la memoria relacionada con la edad es necesario conservar una buena salud física y emocional manteniendo mentalmente motivado.

Mejorar la participación del residente en las sesiones de apoyo psicológico y la confianza del personal para lograr la mayor empatía, motivación y continuidad en las sesiones psicológicas.

Incluir programa de actividades en el turno vespertino y en periodos vacacionales, para evitar tiempos prolongados de ocio y caer en depresión.

Ambiente social. Es importante seguir trabajando en las actividades recreativas, buscar la forma de innovar y de lograr la integración de todos los residentes que tengan la capacidad funcional de participar, incluir actividades que involucren a ambos sexos y pensar también en actividades propias para los que no asisten por mayor cronicidad.

Otorgar los aditamentos necesarios para la prevención de caídas, así como de úlceras por presión la implementación de camas adecuadas, barandales, sillas de ruedas, bastones, lentes y aparatos auditivos.

Aumentar el personal de rehabilitación para dar una atención más personalizada y continúa a los de mayor cronicidad y dependencia para disminuir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida durante su estancia.

Por último, enfatizamos la importancia que tiene el trato digno y personalizado a pesar de la carga de trabajo, verlos como individuos con una gran necesidad de amor. Al sentirse amados aumentará su autoestima, disminuirá el grado de depresión y habrá motivación para mejorar algunas actividades de la vida diaria.

1. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guerra Crombet O, Silot Saborit B, Gómez Guerra L, Portú Fuentes M. La actividad física y el adulto mayor discapacitado físicamente con hipertensión arterial. Sugerencias prácticas. Rev Inf Cient [Internet]. 2015 [citado 27 Feb 2021];, 91(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/236>
2. Ayona A, Bloisse S, Vidal G, Vera D, Chang J, Jaramillo M. Diagnóstico sobre la demanda de actividad física para la salud en el adulto mayor guayaquileño [Internet]. Medigraphic.com. 2017 [citado 20 April 2020]. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81841>
3. Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [cited 2 May 2020]. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
4. Verjan J, Rivero N. Genética del Envejecimiento – RadioCiencia [Internet]. Radiociencia.com.mx. 2020 [cited 22 April 2020]. Available from: <https://radiociencia.com.mx/2020/08/01/genetica-del-envejecimiento/>.
5. Hechavarría Ávila María Margarita, Ramírez Romaguera Melba, García Hechavarría Hebert, García Hechavarría Albert. El envejecimiento. Repercusión social e individual. Rev. inf. cient. [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Feb 27] ; 97(6): 1173-1188. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000601173&lng=es
6. OMS. internet. [Online].; 2017 [cited 20 mayo 22. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores#>.
7. Situación de las personas adultas mayores en México [Internet]. Cedoc.inmujeres.gob.mx. 2017 [citado 20 April 2020]. Available from: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
8. Maldonado J. LA REFORMA MAYA. [Online].; 22 [cited 2019 Julio 17 enero 2021. Available from: <https://www.lajornadamaya.mx/quintana-roo/13452/En-el-futuro--adultos-mayores-seran-27-por-ciento-de-la-poblacion>.

9. Bautista Valdivia, J., 2016. Depresión en el adulto mayor por abandono familiar. [Internet] Eumed.net. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/tlatemoani/22/depresion.pdf> [citado 20 abril 2020].
10. Urbina Torija, J., Flores Mayor, J., García Salazar, M., Torres Buisán, L. and Torrubias Fernández, R., 2016. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. [Internet] researchgate.net. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/248255961_Sintomas_depresivos_en_personas_mayores_Prevalencia_y_factores_asociados [citado 20 abril 2020].
11. Pan American Health Organization / World Health Organization. [Internet]. OPS/OMS | El cambio demográfico presenta desafíos para el cuidado de la salud en las Américas; 2017 [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15469:changing-demographics-create-new-health-care-challenges-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es
12. Instituto Nacional de las Mujeres. [Internet]. Situación de las personas adultas mayores en México; 2015 [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
13. Cruzblanca Hernández Humberto, Lupercio Coronel Patricia, Collas Aguilar Jorge, Castro Rodríguez Elena. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Ment [revista en la Internet]. 2016 Feb [citado 2021 Mayo 11]; 39(1): 47-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047&lng=es. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>.
14. Repositorio Digital - Universidad CES: Página de inicio [Internet]. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores.; 2015 [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.smshungama.in/bitstream/10946/1746/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf
15. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. [Internet]; 2015. [citado 20 abril 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
16. Mitchell, C., 2017. OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet] Pan American Health Organization / World Health Organization. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es [citado 20 abril 2020].

17. Muñoz Marichin Y, Chujandama Mego GE. Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional De San Martín Tarapoto; 2019. Recuperado de:
<http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3422>
18. GuíaSalud [Internet]. Definición, factores de riesgo y diagnóstico - GuíaSalud; 2014 [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en:
<https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>.
19. Santiago Stucchi Portocarrero MP. La depresión [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo-Noguchi; Disponible en:
<http://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html> La depresión [Internet]; 2019. [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en:
<https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/1.html>
20. Martha Raile Alligood & Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier; 2018. Pag.336-356 Sor Callista Roy Modelo de adaptacion.
21. Guerrero Monzón SK. Depresión en mujeres de 35 A 50 años (estudio realizado en centros de atención A la mujer, en la ciudad de retalhuleu [tesis de licenciatura en Internet]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2014 [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/22/Guerrero-Silvia.pdf>
22. Silva González MM, Vivar Vásquez VP. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado [tesis de licenciatura en Internet]. Cuenca; 2015 [citado 20 abril 2020]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21620>
23. Gobierno del Perú [Internet]; 2018. Yo cuido mi Salud, Adultos Mayores; [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/campañas/604-yo-cuido-mi-salud-adultos-mayores>
24. Quino-Ávila Aura Cristina, Chacón-Serna Magda Juliette. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombias. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2021 Mayo 11]; 17(1): 59-68. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100059&lng=es. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n1.1870>.
25. Pando EVB. Actividad física en adultos mayores residentes de estancia permanente efectos en la capacidad funcional, riesgo de caída, movilidad articular y calidad de vida. Universidad Autónoma de Nuevo León; noviembre 14

<https://cd.dgb.uanl.mx/bitstream/handle/201504211/16795/Tesis%20doctorado%20Elia%20Ver%c3%b3nica%20Benavides%20Pando.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Bejines-Soto M, Velasco-Rodríguez R, García-Ortiz L, 2015. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. [Internet] Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim151c.pdf> [citado 27 abril 2020].
27. Acera M. El concepto de Discapacidad: diferencias entre discapacidad, deficiencia y minusvalía [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/concepto-discapacidad-diferencias-entre-discapacidad-deficiencia-minusvalia>
28. Paredes Arturo Yenny Vicky, Yarce Pinzón Eunice. Functional performance in a group of elderlies. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2018 Dic [citado 2021 Mayo 11]; 34(4): 92-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000400011&lng=es.
29. Cruz Ortiz Maribel, Pérez Rodríguez Ma. del Carmen, Jenaro Río Cristina, Torres Hernández Erika Adriana, Cardona González Erika Ivette, Vega Córdova Vanessa. Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. Index Enferm [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Mayo 11]; 26(1-2): 53-57. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012&lng=es.
30. Vaca García MR, Gómez Nicolalde RV, Cosme Arias FD, Mena Pila FM, Yandún Yalamá SV, Realpe Zambrano ZE. Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: rango etario vs actividad física [Internet]. scielo.sld.cu. 2017 [citado 27 abril 2020]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v36n1/ibi13117.pdf>
31. Macías Falcones JH. Ejercicio físico de bajo impacto como medio para mantener la movilidad articular en el adulto mayor [Tesis]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/39566/1/Mac%C3%ADas%20Falcone%20Jhon%20Hugo%200008-2019.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud. 2019. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/> [citado 27 abril 2020].

33. Bolaños Sánchez M, Helo Guzman F. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional [Internet]. medigraphic.com. 2019 [citado 27 abril 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr154i.pdf>
34. Macías Falcones JH. Ejercicio físico de bajo impacto como medio para mantener la movilidad articular en el adulto mayor [Tesis]. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/39566/1/Mac%C3%ADas%20Falcones%20Jhon%20Hugo%20008-2019.pdf>
35. Magdalena, A. La efectividad de un protocolo de ejercicios domiciliario a corto plazo sobre la capacidad funcional en personas mayores [Tesis doctoral]. [Valencia]: Universidad CEU Cardenal Herrera; 2017. Recuperado a partir de: <https://repositorioinstitucional.ceu.es/handle/10637/8534>
36. Sinchire Gómez MV. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de vilcabamba y malacatos en el año 2016. [tesis de licenciatura en Internet]. Loja: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; 2016 [consultado el 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19621/1/Factores%20que%20influyen%20en%20la%20depresión%20en%20los%20adultos%20mayores%20que%20acuden%20a%20los%20centros%20gerontológicos%20de.pdf>
37. Ibadango Ibadango VV. Análisis de los trastornos de estado de ánimo en adultos mayores que viven con familiares, barrio el Carmen, periodo 2019. [Tesis]. [Ecuador] Universidad Técnica del Norte; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9321/2/06%20ENF%201021%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
38. Albala C, García C, Lera L. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile [Internet]. IRIS PAHO Home. 2015 [citado 27 abril 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/741/9275316090.pdf?sequence=1>
39. Crespo Vallejo JR. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011 [bachelor's thesis on the Internet]. Cuenca; 2011 [cited 11 May 2021]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>
40. Torres MPL. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014" [internet]. [facultad de medicina]: universidad nacional mayor de San Marcos; 2015. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y p.24

41. Chero Suarez CR, Villena Solano RY. Funcionalidad familiar y nivel de depresión del adulto mayor, centro adulto mayor Essalud Guadalupe [Tesis].[Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2016. Recuperado a partir de: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7699/1715.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
42. Ibarra Araujo AY. Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María" [Tesis].[Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2019. Recuperado a partir de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/19965/1/T-UCE-0007-CPS-204.pdf>
43. La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson [Internet]. Psicologiyamente.com. 2014 [citado el 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>

ANEXOS

CUESTIONARIO

Datos sociodemográficos:

1.- ¿Cuántos años tiene?: _____

2.- Sexo: 1. Hombre 2. Mujer 3.- Estado civil: _____

4.- Ocupación actual: _____ 5.- Ocupación anterior: _____

6. Religión: _____

7.- Derechohabiente: 1. Si 2. No 8.- Dependencia: _____

9.- De quien depende económicamente: _____ 10.- Actividades recreativas

11.- Con quien vive: _____

1. ¿En realidad está satisfecho (a) con la vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
TOTAL		

Interpretación:

0-5 puntos: Tiene un nivel normal de depresión.

6-9 puntos: Tiene depresión leve.

10 o más: Tiene depresión severa.

ESCALA DE BARTHEL

1.Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

2.Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

3.Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

4.Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

5.Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

6Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

7.Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

8.Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

9.Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

10.Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ENTREVISTA A ADULTOS MAYORES CON DEPRESION

Estimado participante por medio de este documento le informamos y explicamos las cuestiones relacionadas en su colaboración en la práctica del estudiante de la Maestría en Enfermería de la UAEM. Lea atentamente y consulte con el alumno que le atiende para aclarar cualquier duda al respecto del procedimiento en cuestión.

1.- INFORMACIÓN ACERCA DE LAS EVALUACIONES A REALIZAR.

- A) Se realizará un cuestionario con preguntas de datos generales y otras relacionadas a sus emociones.**
- B) Contestará preguntas que permiten conocer si está deprimido o no.**
- C) La entrevista se realizará en un día con una duración aproximada de 15 minutos**
- D) Ninguna intervención de la entrevista es invasiva y no daña su salud.**
- E) También se informa que no recibirá pago alguno por su participación en esta práctica con la alumna entrevistadora.**

2.- USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

Los datos y resultados que usted proporcione serán utilizados única y exclusivamente con fines de información para la elaboración de Tesis de la maestría de la estudiante, se guardaran sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y apegados al cumplimiento de la normatividad del comité de bioética CONBIOÉTICA. Garantizando la plena confidencialidad de sus datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional.

3.- REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

Usted en este proceso de la entrevista puede revocar su consentimiento en cualquier momento que lo desee. Le invitamos y agradecemos su participación voluntaria. La misma que se realizará en la casa hogar “Olga Tamayo” a la hora estipulada por usted, cualquier falta de atención o falta de respeto por parte de la estudiante puede usted comunicarse al tel. 3229632 o al correo electrónico: earizmendi@uaem.mx con la Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime, Directora de Tesis

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,

_____ ,
he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado y explicado. He comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca del proceso que se me aplicará en la entrevista como práctica de la alumna de la

Maestría en Gestión del cuidado de la UAEM. Han sido aclaradas mis dudas y preguntas que he planteado al respecto. También he sido informada que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento de mi participación. También he sido informado de la confidencialidad de mis datos personales que serán protegidos y utilizados exclusivamente con fines de aprendizaje de la estudiante de la Maestría en Gestión del cuidado. Tomado todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en la entrevista y los resultados sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Cuernavaca, Morelos a _____ de _____ del 20__.

Firma del participante

Familiar

Testigo

**DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME
DIRECTORA DE TESIS**

**L.E. LINDA ERIKA ZAGAL CUEVAS
ESTUDIANTE REALIZADORA DE INVESTIGACIÓN**



Cuernavaca Mor, a 18 de Enero del 2021.

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **NIVEL DE DEPRESION RELACIONADO A LA CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR** Trabajo que presenta la **C. LINDA ERIKA ZAGAL CUEVAS**, quien cursó el Posgrado: **MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ			
MTRA. CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA			
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
MTRA. PATRICIA ANZURES QUINTANA			
MTRA. YULI KENDY ROMAN ARTEAGA			



Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME | Fecha:2021-01-19 11:36:05 | Firmante

tNgWMO/jLK9wUqf1tiyE7T6/qwzCwz45E5DgU2veZJX4V66PHkfKU5NxrGSIHfHSXSYtMd+EqYOXousoDd8ozvl3ZNUfBC7j0mApoezfy8JDtN2g/ynIJoJkS7MLDQCBYZIORGwf3E S4jhenJRrRrsqz/tHw7L8At4AbK9cN0HRRectEmz73Uovc5yjS0loXCAP8qyo8n0wHn6y6gywGcJpGdWeVpZz1YUEwUVod0Whcapi6KB/m90UOo/txAaRzCJqNos4U56wLeR66yaWjPtn5ttGShRQ5IKtEfbBpQqMgj5azQMDTRSQ/OHAqPN/fB8XzCoVShBW9x5DBtRiEQxBQ==

PATRICIA ANZURES QUINTANA | Fecha:2021-01-20 00:27:15 | Firmante

OX2b5TxyoJiyXnTTJZnW X0AJy8OIPw09mZBjE9uEZdxlGUAj2+9T wlpzmZ97pLzy3MVCzXOUJB/WZm4mXznKU2yrjZ7zU2tB+/UJdwqo+6FKOtIW ADIEViGTISzOjafMlp3UK+/ a5bxNGVY17j6jdrEzrcR2CKdhPgFtOybsM+/vN3iUyd8JQIN2dx9Nh3sr28TyaRJJykfoZ9E6+57tbS644tYnfZljjBGDLtZGag0IPqDxqwlAnOgfVAMhyBwtgRYLj0uyqTgBS6G6dXtIECBmhKSNqOzX35lVjslcTyY1meunVt+ADEm v/8055D9tUV8u95JGOkzwT vzHA==

CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA | Fecha:2021-01-20 08:49:29 | Firmante

w5x9Ss6Qk8DocmkZ4JRnhKju9zDdCMk1/5fNjyLaVld+S8PwFx2jEERK/3ky54SjT8Wze9xcofboHSQRcX6XNAIkzXNtmDDftXORNdqzCF+xYfGSYk/LEEhme5c0AF8BX8jaGlyX xIQnHli/lgBBpNY64zoERel8GgrAtYjx2/1OtkQOXjruDfqwLhsid7sV9pHo34vx8zVHcd5shlg50FPpTU2oLfeSwXHyZODhsKuCx4M/zkRC T5jnmQLEGLT6+ThrY075mVv2gpZdD0WdW6Zd+NgVtehhDBWpODIr1dk9y2O8fcaCJmz/kT5Y14QQWO+W2T1OxMpKINcA==

YULY KENDY ROMAN ARTEAGA | Fecha:2021-01-22 09:03:16 | Firmante

pdTChZfSNphm0XY27skQyN7ZYavZTQuefFRK0S4Ale8OmnmbBzS2WRQaN/4Uc6jBWpJruhnzCwwmqR0xpHM/KmAa7CFxlH00Uk+6VC5/dgBcMMLcY1/bfGvMtFQXjs2sCR cgqfGeJN7CZChQi+gbgGWKt454MJPYCIDMWp/XXyLHIVMe6cM234zfP3NPreDlpxgubnRW9xEUIKMnNGR/J7ctvLxEan/6fFEHvnhZHVgk ary10TDFN+iTKYtPzpwjALtLxN3sVBleoVVeAQXTNBX1HsI8M+02QRSGXhAG3d38pRnEjnw7yy2gJX8bGT8vixGoqCLl6QsHe8w7/g==

CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ | Fecha:2021-01-25 09:17:28 | Firmante

VJOYa1QDitINAdeKIRN+2sVNFQqGwbxE1tlauhLFz7mWCb7WEUFYyBNfW8PClrVd/LOLhZSqsZ2xq102jT8nQG59X2NvTFMY97c+Wl jN1nLMRikLyes3X2HlStl0Z0dosw7xra WMHkZfa6Fy88cByfsjtsPa9QrIXAQ2qYM8pnabxq8ObD5Q4auhOch38QpTjb6mP0Wlh32ekMI03EWfUndaVKL+eOAMB91+ZwwumvFla CyTb6b7IWCKqE0Y3euqeVwwwA7LPd gu6jdTotLdD5iRQTYJyqhA3SLs+XKDs3KvrQ7oXd3hVYQkiGvnmjEQGaxaOjB835wJeWd8Ocxg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



yEnhfo

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/9qclqLlFR03FSz6bZLsQqr2TvOsR0Ud>

