

UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

CAMPUS TUXTEPEC

Prevalencia de depresión en adultos mayores de Cerro Armadillo Grande, Oaxaca.

## **Tesis**

Para obtener el título de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Presenta:

Beatriz Pérez Quintero

Director de tesis:

M. Psi. Frank Pulido Criollo

Revisores:

M.S.P Lina María Reyes Pérez

Med. Concepción Cristina De la Cruz Palma

San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca, 2018



# UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/224/2018
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 04 de julio de 2018.

**L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES**  
**P R E S E N T E.**

Con base en el dictamen de la comisión de revisor, se autoriza la **impresión** del trabajo de tesis de la pasante **Beatriz Pérez Quintero** titulado **“Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores en Cerro Armadillo Grande, Oaxaca”**. Para ser presentado como trabajo de tesis para obtener el título de **Licenciatura en Enfermería**, toda vez que cumpla satisfactoriamente con la reglamentación establecida para tal fin.

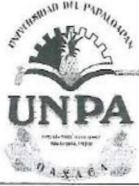
Sin más por el momento le envió un cordial saludo.

**Atentamente**  
*terra uberrima, mens aperta*  
*BZu Loma, Chijjú*

**L.E. Argelia Mora Martínez**  
**Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería**  
**Universidad del Papaloapan**



C.c.p. Archivo.



# UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/222/2018
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 04 de julio de 2018.

**M.C. HÉCTOR LÓPEZ ARJONA**  
**VICE-RECTOR ACADÉMICO**  
**CAMPUS TUXTEPEC**  
**P R E S E N T E:**

**AT'N: L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES.**

Sirva la presente para informarle que la jefatura de carrera de la Licenciatura en Enfermería a mi cargo, ha tenido a bien designar como sinodales para evaluar el examen profesional del pasante **Beatriz Pérez Quintero** con número de matrícula **10120016**, para obtener el título de **Licenciado en Enfermería** con la tesis denominada: **"Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores en Cerro Armadillo Grande, Oaxaca.** Bajo la dirección de:

**TITULARES:**

<u>MSP. Lina María Reyes Pérez</u>	Presidente
<u>MED.CIR. Concepción Cristina de la Cruz Palma</u>	Secretario
<u>MPSI. Frank Pulido Criollo</u>	Vocal

**SUPLENTE:**

<u>ME. Silvia Franco Bárcenas</u>	Suplente
<u>MED.CIR. Jolbert Jair Matus Manuel</u>	Suplente

Sin más por el momento le envié un cordial saludo.

*Atentamente  
terra uberrima, mens aperta  
BZu...tama, chijjü*

**L.E. Argelia Mora Martínez**  
**Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería**  
**Universidad del Papaloapan**



C.c.p. Archivo

**CAMPUS TUXTEPEC**  
C. Circuito Central No. 200, Col. Parque Industrial.  
C.P. 38301, Tuxtepec, Oax. Tel. 01(287)8759240

[www.unpa.edu.mx](http://www.unpa.edu.mx)

**CAMPUS LOMA BONITA**  
Av. Ferrocarril S/N, Cd. Universitaria. C.P.68400,  
Loma Bonita, Oax. Tel. 01 (281) 872 9230

## **Agradecimientos**

Este trabajo de tesis no hubiera sido posible sin la ayuda de algunas personas, quienes en orden de importancia las menciono a continuación, primeramente agradezco a Dios, ya que él me ha ayudado a conseguir objetivos que me he planteado en mi vida, en segundo lugar agradezco a mi familia, ya que ellos han confiado en mí y por brindarme siempre su apoyo incondicional.

A mi hermana y mejor amiga L.A.E **María de Jesús Pérez Quintero**, a ella le retribuyo que haya confiado en mí, también por apoyarme en este proyecto, recordándome lo orgullosa que ella está de mí, además por comprender y apoyarme incondicionalmente, aunque ella no supiera cómo elaborar una tesis, aun así lo hizo, en suma porque sin ella esta meta no se hubiera culminado.

A mi mamá **Cristina Quintero Joaquín** que con sus consejos sabios supo enamorarme de la profesión de la enfermería, ella siempre me decía que “tenía que estudiar una carrera universitaria, no importara cuál fuera”, que se encargaría de ver la forma de que yo siempre continuara, también ella me repetía “no te preocupes por el dinero, este siempre hace falta en casa”, gracias madre por darme la oportunidad de que cada mañana pueda empezar de nuevo.

A mi abuelito **Prisciliano Pérez Gregorio** que en paz descanse, él fue mi motivación para escoger este tema.

Al director de esta tesis M. Psi. **Frank Pulido Criollo**, gracias por corregir cada error de este trabajo, hoy le digo que no sé cómo pagarle su paciencia y principalmente que haya confiado en mí, sin este apoyo, yo no la hubiera podido finalizar.

Resumen.....	9
Introducción.....	10
Capítulo I. Antecedentes.....	13
1.1.- Depresión del adulto mayor.....	15
1.2.-Índice de Esfuerzo del Cuidador en el cuidado del adulto mayor.....	21
Capítulo II. Contexto.....	25
Capítulo III. Planteamiento del problema.....	31
3.1.-Justificación.....	35
3.2.-Objetivo.....	38
3.3.-Hipótesis.....	39
Capítulo IV. Marco teórico.....	40
4.1.- Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud.....	42
4.2.- Modelo de Sistemas Betty Neuman.....	45
Capítulo V. Metodología.....	49
Fase A. Validación de los instrumentos.....	51
Fase B. Estudio transversal.....	55
Capítulo VI. Resultados.....	58
Capítulo VII. Conclusión.....	73
Bibliografía.....	79
Anexos.....	86

## Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de síntomas depresivos en zonas rurales y urbanas por sexo y edad.....	18
Tabla 2. Esperanza de vida en personas de 60 años y más en México.....	27
Tabla 3. Peso factorial de los reactivos de la Escala de Depresión.....	52
Tabla 4. Peso factorial de los reactivos de la Escala Índice de Esfuerzo del Cuidador.....	54
Tabla 5. Variable e instrumentos para la recolección de la información.....	56
Tabla 6. Análisis comparativo entre los puntajes de depresión y las características sociodemográficas.....	67
Tabla 7. Relación entre los puntajes de depresión con los que reciben y no reciben apoyo económico.....	69
Tabla 8. Análisis comparativo entre ÍEC y las características sociodemográficas.....	70
Tabla 9. Correlación entre la salud física del cuidador con el ÍEC.....	70

## Índice de figuras.

Figura 1. Envejecimiento poblacional en México.....	11
Figura 2. Estados con mayor y menor envejecimiento en México.....	26
Figura 3. Incremento poblacional del envejecimiento a nivel nacional y estatal.....	29
Figura 4. Ubicación geográfica.....	30
Figura 5. El modelo de las catorce necesidades de Henderson.....	33
Figura 6. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud. ....	43
Figura 7. Factores de determinantes sociales de la salud del adulto mayor y el cuidador.....	44
Figura 8. Línea de flexibilidad de defensa entre el adulto mayor y el cuidador.....	46
Figura 9. Elementos estresantes del adulto mayor y el cuidador.....	48
Figura 10. Diagrama del Diseño de Investigación.....	50
Figura 11. Gráfico sedimentación de la Escala de Depresión.....	52
Figura 12. Gráfico sedimentación de la Escala de Índice de Esfuerzo del Cuidador.....	54
Figura 13. Número de adultos mayores sin depresión, depresión leve y depresión grave.....	61
Figura 14. Número de cuidadores que les representa un esfuerzo cuidar a un adulto mayor.....	63
Figura 15. Número de adultos mayores sin depresión, depresión leve y depresión grave por sexo.....	64
Figura 16. Puntajes de depresión de los adultos mayores por edad.....	65
Figura 17. Relación entre el ÍEC y el número de servicios en la vivienda.....	68

Figura 18. Puntajes de la dimensión “continuos” de la Escala de ÍEC y los cuidadores que tienen o no un trabajo.....	71
Figura 19. Puntajes de la dimensión “presente” de la Escala de ÍEC y los que reciben un ingreso económico.....	72
Figura 20. Características sociodemográficas que influyen en los puntajes de depresión y el ÍEC.....	76

## Resumen

*Introducción:* La depresión es un trastorno mental con síntomas de predominio afectivo, esta enfermedad afecta a cualquier grupo de edad y condición socioeconómica. Estudios han demostrado que los adultos mayores entre los 60 y 69 años de edad tienen mayor probabilidad desarrollar depresión. *Objetivo:* Conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores y el Índice de Esfuerzo del Cuidador en la comunidad rural de Cerro Armadillo Grande, Oaxaca. *Método:* Estudio transversal que consiste en aplicar la Escala de Depresión (Yesavage, 1982), la Escala del Índice de Esfuerzo del Cuidador (Zarith, 2005) y un cuestionario sociodemográfico a 150 adultos mayores y 42 cuidadores. *Resultados:* El 22.6 % de los adultos mayores tienen depresión grave, el 48 % depresión leve y el 29.3 % no presentan algún síntoma depresivo; en relación a los cuidadores, el 45.2 % tienen sobrecarga y el 54.7 % no tienen sobrecarga. Existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de depresión con la edad de los adultos mayores, también entre el Índice del esfuerzo del cuidador con el número de servicios de la vivienda y, una diferencia significativa entre los cuidadores que tienen un empleo y los que no lo tienen, de la misma forma con los que perciben algún ingreso económico. *Conclusión:* Las características individuales y de la vivienda incrementan los síntomas depresivos en el adulto mayor y en el caso del cuidador la sobrecarga. No hay evidencia suficiente para decir que existe una relación entre el índice del esfuerzo del cuidador con los puntajes de depresión.

---

Palabras claves: Adulto Mayor, Cuidador, Depresión, Determinantes de la salud, Estrés.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015; 2017) ha señalado que el envejecimiento es un proceso biológico de todo ser vivo, caracterizado por una serie de cambios cualitativos y cuantitativos; ejemplos de estos cambios cuantitativos son principalmente los fisiológicos (alteraciones hormonales, disminución de la estatura y masa corporal, degeneración del disco intervertebral, aumento de tejido adiposo, aparición de arrugas en la piel), los biológicos (ocurre a nivel celular como alteraciones en los tejidos, deterioro de los órganos vitales y los sentidos como: la pérdida o déficit de la vista, audición órganos, desgaste y fragilidad de los huesos por la pérdida de cartílagos en las articulaciones) estos se pueden medir a través de los estudios de laboratorio y por último están los cambios cualitativo, como son los psicológicos (pérdida de memoria, atención, inteligencia, creatividad y privación sensorial).

Entonces el envejecimiento se caracteriza por un proceso continuo, universal, intrínseco e irreversible ocurre de manera universal, heterogénea, factor irreversible y deletéreo para todos los seres vivos (Alvarado y Salazar, 2014; Alves, Castro y Trelles, 2013).

A nivel mundial el número de adultos mayores (AM) han ido incrementándose en las últimas décadas. La OMS (2017) había reportado que en el año de 2000 los adultos mayores (AM) han sido el 11% de la población mundial, cifra que pasó a ser el 12% en el 2015 y se ha estimado que para el 2050 superará el 22% debido al incremento de la esperanza de vida y disminución de la natalidad en mundo.

Se ha observado que la población mexicana aún no es muy vieja. El Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2014) ha señalado que 9.7% (10.1 millones de personas) de la población total del país son AM; este número se podría incrementar a

18.08 millones para el 2020 y para el 2050 a 35.96 millones de adultos mayores, es decir 1 de cada 4 ciudadanos van a ser considerados personas de la tercera edad, México será considerado como un país longevo.

En Oaxaca, por su parte, ha ocupado el noveno lugar a nivel nacional por el número personas de la tercera edad (INEGI 2014, 2015). Se ha reportado en este Estado 406,169 adultos mayores con una tasa de envejecimiento del 3.3% (INEGI, 2014), ver la figura 1. Tal vez esto se debe a que la tasa de natalidad disminuyo, y la tasa de 7.1% en mortalidad incremento (INEGI 2015).

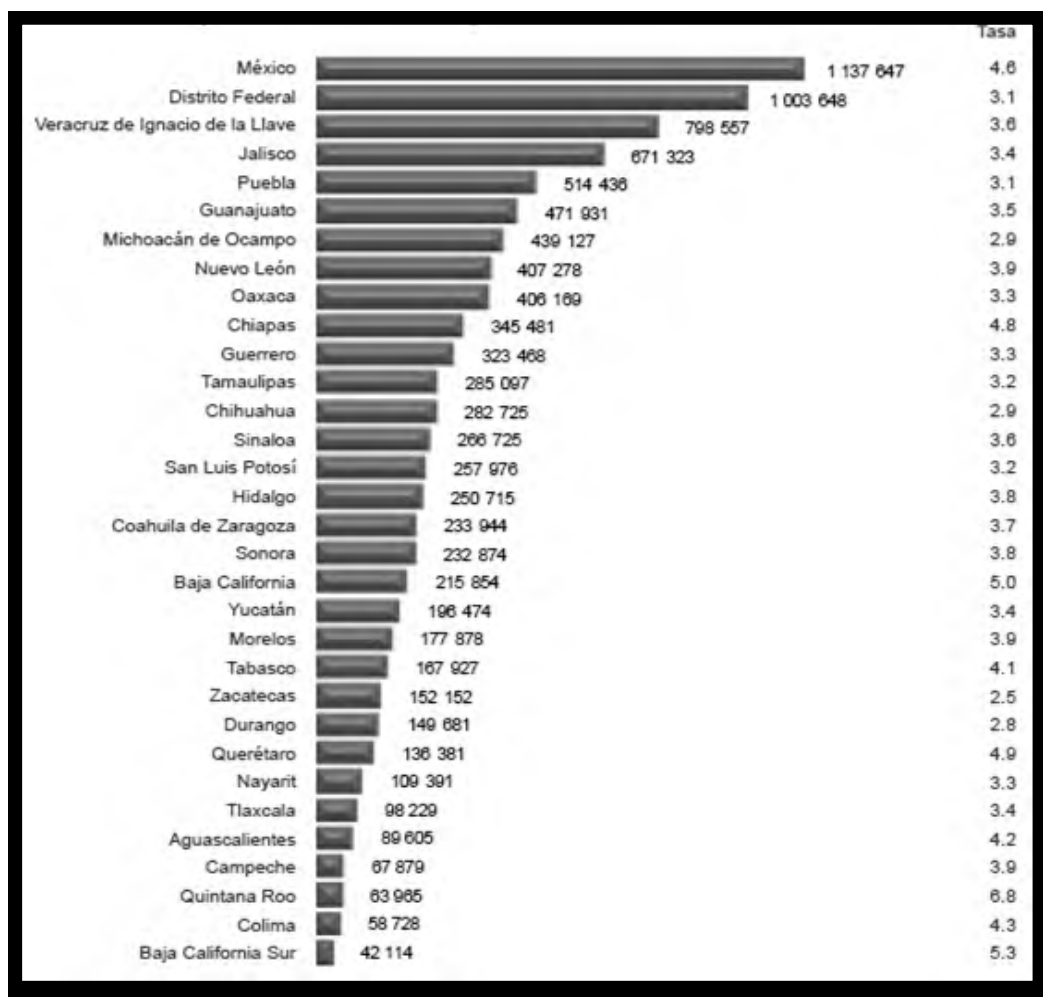


Figura 1. Envejecimiento poblacional en México, INEGI (2014).

En el 2015 el número de personas longevas en el mundo había aumentado hasta un 12% (OMS, 2017). Para el 2050 en México 1 de cada 4 habitantes pertenecerá a la tercera edad, el índice del envejecimiento en el 2015 en Oaxaca ha sido del 40.4%, se ha estimado que este índice se incrementará un 10.8% para el año 2030. En otras palabras será uno de los estado con mayor número de adultos mayores (INEGI, 2015, CONAPO, 2014). Envejecer es un proceso natural del organismo vivo, lo que es necesario capacitar a la población en general e incentivar investigaciones geriátricas en procesos de cuidados a adultos mayores.

# Capítulo I

## Antecedentes

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1995) ha señalado que la depresión es un trastorno del estado de ánimo, este trastorno para que llegue a ser “una depresión diagnosticada debe tener al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañado por al menos cinco de los siguientes síntomas:

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse” (DSM-IV, 1995, p.333).

La depresión es un trastorno mental que puede ocasionar la muerte si no se detecta o se trata a tiempo a causa de que las personas con depresión tienen pensamientos e intentos suicidas. El diagnóstico de la depresión debe ser hecha por un especialista en el área de la salud. Ahora bien, estos síntomas depresivos difieren en adolescentes e infantes, en quienes no presentan un estado de tristeza la mayor parte del día sino irritabilidad y agresividad (Sánchez, 2008).

#### 1.1.-Depresión en el adulto mayor

La depresión es un trastorno mental con síntomas de predominio afectivo que afecta a cualquier grupo de edad y condición socioeconómica, los AM no son la excepción. La OMS (2017) había encontrado que a nivel mundial el número de personas con depresión ha sido de 322 millones de personas, además que difiere este número de personas con depresión por región. En la región de Asia Sudoriental ha ocupado el primer lugar (27% de personas con depresión), en segundo lugar se ha encontrado en la región Pacífico Occidental (21%), la región Mediterráneo Oriental ha ocupado el tercer lugar (16%), en cuarto lugar la región de las Américas (15%), el quinto lugar la región de Europa (12%) y en sexto lugar se encuentra la región de África con (9%). Sin embargo no todas las personas diagnosticadas con depresión tendrán la oportunidad de contar con un tratamiento farmacológico, mucho menos terapéutico.

Existen factores de riesgo para el desarrollo de los síntomas depresivos. Estos factores son de tipo psicológico, biológico, social; el social son los elementos que afecta en conjunto al ser humano, es decir las características sociodemográficas del sujeto y

del entorno (sexo, edad, grado de parentesco entre el cuidador y el paciente, tiempo y las horas dedicadas al cuidado de un paciente, el nivel educativo, los ingresos, el número de servicios que tenga la vivienda, no tener una vivienda propia, tener privacidad de dormitorio, estar sin pareja, religión, tener una pobre percepción de apoyo social) que inciden en el desarrollo de la depresión.

El sexo es un ejemplo de factor de riesgo social y biológico en el envejecimiento de la mujer. Biológico porque las mujeres experimentan cambios hormonales durante su vida (e.g. menstruación, menopausia) y social debido a las dinámicas culturales, las mujeres asumen trabajos domésticos desde la infancia. Se ha encontrado que los síntomas depresivos son más frecuentes en el sexo femenino (el 53.5%) en comparación al sexo masculino (46.5%) (Torres y Flores, 2018). En investigaciones se ha demostrado que las adultas mayores sufren más cambios emocionales que los varones, tal vez se deba a la baja producción de hormonas (estrógenos y progesterona) durante esa etapa de la vida. (Rueda, 2017; Contreras, Rodríguez, Gutiérrez, Bernal y Saavedra, 2003; Torres y Flores, 2018).

La edad también es otro factor de riesgo en el envejecimiento del adulto longevo, entre más edad tengan las personas de la tercera edad, mayor es la probabilidad de padecer depresión. En un estudio se ha demostrado que las personas longevas con trastornos del estado de ánimo habían sido entre los 60 y 69 años de edad (Sánchez, Fernández, Villasán y Carrasco, 2017). Por lo contrario en otro estudio se ha hallado que hay más pacientes geriátricos con depresión a partir de 77 años de edad (Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga, 2012). Tal vez este riesgo de depresión en AM se deba a los cambios físicos (disminución hormonal: estradiol, estrógeno, aldosterona, prolactina y testosteronas, aumento de tejido adiposo, aparición de arrugas en la piel, desgaste y fragilidad de los huesos por la pérdida de cartílagos en

las articulaciones) que experimenta las personas al llegar a la vejez (Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen, 2012; Rodríguez, Sotolongo, Luberta y calvo, 2013; De Chávez et al., 2014; Kronfly, Rivilla, Ortega, Villanueva, Beltrán, Comellas, Almeda, Casals, Rico, Martínez, Carrasco, Bonfill, Calderón, Fernández y Barranco, 2014; Montesó y Aguilar, 2014).

En otra investigación, se ha señalado que los puntajes de depresión han disminuido, a partir de la edad de los 65 años por parte de las mujeres, pero se ha incrementado en los hombres esto debido a la baja producción de hormonas testosterona (Montesó y Aguilar, 2014).

La depresión no sólo ha afectado a los adultos mayores sino también cada vez más a las personas en edades tempranas. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental se ha observado que la tasa anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0–5.6), además se ha indagado que entre más joven empiecen las personas a padecer síntomas depresivos sin un tratamiento terapéutico, mayor será los efectos en la salud cuando llegue a la vejez (como se citó en Wagner, González, Sánchez, García y Gallo, 2012).

El factor psicológico puede darse por la falta de apoyo emocional y a las no visitas domiciliarias ha alterado el estado de ánimo de un AM. Se ha señalado que la ausencia de amistades y familiares podría producir cuadros depresivos en el adulto mayor (Jiménez, Márquez, Monsreal, Góngora, Sandoval y Boquer, 2016).

El ambiente también se ha asociado a los síntomas depresivos. En un estudio se había comprobado que el 23.6% de los individuos con este desorden vivían en zonas

rurales, a comparación del 14.7% de los adultos mayores en zonas urbanas (Urbina et al., 2007; Torres y Flores, 2018). Esto quiere decir que existen un mayor número de personas con depresión en zonas rurales que en zonas urbanas, tal como se muestra siguiente tabla 1.

En la actualidad hay muy pocas investigaciones de personas con depresión en zonas rurales, probablemente esto se ha debido a las condiciones sociodemográficas de ellos: vivir zonas marginadas, lugares inaccesibles, hablar una lengua indígena o ser analfabetas.

Variable		Numero de sujeto	Sujetos con síntomas depresivos	Prevalencia de síntomas depresivos (%)
Sexo	Hombre	202	39	19.3
	Mujer	215	43	20
Ámbito	Urbano	184	27	14.7
	Rural	233	<b>55</b>	<b>23.6</b>
Edad (años)	65-69	89	10	11.2
	70-74	102	17	16.7
	75-79	97	22	22.7
	80-84	76	16	21
	85-89	33	11	33.3
	>90	20	6	30.3

*Tabla 1.* Prevalencia de síntomas depresivos en zonas rurales y urbanas por sexo y edad. (Urbina et al., 2007).

En relación al estado civil de los adultos mayores con depresión, no se ha encontrado una diferencia entre tener o no una pareja. En una muestra de 138 adultos mayores con parejas, el 36.9% había presentado depresión grave ( $p = 0.003$ ), esto quiere

decir que el estado de ánimo ha afectado por igual aun teniendo una pareja o no (Jiménez et al., 2016).

El hecho de no tener un nivel educativo o contar con estudio incompletos puede generar cambios en el estado de ánimo. En una investigación se ha encontrado que el 62.3% de los adultos mayores con depresión tenía una educación incompleta, (Flores, Ramírez y Trejo, 2016). Posiblemente esto se ha debido a que los AM sin educación se había percibido sin bienestar o insatisfacción a lo largo de su la vida.

El no tener un empleo aumenta la prevalencia de una depresión. Jiménez et al. (2016) han encontrado que los factores sociales como el bajo nivel de productividad laboral o no contar con un empleo remunerado incrementan la posibilidad de tener depresión en el sexo femenino. Las adultas mayores son “amas de casa”, por tanto le dedican un mayor tiempo a las labores del hogar, una actividad no remunerada, rutinaria y poco valorada en la sociedad, probablemente estos elementos incide en la prevalencia de depresión (Torres y Flores, 2018 y Rueda, 2017). Además en este sentido, el acceso equitativo de ambos sexos a los servicios en la vivienda, no contar con una vivienda propia, no tener una privacidad en el dormitorio, tener bajos ingresos ha fomentado la desigualdad de género, por lo que probablemente las mujeres reporten mayores síntomas depresivos que los hombres, aunado a esto los nulos programas exclusivamente las mujeres.

Aparte de lo anterior descrito, las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteopatías degenerativas, cáncer, etc.) están relacionadas con la depresión. Los adultos mayores con una enfermedad crónica degenerativa han presentado una disminución del estado emocional y calidad de vida o incremento de pensamientos de suicidio (Kronfly et al., 2014; Sotelo et al., 2012; Mühlenbrock,

Gómez, González, Rojas, Vargas & Muhlenbrock, 2011; Urbina et al., 2007). Entonces tener enfermedades crónicas degenerativas podría estar afectando la salud mental del adulto mayor.

Las enfermedades más recurrentes en personas con depresión han sido la hipertensión arterial con el 53.6%, seguido por la diabetes mellitus con 17.5% y las enfermedades de cardiopatías con el 10% como infarto miocardio, angina de pecho e insuficiencia cardiaca (Kronfly et al., 2014; Sotelo et al., 2012; Sánchez et al., 2017; Mühlenbrock et al., 2011; Urbina et al., 2007), estar enfermo puede repercutir la salud mental, disminuyendo el estado emocional. En un estudio se ha mostrado que la depresión ha afectado a las personas con diagnósticos de cáncer, ya que ellos se exponen a las reacciones de los medicamentos, quimioterapias, radioterapias y cirugías, afectando su calidad de vida (Kronfly et al., 2014).

La depresión se ha considerado como problema grave que ha afectado la salud física, los estudios descritos anteriormente han demostrado que los adultos mayores son más vulnerables a comparación de otros grupos de edades, sexo, de ahí que ponen en riesgo su calidad de vida y bienestar emocional. En consecuencia los AM necesitan de una persona cuidadora para mejorar su estilo de vida, su estado de ánimo, calidad de vida y bienestar. Las personas longevas le es difícil autocuidarse en esta última etapa de su vida. Es importante aludir que el envejecimiento es algo que no se puede evitar, sin embargo se puede mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores.

## 1.2.- Índice de Esfuerzo del Cuidador (ÍEC).

El Índice de Esfuerzo del Cuidador (ÍEC) es el estado psicológico que ha resultado de la combinación del trabajo físico, la presión emocional, las restricciones sociales y económicas por la atención y cuidados a personas con dependencia, en este caso a los adultos mayores (Flores, Rivas y Seguel, 2012). Las restricciones sociales han referido la falta de tiempo hacía sí mismo y el deterioro de las relaciones sociales u apoyo social que presenta el cuidador.

Los síntomas del ÍEC se han caracterizado por reacciones emocionales como la ira, la culpa, la frustración, el exceso de trabajo, el agotamiento, la ansiedad, el miedo, el dolor, la tristeza, la pérdida de autoestima, la soledad, el aislamiento social, el olvido de sí mismo, el deterioro de las actividades básicas del hogar (alimentación, higiene individual, higiene en el hogar) y el daño o la desatención al aspecto físico (Flores et al., 2012).

La palabra cuidador se ha definido como una persona que ha realizado un proceso de atención, este individuo puede ser de tipo permanente o esporádica según el ámbito del hogar del AM. La finalidad del cuidador es tratar de mejorar la supervivencia del adulto mayor, incrementado su calidad de vida y bienestar emocional (Cerquera, Granados, & Buitrago, 2012). Existen dos tipos de cuidadores: el informal (familiares, hijos, hermanos, sobrinos, nietos, cuñados, concuñas, etc.) y el formal (profesional de salud, enfermeras, médicos, psicólogos, terapeutas, etc.).

El cuidador informal en ocasiones suele ser un familiar de primer grado (hijos, hermanos, padres o cónyuges). También el cuidador es la persona disponible y

encargada de brindar un cuidado al AM. Así mismo se ha encontrado que un cuidador informal debe tener ciertas características por ejemplo, no necesita disponer de una formación educativa (enfermera auxiliar, técnica o licenciatura), debe tener accesibilidad de desempeño en las tareas del cuidado del adulto mayor, no reciben de una remuneración económica por la labor que realiza, no tiene horarios preestablecidos para brindar un cuidado, asume el cuidador informal la total responsabilidad en el proceso de cuidado, tiene un alto grado de afecto para estar brindando bienestar y mejoramiento al AM (Ferre, Rodero, Cid, Vives y Aparicio, 2011; Cerquera et al., 2012). Ser un cuidador no es nada fácil, se ha demostrado que cuidar a un AM involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo de ÍEC (De Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez, 2015).

A todo esto, las características sociodemográficas individuales (sexo, edad, grado de parentesco, trabajo, nivel educativo) han estado relacionadas con el incremento del ÍEC, los cambios en los estilos de vida y el deterioro de la salud mental del cuidador (Rodríguez, Rodríguez, Duarte, Díaz, Barbosa, Clavería y Zarit, 2016; Zenteno, Cid y Saez, 2017).

Se ha observado que el cuidador sufre de ÍEC, tal vez se ha debido por que pasa a ser el principal responsable de la salud del paciente. En un estudio se ha demostrado que 192 cuidadores, el 52.1% había presentado un ÍEC y el 47.9 % no había presentado un esfuerzo de cuidar a un paciente geriátrico (Espín, 2012).

La mayoría de las personas cuidadoras han sido mujeres, tal vez esto se ha debido a la asociación del cuidado con la maternidad, en algunas investigaciones se ha comprobado que el 82.7% de las cuidadoras habían sido femeninas y el 17.3% varones (Moreno, Palomino, Moral, Frías y Pino, 2016; Rodríguez y Landeros, 2014; Estrada, Gil, Gil y Viñas, 2016). En algunas comunidades mexicanas se ha creído que ser mujer e hijas menores tienen la obligación de cuidar a sus padres por el resto de sus vidas, tal es el caso de Moreno et al. (2016) quienes habían encontrado que el 85.3% de las cuidadores eran hijas, seguido por el 4.8% hijos, el 7.3% esposas y el 2.4% los esposos. De ahí resulta que las mujeres han sido vistas como cuidadoras informales, quienes deben brindar y preservar la salud.

Inclusive, un cuidador puede ser un menor de edad o un adulto mayor. En algunos estudios se han demostrado que el 50% de los cuidadores había tenido 16 años de edad (Vélez, Berbesí, Cardona, Segura y Ordoñez, 2011; Rodríguez y Landeros, 2014; Moreno et al., 2016; Estrada et al., 2016).

También se ha visto que un cuidador puede ser un adulto mayor que cuide a otro adulto longevo. Se ha encontrado que el 57.5% de los cuidadores de algunos AM han tenido 65 años de edad (Díaz, Lemus, Gonzales, Licort, & Gort, 2015). Esto es porque el cuidador resulta ser la pareja del AM, también se debe a que el adulto longevo no tiene otra persona que pueda cuidarlo.

Las horas diarias de cuidado de un geriátrico también puede ser un factor que incrementa el ÍEC. En un estudio se ha demostrado que atender a adultos mayores las 24 horas del día ha generado desgaste grave psicológico, biológico, social en el cuidador ( $p = 0.001$ ). Esto se ha debido a que los cuidadores han brindado un cuidado

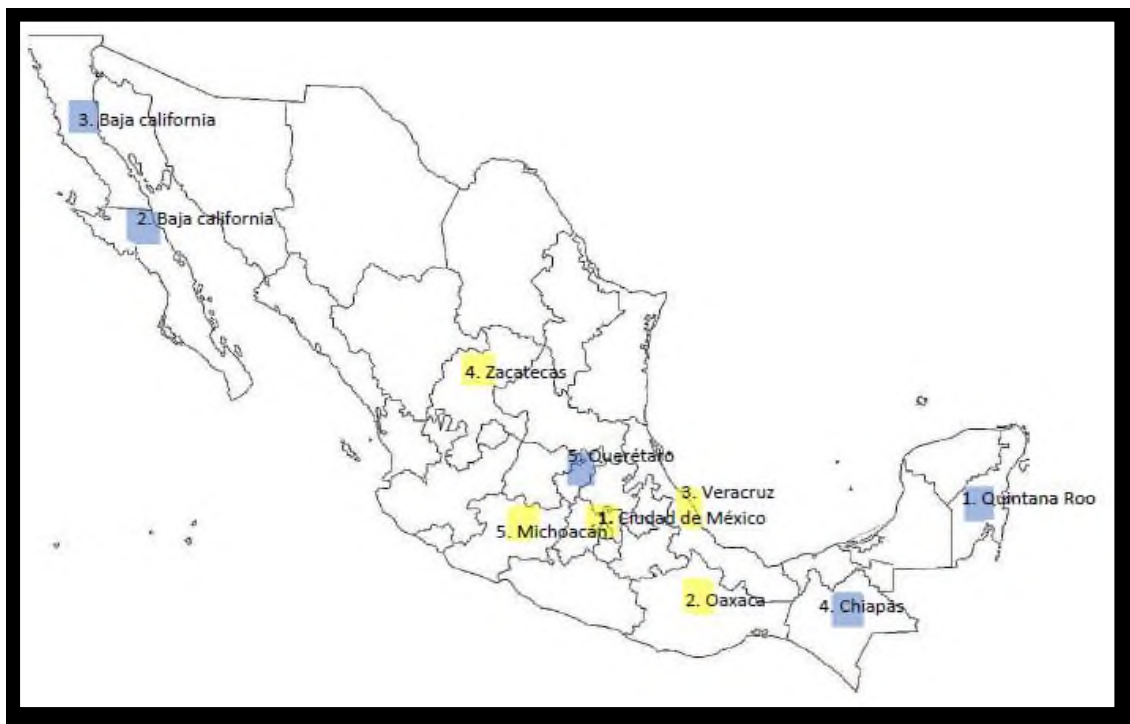
de tiempo indefinido, por lo que no puede interrumpir o realizar actividades recreativas para disminuir el ÍEC (Díaz et al., 2015).

Ahora bien, un cuidador formal (profesional) son profesionistas de la salud con objetivo de brindar ayuda al paciente. Los cuidadores formales debe de tener ciertas características ejemplos no ser familiar, estar capacitado para brindar un cuidado geriátrico de calidad, con limitación de horarios, recibir una remuneración, haber estudiado en una institución académica y estar capacitado en caso de primeros auxilios (De Valle et al., 2015). La semejanza que existe entre el cuidador informal y formal es que los dos brindan una duración y continuidad de los cuidados, para el mejoramiento del AM, fortaleciendo la calidad de vida, esperanza de vida y bienestar subjetivo.

# Capítulo II

## Contexto

El INEGI (2014) ha reportado que existe aproximadamente 10.1 millones de adultos mayores, es decir el 9.7% del total de la población mexicana han sido representada por las personas de la tercera edad o uno de cada diez ciudadanos ha resultado ser un geriátrico. Así mismo habrá Estados con mayor y menor envejecimiento poblacional, los Estados mexicanos que habrá más envejecimiento poblacional para el año 2020: la Ciudad de México, seguido por Oaxaca, Veracruz, Zacatecas y Michoacán. Los Estados que habrá menos envejecimiento será: Quintana Roo, Baja California Sur, Baja californias, Chiapas y Querétaro (ver la figura 2), esto ha representado una profunda transformación sociodemográfica en el interior del país (de un país joven a un país longevo) y de desigualdades sociales en servicios y acceso a la salud, a la vivienda, a la educación y a las oportunidades laborales.



*Figura 2.* Estados con mayor y menor envejecimiento en México (INEGI, 2014). Los estados con mayor envejecimiento están marcado con color amarillo. Los estados con menor envejecimiento están marcado con color azul.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2014) ha encontrado un incremento de AM del 6.08% en el 2010, el 7.59% en el 2020 y el 10.6% para el 2030. Estos adultos longevos también han tenido una mayor esperanza de vida en México, en el 2010 una persona había vivido hasta los 74 años, en el 2020 a los 76 años y para el 2030 se estima que podrán llegar a vivir hasta 77 años de vida, ver la tabla 2.

EL CONAPO (2014) ha clasificado el estado de Oaxaca para el año 2030 en el quinto lugar en envejecimiento y el cuarto lugar en esperanza de vida, por lo que ha sido uno de los estados con mayor cambio de incremento poblacional en adultos mayores en México.

Entidad federativa	Esperanza de vida (años)			Población 65 años y más (%)		
	2010	2020	2030	2010	2020	2030
Nacional	74	76	77	6.08	7.59	10.06
Coahuila	75	76	78	5.69	7.43	10.00
Nuevo León	76	77	78	5.83	7.57	10.34
Oaxaca	75	74	<b>75</b>	7.61	8.48	<b>10.18</b>
Sinaloa	75	76	78	6.34	8.25	10.49
Sonora	76	76	77	5.76	7.48	10.08
Tamaulipas	75	77	78	6.00	7.62	10.37
Veracruz	74	75	76	7.22	8.91	11.45

*Tabla 2.* Esperanza de vida en personas de 60 años y más en México. (CONAPO, 2014).

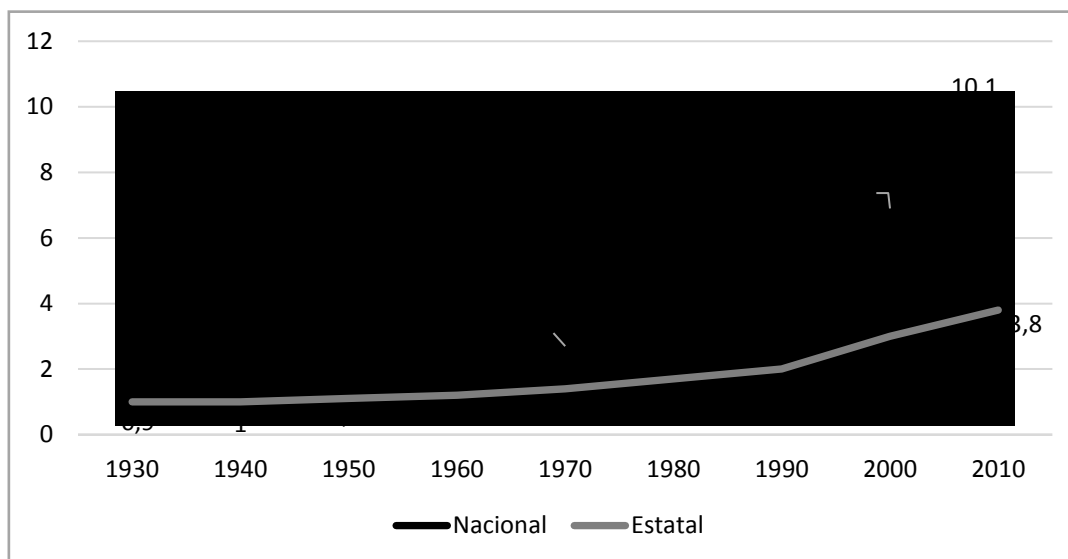
En el 2014, en el Estado de Oaxaca había 406,169 geriátricos (3.8 %), de los 3,801,962 habitantes, de estos adultos mayores 218,404 son mujeres y 187,765 hombres (INEGI, 2014).

El INEGI (2014) ha demostrado que a nivel nacional los Estados con mayor número de analfabetas en AM, lo ha ocupado Guerrero con 48.9%, seguido el estado de Chiapas con 49.4% y como tercer lugar Oaxaca con 47.5% en analfabetas.

La participación económica de los geriátricos (AM) ha sido precaria en México. El INEGI (2014) ha reportado que en Oaxaca el 66.6% de los adultos mayores no han podido incorporarse a una actividad laboral remunerada, debido a que muchos de ellos no han recibido alguna instrucción académica o la edad como un impedimento para la contratación laboral.

También, algunos AM no han tenido acceso a los servicios de salud. En Oaxaca existen aproximadamente 1,530 unidades médicas en servicio general de salud, sabiendo que existe una carencia en el servicio sanitario de especialistas y una falta de recursos de equipos médicos disponibles para la atención de las personas de la tercera edad, se ha convertido en un impedimento para la atención de los AM con posibles síntomas depresivos, porque repercute en la detección y atención oportuna en el desarrollo de un trastorno mental (INEGI, 2014).

Desde el año de 1930 se ha señalado como ha aumentado por décadas el número de adultos mayores en México. En el 2010 Oaxaca había ocupado el segundo lugar a nivel nacional con mayor envejecimiento poblacional, tal como se muestra en la figura 3 (INEGI, 2014).



*Figura 3.* Incremento poblacional de envejecimiento a nivel nacional y Estatal. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014).

La Secretaría de Desarrollo Social y el Consejo Nacional y Evaluación de la Política de Desarrollo Social (SEDESOL y CONEVAL, 2010) han identificado en Oaxaca que el municipio de San Juan Bautista Valle Nacional había 22,446 personas de la tercera edad, quienes han sido el 0.6% de la población total.

En la comunidad de Cerro Armadillo Grande se ha registrado a 150 personas de la tercera edad, quienes han sido el 11.8% de la población total. A todo esto, Cerro Armadillo Grande es una localidad que se ha encontrado aún con rezago social, es decir un lugar donde sus habitantes no cuentan con educación básica o se encuentra incompleta, ni acceso a los servicios de salud, por un lado, por el otro las viviendas no

disponen de agua entubada de la red pública, drenaje, energía eléctrica, el piso es de tierra (SEDESOL y CONEVAL, 2010) ver la siguiente figura 4.

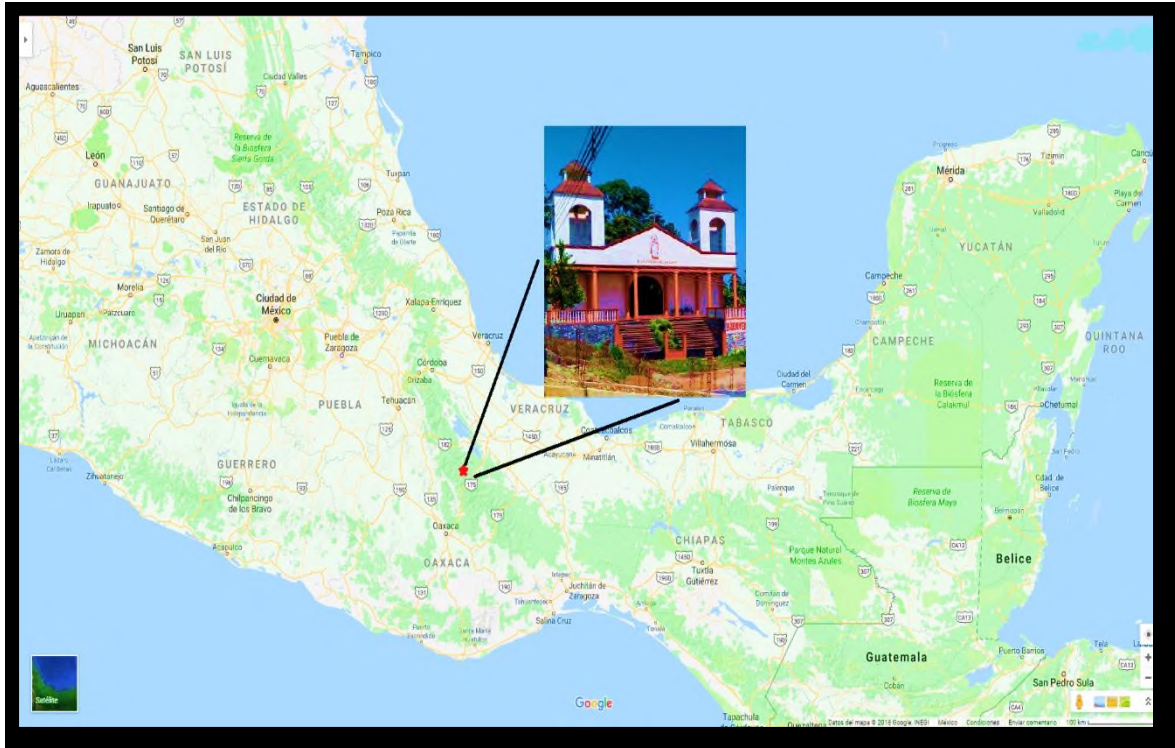


Figura 4. Ubicación geográfica (SEDESOL y CONEVAL, 2010).

# Capítulo III

## Planteamiento del problema

El envejecimiento es un proceso de cambio biológico, psicológico, social, natural e inevitable en el organismo humano. Por lo que es importante relacionarlo con la prevalencia del trastorno del estado de ánimo en el adulto mayor. La depresión, inicialmente fue designada erróneamente como melancolía, esta enfermedad es uno de los desórdenes más antiguos en el mundo; por lo que la depresión no es un problema del pasado, es un dilema contemporáneo.

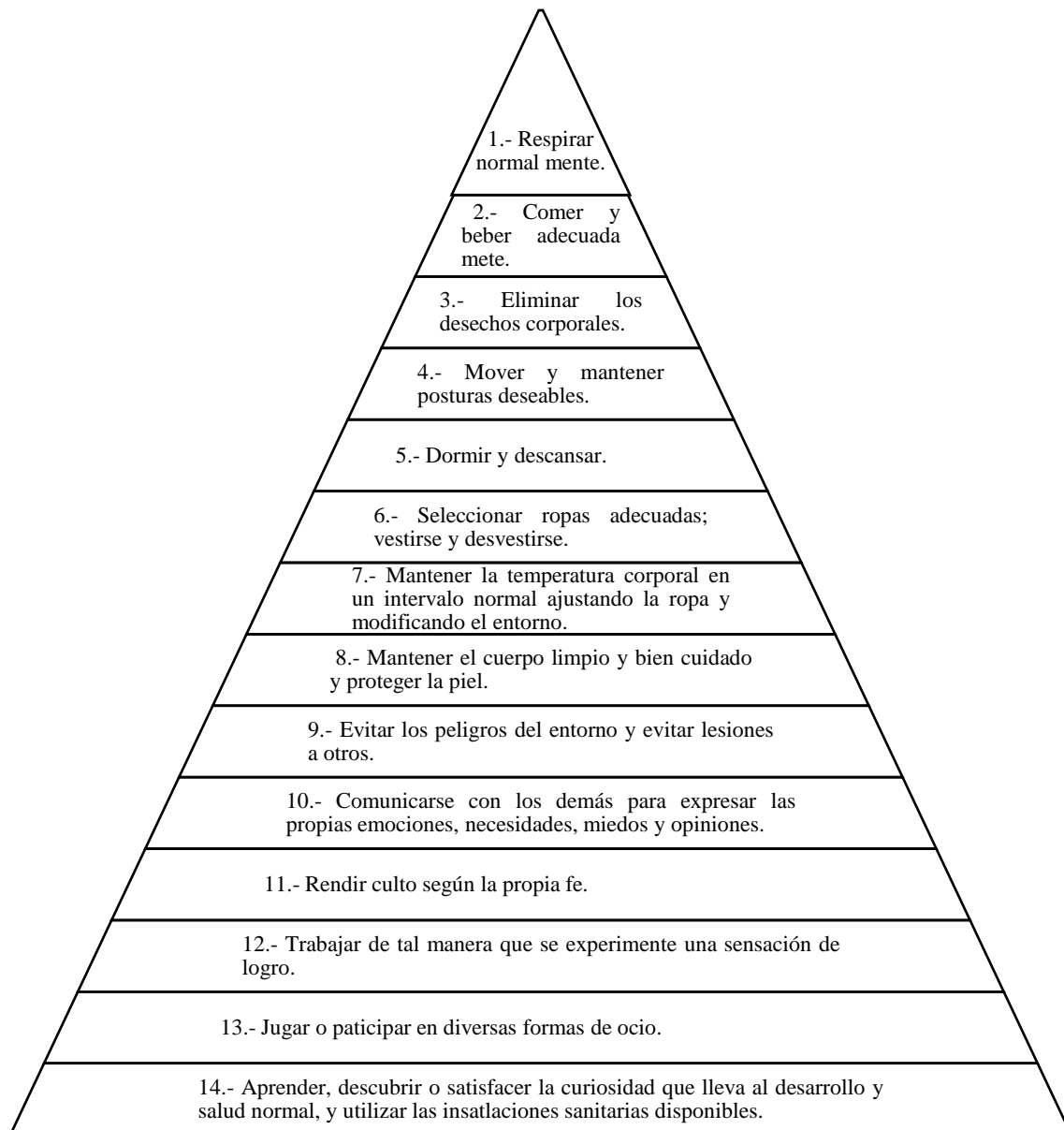
La OMS (2017) había señalado que Asia ha ocupado el primer lugar con más personas adultos mayores con depresión, en segundo lugar se ha encontrado el Pacífico Occidental, la región Mediterráneo Oriental como tercer lugar, en cuarto lugar lo ha ocupado América, en quinto lugar se ha encontrado la región Europea y la región Africana ha ocupado el sexto lugar.

La relación de enfermería en el estudio de la depresión en el adulto mayor debe ser en el cuidado, en el fortalecimiento del apoyo social, la orientación y el afecto. El rol de la Enfermería implica crear una relación de confianza que será clave para poder aplicar los cuidados y un fuerte apoyo emocional hacia el adulto mayor.

Así Henderson (p.44, 1966) ha definido a la enfermería en términos funcionales de cuidados “ofrecer ayuda al individuo, realizar actividades que contribuyen a la salud y conseguir la independencia lo más rápidamente posible en el paciente”. En esta idea la definición recalca que la enfermería se encarga de brindar atención al AM, logrando una pronta recuperación e independencia de este adulto. La relación que existe entre la enfermería con el cuidador informal, es que ambos se encargan de la vigilancia de la salud mental del AM, además de fomentar su calidad de vida y bienestar emocional.

Inclusive esta autora (1996) ha propuesto las catorce necesidades humanas básicas, las cuales son las bases en la atención de enfermería, ver figura 5. Por último Henderson (1966) ha señalado los tres niveles de relaciones que actúa como sigue: la

primera consiste en la sustituta del paciente, la segunda como colaboradora del paciente y la tercera compañera del paciente).



*Figura 5.* El modelo de las catorce necesidades de Henderson (1966).

Henderson (1966) ha descrito que el personal de enfermería debe sentir o vivir el duelo del paciente con la finalidad de comprender y conocer qué tipo de ayuda necesita este individuo.

Como resultados el personal de enfermería debe valorar, diagnosticar que necesidades están alteradas en el paciente para poder realizar la planeación, ejecución y la evaluación del adulto mayor.

La depresión en los geriátricos se ha visto como un problema grave de salud pública a causa de que los cuidadores no los llevan a asistencia médica. Las razones por las cuales los cuidadores no los llevan, probablemente sea que los síntomas depresivos son observados por la sociedad como algo “normal”, inclusive se piensa que los cambios emocionales como la tristeza son productos naturales del último ciclo de su vida (Flores et al., 2012, Moreno et al., 2016).

Existen diversos estudios acerca de la depresión en el adulto mayor, no obstante hay poco trabajos dónde comparen los síntomas depresivos con el índice del esfuerzo en el cuidador. Aparte de ello hay pocas investigaciones que relacionen los síntomas depresivos y el índice del esfuerzo del cuidador con las características sociodemográficas. Por consiguiente es de vital importancia estudiar la depresión del AM relacionado con la sobrecarga del cuidador y el contexto social.

### 3.1.- Justificación

Se espera con los resultados de este trabajo sea para incentivar futuros proyectos de investigación sobre la depresión en población geriátrica desde el enfoque de la enfermería.

Los principales actores que se pueden beneficiar con los resultados de esta investigación son: el personal de salud (enfermeras, médicos, psicólogos, promotores de salud, entre otros), así como también los cuidadores informales (familiar) y los adultos mayores.

La enfermera hará uso de las herramientas obtenidas para valorar, diagnosticar e identificar que existe una prevalencia de depresión en los geriátricos y por consiguiente a los cuidadores, con esto se planearían cuidados de enfermería (aumentar las experiencias positivas de vida, crear un ambiente más confortable, disminuir el riesgo de padecer depresión y proporcionarle apoyo) en beneficio a su salud.

El personal de enfermería en ocasiones se encuentra con barreras que obstaculizan los cuidados en los longevos, como pensamientos emocionales (ideas suicidas, culpabilidad, miedo a la muerte, tristeza), un mal cuidado (movilización al paciente, no realizar indicaciones médicas, de ministración de medicamentos, de los medio físicos) o ambientes no saludables (una habitación sin ventilación, problemas familiares).

Como resultado, el personal de enfermería debe implementar planes de cuidados para disminuir el riesgo de padecer depresión en los adultos longevos y la sobrecarga en el cuidador, también aumentar las experiencias positivas en la vida, crear un ambiente más confortable para ambos individuos con la finalidad de mejorar la salud mental. Por otra parte los resultados de este estudio buscan romper los estigmas de la depresión en los AM.

También, los adultos mayores se benefician con estos resultados, se busca que los geriátricos aprendan y hagan conciencia sobre los trastornos mentales y el daño que les pudieran ocasionar a su salud, si no se recibe un tratamiento farmacológico o psicológico; de igual forma fomentar el autocuidado en el AM, así como informar, capacitar y psicoeducar a los cuidadores informales, la cual es otra meta más de la utilidad de los resultados de esta investigación. Además se busca mitigar en los cuidadores informales los estigmas sobre la depresión en el longevo, como discriminación, aislamiento y exclusión social en que vive el AM con depresión.

En los cuidadores formales la utilidad de este trabajo es conocer cómo prevenir y promover la salud mental en la tercera edad de la vida e incorporar manejo de estrés en el cuidador informal.

La implicación práctica de esta indagación es que el personal de enfermería no solamente pueda utilizar herramientas para el tamizaje de la depresión en los adultos mayores como por ejemplo la Escala de Yesavage (1982), sino también que administre cuestionarios sociodemográficos y que este personal pueda conocer las posibles causas o los determinantes de la salud relacionadas con los síntomas depresivos o Índice de Esfuerzo del Cuidador.

El valor teórico es que se confirma la hipótesis: la relación existente entre las características sociodemográficas (los Determinantes Sociales de la Salud) y la salud mental. Por el otro lado se contribuye al desarrollo teórico del modelo de Sistemas Neuman (2011), esta teoría señala que el estrés se incrementa en el cuidador ante elementos estresantes; la aportación de esta investigación es la inclusión del cuidador (formal o informal) al proceso de salud y enfermedad. Neuman (2011) ha tenido interés en el bienestar de la salud mental del paciente, así como los factores estresantes,

resultado de la interacción entre cuidador y paciente. Por esta razón es de vital importancia que se observe al paciente y al cuidador como un sólo objeto de estudio.

La utilidad de esta investigación es que confirma las propiedades psicométricas y la practicidad en administrar la Escala de Yesevage (1982). En la primera Escala se debe a que los reactivos son fáciles para comprender porque las respuestas son dicotómicas (Sí y No), lo cual resulta fácil para las personas indígenas de la tercera edad, ya que la gran mayoría de ellos no saben leer ni escribir.

Otra utilidad práctica de este trabajo ha sido la forma de cómo recolectar los datos de los participantes: las visitas domiciliarias. Esta última resulta ser la mejor forma de obtener información en los adultos mayores, a consecuencia de que algunos de ellos tienen alguna discapacidad física o padece de una enfermedad crónica degenerativa que les imposibilite asistir a una reunión masiva.

### 3.2.- Objetivo general

- Conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores y el Índice de Esfuerzo del Cuidador en la comunidad rural de Cerro Armadillo Grande, Oaxaca.

#### Objetivos particulares

- Relacionar las enfermedades crónicas degenerativas con los puntajes de depresión en los adultos mayores.
- Relacionar las características socioeconómicas de la vivienda con los puntajes de depresión.
- Conocer si existe una relación entre los puntajes de depresión con el índice de esfuerzo del cuidador.
- Conocer si existe una relación entre los puntajes de depresión la edad de los adultos mayores.

#### Pregunta de investigación

- ¿Existe una relación entre las enfermedades crónicas degenerativas con los puntajes de depresión?
- ¿Existe una relación entre la carencia de los servicios básicos de la vivienda con los puntajes de depresión?
- ¿Hay una relación entre los puntajes de depresión con el Índice de Esfuerzo del Cuidador?
- ¿Entre más edad de un adulto longevo, mayor es el incremento del Índice de Esfuerzo del Cuidador?

### 3.3.- Hipótesis

- Las enfermedades crónicas degenerativas tienen una relación con los puntajes de depresión.
- A mayor carencia de los servicios básicos en la vivienda incrementa el Índice de Esfuerzo del Cuidador.
- Las características sociodemográficas incrementan los puntajes de depresión en los adultos mayores.
- A mayor edad, más es la probabilidad de padecer depresión.

# Capítulo IV

## Marco teórico

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2015) ha definido a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es decir, la salud no solamente depende de factores genéticos sino del estilo de vida y del ambiente.

El estilo de vida es un factor que está relacionado con la cultura, las normas sociales de los diferentes grupos humanos, la estructura familiar, el nivel educativo de las personas, las relaciones sociales o económicas y de género, los medios de comunicaciones y el apoyo social (Martínez, De Irala y Delgado, 2013).

Esto quiere decir que si no hay un estilo de vida saludable (relaciones interpersonales, la promoción de la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación en las relaciones interpersonales, el autocuidado, realizar actividades en tiempo libres, disfrutar el ocio, mantener el autoestima, el sentido de la pertenencia y la identidad comunitaria) existe un riesgo para mantener el cuerpo y la mente de una manera adecuada.

La definición de la salud mental consiste el “estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, pueden afrontarse a las tensiones normales de la vida, él puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Womble, p.2, 2011).

De ahí que para esta investigación se hayan usado dos perspectivas teóricas en la comprensión y análisis de la prevalencia de la depresión en los adultos mayores. El primer referente son los Determinantes Sociales de la Salud y el segundo referente es el modelo de Sistemas Neuman (2011).

#### 4.1.- Modelo de los Determinantes sociales de la Salud

Los Determinantes Sociales de la Salud son las condiciones en que nacen, crecen, se desarrollan, viven, trabajan y mueren las personas en un sistema de salud (Martínez et al., 2013; Espelt, Contente, Domingo, Domínguez, Fernández, Monge, Ruiz, Perez y Borrell, 2016). Ejemplos de estos determinantes son las características de una vivienda, los servicios de salud y el nivel educativo, entre otros (ver figura 6).

Espelt et al. (2016) han señalado que estos determinantes se componen por: en primer lugar por los determinantes estructurales de las desigualdades en la salud; el cual contempla el contexto socioeconómico y político como el tipo de gobierno, las tradiciones, las políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo, los actores económicos, sociales, las políticas del estado de bienestar, la cultura y los valores.

En segundo lugar están los determinantes intermedios, los cuales están conformados por los ejes de desigualdades (e.g. las clases sociales, las relaciones de género, edad, etnia, el tipo de territorio y el poder) y los recursos materiales del individuo, que están compuestos por las condiciones de empleo y trabajo, los ingresos y el entorno residencial) ver figura 6.

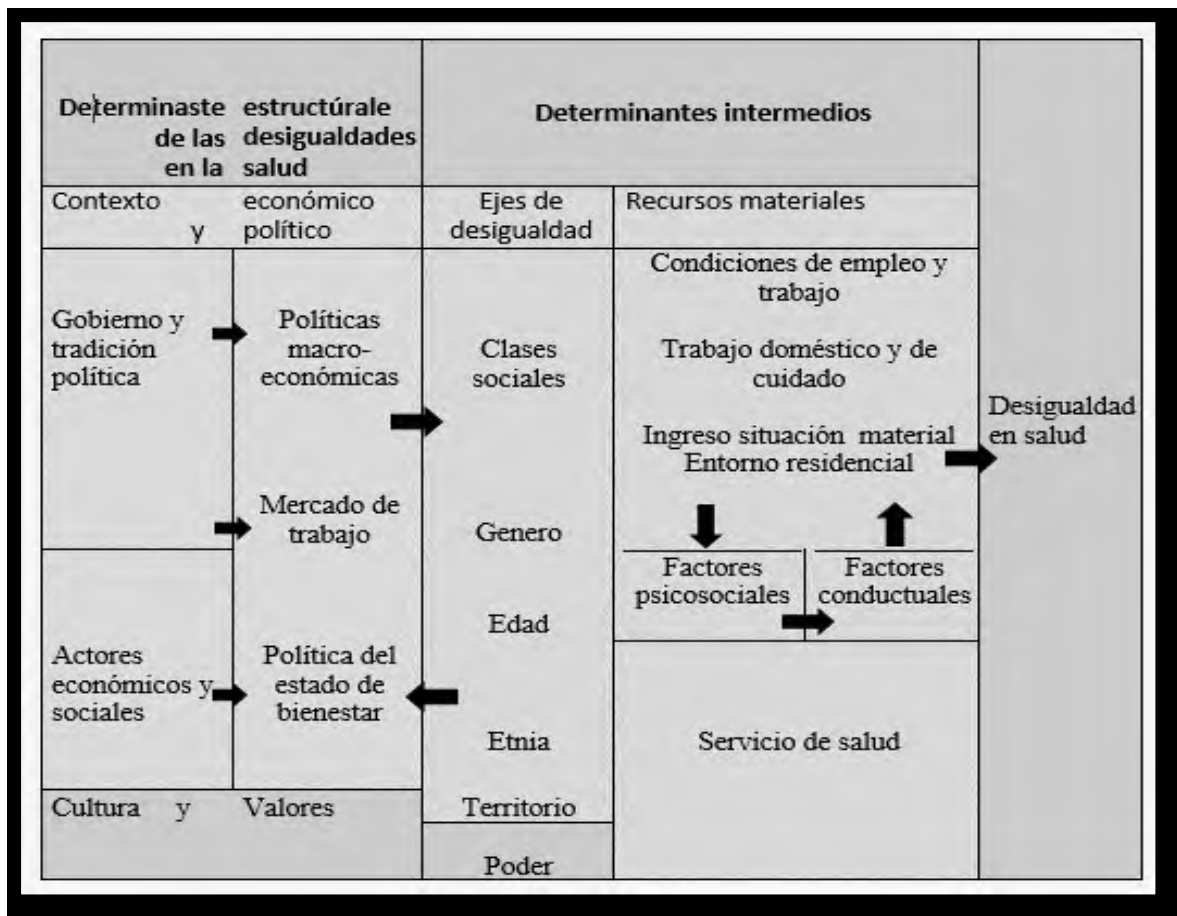


Figura 6. Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (Espelt, Contiente, Domingo, Domínguez, Fernández, Monge, Ruiz, Perez y Borrell, 2016).

Algunos determinantes sociales de la salud del adulto mayor con depresión han sido sugeridos dos puntos no contar con una vivienda propia, no tener privacidad o no tener su propio dormitorio, tener bajo nivel educativo, tener bajos ingresos o no tener ingresos, vivir en zonas rurales o zonas marginales (Espelt et al., 2016; Tamayo y Besoain, 2016). Aunado a estos factores están las características sociodemográficas del cuidador. Ambos sujetos están expuestos a desarrollar un trastorno mental. Véase la figura 7.

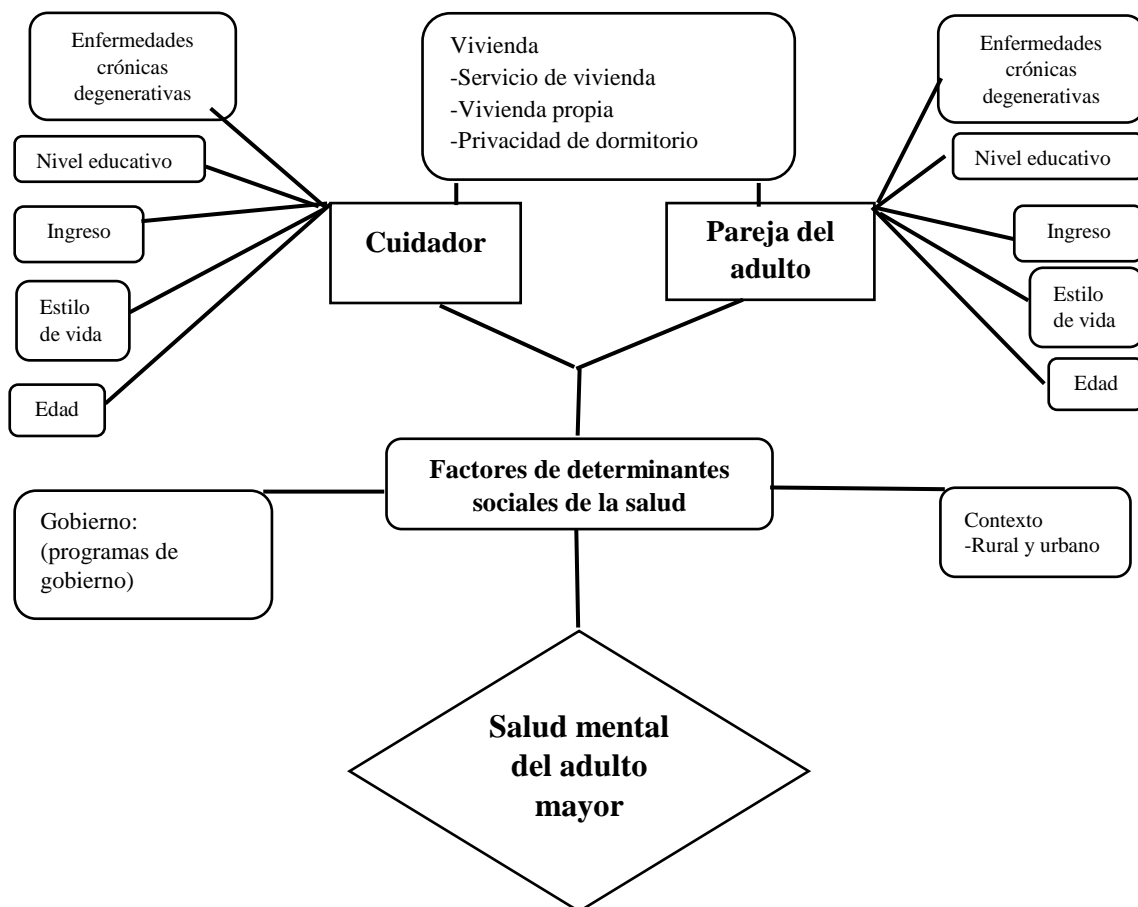


Figura 7. Factores de determinantes sociales de la salud del adulto mayor y cuidador (Espelt et al., 2016; Tamayo y Besoain, 2016).

La utilidad teórica de los determinantes sociales de la salud ha sido identificar los factores dañinos a la salud mental. Desde este punto teórico, estos factores pueden ser sociales, políticos y ambientales (Sotelo, Rojas, Sánchez, e Irigoyen, 2012). Un segundo aporte de esta teoría al estudio del proceso salud-enfermedad ha sido elaborar políticas públicas acordes al contexto y necesidades de la población.

#### 4.2.-Modelo de Sistemas Neuman

El modelo del Sistemas de Neuman (2011) es una perspectiva singular basada en reacción del paciente por eventos estresantes, este modelo ha proporcionado comprensión de como el cliente, en este caso el adulto mayor, interactúa recíprocamente con el entorno para aproximarse a una amplia diversidad de inquietudes (preocupación, ansiedad, miedo).

El modelo de Neuman (2011) se ha centrado en el estrés y la producción de este por el paciente, también esta autora ha tenido interés en los efectos del estrés sobre la salud del paciente. Asimismo este modelo ha proporcionado información y una visión multidimensional para cuidados de las personas en su totalidad.

Neuman (2011) ha observado que la vida del ser humano se ha caracterizado por cambios continuos (e.g. las transformaciones tecnológicas, el aumento de personas pobres y las desigualdades sociales en el sistema). Esta autora (2011) ha mencionado que su propuesta teórica presenta al individuo como un sistema cliente abierto (una persona, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social) en transacción con el entorno.

También esta propuesta teórica está conformada por elementos estresantes (psicológicos, socioculturales y fisiológicos), estos elementos componen un sistema de una estructura central rodeada de anillos, alrededor de la estructura básica central están los círculos concéntricos, que incluyen la línea de resistencia y las líneas de defensa (Neuman, 2011), ver figura 8.

Por lo que se refiere a las líneas de resistencias, estas son series de círculos de líneas intermitentes que hay alrededor de la estructura central, representan los factores de recursos que ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante, estas líneas de

resistencia son activadas por los elementos estresantes que penetran en la línea normal de defensa (Neuman, 2011). Ejemplo de la línea de resistencia en el adulto mayor son: el control de las emociones, el afrontamiento racional, los pensamientos positivos y contar con un soporte social.

Cuando hablamos de la línea normal de defensa, esta se refiere al estado de equilibrio para el individuo o el sistema, ejemplo que la persona pueda adaptarse a los cambios de temperatura debido al cambio climático; por lo que es importante observar estas líneas en el sistema cliente (Neuman, 2011). La expansión de la línea normal de defensa refleja un estado de bienestar mejorado, por el contrario la contracción de esta línea significa un estado de bienestar disminuido, así como se observa en la figura 8.

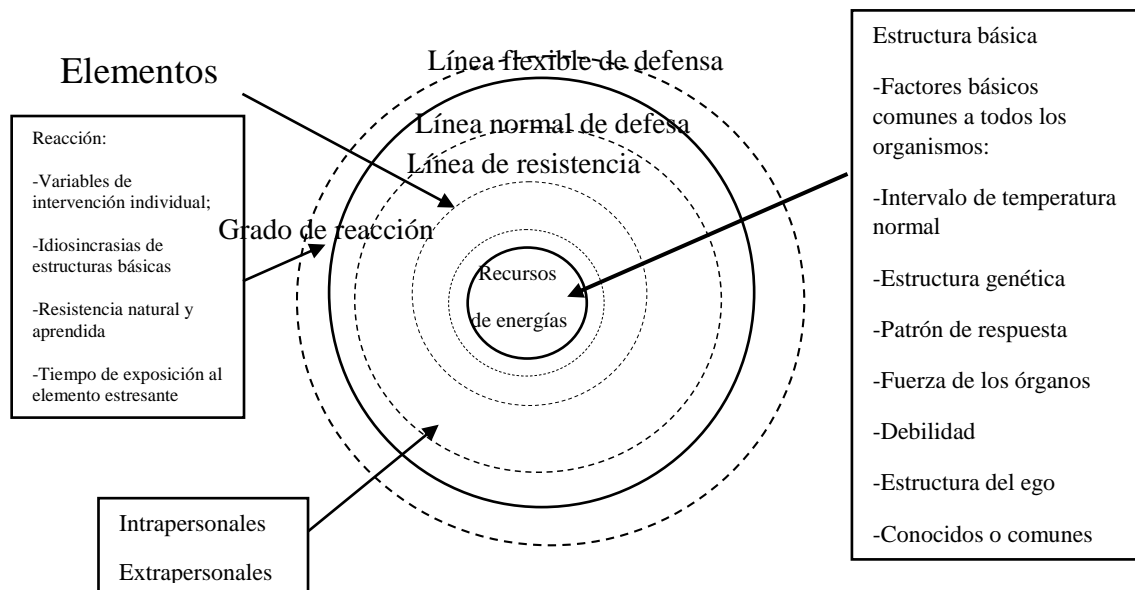


Figura 8. Línea de flexibilidad de defensa entre el adulto mayor y el cuidador (Neuman, 2011).

La tercera línea, llamada línea flexible de defensa, es una línea discontinua que se encuentra fuera de la línea normal de defensa, actúa como barrera protectora al estrés,

es decir esta línea cambia constantemente en respuesta a las influencias de los cambios psicofisiológicos y socioculturales del sistema cliente (Neuman, 2011).

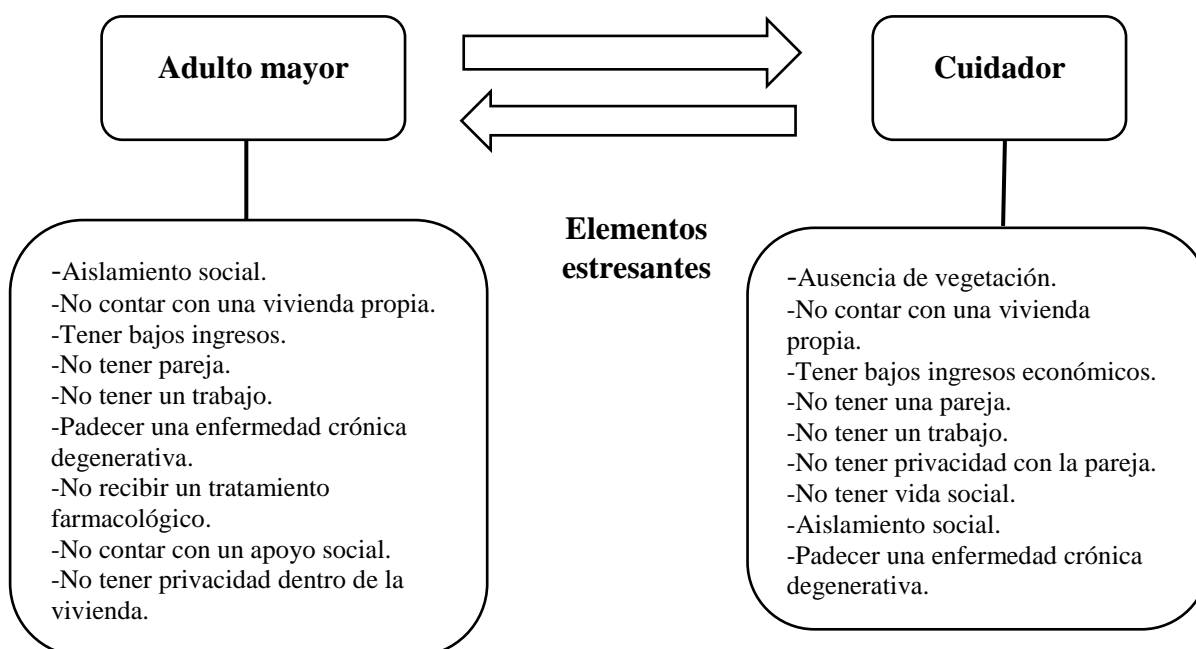
Neuman (2011) ha señalado que los elementos estresantes son estímulos productores de tensiones que se han generado dentro de la línea normal de defensa y que dan lugar a un resultado, el cual puede ser positivo (genera en el cuerpo sensaciones y activación, rendimiento mental de actividad cognitiva) o negativo (agresividad, depresión, agotamiento, negatividad de seguir realizando una actividad, dificultad para concentrarse) véase la figura 9.

Los factores estresantes han influido en el grado de reacción del cliente, es decir la inestabilidad que se presenta cuando los elementos estresantes invade la línea normal de defesa, por lo que se necesita de energía necesaria para que el cliente (AM) se adapte a los elementos estresantes, el exceso del uso de esta energía conlleva a una desesperanza en el individuo o agotamiento. Los grados de reacción son intervenciones individuales: idiosincrasias de estructuras básicas (supervivencia), resistencia natural aprendida y tiempo de exposición al elemento estresante (Neuman, 2011).

El incremento o decremento de estrés va a depender de los elementos personales del cliente y de cómo se encuentra emocionalmente el cliente ante una situación estresante (Neuman, 2011).

Se ha señalado que los elementos estresantes generan cambios emocionales y el desarrollo de los síntomas depresivos en la los AM y, en los cuidadores, sobrecarga. Los datos sociodemográficos como el sexo, la edad, el grado de parentesco, tiempo y horas diarias de cuidado, el nivel educativo, el ingreso, no contar con una vivienda propia, tener alguna (s) enfermedad (es) crónica (s) generativa (s), tener pareja, practicar alguna religión, la percepción de apoyo social de los cuidadores aumentan la

probabilidad de tener estrés y ansiedad (Neuman, 2011), tal como se puede apreciar en la figura 9.



*Figura 9.* Elementos estresantes del adulto mayor y cuidador.

Neuman (2011) menciona que los elementos estresantes corresponden a estímulos que afectan la salud mental del AM, estos pueden ser por: fuerzas intrapersonales y fuerzas extrapersonales. Las primeras tienen lugar en el interior del individuo (falta de información de trastornos mentales, tener una enfermedad crónica degenerativa, no tener una pareja, no poder realizar actividades físicas, la edad, no tener vida social, miedo). Las fuerzas extrapersonales son las que se dan en el exterior del individuo (no contar con una vivienda, no tener un trabajo, no recibir un tratamiento, no tener privacidad en la vivienda, no contar con un apoyo social, no tener un trabajo).

La utilidad que se tiene del modelo Neuman (2011) es conocer el daño en la salud mental por los elementos estresantes. Además, el modelo ha ayudado a comprender y observar la salud mental de los adultos mayores de forma sistémica y la interacción entre adulto mayor y cuidador con el entorno.

# Capítulo V

## Metodología

Este estudio tiene un diseño no experimental de tipo transversal. La investigación ha sido realizada en dos fases, la primera fase fue conocer las propiedades psicométricas de los instrumentos de Depresión e Índice de Esfuerzo del Cuidador (ÍEC) mediante una prueba piloto. La segunda consistió en la aplicación de estos instrumentos en adultos mayores con sus respectivos cuidadores (Figura 10).

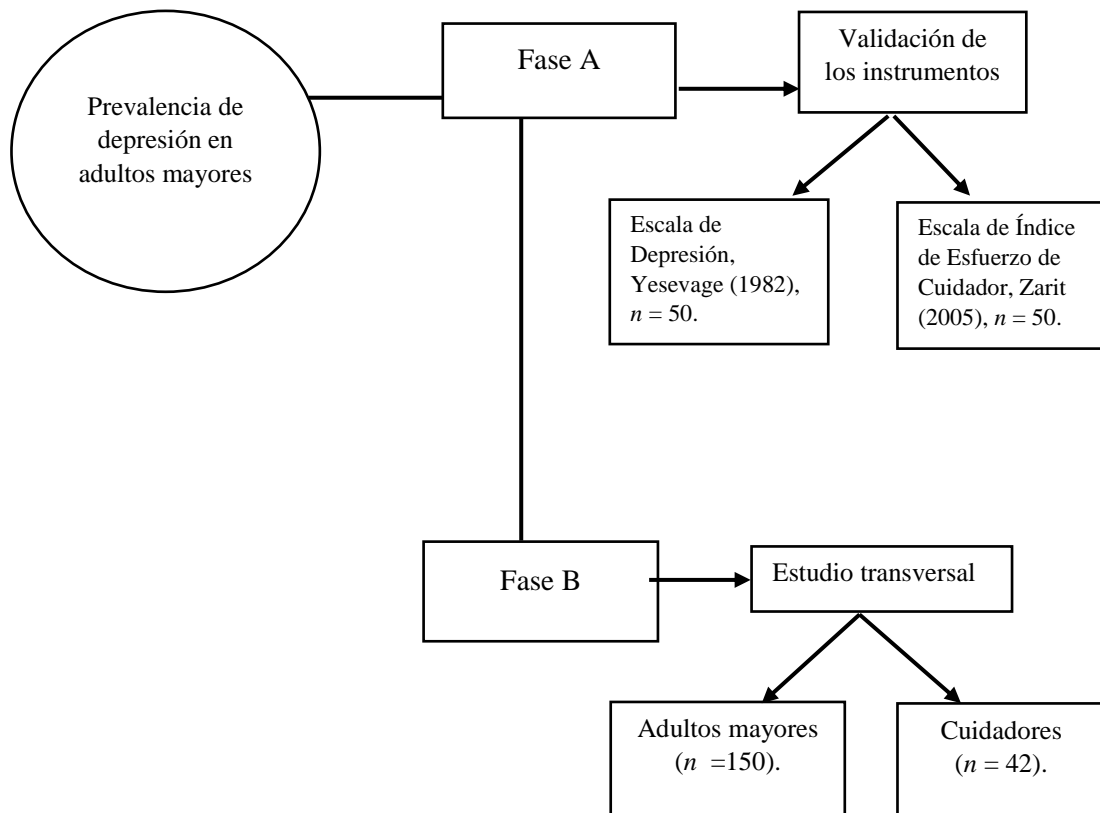


Figura 10. Diagrama del Diseño de Investigación.

Fase A. Piloteo de los instrumentos.

Escala de Depresión Yesavage (1982)

Participantes

Para conocer la confiabilidad de la Escala de Depresión de Yesavage (1982), se aplicó una prueba piloto a 50 adultos mayores.

Procedimiento

Se contactó a las autoridades correspondientes de la localidad de San Rafael Agua Pescadito, Oaxaca. En esta fase se realizó entre la investigadora y un intérprete, quien es la encargada del “Programa de Adultos Mayores de 65 y más”, ambas personas fueron a las viviendas de los adultos mayores a aplicar el instrumento, se les proporcionó el formato del consentimiento informado y confidencialidad de los datos recabados. Estos datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v23.

Resultados

En el piloteo se obtuvo una consistencia interna favorable de los reactivos mediante el Alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.726$ ). El número de factores de la escala se realizó mediante un Análisis Factorial. Esta escala está formada por dos factores: “vida” y “recreación”. Estos factores explican el 35.8% de la varianza (tabla 3 y figura 11).

Reactivo	Componente		Reactivo	Componente	
	“Vida”	“Recreación”		“Vida”	“Recreación”
R1	<b>0.602</b>	-0.176	R8	<b>0.360</b>	-0.099
R2	0.409	<b>0.626</b>	R9	0.177	<b>0.350</b>
R3	<b>0.561</b>	-0.057	R10	<b>0.469</b>	0.248
R4	<b>0.667</b>	0.384	R11	<b>0.373</b>	-0.046
R5	<b>0.478</b>	-0.489	R12	<b>0.733</b>	-0.286
R6	<b>0.409</b>	0.030	R13	<b>0.551</b>	0.252
R7	<b>0.588</b>	-0.339	R14	0.135	<b>-0.706</b>
R8	<b>0.360</b>	-0.099	R15	0.238	<b>0.372</b>

Tabla 3. Peso factorial de los reactivos de la Escala de Depresión (Yesavage, 1982).

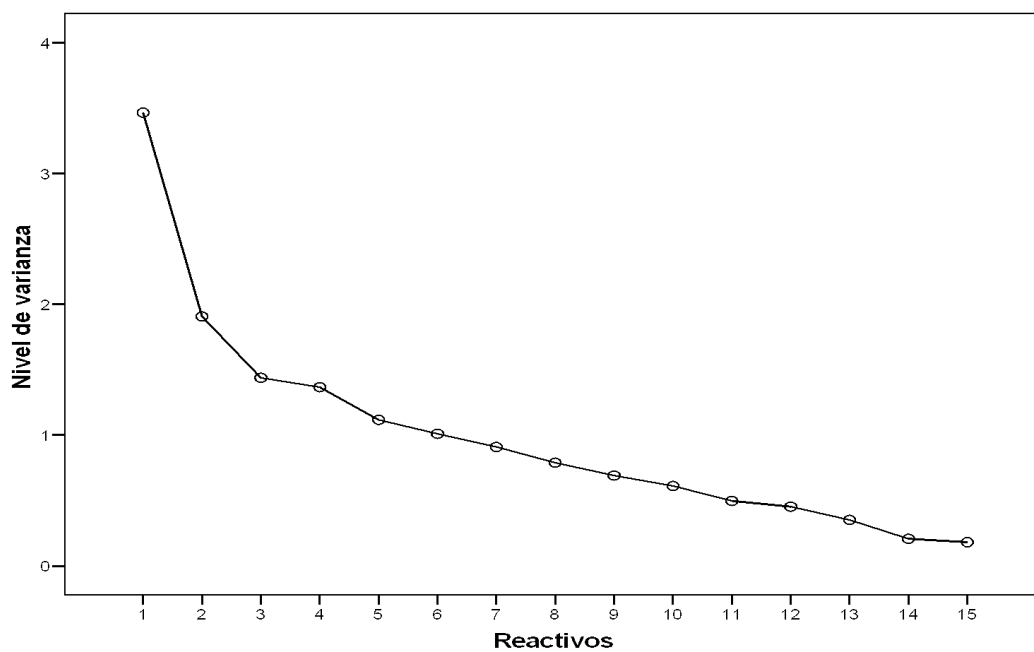


Figura 11. Gráfico de sedimentación de la Escala de Depresión (Yesevage, 1982).

Escala de Índice de Esfuerzo del Cuidador (ÍEC)

## Participantes

Para conocer las propiedades psicométricas de la Escala de Índice de Esfuerzo del Cuidador (ÍEC, Zarit, 2005), se aplicó una prueba piloto a 50 cuidadores de los adultos mayores.

## Procedimiento

Se contacta a las autoridades correspondientes de la localidad de San Rafael Agua Pescadito, Oaxaca. En esta fase la investigadora se informó a los participantes acerca de la investigación y confidencialidad de sus resultados. Estos datos se analizaron en el programa estadístico SPSS v23.

## Resultados

En el piloteo del Índice de Esfuerzo del Cuidador (ÍEC, Zarit, 2005) se muestra o se mostró una consistencia interna aceptable de los reactivos con un Alfa de Cronbach de  $\alpha = 0.864$ . Esta escala está formada por dos factores: “problemas presentes” y “problemas continuos”. Estos factores han explicado el 52.2% de la varianza total de los reactivos (véase tabla 4 y figura 12).

Reactivo	Componente		Reactivo	Componente	
	“Presentes”	“Continuos”		“Presentes”	“Continuos”
R1	0.267	<b>0.672</b>	R7	0.740	<b>0.302</b>
R2	<b>0.430</b>	-0.047	R8	<b>0.257</b>	-0.301
R3	<b>0.757</b>	-0.267	R9	<b>0.730</b>	-0.427
R4	<b>0.669</b>	0.370	R10	<b>0.789</b>	-0.398
R5	0.240	<b>0.531</b>	R11	0.750	<b>0.258</b>
R6	0.751	<b>0.206</b>	R12	<b>0.596</b>	-0.199
R7	0.740	0.302	R13	<b>0.764</b>	-0.107

Tabla 4. Peso factorial de los reactivos de la Escala del Índice de Esfuerzo del Cuidador (Zarit, 2005).

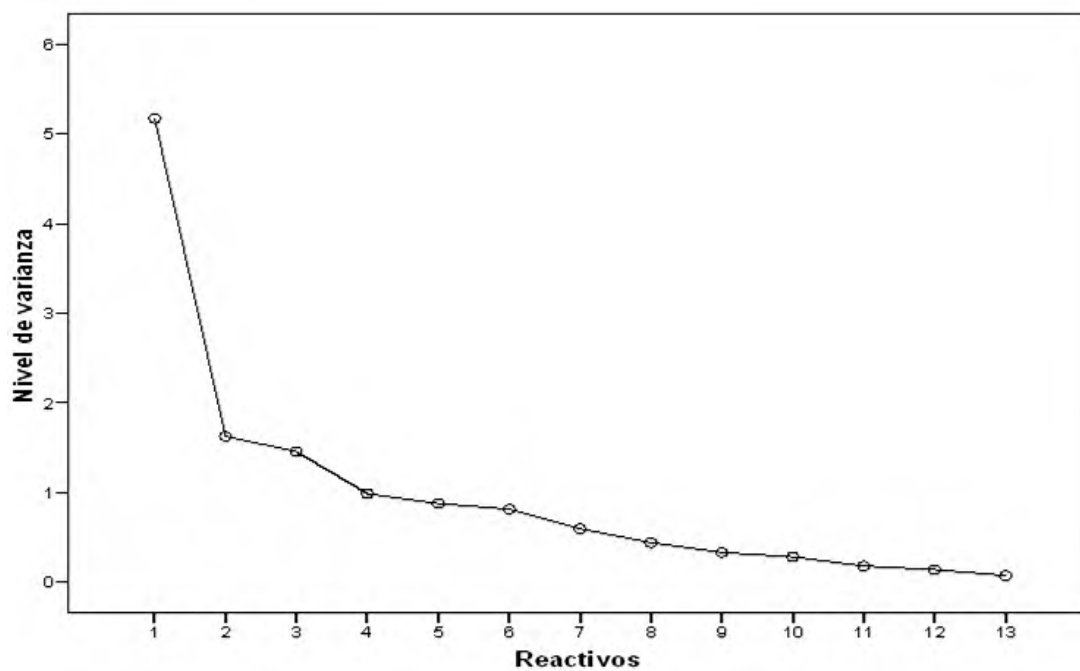


Figura 12. Gráfico de sedimentación de la Escala de Índice de Esfuerzo del Cuidador (Zarit, 2005).

Fase B. Estudio de investigación: Transversal.

Participantes: La población total está conformada por 150 adultos mayores y 42 cuidadores.

Procedimiento.

Para realizar el presente proyecto se contactó con el Agente Municipal de la comunidad de Cerro Armadillo Grande, Oaxaca. La aplicación de los instrumentos se realizó a cargo de la investigadora y de un intérprete, quien es oriunda de la localidad y habla chinanteco, además fue capacitada por la autora de éste trabajo. A cada adulto mayor y cuidador se les entregó su formato de consentimiento informado y la oportunidad de no participar en la investigación. Asimismo se les informó que si ellos querían conocer los resultados se les proporcionaría al finalizar la entrevista (foto 1).

Las aplicaciones de los instrumentos y mediciones se realizó en el Salón Social de la comunidad (véase la foto 2. y 3.) a las 8:00 am. A cada adulto mayor se le recomendó asistir en ayuno para la medición de la glucosa, la presión arterial, temperatura corporal, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria (ver tabla 5). Al finalizar el tamizaje se les ofreció ensaladas de frutas y agua por participar en la investigación. Algunos adultos mayores no asistieron al Salón Social, para recabar la información de ellos y completar la población de adultos mayores, por lo que la investigadora realizó visitas domiciliarias.

Criterios de inclusión para la prueba de glucosa:

Adultos mayores con al menos una enfermedad crónica degenerativa y asistir a la toma de la muestra sin haber consumido alimentos en ocho horas.

## Criterios de exclusión

Adultos mayores sin una enfermedad crónica degenerativa y haber ingerido alimentos en ocho horas.

Instrumentos:

Los instrumentos utilizados en el presente trabajo se detallan a continuación

Dimensión	Variables	Instrumentos
Psicológicas	Depresión	Escala de Depresión (Yesevage, 1982).
	Sobrecarga del Cuidador	Escala de Índice de esfuerzo del cuidador (Zarit, 2005).
Signos físicos	Glucosa	Glucómetro digital, pinchador automático, lancetas, torundas alcoholadas.
Signos vitales	Presión arterial	Baumanometro.
	Temperatura corporal	Termómetro de mercurio.
	Frecuencia cardiaca	Estetoscopio.
	Frecuencia respiratoria	Reloj manual.
Cuestionario sociodemográfica Depresión	Sexo, hablar una lengua indígena, tener una enfermedad, llevar un tratamiento, tener un trabajo, percibir un salario, tener un ingreso económico, estado civil, las características de la vivienda	Hoja y lápiz
Cuestionario sociodemográfica Cuidador	sexo, estado civil, tener una enfermedad, tratamiento, tener un trabajo asalariado, tener un ingreso económico y hablar una lengua indígena	Hoja y lápiz

Tabla 5. Variable e instrumentos para la recolección de la información.

Foto 1. El consentimiento informado para los adultos mayores.



Foto 2. Aplicación de los instrumentos a los adultos mayores.



Foto 3. Medición de la glucosa a los adultos mayores.



# Capítulo VI

## Resultados

Los resultados de la investigación se presentan en el siguiente orden. En primer lugar los análisis descriptivos, posteriormente el análisis inferencial entre las variables de estudio.

### ***Análisis descriptivo de los Adultos mayores***

#### *Características sociodemográficas:*

La comunidad cuenta con 150 adultos mayores, el 51.3% son del sexo masculino y 48.7% femenino, la edad promedio es de 71.67 años, el 98% de ellos hablan una lengua indígena y el otro 2% no hablan una lengua indígena, el 98% practican la religión católica y el 2% la religión evangélica, el 68.7% es analfabeta, el 30.7% cuenta con primaria incompleta y el 0.6% con telesecundaria, el 72% tiene una pareja y el 28% no tiene una pareja.

El 50% de los adultos longevos realizan autoempleo en el campo, el 50% no lo hace; en relación a los ingresos, el 74% de los AM perciben mensualmente menos de \$3,000 pesos y el 26% no percibe ningún ingreso mensual. El 34.7% reciben un apoyo económico gubernamental (“programa sesenta y más” por Secretaria de Desarrollo Social, SEDESOL) y el 65.3% no tiene ningún apoyo.

El 94% de los geriátricos cuenta con una vivienda propia, el 6% no tiene una casa propia, de este porcentaje de adultos el 2% no tiene un cuidador permanente. El 84% de las viviendas son construidas de concreto y el 16% de madera, el 97.3% tienen pisos de cemento y el 2.7% de tierra, el 99.3% de los hogares cuentan con energía eléctrica y el 0.7% no cuenta con este servicio, el 53.3% tienen un baño dentro del hogar, el 46.7% lo tiene afuera de la vivienda; de estos baños el 50% son letrinas y el otro 50% fosas sépticas. Para la preparación de los alimentos en los hogares, el 99.3% utiliza leña y el

0.7% usan gas. El 90% de los adultos de la tercera edad tienen un dormitorio propio y el 10% comparte la habitación con algún miembro de la familia.

### *Enfermedades crónicas*

El 39.3% de los AM no padecen ninguna enfermedad crónica degenerativa, el 60.7% de los geriátricos padecen algunas de las siguientes enfermedades: el 17.3% diabetes mellitus, el 15.3% hipertensión arterial, el 9.3% tiene al menos dos enfermedades, siendo la diabetes mellitus con la hipertensión arterial, una de las más recurrente; el 18.8% de los adultos longevos tienen algunas de las siguientes enfermedades cataratas, psoriasis-ceguera, artritis reumatoide, prostatitis, colitis ulcerosa crónica, angina de pecho, otitis, reumas en las piernas, bronquitis aguda, dermatitis atópica, síndrome metabólico (diabetes mellitus, hipertensión arterial, colesterol aguda, y obesidad), gastritis aguda, tumores benignos, asma bronquial, insuficiencia renal aguda, lumbalgia, y cáncer de mama. De estas enfermedades sólo el 55.3% reciben asistencia médica, el 44.7% no reciben ningún tipo de tratamiento.

### *Signos Vitales*

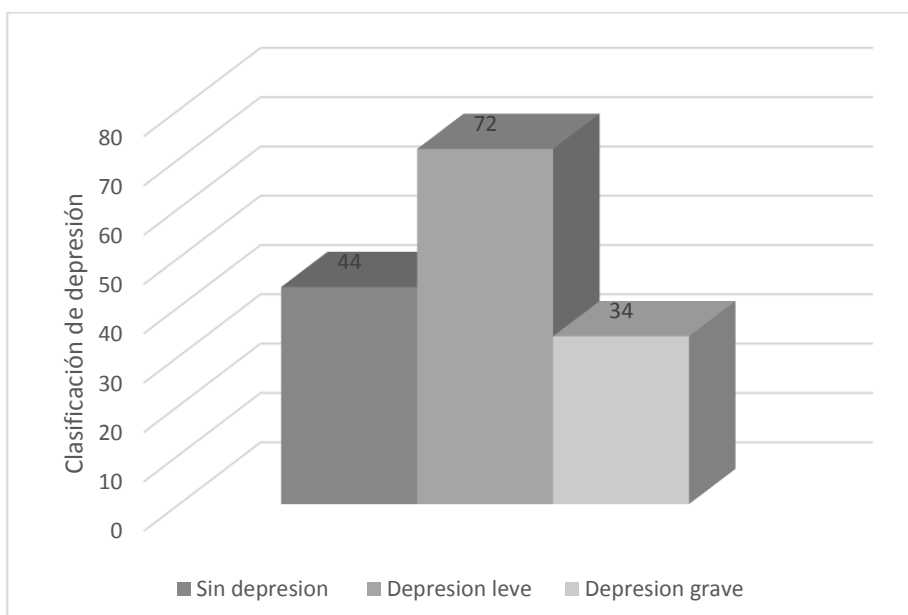
En cuanto a los signos vitales de los adultos longevos estudiados, el 86% presenta frecuencia cardíaca normal (60-80), el 8.6% taquicardia (81-90) y el 5.3% bradicardia (59), el 44.7% de los geriátricos tienen una presión sistólica óptima (119 mmHg), el 21.3% una presión sistólica normal (120-129 mmHg) y el 12.7% normal alta (130-139 mmHg), el 16.7% tiene una hipertensión sistólica Tipo 1 (140-159 mmHg), el 3.3% hipertensión sistólica Tipo 2 (160-179 mmHg) y el 1.3% hipertensión sistólica Tipo 3 (180 mmHg). También, el 65% de ellos tienen una presión diastólica óptima (79 mmHg), el 25% una presión diastólica normal (80-84 mmHg), el 1.3% normal alta (85-89 mmHg) y el 8.7% presentan una hipertensión diastólica Tipo 1 (90-99 mmHg). Lo

anterior demuestra que la mayoría de estas personas de la tercera edad son propensos a desarrollar un riesgo cardiovascular (Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, NOM-030-SSA2, 1999).

El 96% de los adultos mayores presentan una temperatura axilar normal y el 4% hipotermia; de ellos el 31.3% tienen glucosa normal (70-110 mg/dl), el 7.3% una glucosa controlada (126-150 mg/dl), el 14.7% una glucosa descontrolada (151-331 mg/dl) y el 46.7% no tienen una glucosa anormal (Norma Oficial Mexicana para la Prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus, NOM-015-SSA2, 1994).

### *Depresión*

Los resultados que se aplicó de la Escala de Depresión de Yesavage (1982) en los adultos mayores, que 44 tienen ausencia de depresión, 72 una depresión leve y 34 depresión grave, tal como se observa en la figura 13.



*Figura 13.* Número de adultos mayores sin depresión, con depresión leve y depresión grave.

## *Análisis descriptivo de los Cuidadores*

### *Características sociodemográficas:*

La muestra está conformada por 42 cuidadores, el 14.2% son del sexo masculino y 85.8% del sexo femenino, la edad promedio es de 41.9 años; el 97% hablan el chinanteco como lengua materna y el 3% no la hablan, el 85.8 % practican el catolicismo y el 14.2% la religión evangélica, el 20% no cuenta con ninguna instrucción educativa, el 40.4% con la primaria, el 26.1% la secundaria, el 4% el bachillerato, el 9.5% la universidad. El estatus civil de los cuidadores, el 57.1% no tienen pareja y el 42.9% sí cuenta con una pareja, el 14% padecen alguna enfermedad crónica degenerativa y el 86% no tiene ninguna enfermedad diagnosticada, de los cuidadores que tienen alguna enfermedad, el 11.9% padecen diabetes mellitus y el 2.1% artritis reumatoide, todos ellos reciben algún tratamiento médico.

En relación a las actividades económicas, el 47.6% tienen un trabajo asalariado, el 52.4% no lo tienen, el 69.4% son campesinos, el 30.6% tienen otro tipo de oficio, el 64.2% cuenta con un apoyo social y el 35.8% no cuenta con ningún tipo de ayuda, de estos ingresos pueden ser por apoyo gubernamental, el 54.7% percibe mensualmente menos de \$1,200 pesos y el 45.3% no percibe ningún ingreso.

### *Índice de Esfuerzo del Cuidador*

Los resultados al administrar la Escala del Índice de Esfuerzo del Cuidador (Zarit, 2005) en los cuidadores de los adultos mayores, muestran que 23 personas no les representa ningún esfuerzo cuidar a un longevo y a 19 personas sí les representa un esfuerzo cuidarlo, tal como se observa en la figura 14.

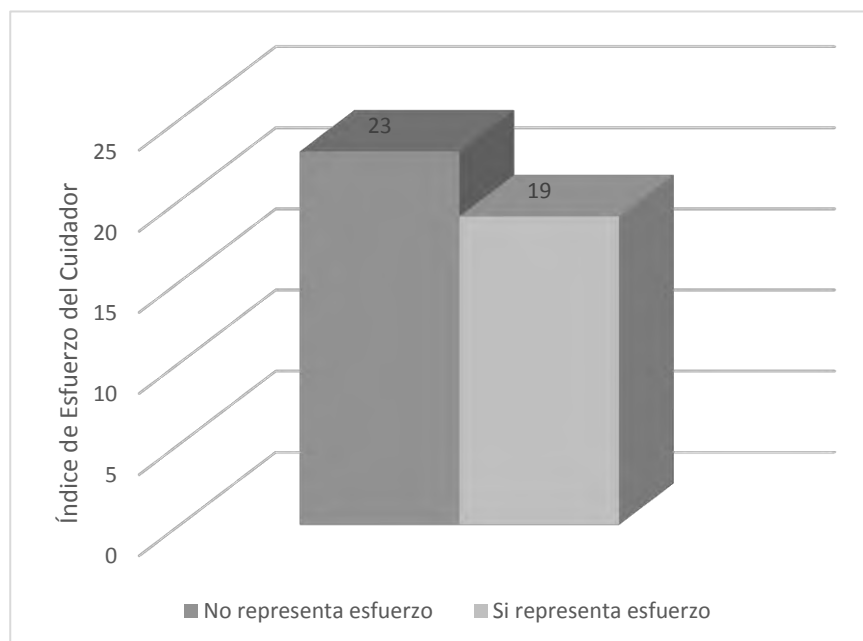


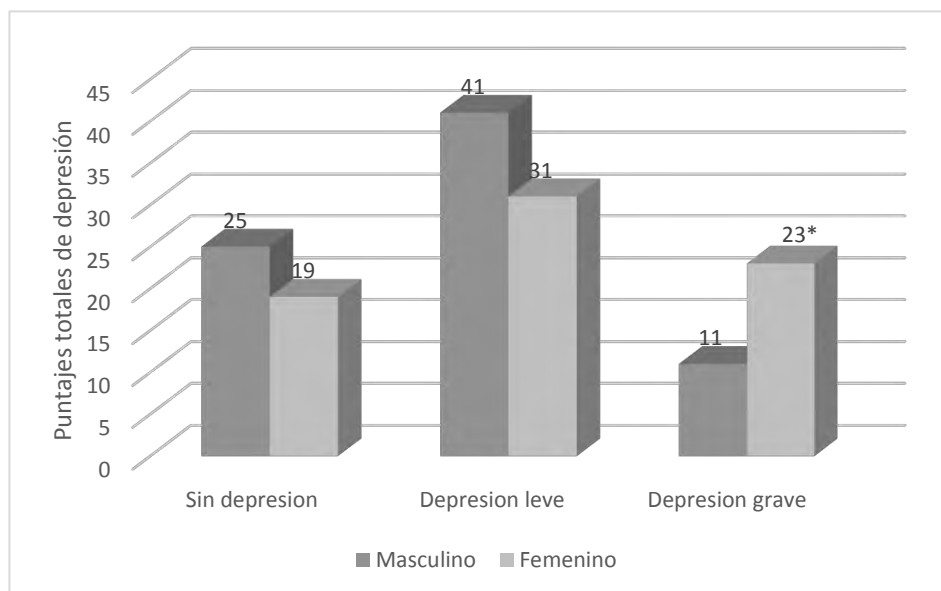
Figura 14. Número de cuidadores que les representa un esfuerzo cuidar a un adulto mayor.

### Análisis inferencial

En este apartado se muestra el análisis correlacional y comparativo entre los datos sociodemográficos del adulto mayor y del cuidador con los puntajes depresión y el índice del esfuerzo del cuidador.

Al comparar las características sociodemográficas con los puntajes en depresión de los adultos mayores, los resultados no muestran una diferencia significativa entre hombres y mujeres [ $t(148) = -2.075, p = 0.257$ ], entre tener una pareja y no tenerla [ $t(148) = 0.022, p = 0.180$ ], tener una enfermedad crónica degenerativas y no tenerla [ $t(148) = 1.636, p = 0.648$ ], llevar un tratamiento y no llevarlo [ $t(146) = 0.855, p = 0.855$ ], tener un empleo y no tenerlo [ $t(148) = -2.368, p = 0.353$ ], las que reciben o no un apoyo económico [ $t(148) = 0.332, p = 0.437$ ] y tener o no tener una habitación propia dentro de la vivienda [ $t(148) = -2.245, p = 0.912$ ].

Posteriormente, al analizar los puntajes totales de la Escala de depresión con el sexo, mediante la prueba *chi-cuadrada*, se ejemplifica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre depresión y el sexo, ( $X^2 = 0.044$ ,  $p = 0.042$ ). Esto quiere decir que hay más mujeres que hombres con depresión grave, en comparación a la depresión leve y sin depresión, quizás se deba esto a la ausencia de progesterona en las mujeres (como se muestra en la figura 15).



*Figura 15.* Número de adultos mayores sin depresión, depresión leve y depresión grave por sexo.

Al analizar si existe una relación entre los puntajes de depresión y la edad de los adultos mayores, los resultados muestran una correlación positiva baja entre estas dos variables ( $r = 0.180^*$ ,  $p < 0.028$ ; tal como se muestra en la figura 16). Esto quiere decir que a mayor edad, mayor es el incremento en los puntajes de depresión en los

geriátricos, tal vez esto se deba al efecto del deterioro del envejecimiento que experimenta un adulto longevo.

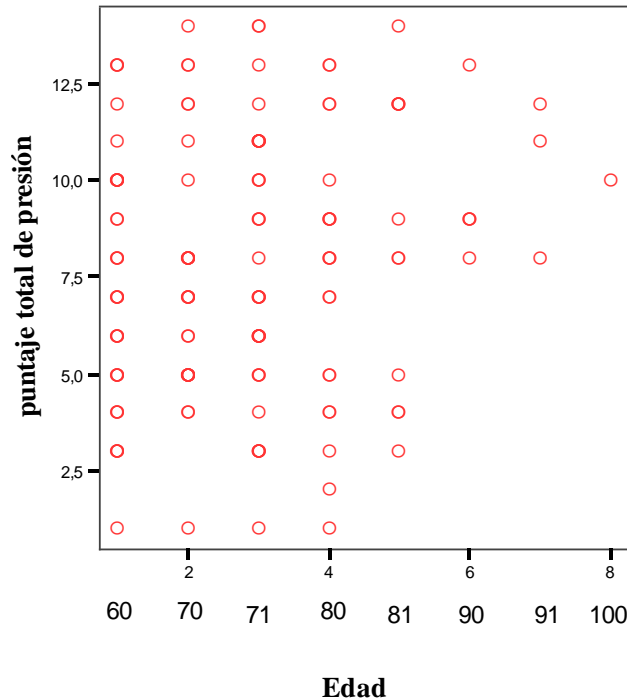


Figura 16. Puntajes de depresión de los adultos mayores por edad.

Así mismo se examinan las dos dimensiones de la escala de Depresión con las características sociales. La primera dimensión se llama “vida”, no muestra un contraste entre hombres y mujeres [ $t(148) = -2.214, p = 0.130$ ], las personas que hablan o no una lengua indígena [ $t(148) = -2.378, p = 0.640$ ], las personas que tienen o no una enfermedad crónica degenerativa [ $t(148) = 1.742, p = 0.844$ ], las que cuentan y no con un tratamiento [ $t(148) = 0.817, p = 0.792$ ], las que tienen o no un empleo [ $t(148) = -1.994, p = 0.248$ ], las que reciben o no un salario [ $t(148) = 0.599, p = 0.580$ ], las que reciben o no un apoyo económico [ $t(148) = -1.201, p = 0.434$ ], las que tienen o no una pareja [ $t(148) = 0.243, p = 0.055$ ], las viviendas con o sin energía eléctrica [ $t(148) = 0.255, p = 0.799$ ], las personas que tienen o no una habitación [ $t(148) = -1.840, p =$

0.858], las que tienen un baño dentro o fuera de la vivienda [ $t(148) = -0.047, p = 0.787$ ], el tipo de baño que tiene [ $t(148) = 0.597, p = 0.916$ ].

La segunda dimensión se llama “recreación”, no muestra un contraste entre hombres y mujeres [ $t(148) = -0.923, p = 0.971$ ], las personas que hablan o no una lengua indígena [ $t(148) = 0.568, p = 0.650$ ], las personas que tienen o no una enfermedad crónica degenerativa [ $t(148) = 0.393, p = 0.902$ ], las que cuentan y no con un tratamiento [ $t(148) = 0.439, p = 0.983$ ], las que tienen o no un empleo [ $t(148) = -2.198, p = 0.436$ ], las que reciben o no un salario [ $t(148) = -1.691, p = 0.720$ ], las que recibe o no un apoyo económico [ $t(148) = -1.309, p = 0.412$ ], las que tienen o no una pareja [ $t(148) = -.473, p = 0.220$ ], las viviendas con o sin energía eléctrica [ $t(148) = -1.691, p = 0.093$ ], las personas que tienen o no una habitación [ $t(148) = -2.198, p = 0.648$ ], las que tienen un baño dentro o fuera de la vivienda [ $t(148) = -1.405, p = 0.695$ ], el tipo de baño que tiene [ $t(148) = 0.070, p = 0.585$ ]. Lo anterior se señala en la tabla 6.

Depresión	Variable sociodemográfica	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Puntaje total	Sexo	-2.075	148	0.257
	Estado civil	0.022	148	0.180
	Tener una enfermedad	1.636	148	0.648
	Tener un tratamiento	0.855	146	0.855
	Tener un trabajo	-2.368	148	0.353
	Tener un apoyo económico	0.332	148	0.437
	Tener una habitación propia	-2.245	148	0.912
Dimensión: “vida”	Sexo	-2.214	148	0.130
	Hablar una lengua indígena	-2.378	148	0.640
	Tener una enfermedad	1.742	148	0.844
	Tener un tratamiento	0.817	148	0.792
	Trabajar	-1.994	148	0.248
	Tener un salario	-0.599	148	0.580
	Tener un apoyo económico	-1.201	148	0.434
	Estado civil	0.243	148	0.055
	Tener luz en la vivienda	0.255	148	0.799
	Tener una habitación propia	-1.840	148	0.858
	Tener un baño	-0.047	148	0.787
	Tipo de baño en la vivienda	0.597	148	0.916
	Dimensión: “recreación”	Sexo	-0.923	148
Hablar una lengua indígena		0.568	148	0.650
Tener una enfermedad		0.393	148	0.902
Tener un tratamiento		0.439	148	0.983
Tener un trabajo		-2.198	148	0.436
Tener un salario		-1.691	148	0.720
Tener un apoyo económico		-1.309	148	0.412
Estado civil		-0.473	148	0.220
Tener luz en la vivienda		-1.691	148	0.093
Tener una habitación propia		-2.198	148	0.648
Tener un baño		-1.405	148	0.695
Tipo de baño en la vivienda		0.070	148	0.585

Tabla 6. Análisis comparativo entre los puntajes de depresión y las características sociodemográficas.

Ahora bien, se analiza si existen correlaciones entre los puntajes totales del ÍEC y las características sociales. Hay una correlación estadísticamente significativa entre el puntaje del Índice de Esfuerzo del Cuidador y el número de servicios que cuenta la vivienda ( $r = 0.277^*$ ,  $p < 0.001$ ). Esto indica que se encontró una relación positiva baja entre los puntajes del cuidador y el número de servicios que cuenta la vivienda. En otras palabras que a mayor carencia de servicios de una vivienda, mayor es el incremento del ÍEC, tal como se muestra en la figura 17.

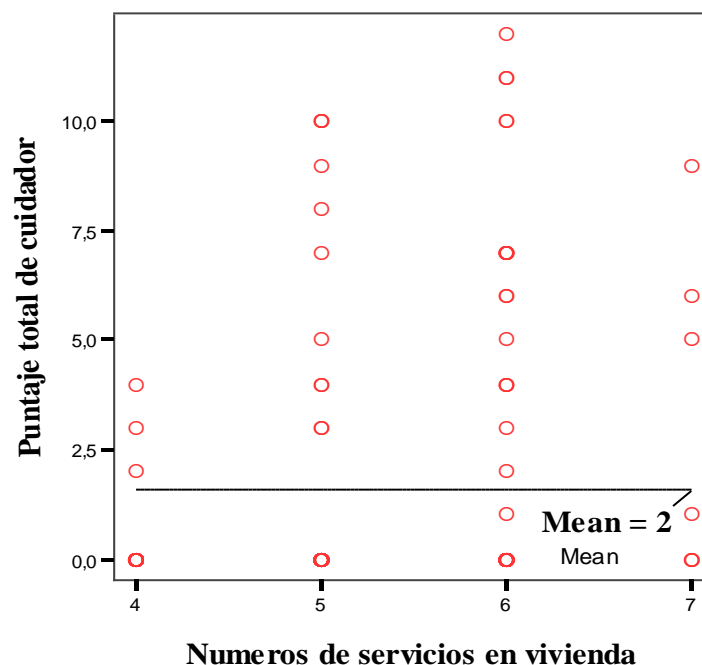


Figura 17. Relación entre el ÍEC y el número de servicios en la vivienda.

No obstante no hay esa relación estadísticamente significativa entre los puntajes totales de depresión con recibir un apoyo económico [ $X^2 (1, N = 150) = 0.350, p = 0.898$ ]. Así como se señala en la tabla 7.

Variable de depresión	Valor $X^2$	$p$
Puntajes totales de depresión entre recibir un apoyo económico	0.350	0.898

Tabla 7. Relación entre los puntajes de depresión con los que reciben y no reciben un apoyo económico.

Al examinar las dos dimensiones de la Escala de Índice de esfuerzo del Cuidador con las características sociales. La primera dimensión se llama “Problemas presentes” no se muestra un contraste entre hombres y mujeres [ $t(40) = 0.032, p = 0.153$ ], las personas que tienen o no una pareja [ $t(40) = 1.025, p = 0.132$ ], las personas que tienen o no una enfermedad crónica degenerativa [ $t(40) = 0.704, p = 0.579$ ], las que cuentan y no con un tratamiento [ $t(41) = 0.598, p = 0.630$ ], las que tienen o no un empleo [ $t(40) = 0.702, p = 0.287$ ], las que reciben o no un salario [ $t(40) = 1.078, p = 0.822$ ] y las personas que hablan o no una lengua indígena [ $t(40) = 0.525, p = 0.623$ ].

La segunda dimensión se llama “Problemas continuos”, no muestra un contraste entre hombres y mujeres [ $t(40) = 1.268, p = 0.992$ ], las personas que tienen o no una pareja [ $t(40) = 1.884, p = 0.777$ ], las personas que tienen o no una enfermedad crónica degenerativa [ $t(40) = 0.168, p = 0.096$ ], las que cuentan y no con un tratamiento [ $t(41) = 0.678, p = 0.078$ ], las que reciben o no un salario [ $t(40) = 0.408, p = 0.053$ ], las que tienen o no un ingreso económico [ $t(40) = 0.567, p = 0.802$ ] y las personas que hablan o no una lengua indígena [ $t(40) = 0.386, p = 0.701$ ], ver tabla 8.

Índice del Esfuerzo del Cuidador	Variable sociodemográfica	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
“Problemas Presentes”	Sexo	0.032	40	0.153
	Estado civil	1.025	40	0.132
	Tener una enfermedad	0.704	40	0.579
	Tener un tratamiento	0.598	41	0.630
	Trabajar	0.702	40	0.287
	Tener un salario	1.078	40	0.822
	Hablar una lengua indígena	0.525	40	0.623
“Problemas Continuos”	Sexo	1.268	40	0.992
	Estado civil	1.884	40	0.777
	Tener una enfermedad	0.168	40	0.096
	Tener un tratamiento	0.678	41	0.078
	Tener un salario	0.408	40	0.053
	Tener un apoyo económico	0.567	40	0.802
	Hablar una lengua indígena	0.386	40	0.701

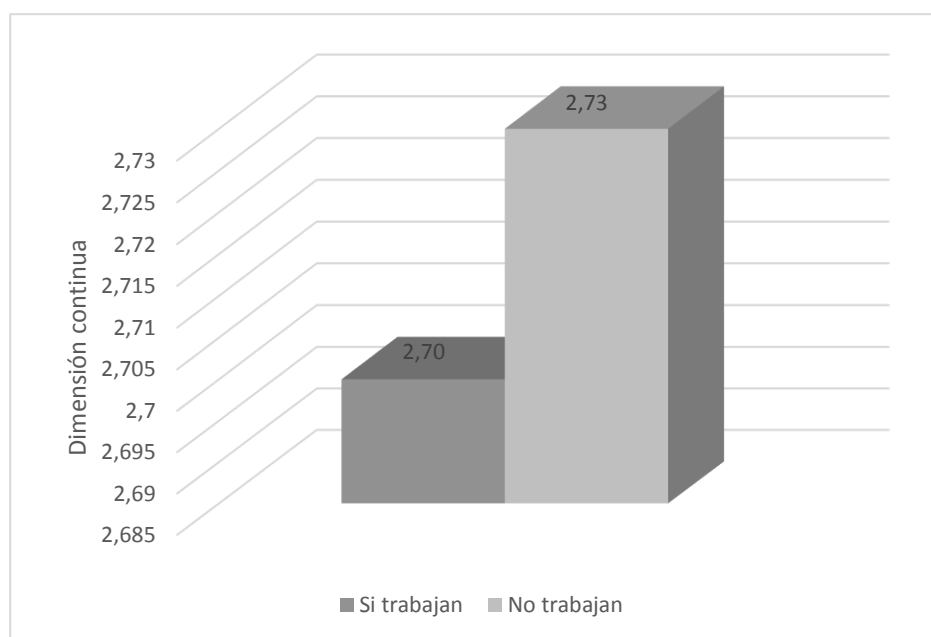
Tabla 8. Análisis comparativo entre ÍEC y las características sociodemográficas.

En igual forma no existe una relación entre la salud física del cuidador con la dimensión “problemas presentes” del ÍEC “ $r(1) = 0.084, p < 0.308$ ” ni con los puntajes totales de esta escala “ $r(1) = 0.001, p < 0.988$ ”. Tal como se señala en la tabla 9.

Relación con la salud física	Valor <i>r</i>	<i>p</i>
Puntaje total del ÍEC	0.001	0.988
Dimensión “problemas presentes” del ÍEC	0.084	0.308

Tabla 9. Correlación entre la salud física del cuidador con el ÍEC.

Posteriormente mediante la prueba *T-Test Student* se señala una diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión “problemas continuos” con los cuidadores que tienen y los que no tienen un trabajo ( $M = 2.70$ ,  $M = 2.73$ ,  $t = -0.047$ ,  $p = 0.005$ ). Esto quiere decir que los cuidadores que no trabajan les representan un mayor esfuerzo cuidar a un adulto longevo que los cuidadores que sí tienen un empleo, quizás esto se deba a que dedican más tiempo en cuidarlos (véase la figura 18).



*Figura 18.* Puntajes de la dimensión “continuos” de la Escala de ÍEC y los cuidadores que tienen o no un trabajo.

Nuevamente, se realiza la prueba *T-Test Student*, existe una diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión “presentes” con las personas que reciben un ingreso económico y las personas que no reciben ( $M = 3.04$ ,  $M = 3.00$ ,  $t = 0.058$ ,  $p = 0.018$ ). Hay mayor esfuerzo en los cuidadores que reciben un ingreso

económico, tal vez se deba que no sea insuficiente el ingreso para solventar los gastos diarios, obsérvese en la figura 19.

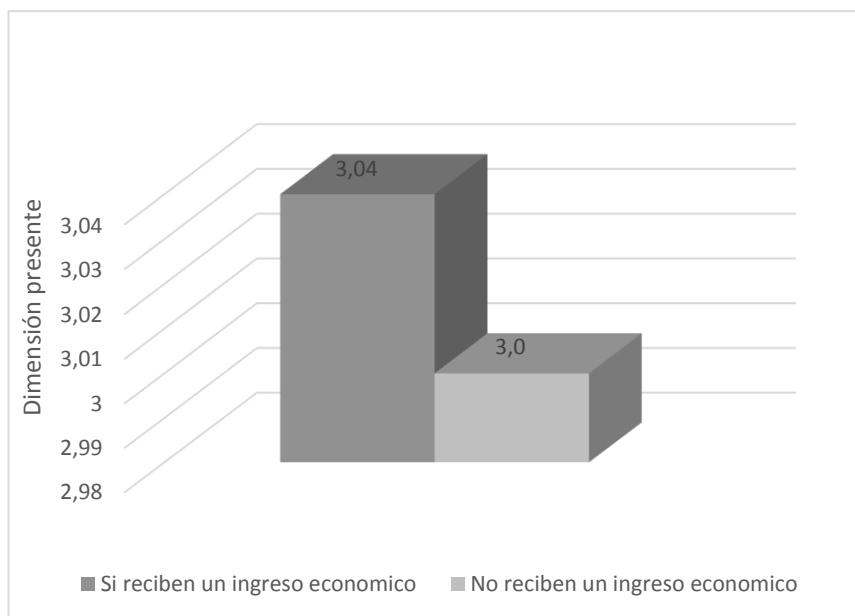


Figura 19. Puntaje de la dimensión “presentes” de la Escala de ÍEC y los que reciben un ingreso económico.

Finalmente se describen correlaciones entre las escalas de depresión de los adultos mayores y el ÍEC de los cuidadores. No hay una relación estadísticamente significativa entre la dimensión “vida” de la Escala de Depresión con la dimensión “problemas presentes” del ÍEC “ $r(1) = 0.104, p < 0.204$ ”; por su parte tampoco lo hay entre la dimensión “vida” de la Escala de Depresión con la dimensión “problemas continuos” del ÍEC “ $r(1) = 0.076, p < 0.354$ ”, ni la dimensión “recreación” de la Escala de Depresión con la dimensión “problemas presentes” de la ÍEC “ $r(1) = 0.091, p < 0.266$ ” y la Dimensión “recreación” de la Escala de Depresión con la dimensión “problemas continuos” de la ÍEC “ $r(1) = 0.076, p < 0.354$ ”.

# Capítulo VII

## Conclusión

Los datos obtenidos muestran que las mujeres tienden a prevalecer mayor depresión grave en comparación a los hombres ( $X^2 = 0.044$ ,  $p = 0.042$ ). Probablemente esto se deba al factor biológico, las mujeres en la etapa del envejecimiento tienen ausencia en la producción de hormonas (estrógeno, progesterona). Torres y Flores (2018) comprobaron que los niveles bajos de estradiol y de las citoquinas (1.5 nanogramos por cada mililitro de sangre) también, en las mujeres se disminuye el deseo sexual, aumenta la sequedad vaginal, aumenta la pérdida de cabello, se incrementa la probabilidad de la producción de quistes en los ovarios, se intensifican los cambios de estado de ánimo, los trastorno del sueño.

Para mejorar los cambios en el estado de ánimo de las mujeres se sugieren intervenciones a nivel primario: aumentar las experiencias positiva hacia la vida, disminuyendo las negativas, asimismo restablecer su calidad de vida y capacidad funcional acorde a sus necesidades individuales. Las intervenciones a nivel secundario son: fomentar el ejercicio físico (Guías de Prácticas Clínicas, GPC SS-312-16, 2015) ver nexo II.

Sin embargo algunos hallazgos coinciden con otras investigaciones. Se observa que entre mayor edad tenga el adulto mayor, más es el incremento de depresión ( $r = 0.180^*$ ,  $p < 0.028$ ). Esto tal vez se debe a la etapa del envejecimiento psicológico, biológico y fisiológico que experimenta el adulto mayor. Existe una relación entre la edad de los adultos mayores con los puntajes de depresión, debido a que la edad o la etapa del envejecimiento es vista socialmente como una etapa de abandono o estorbo del adulto mayor para la familia (Kronfly et al., 2014; Montesó y Aguilar, 2014; Sotelo et al., 2012; Rodríguez et al., 2013; De Chávez et al., 2014).

Se sugiere realizar los siguientes cuidados primarios en donde se busca que el adulto mayor reconozca y exprese sus sentimientos. En secundarios es importante que el personal de enfermería desarrolle la conciencia sobre el proceso de envejecimiento en el adulto mayor y amplíe las relaciones familiares. También en ayudar al AM a identificar los problemas y elaborar una lista de posibles soluciones deseadas (Planes de Cuidados de Enfermería, NANDA 2015-2017, NOC, 2014, NIC, 2014) ver nexos II.

En cambio, en los resultados del cuidador, hay una discrepancia entre los que reciben un ingreso económico y aquellos que no perciben ningún ingreso ( $M = 3.04$ ,  $M = 3$ ,  $t = 0.058$ ,  $p = 0.018$ ). Probablemente se deba que las personas que reciben un ingreso económico de Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL, 2015) no sean suficiente para solventar sus gastos en la vivienda. Se ha encontrado que la SEDESOL (2015) ha brindado apoyos a los adultos mayores (\$1,160 cada dos meses), esta cantidad resulta ser carente para estos mismos gastos, por lo que se tiene que adaptar el adulto longevo al bajo apoyo económico que les ofrece el gobierno.

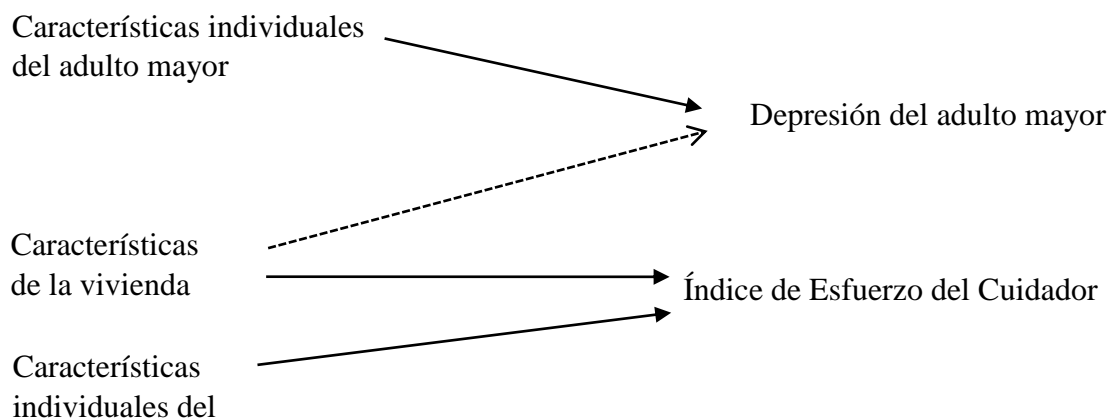
Existe una diferencia entre los cuidadores que trabajan con los que no trabajan ( $M = 2.70$ ,  $M = 2.73$ ,  $t = -0.047$ ,  $p = 0.005$ ). Esto significa que aquellas personas que no trabajan tienen un mayor ÍEC al cuidar un adulto mayor, que los cuidadores que sí tienen un empleo. De valle et al. (2015) han encontrado que las personas que no cuentan con un trabajo remunerado muestran cambios fisiológicos (dolor, enfermedad, fragilidad) y psicológico (estrés) que brinda un cuidado sin limitación de tiempo, tal vez se deba que la mayor parte del tiempo se dedican en cuidar a un adulto longevo.

La correlación entre el índice del esfuerzo del cuidador con las características de vivienda ( $r = 0.277^*$ ,  $p < 0.001$ ), coincide con la investigación de Díaz et al. (2015),

ellos han dicho que vivir en una vivienda con carencias en servicios básicos (alimentación, agua potable, vestimenta, medicamentos) incrementa el ÍEC.

Se recomienda como acción primaria, ayudar a identificar los factores estresantes en el adulto mayor y el cuidador, de igual forma en el resto de los familiares, para prevenir, mejorar y reforzar la calidad de vida y la salud mental de ellos. Como atenciones secundarias incluir a la familia y fomentar la red social entre ellos (NANDA 2015-2017, NOC, 2014, NIC, 2014) ver nexos II.

Finalmente, las características individuales y de la vivienda incrementan los síntomas depresivos en el adulto mayor y en el caso del cuidador, la sobrecarga. En este estudio no hay evidencia suficiente para decir que el incremento o decremento del ÍEC aumenta los puntajes de depresión, por lo que se sugiere seguir estudiando la relación causal de estas dos variables. Ver figura 20.



*Figura 20.* Características sociodemográficas que influyen en los puntajes de depresión y el ÍEC.

Los resultados de la hipótesis muestran que los puntajes de depresión en adultos mayores no están relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas. Esto se ha debido a los criterios de inclusión y exclusión en la toma de la glucosa en los adultos mayores, algunos AM con diabetes se habían presentado sin las indicaciones para la toma de la glucosa (asistir en ayuno). Debido a esto no se contó con suficiente información para analizar estas variables.

De igual manera al analizar el estudio se encontró que no hay relación entre la depresión con algunas características sociodemográficas individuales (el estado civil, pertenecer a una religión, el nivel educativo o recibir un tratamiento de alguna enfermedad), ni con las características sociodemográficas de la vivienda (tener una casa propia, el tipo de material de la casa y del piso, contar con energía eléctrica, si el hogar cuenta con un baño adentro, el tipo de baño de la vivienda (fosa séptica o letrina), el uso de la leña para la preparación de los alimentos).

Tal vez se debe a que la muestra de estudio ha sido pequeña, además en la recolección de las características sociodemográficas, la gran mayoría de estos participantes tienen problemas auditivos, algunas respuestas habían sido proporcionadas por sus cuidadores y que no a todos los AM se les había realizado visitas domiciliarias para verificar las condiciones de su vivienda.

En el país es importante realizar estudios sobre la depresión en AM, se propone que esta investigación sea el punto de partida para difundir información y generar conciencia sobre el cuidado del adulto mayor con síntomas depresivos en cuidadores formales e informales a nivel regional, Estatal, Nacional e Internacional.

En sugerencia esté sea el punto de partida en las futuras investigaciones, se analicen la valoración emocional y mental de los cuidadores, incluir las desigualdades de género entre los adultos mayores y del cuidador con la etapa de evolución de la enfermedad del AM y con las características sociodemográficas. Además se debe visualizar al adulto mayor no en forma aislada sino en forma sistémica. Por último, incrementar el número de participantes en los cuidadores para obtener más resultados, asimismo realizar visitas domiciliarias e incorporar metodología cualitativa en la recolección y análisis de datos sociodemográficos.

## Bibliografía

Alvarado, A.M. y Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de <http://scielo>

Alves R., Castro, T. y Trelles, T.M. (2013). Factores intrínsecos y extrínsecos implicados en el envejecimiento cutáneo. *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 39-1. Recuperado de <http://scielo>

Cerquera, A.M., Granados, F.J. y Buitrago, A.M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychologia*, 35-45. Doi: [org/articulo.oa?id=297225770002](http://org/articulo.oa?id=297225770002).

Contreras, C.M., Rodríguez, J.F., Gutiérrez, A.G., Bernal, B. y Saalvedra, M. (2003). Estudio experimental de la ansiedad y la depresión. *Revista Ciencia*. Recuperado de <http://revistaciencia.amc.edu.mx>.

Consejo Nacional de Población. (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx>.

De Valle, M.J., Hernández, I.E., Zúñiga M.L. y Martínez, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12 (1) ,19-27.

De Chávez, D.R., Zegbe, J.A., Sánchez, F.M. y Castañeda, M.S. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/29/029\\_RuizSalinasPolanco.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf).

Díaz, H., Lemus, N.M., Gonzales, W., Licort, O.L. y Gort, O. (2015). Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de Ciencias Médicas*, 19(3), 478-490.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A.M., Ordóñez, J., Osorio, J.J. y Chavarriaga, L.M. (2012). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. ISSN, 1657-9267.

Estrada, M.E., Gil, A.I., Gil, M. y Viñas A. (2016). La dependencia: efectos en la salud familiar. *Atención primaria*. Doi: org/10.1016/j.aprim.12.007 0212-6567/.

Espín, A.M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 393-402. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>.

Espelt, A., Continente, X., Domingo, A., Domínguez, F., Fernández, T., Monge, S., Ruiz, T., Perez, G. y Borrell, C. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*, 30, 38-44. Doi: org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011.

Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 1, 29-41. ISSN 0717-2079.

Flores, L., Ramírez, F.R. y Trejo, J. (2016). Depresión en adultos mayores con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gaceta Medica México*, 152,4 439-443. Recuperado de [http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM.152.4\\_439-443.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n4/GMM.152.4_439-443.pdf).

Ferre, C., Rodero, V., Cid, D., Vives, C. y Aparicio, M.R. (2011). Guías de cuidados de enfermería: cuidar al cuidador en atención primaria. *Tarragona: Publidisa*. Recuperado de <http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia>.

Guía de Práctica Clínica SS-312-16. (2015). *Intervención de enfermería para la detección, atención y control de la depresión en el adulto mayor en los tres niveles de atención*. Recuperado de

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/anterior/catalogoMaestroGPC.html#>.

Henderson, V. (1966). Teorías de Enfermería y Marcos conceptuales. En Berman A.J. & Snyder, S. (Ed.). *Fundamento de enfermería*. (p. 44-46). Madrid: España.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Población total encuesta internacional 2015*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructura>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Índice de envejecimiento por Entidad federativa y Periodo*. Recuperado de [http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=d518b312-a32e-4d23-a8dd-08a64c187a6c&db=Poblacion&px=poblacion\\_5](http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/pxweb/inicio.html?rxid=d518b312-a32e-4d23-a8dd-08a64c187a6c&db=Poblacion&px=poblacion_5).

International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. (2015-2017). *Incumplimiento-00079* (p. 145). Elsevier. Barcelona: España.

International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. (2015-2017). *Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano-00257* (p. 150). Elsevier. Barcelona: España.

Jiménez, M.V., Márquez, H., Monsreal, J.L., González, G., Sandoval, L. y Boquer, R. (2016). Horizonte preclínico de la depresión en adultos. *Gaceta Médica México*, 152, 479-485. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>.

Kronfly, E., Rivilla, D., Ortega, I., Villanueva, M., Beltrán, E., Comellas, M., Almeda, J., Casals, J., Rico, Y., Martínez, S., Carrasco, R., Bonfill, M., Calderón, B.,

Fernández, M. y Barranco, L. (2014). Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(10), 616-625. Doi: org/10.1016/j.aprim.09.012.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1995). *Trastorno del estado de ánimo* (4ª ed.) (p. 323-333). Barcelona: España. Elsevier.

Martínez, M.A., De Irala, J. y Delgado, M. (2013). Determinantes de la salud. En Martínez, M.A. (Ed.), *Concepto de salud pública y estrategias preventivos* (p. 165-170). Barcelona: Elsevier.

Montesó, P. y Aguilar, C. (2014). Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad, 46(3), 167-172. Doi: org/10.1016/j.aprim.07.009.

Moreno, S., Palomino, P.A., Moral, L., Frías, A. y Pino, R. (2016). Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. *Gac Sanit*, 30(3), 201–207. Doi: org/10.1016/j.gaceta.02.004.

Mühlenbrock, F.V., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & Muhlenbrock, C.V. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 49(4), 331-337. Recuperado de <http://www.sonepsyn.cl>.

Nursing outcomes Classification. (2014). *Severidad de la soledad-1203* 5ª edición (p. 536). Elsevier. Barcelona: España

Nursing outcomes Classification. (2014). *Severidad de los síntomas-2103* 5ª edición (p. 538). Elsevier. Barcelona: España

Nursing Interventions classification. (2014). *Fomentar la implicación familiar-7110* 6ª edición (p. 229). Elsevier. Barcelona: España.

Nursing Interventions classification. (2014). *Apoyo emocional-5270* 6ª edición (p. 89). Elsevier. Barcelona: España

Nursing Interventions classification. (2014). *Visitas domiciliarias de apoyo-5328 6ª edición* (p. 438). Elsevier. Barcelona: España.

Nursing Interventions classification. (2014). *Facilitar la presencia de la familia-7170 6ª edición* (p. 220). Elsevier. Barcelona: España.

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. En Neuman B., & Fawcett, J. (Eds.), *The Neuman systems model* (p.1-33). Uper Saddle River, (NJ): Pearson

Norma Oficial Mexicana. (1994). *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus 015-SSA2*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>.

Norma Oficial Mexicana. (1999). *Para la prevención y tratamiento y control de la hipertensión arterial 030-SSA2*. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial de salud sobre el envejecimiento y la salud* (p.27-28). Recuperado de <http://www.who.int/about/licensing/copyrightform/en/index.html>.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de <http://www.iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>.

Rodríguez, L., Sotolongo, O., Luberta, G. y calvo, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1):64-75. Doi: scielo.sld.cu.

Rodríguez, R.M. y Landeros, M.E. (2014). Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 11(3):87-93.

Rodríguez, A.M., Rodríguez E., Duarte A., Díaz, E., Barbosa, A., Clavería, A. y Zarit. (2016). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3):156-165. Doi: org/10.1016/j.aprim.05.006.

Rueda, M.A. (2017). Depresión en mujer. *Revista colombiana cardiología*. Doi: org/10.1016/j.rccar.12.007.

Sánchez, A., Fernández, M.L., Villasán, A. y Carrasco, A. (2017). Envejecimiento activo y reserva cognitiva: guía para la evaluación y la estimulación. *Studia Zamorensia*.

Sánchez, P.A (2008). Psicología clínica. *El manual moderado*. Recuperado de <http://www.universidadcultural.com.mx>.

Secretaría de Desarrollo Social y Consejo Nacional y Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34895/Oaxaca\\_559.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/34895/Oaxaca_559.pdf).

Secretaría de Desarrollo Social. (2015). *Programa pensión para adultos mayores*. Recuperado de [http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/28096/Adultos\\_mayores](http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/28096/Adultos_mayores).

Sotelo, I., Rojas, J.E, Sánchez, C. y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(1), 5-13. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>.

Tamayo, M., Besoán, A. y Rebolledo J. (2016). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit*, 1393(5). Doi: org/10.1016/j.gaceta.12.004.

Torres, W. y Flores, M.M. (2018). Factores predictores del bienestar subjetivo en adultos mayores. *Revista de Psicología*, 36 (1), ISSN 0254-9247. Doi: org/10.18800/psico.01.001.

Urbina, J.R., Flores, J.M., García, M.P., Torres, L. y Turrubias, R.M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores prevalencia y factores asociados. *Gac.Sanit.* 21(1), 37-42.

Vélez, J.M., Berbesí D., Cardona, D., Segura A. y Ordóñez J. (2011). Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. *Atención primaria*, 4(7), 411-416. Doi:10.1016/j.aprim.

Wagner, F.A., González, C., Sánchez, S., García, C., Gallo, J.J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35, 3-11.

Womble, D. (2011). Salud mental y enfermedad mental. En Autor (Ed.), *Introducción a la enfermería de la salud mental* (2ª ed) (p. 2). Barcelona: Wolters kluwer.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Lum. O., Heersema, P.H., Adey, M. & Rose, T. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology*, 1, 37-43.

Zarit, S.H., Reever, K.E. & Peterson, B.J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

Zenteno, A., Cid, P. y Saez K. (2017). Autoeficacia del cuidador familiar de la persona en estado crítico. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 146-154. Doi: org/10.1016/j.reu.

## Anexo I. Consentimiento Informado



**Universidad del Papaloapan**  
*Terra Uberrima. Mens Agerta*

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado para participación en protocolo de investigación, los datos recabados de las entrevistas serán tratadas confidencialmente, su contenido específico no será divulgado y la información proporcionada será usada exclusivamente con fines de esta investigación.

Nombre de la investigación: Prevalencia de Depresión en adultos mayores de Cerro Armadillo Grande. Justificación y objetivo de estudio: Conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores de la comunidad de Cerro Armadillo Grande.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Reportar los casos de prevalencia de depresión a las autoridades correspondientes.

Declaración del paciente: yo, \_\_\_\_\_De claro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Yo puedo solicitar información adicional acerca del riesgo o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis evaluaciones si los solicito. He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del participante

Beatriz Pérez Quintero

Nombre y firma del investigador



**INTERVENCIONES (NIC):** Fomentar la implicación familiar (7110)  
Campo: 5 Familia  
Clase: X Cuidados durante la vida

#### **ACTIVIDADES**

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador.
- proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas de este.
- Identificar otros factores estresantes situacionales para los miembros de la familia.
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llantos, náuseas, vómitos y distraibilidad).
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, según corresponda por la edad o la enfermedad.
- “Involucrar a los miembros de la familia y formar una red social para el cuidado y acompañamiento a los adultos mayores con el objetivo de evitar el aislamiento de sus capacidades físicas y mentales” (GPC, pp.16, 2016).

**INTERVENCIONES (NIC):** Apoyo emocional (5270)  
Campo: 3 Conductual  
Clase: R Ayuda para el afrontamiento

#### **ACTIVIDADES**

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- “Al aumentar las experiencias positivas de vida y disminuir las negativas, en el proceso de envejecimiento, se puede interrumpir el ciclo de la vida de la depresión” (GPC, pp.19, 2016).
- “La actividad física tiene efectos favorables sobre la disminución del riesgo de padecer depresión” (GPC, pp.18, 2016).
- “Establecer la calidad vida y la capacidad funcional actual permite la aceptación de la realidad del adulto mayor y enfocarlos los esfuerzos acorde a sus necesidades” (GPC, pp.17, 2016).
- “La atención de apoyo y la educación para lograr un ambiente más confortable se deberá ofrecer tanto a los pacientes con edad avanzada como a los cuidadores, buscando su integración” (Guía de práctica clínica de enfermería, GPC, pp.15, 2016).
- “En el manejo del paciente con depresión en primer nivel de atención se deben aplicar diversas estrategias y acciones, una de ellas es realizar ejercicio físico” (GPC, pp.18, 2016).



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud  
 Dirección General de Calidad y Educación en Salud  
 Dirección General Adjunta de Calidad  
 Dirección de Enfermería  
 Comisión Permanente de Enfermería  
 Comisión Interinstitucional de Enfermería del Estado de Oaxaca



**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Depresión del Adulto Mayor**

<b>Dominio: Promoción a la salud</b>	<b>Clase: Gestión de salud</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P):</u></b></p> <p>Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (00257)</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Depresión.</li> <li>-Apoyo social insuficiente.</li> <li>-Económicamente desfavorecidos.</li> <li>-Aislamiento social.</li> <li>-Agotamiento.</li> <li>-Tristeza.</li> <li>-Vivir solo.</li> </ul>	

<b>RESULTADO (NOC)</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>
Dominio: (V) salud percibida  Clase: (V) sintomatología  Resultado  Severidad de los síntomas (2103)	210301 Temor asociado.	1.- Grave	Mantener en: 3 Aumentar a: 3
	210309 Deterioro en el desempeño del rol.	2.- Sustancial	Mantener en: 3 Aumentar a: 3
	210310 Relaciones interpersonales alterados.	3.- Moderado	Mantener en: 3 Aumentar a: 3
	210311 Deterioro del estado de ánimo.	4.- Leve	Mantener en: 3 Aumentar a: 3
	210316 Sueño inadecuado.	5.- Ninguno	Mantener en: 3 Aumentar a: 3
	210314 Pérdida de apetito.		Mantener en: 3 Aumentar a: 3
			M=3 A=3

**INTERVENCIONES (NIC):** *Visitas domiciliarias de apoyo (5328)*

Campo: 3 Conductual

Clase: Q Potenciación

**ACTIVIDADES**

- Establecer un lugar agradable y tiempo para las visitas.
- Mostrar interés por el paciente.
- Mantener la confidencialidad e intimidad del paciente.
- Evitar los obstáculos a la escucha activa (es decir, minimizar los sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y finalizar la visita de forma prematura).
- Ayudar al paciente a nombrar los sentimientos y emociones asociados con la situación.
- Ayudar al paciente a identificar el problema principal.
- Ayudar al paciente a laborar una lista de soluciones.
- Animar al paciente a evaluar los inconvenientes y ventajas de las listas elaborada.
- Animar al paciente a elegir soluciones deseadas.
- “El personal de enfermería deberá educar al paciente sobre la alteración de la depresión, aclarar dudas y conceptos erróneos que se tengan sobre ella” (GPC, pp.17, 2016).
- “El personal de enfermería considerara en el adulto mayor limitaciones, capacidades y preferencias físicas y cognitivas para establecer actividades individualizadas de: alimentación, reactivación física, promoción a la salud, estimación cognitiva y socialización entre otras” (GPC, pp.19, 2016).

**INTERVENCIONES (NIC):** *Facilitar la presencia de la familia (7170)*

Campo: 5 Familia

Clase: X Cuidados durante la vida

**ACTIVIDADES**

- Cuando se hable con la familia que se está dando la mejor atención posible al apaciente.
- Informar a la familia de las expectativas y los límites de la conducta.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial, y espirituales del paciente y de la familia y tomar las medidas oportunas para satisfacer dicha necesidades, según corresponda.
- Preparar a la familia, asegurándose de que ha sido informado sobre que esperar, que oirá, olerá y/o vera.
- “El personal de enfermería deberá informar al adulto mayor y la familia que la depresión es una enfermedad asociada a cambios neurológicos y funcionamiento cerebral, por lo que deberá ser diagnosticada y tratada” (GPC, pp.17, 2016).