



UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Vicerrectoría

Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Depresión y capacidad funcional en el adulto mayor

Autor

570992 Sofía Lilia Treviño Lozano

San Pedro Garza García, N.L., noviembre del 2020.



UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Vicerrectoría

Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Depresión y capacidad funcional en el adulto mayor

Autor

570992 Sofía Lilia Treviño Lozano

Asesor

MCE. Carolina Solano

San Pedro Garza García, N.L., noviembre del 2020.

**DEPRESION Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO
MAYOR**

Aprobación de Tesis;

MCE. Carolina Solano Vázquez

Asesor de tesis

MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano

Presidente

Lic. Gabriela Ileana Donají Martínez Dávila

Secretario

MGDS. Alma Patricia Aguilar Obregón

Vocal

Patricia Addarith Magaña Lozano

Director Escuela de Enfermería

Agradecimientos

A la Escuela de Enfermería Chistus Muguera-UEM quien me dio la oportunidad de prepararnos y de poner en practica nuestros conocimientos para realizar esta investigación, así mismo por el apoyo a los docentes quienes fueron parte de esto, por permitirme culminar la licenciatura de enfermería.

A la Dra. Sandra Paloma gracias a su tiempo y su apoyo, por su paciencia para guiarme con este proyecto, por trasmitirme su conocimiento para poder realizar esta investigación.

A mi asesora la Maestra Carolina Solano Vázquez quien desde un inicio me brindo apoyo sus conocimientos a lo largo de este proyecto de investigación, agradezco también por su confianza y por creer en nuestra capacidad para terminar con este proyecto.

Dedicatoria

Principalmente le agradezco a dios, por permitirme elegir tan hermosa carrera, por permitirme dejar servir a los demas.

A mis padres la Sra. María Luisa Lozano Perez y Sr. Francisco Treviño Bermea por no dejarme caer, por estar en mis días grises y en los felices, siempre para mí, por apoyarme incondicionalmente en todo momento, por sus regaños, gracias a todo esto, todo esto ha sido posible por apoyarme a lo largo de estos años, por confiar en mi y no dejarme nunca.

A mi novio el Sr. Ever Villanueva García, por estar siempre para mí, por apoyarme a lo largo de estos años, por estar en lo largo de la carrera conmigo y compartirme sus conocimientos, por creer en mí, por ayudarme y darme nuestro precioso hijo Ever Daniel. También le agradezco a mi hijo por ser el más grande motor que tiene mi vida, que a pesar de que llego a mitad de carrera, fue el impulso mas grande que necesitaba y todo lo que hago es por el y para él.

RESUMEN

Sofia Lilia Treviño Lozano

Escuela de Enfermería UDEM

Campus Chistus

MUGERZA Hospital General

Conchita

Título del Estudio: DEPRESION
Y CAPACIDAD

FUNIONAL EN EL ADULTO

MAYOR

Número de páginas: 71

Fecha de

Graduación:

7 noviembre 2020

Candidato para obtener el
grado de
Licenciatura

Área del Estudio: Comunitario
en Enfermería

Propósito y Método de estudio: Estudio de investigación cuantitativo descriptivo tipo transversal con el objetivo de identificar en nivel de depresión y capacidad funcional en el adulto mayor. Se utilizo una cedula de datos sociodemográficos y los instrumentos Escala de depresión Yevesage y Capacidad funcional, se utilizo una muestra de 40 adultos mayores.

Contribución y conclusiones: Los resultados arrojaron mayor prevalencia de depresión en mujeres, así como con niveles mas altos de capacidad funcional, la edad predominante fue de 65 años a 70 años, casados con preparatoria con situación laboral de jubilados, y el diagnostico más predominante fue de diabetes mellitus.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

SUMMARY

Sofia Lilia Treviño Lozano

Escuela de Enfermería UDEM

Campus Chistus

MUGERZA Hospital General

Conchita

Study title: DEPRESSION AND
FUNCTIONAL CAPACITY IN THE
ELDERLY

Graduation

date:

November, 05 2020

Bachelor of
nursing
candidate

Numbers of pages: 71

Study Area: Community

Propose and study method: Cross-sectional descriptive quantitative research study with the objective of identifying the level of depression and functional capacity in the elderly. A sociodemographic data card and the Yevesage Depression Scale and Functional Capacity instruments were used, a sample of 40 older adults was used.

Contributions and conclusions: The results showed a higher prevalence of depression in women, as well as with higher levels of functional capacity, the predominant age was from 65 years to 70 years, married to high school with a retired work situation, and the most prevalent diagnosis was diabetes mellitus.

THESIS DIRECTOR SIGNATURE: _____

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I. Introducción	1
1.2 Antecedentes	6
1.3 Marco conceptual	12
1.4 Justificación	21
1.5 Definición del problema	24
1.6 Objetivos	26
Capítulo II. Material y métodos	27
Criterios de selección	29
Definición de las variables sociodemográficas y unidades de medida	30
Definición de variables	33
Recolección de información	35
2.7.1 Selección de fuentes y métodos	37
2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la información	38
2.8 Aspectos éticos	39
Capitulo III. Resultados	
3.1 Características de las variables sociodemográficas	41
3.2 Estadísticas descriptivas de la variable de estudio	43
Capitulo IV. Discusión	50
4.1 Limitaciones del estudio	53
4.2 Conclusiones	53
4.3 Recomendaciones	54
Referencias Bibliográficas	

Apéndice

Apéndice A. Aprobación del comité de Investigación y comité de ética en investigación	63
Apéndice B. Consentimiento Informado	64
Apéndice C. Cedula de datos	67
Apéndice D. Instrumento para evaluar la depresión	68
Apéndice E. Instrumento para evaluar la capacidad funcional	71

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Definición de las variables sociodemográficas y unidades de medida	29
2. Definición de variables	34
3. Características de las variables sociodemográficas	41
4. Nivel de depresión en el adulto mayor	43
5. Nivel de depresión en mujeres	43
6. Nivel de depresión en hombres	44
7. Escala Yevesage	45
8. Identificar la capacidad funcional en el adulto mayor	46
9. Capacidad funcional en mujeres	46
10. Capacidad funcional en hombres	47
11. Índice de Barthel	48
12. Identificación de niveles de depresión y capacidad funcional	49

Capítulo I

Introducción

La depresión es una enfermedad la cual se relaciona con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que se encarga de la regulación de las emociones de bienestar y el sueño, las cuales provocan un cambio en su energía y se refleja en alteraciones como por sentimientos de tristeza y baja de la voluntad (Organización mundial de la salud [OMS], 2017).

La problemática es que el número de adultos mayores va en aumento en casi todo el mundo, la OMS nos refiere que entre el año 2015 y 2050 esta población se duplicara pasando del 12 % al 22%. En números, el aumento que se espera es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. En México el 10.5 de la población está conformada por adultos mayores.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas por las que un adulto mayor puede caer en depresión tales como la pérdida de su vitalidad, el cambio en su ritmo de vida, así como la disminución de sus funciones y capacidades (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015).

La funcionalidad física del adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con aumento en la mortalidad de los adultos mayores. El proceso funcional geriátrico comienza cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación en su reserva funcional, manifestada por un

estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad (Silva, Castro, Coelho, Wehbe, Fernandez, Partezani, 2015).

La discapacidad en la población adulta mayor es más alta en las mujeres que en los hombres. Los procesos degenerativos ligados a la edad y la morbilidad son las dos principales causas de discapacidad entre la población adulta mayor: aproximadamente ocho de cada 10 casos de discapacidad se relacionan con edad avanzada y enfermedad (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).

Además, otras de las causas de depresión, nos refiere el IMSS, en el año 2015, son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como pudiera ser el fallecimiento de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales (IMSS, 2015).

También algunas de las causas por las que el adulto mayor se deprime repercute el principio de una serie de enfermedades crónico-degenerativas que con la edad empiezan a llegar, así como la disminución del poder adquisitivo puede ser factor que predispone para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ningún ingreso (Quintero, Eucaris, Villamil y León, 2015).

Los factores psicosociales que más inciden en la depresión a los adultos mayores son la violencia psicológica, pérdida de los roles sociales, el temor a la muerte, soledad, además puede existir abandono o la falta de atención, así como pérdidas de dignidad y al respeto. Así como el maltrato físico, psicológico y económico (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015).

estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad (Silva, Castro, Coelho, Wehbe, Fernández, Partezani, 2015).

La discapacidad en la población adulta mayor es más alta en las mujeres que en los hombres. Los procesos degenerativos ligados a la edad y la morbilidad son las dos principales causas de discapacidad entre la población adulta mayor: aproximadamente ocho de cada 10 casos de discapacidad se relacionan con edad avanzada y enfermedad (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).

Además, otras de las causas de depresión, nos refiere el IMSS, en el año 2015, son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como pudiera ser el fallecimiento de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales (IMSS, 2015).

También algunas de las causas por las que el adulto mayor se deprime repercute el principio de una serie de enfermedades crónico-degenerativas que con la edad empiezan a llegar, así como la disminución del poder adquisitivo puede ser factor que predispone para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ningún ingreso (Quintero, Eucaris, Villamil y León, 2015).

Los factores psicosociales que más inciden en la depresión a los adultos mayores son la violencia psicológica, pérdida de los roles sociales, el temor a la muerte, soledad, además puede existir abandono o la falta de atención, así como pérdidas de dignidad y al respeto. Así como el maltrato físico, psicológico y económico (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015).

Para mencionar estadísticamente aproximadamente la OMS refiere que un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental como la depresión mayor, por lo cual esto es un porcentaje considerable que debe de tratar con la importancia de cualquier otra enfermedad. Las consecuencias de la depresión en los adultos mayores las cuales nos refiere el IMSS son la disminución de energía, la disminución en sus actividades, disfunción social, familiar y en caso extremo el suicidio.

La depresión es la principal causa de suicidios entre las personas mayores. En México 954 personas mayores de 60 años se suicidaron en 2015, que contrasta con los 454 que lo hicieron en 2006, es decir, un incremento de más del doble, el 90% de los casos se dan en hombres, pues las mujeres tienden a tener mayores redes de apoyo familiar, amistades y comunidad, que le ayudan a reducir la depresión (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016).

En EUA el 13% de la población tiene más de 65 años, en este grupo de edad se dan el 20 % de los suicidios, la tasa más alta de suicidio mundialmente sucede en hombres que tienen 75 años o más y estas se relacionan con las sobredosis de fármacos (Cardona, Segura y Garzón, 2015).

En cuestión de salud pública y de los costos de la asistencia sanitaria la OMS hace mención que los adultos mayores tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónico-degenerativas pero debido a la depresión aumenta la percepción de tener mala salud por lo que requieren la utilización de los servicios médicos.

Diversos autores han encontrado una relación importante entre depresión y riesgo de dependencia funcional, inclusive se conoce que los adultos mayores con trastornos depresivos de evolución, mayor es la posibilidad de presentar dependencia funcional, la cual se duplica en adultos mayores con síntomas depresivos. La asociación entre estas variables, por ello es importante valorar la relación que hay entre depresión y dependencia funcional y si existen otros factores (Runzer Colmenares, Castro, Merino, Torres Mallma, Gregory, Diaz, Perez y Parodi). La importancia de poner en evidencia mediante estudios similares la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional de la población geriátrica permitirá aplicar medidas de prevención y tratamientos efectivos para un mejor pronóstico a mediano plazo para mejorar la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo de investigación es identificar el nivel de depresión y la capacidad funcional en el adulto mayor.

1.2 Antecedentes

Cardona, Segura, Segura y Garzón en el año 2015 llevaron a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, en Antioquia Colombia, su objetivo es determinar la variabilidad de riesgo de depresión en adultos mayores. En los resultados se utilizó la escala de depresión Yevesage, se entrevistaron a 52 adultos mayores y la prevalencia de riesgo de depresión fue de un 29.5%, el 20.5% presentó un riesgo leve y el 9.0 % riesgo mayor; así mismo por cada mujer con riesgo de presentar depresión hubo 0.9 % hombres con el mismo riesgo, es decir la prevalencia en los hombres fue menor. En cuanto a la edad de los encuestados los mayores de 75 años se encontró que el 36.6% presentaba riesgo de depresión y se evidenció una asociación con la edad, así como la condición civil; los viudos tenían riesgo de depresión en un 36.3% y en los casados de 23.2%, así como riesgo de ansiedad, capacidad funcional moderada, el cual fue por muestreo aleatorio simple.

Runzer Colmenares, Castro, Merino, Torres Mallma, Pérez y Parodi en el año 2017 llevaron a cabo un estudio retrospectivo transversal y analítico, en Perú, su objetivo era determinar la asociación entre la depresión y la dependencia funcional. Los resultados fueron obtenidos mediante la escala de depresión de Yesavage de 5 ítems que eran conformadas por preguntas respecto a la satisfacción que tenían en su vida, se entrevistó a 51 adultos mayores y se encontró un puntaje del 43.95 % de los entrevistados sufre depresión y la dependencia funcional se logró evidencias que, a mayor riesgo de depresión, mayor es la probabilidad de presentar

dependencia según el índice de Barthel, esto es independiente a otras variables.

Silva, Castro, Fabricio-Wehbe, Fernández y Partezani, en el año 2015, realizó un estudio, cuantitativo, descriptivo, transversal con 156 adultos mayores en Lima, Perú. Se utilizaron los instrumentos: perfil sociodemográfico, Mini Examen del Estado Mental, Índice de Barthel y Escala de Depresión Geriátrica. Fue realizado análisis descriptivo, cuyo objetivo era evaluar la capacidad funcional y su asociación con las variables sociodemográficas, estado cognitivo y síntomas depresivos en adultos mayores atendidos en un Hospital de Día de Geriatría, los resultados obtenidos predominó el sexo femenino, con 80 años y más de edad, los casados y que tenían entre 1 a 6 años de estudio. La capacidad funcional fue evaluada según las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, siendo que en ambas prevaleció la dependencia leve (49.4% y 33.3%, respectivamente). Menos de la mitad de los adultos mayores presentaron déficit cognitivo (42.9%) y más de la mitad presentaron síntomas depresivos (60.9%).

Quintero, Eucaris, Villamil y León en el año 2015 llevaron a cabo un estudio exploratorio con un diseño cuasi experimental, con el objetivo de evaluar el efecto de la terapia de risa sobre el grado de depresión y sentimiento de soledad en adultos mayores internados en centros geriátricos. Los resultados fueron obtenidos mediante la escala de depresión Yevesage, antes de la terapia de la risa, de 26 participantes se clasificaron como normales, 12 con depresión leve, 11 con depresión grave después de la aplicación de la terapia de la risa 30 se clasificaron como normales. Después de la terapia de la risa

de estos 26, 23 continuaron con la clasificación inicial y 3 pasaron a depresión leve.

Segura Cardona, Hernández Calle, Cardona Arango, Segura Cardona, Muñoz Rodríguez y Jaramillo Arroyave en el año 2018, llevaron a cabo un estudio analítico transversal, el objetivo de este estudio era explorar los factores demográficos de la salud y de la funcionalidad asociadas a la depresión en los adultos mayores. Los resultados fueron obtenidos por encuestas a 1514 adultos mayores de 60 años de edad mayores de edad, que viven en el área urbana de la ciudades de Medellín ,Barranquilla y Pasto, se utilizó la escala de depresión Yesavage la cual consiste de 15 ítems que explora los síntomas cognitivos, se encontró que el 83.6% (1,266) de los mayores los adultos evaluados no informaron haber tenido depresión, mientras que el 12.9% (196) tuvo síntomas de depresión, mientras que en 3.4% (52) de la muestra no hubo respuesta a la escala aplicada. Por sexo, una diferencia estadísticamente significativa fue encontrado entre hombres y mujeres, con una mayor proporción de mujeres con síntomas de la depresión.

Damián, Pastor Barrisuco, Valderrama Gama y Cuesta en el año 2017 llevaron a cabo un estudio en España, donde se seleccionó una muestra con aglomerados estratificada de 591 adultos mayores con más de 75 años cuyo objetivo era medir la asociación entre la depresión con la capacidad funcional, así como la mortalidad y evaluar posibles modificaciones antes de su detención. Los resultados obtenidos fueron que el riesgo de mortalidad a largo plazo está asociado con la depresión, estos síntomas depresivos no detectados se manifiestan con una desesperanza de vida.

Hanes, López, Vázquez y Hernández llevaron a cabo un estudio en el año 2015 en Cuba, exploratorio descriptivo trasversal, con el objetivo de describir los factores psicosociales que influyen en la depresión, donde se encuestaron a 60 adultos mayores. Los resultados la edad más incidente es de 75 a 79 años y predomina el sexo femenino en un 64.38%, en donde ellos refieren que el temor más grande es la muerte con un 78.08%, el factor social y la necesidad de comunicación social en un 56.85%, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza en un 86.6% se la cual predominó para una depresión establecida en un 50.69%.

Laudisio, Antonelli, Gemma, Marzetti, Pozzi, Padua, Bernabei y Zuccala llevaron a cabo un estudio en el 2016 en Italia, llevaron a cabo un estudio con una selección de una muestra de un grupo estratificado, en Italia, cuyo objetivo era medir la depresión. Los resultados fueron evaluados mediante porcentajes de la escala de depresión geriátrica Yevesage, donde se entrevistaron a los 387 adultos mayores de 75 años que vivían en Toscana (Italia), donde se determinó que la calidad de vida está relacionada con la salud percibida carentemente las cuales están relacionadas con la depresión.

Manandhar, Risal, Shresha, Manandhar, Kunwar, Koju y Holen, en el año 2019 llevaron a cabo un estudio trasversal de base poblacional con el objetivo de evaluar la prevalencia de la depresión, en Asia del sur. Los resultados fueron evaluados a 460 adultos mayores de los cuales solo participaron 439 con prevalencia de mujeres, la media es de 70 de los cuales se encontró que la depresión fue más común en las mujeres y que era más alto el índice en las

zonas rurales de padecer depresión, así como los que viven solos o son viudos.

Hatta, Roblatti y Resblatton en el año 2016 en Brasil llevaron a cabo un estudio transversal observacional, cuyo objetivo era valorar la depresión en adultos mayores, se entrevistaron Los resultados fueron valorados con forme su desempeño en las tareas las cuales están asociadas con la dificultad y la cognición, estas tienen menos influencia a nivel educativo las cuales reducen y ayudan a la prevención y reducción de la depresión.

Mhera, Grover, Chakrabarti, Avasth en el año 2107, en India, se llevó a cabo un estudio exploratorio, trasversal, cuyo objetivo fue evaluar el perfil de los síntomas de depresión en adultos mayores utilizando una escala de depresión geriátrica. Los resultados se obtuvieron mediante la escala de depresión geriátrica Yevesage, la muestra está compuesta de 79 adultos mayores donde la violencia psicológica está presente en un 67.12 %, cifra ésta significativa en relación con el total de ancianos deprimidos, además resultó interesante la necesidad de ser escuchado con un 57.53 %, así como la prevalencia de los síntomas los cuales no son influenciados en gran medida por las variables demográficas, clínica y la presencia o ausencia de comorbilidad física.

Zhao, Hu, Chen, Dong, R en, Yu, Zhao, Li, Huang y Sun, en el año 2018, en China, llevaron a cabo un estudio transversal repetido, su objetivo era determinar factores con los que se relaciona la depresión en zonas rurales en China debido al aumento de personas mayores. Los resultados entre los participantes fueron reclutados utilizando el método de muestreo con conglomerados, para el cual se

utilizó la escala de depresión Yevesage, un total de 3,182 adultos mayores fueron entrevistados de los cuales la distribución de géneros fue de 38.6% masculino y 61.4% femenino. El rango de edad tenía entre 60 y 95 años, con una edad media de 72 años a los cuales se les pidió características socio demográficas, apoyo social, enfermedades crónicas, actividades diarias, cognitivas, trastorno de función ansiedad y depresión, de los adultos entrevistados 682 se encontraban en no depresión, en depresión leve 45, en depresión moderada 133 y 85 se encontraban en depresión grave. Los adultos mayores con depresión eran de edades más avanzadas y tenía más enfermedades crónicas, factores sociodemográficos, funcionales físicamente y factores mentales.

Castañeda, Acuña, Herrera, Martínez y Castillo en el año 2018 llevaron a cabo un estudio trasversal analítico, en Zacatecas, 30 sujetos mayores de 60 años examinados en dos sitios cuyo objetivo fue determinar la influencia de la depresión y cómo se relacionaba con su estado nutricional. Los resultados fueron examinados por la escala de depresión Yesavage la cual evalúa el estado afectivo del adulto mayor, de 30 adultos mayores valorados; 21 se encuentran en un hogar para ancianos los cuales 10 se encontraban en no depresión o depresión leve, 10 se encontraban en depresión moderada y 1 en depresión grave. En comunidad se entrevistó a 9 los cuales 8 se encuentran en no depresión o depresión leve y 1 en depresión grave.

1.3 Marco conceptual

El adulto mayor experimenta una disminución de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesto en comparación con los demás periodos de la vida es puede afectar de forma variable la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento como sería la cognición, o la conducta, se considera relacionadas con la edad se deben a veces a problemas tratables (González J.A., Valdez, M., Iglesias, S., García, M.A., González, D, 2018).

Así mismo la OMS refiere a que la población mundial está envejeciendo aceleradamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%, asimismo América es considerada de las regiones del mundo más envejecida en el año 2006, había 50 millones de adultos mayores, cifra que se estima duplicará para 2025, y volverá a hacerlo para 2050, cuando una de cada 4 personas tendrá más de 60 años, en el mundo, serán 1 de cada 5 (Organización Panamericana de la salud [OPS]).

En México de igual forma existe un rápido crecimiento de la población adulta se ha alcanzado un alto porcentaje, que a finales de 2019 aumento a 13 millones 900 mil personas mayores de 60 años, se estima que anualmente existe un promedio de 180 mil adultos mayores y se prevé que aumenten a 27 millones de este año hasta el

2050. El 80% de este aumento empezara a partir del 2020 (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]).

Los factores demográficos del envejecimiento de la población, es el tamaño y la composición por edades de una población se determinan a través de tres procesos demográficos a la vez: la fertilidad, la mortalidad y la migración, todas las regiones han experimentado un aumento considerable en la esperanza de vida desde 1950, al aumentar la esperanza de vida al nacer, la mejora en la supervivencia de las personas mayores explica la proporción cada vez mayor en la mejora generalizada de la longevidad. (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015).

La esperanza de vida es el principal factor que incide en el aumento de las tasas de envejecimiento, en la actualidad la esperanza de vida después de los 65 años es de 18.3 años para mujeres y 16.8 para hombres; se estima que para el 2050 la esperanza de vida después de los 65 años sea de 19.6 años para mujeres y 17.8 para hombres. Asimismo, la reducción de la fertilidad y el incremento de la longevidad son claves del envejecimiento mundial de la población. En los países con grandes flujos migratorios, la migración internacional puede retrasar el proceso de envejecimiento, al menos temporalmente, ya que los migrantes suelen ser jóvenes en edad de trabajar. Sin embargo, los migrantes que se quedan en el país terminarán formando parte de la población de mayor edad (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL]).

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento esta

patología con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento. La OMS nos hace referencia a que la depresión en el adulto mayor se está convirtiendo en un importante problema de salud pública el cual se caracteriza por un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, la salud mental tiene un gran impacto en la salud del cuerpo y esto sucede a la inversa, un ejemplo es la salud de los pacientes con cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que los pacientes que no padecen problemas médicos. Por lo contrario, la existencia de depresión no tratada más una cardiopatía en una persona mayor, su condición de salud podría empeorar.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV), nos refieren que la depresión como una pérdida del interés de actividades previamente placenteras, agitación o lentitud psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño, quejas somáticas recurrentes y pensamientos mórbidos de muerte tanto el miedo a morir como la ideación suicida y deterioros en sus capacidades funcionales (Secretaría de Salud y Asistencia [SSA]).

El Instituto nacional de la salud mental clasifica la depresión en 3, la primera es la depresión grave o mayor, esta abarca síntomas graves que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar de la vida. Algunas personas pueden tener un solo episodio en la vida, pero es más común tener varios episodios. La segunda clasificación es el trastorno depresivo persistente también conocida como distimia la cual abarca síntomas de depresión más leves pero crónicos, como los de la depresión

grave. Y por último se encuentra la depresión menor en la cual se abarcan síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo (Instituto Nacional de la salud mental).

La población mundial de adultos mayores con depresión se encuentran los adultos que tienen trastorno depresivo mayor, los cuales abarcan hasta un 2% de la población adulta mayor, las mujeres representan más de la mitad de esta cifra, entre los criterios diagnósticos incluyen los sentimientos persistentes de tristeza, vacío emocional, desesperanza, apatía, insomnio, retardo psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas y físicas. La fragilidad física se hace más evidente, por lo que es importante atribuir correctamente a este trastorno los síntomas físicos tales como dolores difusos, fatiga y constipación. Muchos ancianos con depresión mayor permanecen en cama largas horas del día y pueden exhibir dependencia y negativismo que, en casos, alcanza niveles psicóticos. El deterioro funcional puede ser similar al que se observa en enfermedades médicas graves (Tello-Rodríguez, Alarcón, Vizcarra-Escobar, 2016).

Trastorno depresivo persistente, la cual también llamada "depresión crónica", los síntomas en esta depresión pueden estar presentes por meses incluso hasta años y su distinción con otros cuadros psiquiátricos o más aun, con entidades médicas. La distimia puede también sobrevenir acompañada por distrés ansioso, rasgos melancólicos o los llamados rasgos atípicos tales como disturbios alimentarios y sueño irregular. Los ancianos son también más propensos a cuadros de duelo prolongado con una duración mayor de

7-10 meses, con sentimientos de culpa, desaliento, ideas de muerte o suicidio. (Tello-Rodríguez, Alarcón, Vizcarra-Escobar, 2016).

Así mismo la conducta suicida en los adultos mayores es más frecuente en mujeres de 60 años, o más, presentan un índice más alto de intentos suicidas que con los varones, pero la prevalencia de suicidios consumados es más alta entre los varones, llegando a ser hasta dos veces mayor que la de la población general. Además, que el sexo masculino tiene factores más específicos de riesgo incluyen presencia de comorbilidades médicas, contacto interpersonal pobre, duelo prolongado, muerte reciente de un ser querido, intento suicida previo o problemas financieros (Tello-Rodríguez, Alarcón, Vizcarra-Escobar, 2016).

La modalidad de suicidio más utilizada puede ser fundamentalmente sobredosis medicamentosa, salto a abismos o autoagresión con armas punzocortantes en poblaciones latinoamericanas y uso de armas de fuego en Norteamérica o Europa. En muchos de estos pacientes no ha habido un diagnóstico formal previo de depresión, pero sí se registran visitas médicas más o menos frecuentes en semanas previas al intento suicida (Tello-Rodríguez, Alarcón, Vizcarra-Escobar, 2016).

Las causas de la depresión en adulto mayor son la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y de su capacidad funcional. La funcionalidad se define como la capacidad del individuo para llevar a cabo de una forma efectiva las actividades de la vida diaria, la dependencia funcional es un problema importante de salud pública por estar estrechamente relacionado con mortalidad, discapacidad, enfermedades crónicas, enfermedades

mentales, problemas sociales y mala calidad de vida (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).

La funcionalidad física del adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con aumento en la mortalidad de los adultos mayores. El proceso funcional geriátrico comienza cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación en su capacidad funcional, manifestada por un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad (Silva, Castro, Coelho, Wehbe, Fernández, Partezani, 2015).

La discapacidad en la población adulta mayor es más alta en las mujeres que en los hombres. Los procesos degenerativos ligados a la edad y la morbilidad son las dos principales causas de discapacidad entre la población adulta mayor, aproximadamente 8 de cada 10 casos de discapacidad se relacionan con edad avanzada y enfermedad (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).

La importancia de las alteraciones de la movilidad para el adulto mayor, el 15% del total de la población mayor de 65 años y dos terceras partes de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados tienen en algún grado trastornos de la movilidad. Esta situación puede llevar a un estado de dependencia hacia el cuidador y en grados avanzados de inmovilidad, a la presentación de complicaciones que pueden conducir al paciente a la muerte.

Clasificar las alteraciones de la movilidad en el adulto mayor, en cuanto, a su forma de presentación, su intensidad, pueden

clasificarse en, alteración leve en la cual el adulto mayor tiene una dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras, la alteración moderada es la dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar, alteración severa en la cual va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

El grado de alteración de la movilidad depende del tipo de población, es decir, que los niveles de dependencia, estos dependerán de la situación en particular y de las necesidades del adulto mayor. Por ejemplo: para un adulto mayor de la comunidad una alteración severa puede ser el no poder hacer sus actividades del hogar por sí solo y por ende solo necesitara ayuda externa; sin embargo, esta misma alteración en un adulto mayor en residencia de cuidados prolongados, podría considerarse de leve a moderada, ya que la mayoría de los habitantes de estos sistemas de atención, esta problemática es constante (Organización panamericana de la salud [OPC], 2016).

La capacidad funcional física es definitivamente un componente integral de la independencia de los adultos mayores y es el mayor contribuyente a su estado de salud. Un peor desempeño funcional se relaciona con un mayor riesgo deprimirse, así mismo la institucionalización y mayor discapacidad en forma progresiva por lo que resulta de primordial interés en el campo de la Geriátrica identificar los factores de riesgo para la pérdida funcional que conduzca al individuo a la privación de la habilidad para lograr una vida independiente en su comunidad (Bolaños y Helo Guzmán, 2015).

Además de la alteración en a la capacidad funcional otra de las causas de depresión las cuales nos menciona el IMSS puede ser las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónico-degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La economía puede ser factor predisponente para una depresión ya que no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante física, como una pensión o que incluso no tenga ningún ingreso económico.

La situación familiar, se presenta diversa y compleja ya que en México el 55% están casados, el 26.9% es viudo, el 8.18% vive en unión libre, el 4.4% se encuentra solo, el 3.2% está separado y el 1.59 se encuentra divorciado. La situación económica, el 60% de las personas de 65 a 70 años continúa trabajando, sin embargo este porcentaje se ve reducido a medida que se incrementa la edad, así después de los 80 años, todavía el 20% de este sector poblacional continúa trabajando (Gabeta del Senado de la Republica, 2015).

Las personas mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (Instituto Nacional de personas adultas mayores).

La capacidad funcional o alguna limitación en esta también forman parte del riesgo en el que se encuentran los adultos mayores en nuestro país. En un margen de 65 a 70 años, en la República

mexicana, el 66% tiene alguna dificultad para caminar o moverse, el 29% tiene limitaciones de la vista, el 10% tiene dificultades para escuchar, el 3.2% tiene limitaciones para hablar o comunicarse y el 3% tiene limitaciones mentales (Gabeta del Senado de la Republica, 2015).

1.3 Justificación

De acuerdo con la OMS un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental como la depresión mayor, por lo cual esto es un porcentaje considerable que debe de tratar con la importancia de cualquier otra enfermedad. Las consecuencias de la depresión en los adultos mayores las cuales nos refiere el IMSS son la disminución de energía, la disminución en sus actividades, disfunción social, familiar y en caso extremo el suicidio

La depresión es la principal causa de suicidios entre las personas mayores. En México según las estadísticas del INEGI en el año 2016, 954 personas mayores de 60 años se suicidaron en 2015, que contrasta con los 454 que lo hicieron en 2006, es decir, un incremento de más del doble, el 90% de los casos se dan en hombres, pues las mujeres tienden a tener mayores redes de apoyo familiar, amistades y comunidad, que le ayudan a reducir la depresión. En EUA el 13% de la población tiene más de 65 años, en este grupo de edad se dan el 20 % de los suicidios, la tasa más alta de suicidio mundialmente sucede en hombres que tienen 75 años o más y estas se relacionan con las sobredosis de fármacos (Cardona, Segura y Garzón,2015).

Asimismo, otra de las causas de la depresión son la disminución o la alteración de su capacidad funcional, la funcionalidad en el adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con aumento en la mortalidad de los adultos mayores. El proceso funcional geriátrico comienza cuando un

adulto mayor independiente desarrolla limitación en su reserva funcional, manifestada por un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad (Silva, Castro, Coelho, Wehbe, Fernández, Partezani, 2015).

Diversos autores refieren que existe una relación importante entre depresión y riesgo de dependencia funcional, inclusive se conoce que los adultos mayores con trastornos depresivos de evolución, mayor es la posibilidad de presentar dependencia funcional, la cual se duplica en adultos mayores con síntomas depresivos. Es importante valorar la relación que hay entre depresión y dependencia funcional y si existen otros, así como la importancia de poner en evidencia mediante estudios similares la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional de la población geriátrica permitirá aplicar medidas de prevención y tratamientos efectivos para un mejor pronóstico a mediano plazo para mejorar la calidad de vida (Runzer Colmenares, Castro, Merino, Torres Mallma, Gregory, Diaz, Perez y Parodi).

Este trabajo de investigación servirá para considerar que los profesionales de la salud, entre ello es el personal de enfermería, que tiene un papel importante y primordial en reducir la incidencia de depresión, así como en el monitoreo de las condiciones de salud del adulto mayor por medio de la identificación de las alteraciones que puedan repercutir en su funcionalidad y consecuentemente en la calidad de vida, lo que puede llevarlos a una depresión.

La valoración de enfermería permite determinar las respuestas humanas a situaciones de salud, por lo que se debe de adoptar un marco que guíe y oriente la actuación del profesional, es decir

necesita aplicar un marco conceptual teórico-metodológico fundamentado en una filosofía, una teoría o un modelo de enfermería (Correa E, Verde E, Rivas J, 2016).

El deterioro de la movilidad física es definido por la NANDA, como la limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades (Lacida M, 2017).

Las necesidades de Virginia Henderson mencionan que necesidad de movilidad y de mantener postura adecuadas es muy importante ya que la movilidad es vital para la autonomía, se suele definir la salud y forma física por nuestra actividad ya que el bienestar mental y la eficacia del funcionamiento corporal dependen en gran medida de nuestro estado de movilidad (Lacida M, 2017).

Asimismo, la identificación de estos factores asociados a la disminución de la capacidad funcional se vuelve fundamental en la identificación de problemas de salud para lo cual es necesario un planteamiento de actividades de enfermería teniendo como núcleo principal el mantenimiento y mejora del bienestar del adulto mayor y su calidad de vida (Silva, Castro, Coelho, Wehbe, Fernández, Partezani, 2015).

1.5 Definición del problema

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento esta patología con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento. De acuerdo con la OMS nos hace referencia a que la depresión en el adulto mayor se está convirtiendo en un importante problema de salud pública el cual se caracteriza por un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, la salud mental tiene un gran impacto en la salud del cuerpo y esto sucede a la inversa, un ejemplo es la salud de los pacientes con cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que los pacientes que no padecen problemas médicos.

La existencia de depresión no tratada más una cardiopatía en una persona mayor, su condición de salud podría empeorar. Para mencionar estadísticamente aproximadamente la OMS refiere que un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental como la depresión mayor, por lo cual esto es un porcentaje considerable que debe de tratar con la importancia de cualquier otra enfermedad.

Las causas de la depresión son la pérdida de su vitalidad, el cambio en su ritmo de vida, así como la disminución de sus funciones y capacidades. La funcionalidad es la capacidad del individuo para llevar a cabo de una forma efectiva las actividades de la vida diaria, la dependencia funcional es un problema importante de salud pública por estar estrechamente relacionado con mortalidad, discapacidad, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, problemas sociales y

pobre calidad de vida (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).

La discapacidad en la población adulta mayor es más alta en las mujeres que en los hombres. Los procesos degenerativos ligados a la edad y la morbilidad son las dos principales causas de discapacidad entre la población adulta mayor: aproximadamente ocho de cada 10 casos de discapacidad se relacionan con edad avanzada y enfermedad (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).

Diversos autores encuentran una relación importante entre depresión y riesgo de dependencia funcional, inclusive se conoce que los adultos mayores con trastornos depresivos de evolución, mayor es la posibilidad de presentar dependencia funcional, la cual se duplica en adultos mayores con síntomas depresivos. La asociación entre estas variables, por ello es importante valorar la relación que hay entre depresión y dependencia funcional y si existen otros factores (Runzer Colmenares, Castro, Merino, Torres Mallma, Gregory, Diaz, Perez y Parodi).

Es por esto por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se relaciona la depresión con la capacidad funcional en el adulto mayor?

1.6 Objetivos

Objetivo General

Identificar el nivel de depresión y su capacidad funcional en el adulto mayor.

Objetivos Específicos

- 1-Describir el nivel de depresión en adultos mayores.
- 2-Describir el nivel de capacidad funcional del adulto mayor.

Capítulo II

Material y métodos.

A continuación, se describen los siguientes aspectos: el diseño del estudio, definición de la población, tamaño de la muestra y el tipo de muestro, al igual que los criterios de selección y la definición de las variables. Se describe la forma de recolección de la información la cual se divide en fuentes, métodos, técnica y procedimiento y aspectos éticos.

2.1 Diseño del estudio

El presente estudio será un estudio descriptivo y correlacional, con un diseño transversal y por bola de nieve, debido a que se realizará en una sola medición en tiempo establecido y determinado.

2.2 Población

La población será abierta para los adultos mayores que deseen participar en el estudio, de 65 años en adelante y que cumplan con los criterios de inclusión.

2.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

El tamaño de la muestra estará conformado por un subgrupo de la población de 40 adultos mayores, que se encuentren deseen participar en la entrevista, que se encuentren en un rango de edad de 65 o más, donde se hará un promedio en base a las muestras obtenidas por los artículos de antecedentes. Posterior con un 95% de confiabilidad y un margen de error del 5%, por lo que terminara siendo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.4 Criterios de selección

Inclusión:

Todo adulto mayor de 65 años o más, ubicado en sus tres esferas y que deseen participar en el estudio.

Exclusión:

Adultos mayores, que se encuentren desubicados en sus tres esferas y no deseen ser parte del estudio.

Eliminación:

Adultos mayores que desistan su participación durante la entrevista del estudio.

2.5 Definición de variables socio demográficas y unidades de medida

Tabla 1

Definición de variables socio demográficas

Tipo de Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Sexo independiente	Son las características con las que se nace, universales e inmodificables. Así como las diferencias y biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres (Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia,2016).	Son las características biológicas que ocupa adulto mayor.	Nominal	Cédula de datos

(continúa)

2.5 Definición de variables socio demográficas y unidades de medida

Tabla 1

Definición de variables socio demográficas

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Edad independiente	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. (Oxford Dictionaries, 2019)	Años que tiene el adulto mayor desde su nacimiento hasta el día actual.	Numérica	Cédula de datos

(continúa)

2.5 Definición de variables socio demográficas y unidades de medida

Tabla 1

Definición de variables socio demográficas

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Estado Civil Independiente	Es la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma, determina por derechos y deberes (Oxford Living Dictionaries,2019)	Estado que ocupa el adulto mayor ante la sociedad.	Nominal	Cédula de datos
Situación laboral	Persona que trabaja por cuenta propia, pero no tiene una empresa, por cuenta ajena, con un contrato laboral fijo o eventual, persona que no trabaja (Oxford Living Dictionaries,2019)	Estado actual de situación laboral, puede abarcar negocio, empleado, jubilado, pensionado u otros.	Nominal	Cédula de datos

(continúa)

2.5 Definición de variables socio demográficas y unidades de medida

Tabla 1

Definición de variables socio demográficas

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Diagnostico medico Independiente	La palabra "diagnostico" significa discernir o reconocer una afectación diferenciándola de cualquier otra (Universidad Autónoma de Mexico,2013)	Tiempo que transcurre en lo que se le identifica una patología al adulto mayor	Numérica	Cédula de datos
Escolaridad	Periodo del tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria (Oxford Living Dictionaries,2019).	Estado actual de situación laboral, puede abarcar negocio propio, desempleado,	Ordinal	Cédula de datos

2.6 Definición de variables y unidades de medida

Tabla 2

Definición de variables socio demográficas

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Depresión	Es una enfermedad la cual se relaciona con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que se encarga de la regulación de las emociones de bienestar y el sueño, las cuales provocan un cambio en su energía y se refleja en alteraciones como por sentimientos de tristeza y baja de la voluntad (Organización mundial de la salud [OMS], 2017).	Es una enfermedad que disminuye la serotonina en el adulto mayor provocando cambios en la energía, alteraciones como sentimientos de tristeza.	Nominal	Instrumento para medir la depresión en el adulto mayor (Yevesage, 1994)

(continúa)

2.6 Definición de variables y unidades de medida

Tabla 2

Definición de variables socio demográfica

Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de medición
Capacidad funcional	La capacidad del individuo para llevar a cabo de una forma efectiva las actividades de la vida diaria (Cortés Muñoz, Cardona Arango, Segura Cardona y Garzón Duque).	La capacidad que tiene el adulto mayor para llevar sus actividades diarias a cabo.	Nominal	Instrumento para medir la capacidad funcional (Barthel, 1995).

2.7 Recolección de información

2.7.1 Selección de fuentes y métodos

Se diseñó una cedula de datos donde en cuestión a la edad, sexo, estado civil, escolaridad y diagnósticos (Apéndice C). El cual tiene como finalidad proporcionar características sociodemográficas para este estudio.

La depresión será medida por medio de la escala de depresión (Apéndice D), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage en 1986, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores, con un alfa de Cronbach de 0.99, esta escala consta de 15 preguntas en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.

El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

La capacidad funcional se medirá a través del índice de Barthel (Apéndice E) diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel con la finalidad de medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después. Este índice consta de diez parámetros que miden las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario, con un alfa de Cronbach de 0.86-0.92. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de respuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo.

Esta escala no es continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa).

2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información

Para la aplicación del instrumento se realizan los trámites correspondientes en la dirección de la escuela Chistus Muguerza UDEM para la aprobación de esta investigación, una vez aprobado por el comité de la Universidad de Monterrey (UDEM) el protocolo de investigación de Depresión y la capacidad funcional en el adulto mayor, se procederá a la recolección de la información, al abordar al adulto mayor se le leerá el consentimiento informado y posteriormente se proseguirá a la aplicación de los instrumentos y valorar su relación, en la ciudad de Monterrey y su área metropolitana del estado de Nuevo León a los adultos mayores pidiendo previa autorización a la persona para la recolección de la información.

Una vez obtenida la aprobación se realizará una selección de los adultos que cumplan con los criterios de selección antes mencionados, posteriormente se le proporcionara el instrumento para evaluar la depresión y la capacidad funcional del adulto mayor el consentimiento informado (Apéndice B), se les dará indicaciones para el correcto llenado de los documentos, al terminar el llenado se verifico que se hayan llenado conforme a las indicaciones. Por último, se agradecerá por la participación y se reforzará que la información obtenida será utilizada con fines académicos y de forma confidencial.

2.7.3 Plan de procesamiento y presentación de la información

Los resultados del estudio fueron analizados utilizando el programa estadístico Package for the Social Science (SPSS) versión 22. Se realizó estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes variable independiente de control para dar respuesta a los objetivos a la medición, así como a la correlación para darle relación a las variables, así como tendencia central tales como mediana, media y desviación estándar.

Se utilizó estadísticas descriptivas y porcentajes para la medición de las variables, el cual nos permitirá cumplir con los objetivos específicos que es detectar la depresión y la capacidad funcional y determinar el nivel de depresión y cómo afecta o se relaciona la capacidad funcional en los adultos mayores respectivamente.

2.8 Aspectos Éticos

El presente estudio de investigación se apegó a lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (1984). Presentado los aspectos éticos en respecto a la investigación en los seres humanos estipulados en el Título Primero Capítulo I, Artículos 1 y 3 y los estipulados en el Título Segundo Capítulo I, Artículos 13, 14, 16, 17, 20, 21.

De acuerdo con el Artículo 1 se cumplió y respeto lo establecido en la ley general de salud con referencia a la investigación, así mismo se cumplirá con el Artículo 3, Fracción I y III el cual está enfocando esta investigación en los conocimientos sobre los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, así como en la prevención y control de los problemas de salud.

De Acuerdo con lo establecido en el Artículo 13 se brindó respeto a la dignidad y la protección de los derechos y el bienestar del ser humano contemplado como sujeto de estudio para la investigación. Así como también respetado lo estipulado en el Artículo 16 el cual nos refiere que se debe proteger su identidad, dando a conocer sus datos en caso de ser necesario y si este así lo autoriza.

Así mismo el Artículo 17, Fracción I hace referencia a la investigación sin riesgo, ya que es un estudio en el cual no se realizó alguna intervención o modificación intencionada en las variables

fisiológicas, psicológicas y sociales de los sujetos que participan en el estudio.

Para el cumplimiento del Artículo 14, Fracción V, VII y VIII se contribuye a la realización de documentos legales para la elaboración de la presente investigación, siendo así el consentimiento informado y

el dictamen favorable de los comités de investigación, ética en investigación y bioseguridad.

Este Artículo 20 se hace mención del consentimiento informado el cual es necesario en toda investigación, en dicho documento el sujeto de estudio da su autorización sobre su participación en la investigación, y el Artículo 21 nos recalca ya lo mencionado en el artículo anterior, sobre el consentimiento informado, sin embargo, hace referencia a que toda persona se le deberá dar una explicación clara y completa sobre todos los aspectos y puntos de la investigación a realizar.

Capítulo III

Resultados

3.1 Características socio demográficas

Respecto a las características sociodemográficas de los adultos mayores de los encuestados fue un proporcional tanto en hombres como mujeres con el 50%, la edad predominante fue de 65 a 70 años, de acuerdo con su estado civil el 57.5 % son casados y respecto al grado de escolaridad la preparatoria fue la más predominante con el 30%, el 40% su situación laboral de jubilado y el diagnóstico más referido fue la diabetes mellitus con el 40% respectivamente.

Tabla 3

Características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 de 86 años en adelante

	<i>f</i>	%
Sexo		
1.Hombre	20	50
2.Mujer	20	50
Edad		
1: 65 a 70 años	15	37.5
2: 71 a 75 años	9	22.5
3: 76 a 80 años	7	17.5
4: 81 a 85 años	5	12.5
5. 86 en adelante	4	10
Estado civil		
1: Soltero	2	5
2. Casado	23	57.5
3.Viudo	11	27.5
4. Divorciado	4	10
Diagnóstico		
1: Hipertensión/Cardiopatías	11	27.5

Nota: n=40

(continúa)

Tabla 3

Características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 de 86 años en adelante

	<i>f</i>	%
2: Diabetes Mellitus	16	40
3.Enfermedad renal	2	5
4.Enfermedad respiratoria	2	5
5.Ninguna	7	17.5
6.Otra	2	5
Escolaridad		
1.Primaria	6	15
2.Secundaria	6	15
3.Preparatoria	12	30
4.Licenciatura	10	25
5.Maestría	4	10
7.Doctorado	2	5
Situación laboral		
1.Empleado	2	5
2. Ama de casa	12	30
3.Jubilado	16	40
4.Pensionado	8	20
5.Negocio propio	2	5
6.Despleado	2	5

Nota: $n=40$

3.2 Estadísticas descriptivas de la variable de estudio

Para dar respuesta al objetivo específico número uno consistió en identificar el nivel de depresión en el adulto mayor (Tabla 4). Según los datos obtenidos mediante la escala de depresión de Yevesage y su clasificación se encontró que el 32.5% se encuentra sin depresión, el 27.5 % tienen una depresión leve, que el 32.5 % tiene depresión moderada y el 7.5% tiene depresión severa.

Tabla 4

Nivel de depresión en el adulto mayor

Variables	<i>f</i>	%
Normal	12	32
Depresión leve	11	27.5
Depresión moderada	14	33
Depresión severa	3	7.5

Nota: n=40

Por sexo se identificó que la prevalencia por niveles de depresión en mujeres (Tabla 5) fue mayor que en hombres con un porcentaje de 15% en depresión leve, 22.5% en depresión moderada y 7.5% en depresión severa.

Tabla 5

Nivel de depresión en mujeres

Variable	<i>f</i>	%
Normal	2	5
Depresión leve	6	15
Depresión moderada	9	22.5
Depresión severa	3	7.5

Nota: n=40

La prevalencia de depresión en hombres (Tabla 6) fue significativamente menor a las mujeres con un porcentaje de 32.5% en un rango normal, en depresión leve el 7.5% y en depresión moderada el 10%.

Tabla 6

Prevalencia de depresión en hombres

Variables	<i>f</i>	%
Normal	13	32.5
Depresión leve	3	7.5
Depresión moderada	4	10
Depresión severa	0	0

Nota: $n = 40$

Se identifico que los adultos mayores según los datos obtenidos mediante la escala de depresión de Yevesage (Tabla 7) el 10% no está satisfecho con su vida, el 75% ha suspendido sus actividades e intereses, el 37.5 % sienten su vida vacía, el 75% se aburren a menudo, el 40% no está de buen humor la mayor parte del tiempo, el 62.5% tienen miedo que algo malo les vaya a pasar, el 55% no se sienten felices la mayor parte del tiempo, el 20% piensan que no es maravilloso estar vivos en este momento, el 47.5% se sienten inútiles, el 42.5% se sienten sin energía, el 55% sienten que su situación es irremediable y el 35 % piensan que la mayoría de las personas están en mejores condiciones.

Tabla 7

Escala Yevesage

Variables	<i>f</i>	%
¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?		
1: Si	36	90
2: No	4	10
¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?		
1: Si	30	75
2: No	10	25
¿Siente usted que su vida está vacía?		
1: Si	15	37.5
2: No	25	62.5
¿Se aburre usted a menudo?		
1: Si	30	75
2: No	10	25
¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
1: Si	24	60
2: No	16	40
¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?		
1: Si	25	62.5
2: No	15	37.5
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
1: Si	18	45
2: No	22	55
¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?		
1: Si	16	40
2: No	24	60
¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
1: Si	25	62.5
2: No	15	37.5
¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
1: Si	16	40
2: No	24	60
Nota: <i>n</i> =40		

(continúa)

Tabla 7

Escala Yevesage

Variables	<i>f</i>	%
1.Si	32	80
2.No	8	20
¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?		
1.Si	19	47.5
2.No	21	52.5
¿Se siente usted con mucha energía?		
1.Si	23	57.5
2.No	17	42.5
¿Siente usted que su situación es irremediable?		
1.Si	18	45
2.No	22	55
¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?		
1.Si	26	65
2.No	14	35

Nota: $n=40$

Para responder el objetivo específico numero dos: Describir el nivel de capacidad funcional del adulto mayor (Tabla 8), mediante el índice de Barthel y sus clasificaciones se encontró que el 40% son independientes, que el 30% tienen una dependencia leve, el 12.5 tiene una dependencia moderada y el 17.5% tiene una dependencia grave.

Tabla 8

Identificar la capacidad funcional en el adulto mayor

Variables	<i>f</i>	%
Independientes	16	40
Dependencia leve	12	30
Dependencia moderada	5	12.5
Dependencia grave	7	17.5

Nota: $n=40$

La capacidad funcional en mujeres (Tabla 9) fue significativamente mayor en dependencia a diferencia de los hombres con un porcentaje de 7.5% en independiente, dependencia leve 25%, dependencia moderada 10%, dependencia severa 7.5%.

Tabla 9

Capacidad funcional en mujeres

Variables	<i>f</i>	%
Independiente	3	7.5
Dependencia leve	10	25
Dependencia moderada	4	10
Dependencia severa	3	7.5

Nota: $n=40$

La capacidad funcional en hombres (Tabla 10) fue significativamente mayor en la de independencia en los hombres con un porcentaje 32.5%, dependencia leve de 12.5%, dependencia moderada de 2.5% y dependencia grave de 2.5%

Tabla 10

Capacidad funcional en hombres

Variable	<i>f</i>	%
Independiente	13	32.5
Dependencia leve	5	12.5
Dependencia moderada	1	2.5
Dependencia severa	1	2.5

Nota: $n=40$

Según los resultados obtenidos mediante el Índice de Barthel (Tabla 11) el 65% son capaces de comer solos y en un tiempo razonable, el 57.5% son capaces de vestirse por sí mismos, para arreglarse el 55% son independientes, el 42.5% necesitan ayuda para arreglarse, para la deposición el 85% no tienen ningún episodio de incontinencia, el 15% tiene un accidente ocasional, para la micción el 70% no sufren ningún episodio de incontinencia, el 60% entran y salen solos para ir al retrete no ocupan ayuda, el 80% se trasladan del sillón a la cama de forma independiente, el 50% requiera ayuda de un bastón o andador, el 60% es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona, el 35% necesitan ayuda y el 5% son incapaz de subir escalones.

Tabla 11

Índice de Barthel

Variables	F	%
Comer		
1: Independiente	26	65
2: Necesita ayuda	12	30
3: Dependiente	2	5
Vestirse		
1: Independiente	23	57.5
2: Necesita ayuda	12	35
3: Dependiente	3	7.5
1: Independiente	22	55
2: Necesita ayuda	12	42.5
3: Dependiente	1	5
Deposición		
1: Independiente	17	85
2: Necesita ayuda	3	15
Micción		
1: Independiente	28	70
2: Necesita ayuda	12	30

Nota: $n = 40$

(continúa)

Tabla 11

Índice de Barthel		
Variables	<i>f</i>	%
3: Dependiente	0	0
Ir al retrete		
1: Independiente	24	60
2: Necesita ayuda	14	35
3: Dependiente	2	5
Traslado al sillón- Cama		
1: Independiente	32	80
2: Necesita ayuda	8	20
3: Dependiente	0	0
Deambulaci3n		
1: Independiente	18	45
2: Necesita ayuda	20	50
3: Dependiente	2	5
Subir y bajar escaleras		
1: Independiente	24	60
2: Necesita ayuda	14	35
3: Dependiente	2	5
Nota: <i>n</i> =40		

Para dar respuesta al objetivo general (Tabla 12), el cual tiene como objetivo identificar el nivel de depresi3n y su capacidad funcional en el adulto mayor, los resultados arrojaron que un 32.5% de los participantes presentan una depresi3n moderada con una media *de* 7.24 (*DE* 3.76) el cual se mide en base a lo medido en el instrumento, con 4 clasificaciones: Normal, depresi3n leve, depresi3n moderada y depresi3n severa. En la capacidad funcional los resultados arrojaron que un 40% es independiente con una media de 78.3750 (*DE* 3.76) con 6 clasificaciones: Independiente, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia leve, dependencia grave y totalmente dependiente.

Tabla 12

Identificación de niveles de depresión y
capacidad funcional

Variables	<i>M</i>	<i>DE</i>
Depresión	7.24	3 .76
Capacidad funcional	78.3	23.1

Nota: $n=40$, M =media; DE = Desviación estándar.

Capítulo IV

Discusión

Esta investigación tuvo como principal objetivo describir el nivel de depresión y la capacidad funcional a continuación, se discutirán los resultados obtenidos.

En cuanto a los datos socio demográficos, el presente estudio muestra como la población encuestada fue equivalente tanto en hombres como en mujeres, con una edad predominante de 65 a 70 años, el estado civil que predomino fue los casados (as), con un grado de estudio de preparatoria y una situación laboral de jubilados y el diagnostico más referido fue la diabetes mellitus de acuerdo con el estado civil, predominan los adultos casados, se determinó el predominio de las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, igual que los autores Hanes, López, Vázquez y Hernández, debido a que en estas edades se presentan con mayor frecuencia en esta etapa de la vida. (2015).

Estos autores ya mencionados Hanes, López, Vázquez y Hernández (2015) sus resultados en cuanto a la edad más incidente son de 75 años y predomina el sexo femenino con mayor depresión donde se obtuvo una semejanza en la edad y se difiere con el sexo predominante en la cedula de datos. Así mismo se discrepa de Silva, Castro, Fabricio-Wehbe, Fernández y Partezani referente a los datos sociodemográficos los resultados obtenidos predomino el sexo femenino, y se difiere con la edad predominante la cual es de 80 años y más de edad.

En relación con el objetivo principal de determinar el grado depresión y la capacidad funcional, se obtuvo como resultado que la

depresión fue mayor en las mujeres y la dependencia en la capacidad funcional estaba presente mas en las mujeres con semejanza a los autores Cardona Arango D, Segura Cardona y Garzón Duque M (2016). Para los autores antes mencionado, sus resultados la depresión fue de predominante en más de la mitad de la población, así como se encontró asociación con la edad de 75 años, el sexo femenino, teniendo semejanza con la prevalencia de depresión de más de la mitad de los encuestados en rangos como leve, moderada y severa de depresión.

Se identifico semejanza con los autores López, Vázquez y Hernández (2015), en relación con la edad, sexo y depresión, debido a la similitud de la población adulta. donde los resultados la edad más incidente es de 75 años y predomina el sexo femenino con mayor depresión donde se obtuvo una semejanza en la edad y el predominio de sexo con depresión. Así mismo los autores Runzer Colmenares, Castro, Merino, Torres Mallma, Pérez y Parodi (2017), se obtuvo una semejanza en la presente investigación con el porcentaje de adultos mayores con depresión 68.8%, así como la asociación entre depresión y capacidad funcional siendo más predominante en las mujeres.

En relación con el nivel de capacidad funcional mediante el Índice de Barthel, se coincide con el autor Gómez García (2015), donde obtuvo como resultado una prevalencia de dependencia leve en relación con el nivel de capacidad en aquellos que se han desempeñado en zona rural como trabajadores independientes. Teniendo semejanza con la una dependencia leve de 30% con un rango de edad de 65 a 75 años.

Manandhar, Risal, Shresha, Manandhar, Kunwar, Koju y Holen, (2019) de cuales se encontró que la depresión fue más común en las mujeres y que era más alto el índice en las zonas rurales de padecer depresión, Se tuvo semejanza con la prevalencia mayor de depresión en mujeres, más sin embargo se difiere con la viudez y el nivel de depresión, así como vivir solos o con familia, así como los que viven solos o son viudos ya que en el presente estudio la mayoría de la población su estado civil es casado.

Silva, Castro, Fabricio-Wehbe, Fernández y Partezani (2016) se obtuvo una semejanza en los resultados de mayores de 65 a 70 años, además se identificó que de los adultos que son viudos tienden a ser más dependientes, de dependencia se encontró que presentar un nivel leve de depresión, y riesgo de depresión establecida aumentan la probabilidad de sufrir limitaciones funcionales en los adultos mayores. Se tuvo semejanza con el estado civil, el predominio de enfermedades como la diabetes mellitus, así como con la prevalencia de dependencia fue más predominante en las mujeres, así como los síntomas depresivos.

4.1 Limitaciones del estudio

Uno de los aspectos que se considera como una limitante en la presente investigación es el proceso de recolección de la información ya que fueron realizadas a través de formulario de Google (Encuestas en línea), lo cual puede ser un factor que predispone a dudas en el entendimiento de las preguntas de investigación.

Así como el uso de la tecnología en los participantes puede no ser de gran dominio, lo cual puede crear cierta limitante en su llenado.

4.2 Conclusiones

Con base a los resultados se pueden concluir que la mayoría de los encuestados fue equivalente tanto en hombres como mujeres, la edad predominante fue de 65 a 70 años, eran casados y con escolaridad de la preparatoria, eran jubilado y el diagnóstico más referido fue la diabetes mellitus, la prevalencia por sexo se identificó que la prevalencia de depresión en mujeres fue mayor que en hombres con un porcentaje más significativo de depresión moderada. La prevalencia de depresión en hombres fue significativamente menor a las mujeres con un porcentaje mayor en un rango normal.

4.3 Recomendaciones

Recomendamos a los futuros investigadores tener en cuenta que los adultos mayores son un grupo vulnerable que pueden tender a aislarse y a aumentar los niveles de depresión, por lo cual es importante y recomendable promover los grupos sociales o talleres de adultos mayores, ya que esto favorece los contactos sociales, la mejora en las habilidades de comunicación y permite establecer nuevas relaciones, ya que esto puede prevenir la depresión ya que

estas personas perciben sino que también otros factores relacionados con su estabilidad emocional así como su calidad de vida y su bienestar psicológicos, así mismo realizar intervenciones que logren disminuir este sentimiento ya sea a corto y largo plazo, para verificar cómo se encuentran los adultos mayores (Bermeja, 2018).

Es importante abarcar todos los aspectos que engloban al adulto mayor por eso sería conveniente valorar la capacidad que tienen para satisfacer sus necesidades económicas y espirituales, así como el apoyo que tienen de su familia Para satisfacer sus necesidades y/o los riesgos que se pueden presentar en las habilidades, así mismo evaluar la relación que se lleva con su familia, ya que si no logran satisfacerlas se ponen en riesgo las habilidades de los adultos mayores para integrarse socialmente (Jiménez, 2019).

Se debe hacer resaltar la importancia que tiene la convivencia familiar sana con el adulto mayor ya que esta, es una parte fundamental para reducir los niveles de depresión, así el adulto mayor no llega al punto de sentirse excluido (Cardona Arango, D., Segura, Cardona A., y Garzón, Duque M., 2015)

Referencias Bibliográficas

Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Garzón, M. (2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores. *Biomédica*, 35,73-80.

doi: [10.1017/S10416102150000915](https://doi.org/10.1017/S10416102150000915)

Castañeda, C., Acuña, A., Herrera, A.M., Martínez, R.A., Castillo, Irais. (2018). Depresión y estado nutricional de adulto mayor en una comunidad del estado mexicano de Zacatecas. *Revista Cubana de alimentación y nutrición*. 28(1), 28 – 43.

Recuperado de

<http://www.revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/524>

Cortés Muñoz, C., Cardona Arango, D., Segura, Cardona A., y Garzón, Duque M. (2015). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad función del adulto mayor. *Salud pública*, 18(2), 167-178.

doi : <http://doi.org/10.15446/sap.v18n2.492937>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2019).

Recuperado de

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>

Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015).

Recuperado de

https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/45609

Cortes, Muñoz, C., Cardona, Arango D., Garzón, Duque, M. (2016). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. *Revista de salud pública*, 18(2), 167-178.

doi:<http://dx.doi.org/10.15446/srsap.v18n2.49237>

Correa, E., Verde, E., Rivas, J. (2016) Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. *Universidad Autónoma Metropolitana*.

Recuperado de

http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf

Damián, J., Pastor Barriuso, R., Valderrama Gama, E., Pedro Cuesta, J. (2017). Association of detected depression and undetected depressive symptoms whit long- term mortality in a cohort of instirtutionalised older peolpe. *Epidemiologia en cinecias psiquiátricas*,26,189-198.

doi: 10.1017/S2045796015001171

Diario Oficial de la Federación, 2012.

Obtenido de: <https://www.dof.gob.mx/>

Hatta, J., Rabiatti, T., Resbalatto, J.R. (2016). Relationship Between dual task walking, cognition, and depression in oldesto old people. *Psiquiatria Geriatrica*, 28(1),31-38.

doi: <10.1017/S104161021500009>

Gabeta del Senado de la Republica, 2015.

Recuperado de

https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/45609

González J.A., Valdez, M., Iglesias, S., García, M.A., González, D. (2018). La depresión en el anciano.

Recuperado de

<https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>

González Velásquez B, Carhuapoma Acosta M, Zuñiga Chura E, Mocarro Aguilar M, Aleixo Diniz M, Silva Fhon J,(2016). Capacidad funcional y estado cognitivo en el adulto mayor.

doi: <http://dx.doi.org/10.15446/srsap.v18n2.427>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Depresión en el adulto mayor.

Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>

Instituto Nacional de la salud mental (2017). Las personas mayores y la depresión.

Recuperado de

https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). Salud mental en personas mayores.

Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores>

INEGI (2017) Suicidio en el adulto mayor.

Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2015/>

Laudisio, A., Antonelli, R., Gemma, A., Marretti, E., Pozzi, G., Padia, L., Bernabe, R., Zuccala, G. (2017). Definition of a geriatric

depression scale cut off based upon quality of a life: a population-based study. *Psiquiátrica Geriátrica*, 33, 58- 64.

doi: 10.1002/gps.4415

Llanes, H.M., López, Y., Vázquez, J.L., & Hernández, R. (2015).

Factores psicosociales que indicien en la depresión. *Revista de ciencias médicas y la Habana*, 21(1).

Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revamedhab/cmh-2015/cmh-2015h.pdf>

Manadhar, K., Risal, A., Shersha, O., Manandhar, N., Kunwar, D.,

Kauj, R., Holen, A. (2019). Prevalence of geriatric depression in the karve district, Nepal: Findings from cross sectional community survey. *Psiquiátrica BMC*, 19 ,271.

doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2558-5>

Mehra, A., Grover, S., Chakrabar, S., Ayashi, A.(2017) Symptom profile

of depression in elderly: Is assessment with geriatric depression rating scale enough. *Diario de la salud mental en Geriátricos*, 4, (1), 18- 25.

Recuperado de [www.jgmh.org/articula.asp?issn=2348-](http://www.jgmh.org/articula.asp?issn=2348-9995,year=2017,volume=4issue=1,spage=18,epage=25;aluast)

[9995,year=2017,volume=4issue=1,spage=18,epage=25;aluast=menra](http://www.jgmh.org/articula.asp?issn=2348-9995,year=2017,volume=4issue=1,spage=18,epage=25;aluast=menra)

Las naciones unidas, (2017). Envejecimiento

Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2017) La salud mental de los adultos mayores.

Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización panamericana de la Salud (2016). Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo.

Recuperado de

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=760:depression-demencia-son-trastornos-mentales-que-mas-afectan-mayores-60-anos-mundo&Itemid=245

Organización panamericana de la salud, (2016), Alteraciones de la movilidad (inmovilidad).

Recuperado de

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia02.pdf>

Quintero, A., Eucaris, M., Mercedes, M., León, J. (2015). Cambios en la depresión y sentimientos de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomedica* ,35. 90-100.

doi: <http://dx.doi.org/10.7705/Biomedica.v35i1.2316>

Runzer, Colmenares, F.M., Castro, G., Merino, A., Torres, Mallma, C., Pérez, C., Parodi, J.F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Revista Horizonte Medica*, 17(3), 50-57.

Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/d194c/3bdbc4075bcce581ba>

Segura, Cardona, A., Hernández, Calles, J., Cardona, Avango, D., Segura, Cardona, A., Muñoz, Rodríguez, D. (2018). Depresión in

the elderly : A study in three cities of Colombia. *Salud Uninorte*, 34(2),409-419.

Recuperado de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/10441/214421443374>

Silva, J., Castro, J., Coelho C, Fabricio, Wehbe, A., Fernández, A., Partezani, R. (2016). Factors associated whit functional ability in older adults treated at a geriatric day hospital. *Nure investigacion*, 12 (76).

Recuperado de

<https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/731>

Tello, Rodríguez, T., Alarcón, D., Vizcarra, Escobar D., (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 30(2). 1726-4634.

doi : 10.17843/rpmesp.2016.332.2211

Zhao, D., Hu, C., Chen ,J., Dong,B., Yu,D., Zhao, Y., Li,J., Huang, Y,, Sun,Y. (2018). Risk factors of geriatric depression in rural China base don a generalized estimating equation. *Asociación Internacional psicológica geriátrica*. 30(10),1498-1497.

doi: 10.1017/S1041610218000030.

Apéndices

Apéndice A

Aprobación del comité de investigación y comité de Ética en investigación

Apéndice B

Consentimiento Informado

Folio:

Fecha:

Título del proyecto: Depresión y capacidad funcional en el adulto mayor.

Investigador principal: Sofia Lilia Treviño Lozano

El objetivo: El presente estudio de investigación laborado por la alumna Sofia Lilia Treviño Lozano tiene por objetivo determinar la prevalencia de depresión y capacidad funcional en el adulto mayor

Criterios de selección: He sido seleccionado(a) en este estudio porque soy un adulto mayor de (65 años en adelante), en pleno uso de mis facultades mentales.

Procedimiento del estudio: Si acepto participar en este estudio se me solicitara firmar el consentimiento informado y que lo entregue al investigador. Se me pedirá que complete la cedula de datos y un cuestionario los cuales debo contestar con pluma.

Confidencialidad: Todas las respuestas son anónimas y privadas al igual que mi información personal, la información será utilizada por el investigador de manera pertinente, nadie más tendrá acceso a esta información.

Riesgos: El presente estudio de investigación no tiene ningún riesgo, en caso de que quiera dejar de contestar podré hacerlo.

Beneficios: En este estudio no se obtendrán beneficios, sin embargo, los resultados servirán para la detección de la depresión en el adulto mayor y su capacidad funcional como se ve relacionada.

Preguntas: Entiendo que si tengo dudas acerca de este estudio de investigación tengo derecho a llamar la Escuela de Enfermería Chistus Muguera- UDEM a la directora MCE. Patricia Magaña Lozano o a la coordinadora de investigación la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila al teléfono 811-904-25-17 o la investigadora principal Sofia Lilia Trevino Lozano 811-6363-021.

Renuncia o retiro: Mi participación es voluntaria y en caso de que no quiera continuar puedo retirarme del estudio

Conclusión: Ya que comprendí en que consiste el estudio estoy de acuerdo con mi participación.

Consentimiento: La estudiante Sofia Lilia Treviño Lozano ha explicado en que consiste el estudio de investigación, además de los riesgos y beneficios que puede tener mi participación. Si decido dejar de participar lo puedo hacer libremente.

Si acepto

No acepto

Firma del participante: _____

Firma del testigo 1: _____

Firma del testigo 2: _____

Apéndice C

Cedula de datos sociodemográficos

A continuación, se presentará una serie de preguntas sobre sus datos personales no es necesario que escriba su nombre ya que la información que se brinde es anónima y confidencial.

Instrucciones:

1. Responda con pluma únicamente las siguientes preguntas
2. Responda cada pregunta con la información correspondiente o marcando una "X"

1. Sexo	1.Hombre_____	2. Mujer _____	
2.Edad	1. 65 a 70 años_____	2. 71 a 75_____	3. 76 a 80 _____
	4.81 a 85 años_____	5.86 años en adelante _____	
3.Estado Civil	1.Soltero (a)_____	2.Casado(a)_____	3.Viudo(a)_____
	4.Divorciado(a)_____		
4.Diagnósticos	1.Hipertension/ Cardiopatías_____	2. Diabetes_____	

3. Enfermedad renal_____

4.Enfermedad respiratoria _____

5.Otras _____

5.Escolaridad

1. Primaria _____

2. Secundaria

3. Preparatoria _____

3. Licenciatura _____

4.Maestria _____

5.Doctorado_____

6. Situación laboral

1. Empleado _____

2.Ama de casa_____

3.Jubilado _____

4.Pensionado

5. Negocio propio

6.Desempleado

Apéndice D

Instrumento para medir la depresión del adulto mayor

(Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A, 1986).

A continuación, se presentará una serie de aspectos para indicar el estado anímico respecto a la depresión

Instrucciones:

1. Marque con una "X" la respuesta con la que se sienta identificado.

2. Las opciones son las siguientes

1: SI

2: NO

Preguntas	1	2
1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?		
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?		
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?		
4. ¿Se aburre usted a menudo		
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?		

9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?		
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?		

Instrucciones:

1. Marque con una "X" la respuesta con la que se sienta identificado.
2. Las opciones son las siguientes
 - 1: SI
 - 2: NO

Preguntas	1	2
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?		
13. ¿Se siente usted con mucha energía?		
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable?		
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?		

Apéndice E

Instrumento para evaluar la capacidad funcional en el adulto mayor

(Mahoney,1955)

A continuación, se presentan una serie de aspectos para indicar el grado con el cual se identifica en cuanto a sus actividades diarias.

Instrucciones:

1. Marque con una "X" la actividad de la vida diaria que pueda realizar.
2. Las opciones son las siguientes:
 - 1: INDEPENDIENTE
 - 2: NECESITA AYUDA
 - 3: DEPENDIENTE

Preguntas	1	2	3
-----------	---	---	---

Comer Capaz de comer por si solo Necesita ayuda Necesita que lo alimenten			
Vestirse Capaz de ponerse y quitarse ropa por si solo Necesita ayuda Lo cambian			

Instrucciones:

1. Marque con una "X" la actividad de la vida diaria que pueda realizar.
2. Las opciones son las siguientes:
 - 1: INDEPENDIENTE
 - 2: NECESITA AYUDA
 - 3: DEPENDIENTE

Preguntas	1	2	3
Arreglarse Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Necesita ayuda.			
Deposición Continente: Ningún episodio de incontinencia, Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enema, supositorio Incontinente			
Micción Continente: Ningún episodio de incontinencia, capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.			

Accidente ocasional: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, incluye ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos Incontinente			
Ir al retrete Independiente: Entra y sale solo y no necesita ayuda Necesita ayuda: Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, puede limpiarse solo. Dependiente: Incapaz de manejarse sin ayuda			

Instrucciones:

1. Marque con una "X" la actividad de la vida diaria que pueda realizar.
2. Las opciones son las siguientes:
 - 1: INDEPENDIENTE
 - 2: NECESITA AYUDA
 - 3: DEPENDIENTE

Preguntas	1	2	1
Traslado al sillón- Cama Independiente o mínima ayuda Gran ayuda Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas, Incapaz de permanecer sentado.			

<p>Deambulaci3n Independiente: Puede andar 50 metros o su equivalente por la casa sin ayuda de otra persona. Puede usar ayudas (muletas o bast3n) excepto andador. Si usa pr3tesis debe pon3rsela y quit3rsela solo. Necesita ayuda: Necesita supervisi3n o una peque1a ayuda f3sica, Precisa utilizar andador. Independiente (en silla de ruedas). No requiere supervisi3n Dependiente</p>			
--	--	--	--

Instrucciones:

1. Marque con una "X" la actividad de la vida diaria que pueda realizar.
2. Las opciones son las siguientes:
 - 1: INDEPENDIENTE
 - 2: NECESITA AYUDA
 - 3: DEPENDIENTE

Preguntas	1	2	3
<p>Subir y bajar escaleras Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisi3n de otra persona.</p>			

Necesita ayuda Dependiente: Incapaz de salvar escalones			
--	--	--	--

Resumen Autobiográfico

Sofia Lilia Treviño Lozano

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en enfermería

Tesis: Depresión y capacidad funcional en el adulto mayor

Área: Comunitario

Bibliografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León, el día 14 de marzo del 1998. Hija de Francisco Treviño Bermea y María Luisa Lozano Perez.

Educación:

Primaria Escuela Juan Escutia.

Secundaria Juan Aldama #4

Preparatoria #2 de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Actualmente culminando el grado de Licenciatura en enfermería en la
Escuela de enfermería Christus Muguerza UDEM.

Contacto: Sofia.trevinol@udem.edu