

AFECCIONES MENTALES Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA
DIARIA, EN ADULTOS MAYORES DE UN HOGAR GERIATRICO ENVIGADO,
2023



AUTORES

KENIA ISABEL BLANCO VARGAS

LIZ ALEXANDRA CASTRO TORRES

JESÚS ALEJANDRO FERRARO HERNÁNDEZ

ASESOR TEMÁTICO: JORGE ANTONIO SANCHEZ BECERRA

ASESOR METODOLÓGICO: DRA. KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERÍA

MEDELLÍN

2023



UNAC
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
COLOMBIA

Personería Jurídica reconocida mediante
Resolución No. 8529 del 06 de junio de 1983,
expedida por el Ministerio de Educación Nacional.
Carrera 84 No. 33AA-1 Medellín, Colombia
PBX: + 57 (4) 250 83 28
NIT: 860.403.751-3
www.unac.edu.co

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: "Afecciones mentales y actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores de un hogar geriátrico, Envigado, 2023.", elaborado por los estudiantes KENIA ISABEL BLANCO VARGAS, LIZ ALEXANDRA CASTRO TORRES, JESÚS ALEJANDRO FERRARO HERNÁNDEZ, del programa de Enfermería. El proyecto cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- SOBRESALIENTE

Medellín, 10 de noviembre de 2023

DRA. KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI
Asesor Metodológico

PhD. JORGE SANCHEZ BECERRA
Asesor Temático

Mg. BEATRIZ TORRES AVENDAÑO
Dictaminador de proyecto

Mg. MARY JOHANNA GUZMÁN LOAIZA
Dictaminador de proyecto

KENIA ISABEL BLANCO VARGAS
Estudiante

LIZ ALEXANDRA CASTRO TORRES
Estudiante

JESÚS ALEJANDRO FERRARO HERNÁNDEZ
Estudiante

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a nosotros mismos por cada uno de los logros obtenidos durante este proceso, segundo a nuestros familiares, en especial padres, hermanos, hijos, por todo su apoyo y constancia lo cual nos permitió lograr este objetivo propuesto durante nuestra formación como enfermeros.

AGRADECIMIENTOS

Solo infinitas gracias a Dios primeramente por bendecirnos y guiarnos a lo largo de este proceso, ser nuestra fortaleza en aquellos momentos de dificultad que hemos sentido no poder alcanzar este logro.

Gracias a nuestras familias por ser los principales promotores de nuestros sueños, quienes con sus oraciones, amor, esfuerzo y constancia nos han permitido llegar a cumplir una meta más incluir valores para ser una persona de bien y valorar el verdadero esfuerzo.

Agradecemos a nuestros docentes de la corporación universitaria adventista DR. Jorge Antonio Sánchez Becerra, Dra. Keila Ester Miranda Limachi, docentes Mavys Martínez Muñoz y Beatriz Torres Avendaño quienes con su experiencia, conocimiento y motivación nos guiaron en esta investigación y formaron parte de este objetivo alcanzado.

También agradecemos a la gerontóloga Luz Arteaga que nos permitió asistir al centro gerontológico, de esta manera se llevó a cabo las encuestas y cumplir los objetivos propuestos.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mis compañeros quienes, por su participación han enriquecido el trabajo y superar cada obstáculo que fueron surgiendo en el camino.

No se inquieten por nada; más bien, en toda ocasión, con oración y ruego presenten sus peticiones a DIOS y denle gracias. Y la paz de DIOS que sobrepasa todo entendimiento, cuidará sus corazones y sus pensamientos en Cristo Jesús. (Filipenses 4:6-7)

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	6
GLOSARIO	12
RESUMEN.....	14
INTRODUCCIÓN.....	15
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1 Planteamiento del problema	16
1.2 Justificación.....	19
1.3 Pregunta de investigación.....	20
2. MARCO CONCEPTUAL.....	21
2.1 Marco teórico	21
2.2 Marco Referencial	27
2.3 Marco Legal	31
2.4 Marco disciplinar	32
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo general:	35
3.2 Objetivos específicos:	35
4. METODOLOGÍA.....	36
4.1 Enfoque de la investigación	36
4.2 Tipo de investigación	36
4.3 Descripción de la población	36
4.4 Muestra	36
4.4.1 Criterios de inclusión	36
4.4.3 Criterios de eliminación	37
4.5 Instrumento	37
4.5.1 Descripción	37
4.6 Análisis de confiabilidad del instrumento	49
4.6.1 Aprobación del instrumento.	49
4.7 Estrategias de análisis de datos	50
4.8 Aspectos éticos de la investigación	50
4.8.1 Nivel 1 o Principios bioéticos	50
4.8.2 Segundo nivel o Normas éticas	52
4.8.3 Nivel 3 o Comité ético.....	54
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN.....	78

CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 A. Tabla de variables sociodemográficas...	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 2 A Escala de DASS 21	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 3 A Escala de Lawton y Brody.	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Actividades instrumentales	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 2. DASS 21 (Depresión)	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 2.1. DASS 21 (Ansiedad).....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 2.3 DASS 21 (Estrés.....	¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE ANEXOS

1 Cronograma	¡Error! Marcador no definido.
2 Presupuesto	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1. Instrumento. Escala de lawton y brody	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2 : Escala de Dass 21	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 3 Consentimiento informado	¡Error! Marcador no definido.

GLOSARIO

Adulto mayor: Según la OMS, el término se refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepasa los 60 años de edad (1).

Ansiedad: La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones. Puede ser una reacción normal al estrés (2).

Ciclo de la vida: Considera la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, y las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida (3).

Depresión: La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades (4).

Estrés: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. Todas las personas tenemos un cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos (5).

Envejecimiento: El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad (6).

Organización Mundial de la Salud: La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la organización responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (7).

Salud Mental: La salud mental o el trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos

psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (8).

Tristeza: Es un estado anímico que ocurre por un acontecimiento desfavorable que suele manifestarse con signos exteriores como el llanto, pesimismo, melancolía, falta de ánimo, baja autoestima, entre otros estados de insatisfacción (9).

RESUMEN

Objetivo: Analizar las afecciones mentales y las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de un hogar geriátrico del municipio de Envigado, año 2023-2.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y de enfoque cuantitativo con un grupo de población de adultos mayores entre 59 años o más, se determinaron las afecciones mentales con la escala de DASS 21 y la dependencia con las escalas de Lawton y Brody. Se dirige bajo el marco disciplinar de Sor Calista Roy que presenta afinidad entre la visualización del cuidado integral; Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. por ende permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

Se utilizaron principios y normas básicas de la ética procurando guardar los principios de beneficencia y no maleficencia respetando la autonomía de los encuestados de responder voluntariamente.

Resultados: Se aplicó a 19 adultos mayores del hogar geriátrico Espejos del mañana, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para obtener los resultados.

Palabras claves: Adulto mayor, depresión, ansiedad, estrés, actividades diarias, salud mental, envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

El hombre presenta cambios normales que es preciso conocer para diferenciarlos de procesos capaces de alterar su salud. Esta afirmación es importante dado que la población mundial está experimentando un envejecimiento progresivo, destinado a invertir la pirámide poblacional. El número de adultos mayores que viven en América Latina y el Caribe pasará de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13 % de la población ascenderá a 16 % en el 2025.

El envejecimiento es una etapa en el ser humano que incluye cambios en la parte física, emocional y espiritual, en la cual se tiene que afrontar a medida que ocurre y aún más si se presenta con una afección mental. La presente investigación pretende analizar las variables sociodemográficas y describir el nivel de dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria e identificar el nivel de depresión, ansiedad y estrés y cómo estos factores se ven relacionados.

Con este estudio se pretende identificar primeramente las variables sociodemográficas describiendo el nivel de dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria y junto con las afecciones mentales cómo puede afectar en las actividades diarias del adulto mayor.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (9).

Podemos argumentar, las afecciones mentales definida por la OMS como un estado de bienestar en el que la persona afronta depresión, ansiedad y estrés, usual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública. Esto significa que la promoción de la salud, así como la prevención de los problemas y trastornos mentales, debe trascender la tradicional separación de la salud mental como si esta fuera un campo aparte de la salud en general. Afectan a dos de cada cinco personas adultas en nuestro país, ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, son costosos tanto económica como emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es muy frecuente. La promoción de la salud se superpone en estos dominios y los beneficios de la prevención son comunes a todos. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales (10).

A nivel mundial cerca de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales y de la conducta. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. Además, las condiciones neuropsiquiátricas son responsables del 13 % del total de los años de vida ajustados por discapacidad que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y que se estima que para el año 2025 aumentarán en 15%.(11)

Se ha encontrado que los trastornos mentales tienen alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento. Más de la mitad de las personas con trastornos mentales severos en Estados Unidos y en algunos países europeos no están recibiendo tratamiento y la situación es aún peor en

algunos países en desarrollo de acuerdo a los estudios de la Organización Mundial de la Salud (11)

En Colombia se encontró que alrededor de ocho de cada 20 personas, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3 % alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15,0 %) y los de uso de sustancias (10,6 %) (11).

La información epidemiológica ha evidenciado una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición epidemiológica y demográfica que se está dando en el país, los cuales están relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades, y que se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, los costos que implica y su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan (12).

Seguido los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad, sino también aumentan el riesgo de enfermedades físicas.

Se ha convertido en un problema de salud pública cada año miles de personas sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen; incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por una enfermedad mental. Es una enfermedad tan importante, que en 10 años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo (12).

Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad, sino también aumentan el riesgo de enfermedades físicas. Teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad debida a trastornos mentales y de conducta, el método recomendable para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención (13).

Adicionalmente, la alta comorbilidad de los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y los problemas sociales respaldan la necesidad de crear políticas de salud pública integradas y dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, que comparten determinantes comunes y presentan etapas tempranas en sus trayectorias, afectando poblaciones con diferente nivel de riesgo (13)

La Gestión Integrada para la Salud mental consiste en conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia.

Por razones éticas y con el fin de lograr el uso óptimo de los recursos limitados para la prevención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda asignar prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestren la evidencia científica de su efectividad, que debe ser culturalmente sensitivos y que, de ser posible, partan del conocimiento de la propia realidad como evidencia disponible (13)

1.2 Justificación

Se pretende analizar la salud mental de la población objeto, mediante las dos escalas de valoración propuestas y disponibles, que desde las actividades diarias se generan comportamientos, cambios en la rutina, en el qué hacer de las personas en su vida cotidiana, esos mismos cambios que afectan tanto la parte emocional, psicosocial, cultural, espiritual y fisiológica que ha afectado a todo el mundo, que alteran la forma de pensar de una persona, su comportamiento y estado de ánimo. Evidenciado con mayor tendencia en la post pandemia. Es un problema de salud que si no se brinda las intervenciones correspondientes a futuro serán afecciones difíciles de manejar en el individuo.

La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adultos mayores y otras edades

Cada una de las diferentes afecciones mentales afectan al individuo de múltiples maneras e incluyen a todo su círculo social, familiar, comunitario y personal, en ocasiones con consecuencias clínicas que implican algún tipo de deterioro fisiológico pero también en un alarmante aumento de casos se presentan situaciones que comprometen la vida y llegan a finales fatales afectando de manera colateral a su entorno. Es menester que las autoridades de salud continúen trabajando en estrategias que permitan un abordaje prioritario y continuó en la búsqueda de casos, mantenimiento de los tratamientos oportunos, seguimiento y posible resolución favorable según sea el caso.

El envejecimiento activo mejora la calidad de vida de las personas mayores proporcionando una base sólida para seguir siendo independientes y vivir plenamente cada etapa de la vida. La importancia del envejecimiento activo es dotar a los mayores de una vida más larga y plena, con mejor salud y en la que se favorezca su independencia, facilitándoles el acceso a cursos donde, por ejemplo, puedan aprender nuevas aficiones o con los que adquieran los conocimientos para beneficiarse de los avances tecnológicos (9). Teniendo en cuenta la depresión es una de las afecciones prioritarias, también se han implementado estrategias psicológicas para la depresión que pueden ser administradas por trabajadores no especializados a personas y grupos según la OMS ha elaborado manuales Un ejemplo es el manual Enfrentando problemas plus (EP+), en el que se explica la utilización de la activación conductual, el manejo del estrés, el tratamiento para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social. Además, en el manual Group Interpersonal Therapy for Depresión se describe el tratamiento en grupo de la depresión (8).

La presente investigación pretende demostrar principalmente en el ciclo de vida de la vejez como las afecciones mentales pueden afectar en las actividades

instrumentales de la vida diaria, por lo tanto se evidenciará todas estas manifestaciones en especial la depresión, ansiedad y estrés como enfermedad mental la mayoría de las veces es de forma irreversible. Se evaluará de forma detallada a la población de estudio en un hogar geriátrico en el municipio de Envigado.

1.3 Pregunta de investigación

¿Las afecciones mentales influyen en las actividades instrumentales de la vida diaria, en adultos mayores de un hogar geriátrico en el municipio de Envigado, 2023-2 ?

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco teórico

El trastorno depresivo (o depresión) es un trastorno mental común. Implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo. La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y los sentimientos sobre el día a día. Puede afectar a todos los ámbitos de la vida, incluidas las relaciones familiares, de amistad y las comunitarias. Puede deberse a problemas en la escuela y laborales o causarles, puede afectar a cualquiera. Quienes han vivido abusos, pérdidas graves u otros eventos estresantes tienen más probabilidades de sufrirla. Las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres (21).

Se estima que el 3.8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. A escala mundial aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión (21).

- En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más.
- La soledad y el aislamiento social son factores de riesgo clave para las afecciones de salud mental en etapas posteriores de la vida.
- Uno de cada seis adultos mayores sufre malos tratos, a menudo por parte de sus propios cuidadores.
- Aproximadamente el 14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental.
- Los trastornos mentales en los adultos mayores representan el 10,6% del total de años vividos con discapacidad para este grupo de edad (21).

Signos y síntomas:

Si bien la depresión puede producirse solamente una vez en la vida; por lo general, las personas tienen varios episodios de depresión. Durante estos episodios, los síntomas se producen durante gran parte del día, casi todos los días y pueden consistir en:

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia.

- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes.
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado.
- Cansancio y falta de energía, por lo que incluso las tareas pequeñas requieren un esfuerzo mayor.
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o auto reproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.
- Problemas físicos inexplicables, como dolor de espalda o de cabeza.

La depresión es un trastorno de salud mental común. A nivel mundial, se estima que el 5% de los adultos padecen este trastorno. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concorra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante.

Las causas de la depresión incluyen complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos. Diversas circunstancias de la vida, por ejemplo, adversidades en la infancia, una pérdida y el desempleo contribuyen al desarrollo de la depresión y pueden propiciarla.

Existen tratamientos psicológicos y farmacológicos para la depresión. Ahora bien, en los países de ingresos bajos y medianos los servicios de asistencia y tratamiento de personas con depresión suelen ser deficientes o inexistentes. Se estima que, en esos países, más del 75% de las personas con trastornos de salud mental no reciben tratamiento.

Repercusiones: La depresión y los trastornos mentales conexos pueden tener un profundo efecto en todos los aspectos de la vida, en particular en el rendimiento escolar, la productividad en el trabajo, las relaciones familiares y sociales y la capacidad de participación comunitaria. Asimismo, las investigaciones indican estrechos vínculos entre la depresión y trastornos de salud física, por ejemplo, la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares. La depresión afecta en todos

los países a todo tipo de personas, sean jóvenes, mayores, ricos o pobres. Las mujeres son más propensas a sufrir depresión que los hombres (23).

La ansiedad es la respuesta del cuerpo a las preocupaciones y al miedo, no es tan simple ya que existe una amplia diversidad en cuanto a la profundidad con la que la ansiedad afecta a las personas y en la medida en que interfiere con su calidad de vida. Existe una multitud de trastornos de ansiedad debido a interacciones sociales, la salud personal, el trabajo o una fobia en particular. Los tipos de trastornos de ansiedad influyen trastornos de pánicos, trastorno de ansiedad generalizada agorafobia (el miedo a lugares que pueden causar sentimientos de ansiedad) fobia específica, trastorno de ansiedad social. Existen varios tipos de ansiedad. (24).

Trastornos de ansiedad generalizada.

Este se diagnostica después que una persona tiene ansiedad, este comenzará afectar la vida social, laboral y familiar de una persona los síntomas pueden incluir.

1. Sentirse inquieto o al límite.
2. Sentirse fatigado con frecuencia.
3. Irritabilidad.
4. Sentimientos excesivos.
5. Dificultad para dormir.

Trastorno de pánico.

Se caracterizan por ataques inesperados y repetidos. Las personas con ataques de pánico pueden intentar evitar situaciones o preocuparse constantemente acerca de cuándo puede ocurrir el próximo ataque, los síntomas pueden ser:

1. Palpitaciones cardíacas.
2. Sudoración o escalofríos.
3. Dificultad para respirar.
4. Sensación de pérdida de control.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años (1). A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada y alterar sus actividades laborales,

escolares y familiares. En el peor de los casos, puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700 000 personas (8).

Es un problema frecuente en las personas mayores, pero la depresión clínica no es una parte normal del envejecimiento. De hecho, los estudios muestran que la mayoría de las personas mayores se sienten satisfechas con su vida, a pesar de tener más enfermedades o problemas físicos que los más jóvenes. Sin embargo, si ha tenido depresión de más joven, es más probable que tenga depresión como adulto mayor.

Se puede evidenciar, hay varios tipos de depresión que las personas mayores pueden tener:

- Trastorno depresivo mayor: incluye síntomas que duran al menos dos semanas y que pueden interferir con la capacidad de la persona para realizar las tareas diarias.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): un estado de ánimo depresivo que dura más de dos años, pero la persona posiblemente aún pueda realizar las tareas diarias, a diferencia de las personas con trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos: depresión relacionada con el consumo de sustancias, como alcohol o analgésicos.
- Trastorno depresivo debido a una afección médica: depresión relacionada con una enfermedad separada, como una enfermedad cardíaca o esclerosis múltiple.

Teniendo en cuenta la influencia de la depresión en todos los aspectos de la vida de las personas y el alto costo que representa no solo en gastos médicos sino también en la pérdida de la productividad por ausentismo laboral, es de vital importancia que los datos obtenidos en este tipo de investigaciones se utilicen para prevenir el desarrollo del trastorno y promover el fortalecimiento e inversión en la prestación de los servicios de salud mental. La evidencia encontrada a través de este estudio permitirá dar un mejor enfoque a las políticas municipales que se desarrollen en adelante con la población afectada por trastorno depresivo mayor actuando no sólo en aspectos del tratamiento sino también en factores personales y sociales asociados a éste, con el fin de lograr cambios estructurales en la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, altamente incapacitante. Dentro de los factores personales que se asocian al trastorno de depresión mayor se encontró que ser mujer predispone al mismo, esto puede ser explicado por factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales, psicológicos y sociales que al unirse contribuyen a la presencia de este trastorno; así mismo, la regular o mala percepción de salud que tuvieron las personas se encontró como un factor asociado, lo que está altamente relacionado con el padecimiento de enfermedades crónicas, las limitaciones en la ejecución de actividades de la vida diaria y restricciones de la participación en la comunidad. También se encontró relación con hábitos de vida poco saludables como no hacer ejercicio; hallazgo

que permite recomendar la realización de ejercicio en el manejo de trastornos depresivos como terapia complementaria efectiva.

Tener un grado medio de resiliencia se asoció al trastorno de depresión mayor, siendo este elemento de la personalidad de gran importancia, pues se ha determinado la resiliencia como un factor protector y modulador de la salud física y mental, dado que confiere al individuo habilidades en la resolución de problemas, estrategias de afrontamiento, autonomía e independencia que a su vez le otorgan significado y propósito a la vida (37).

Finalmente, la incapacidad para desahogarse con la familia o las demandas constantes de la misma, actúa como otro factor asociado al trastorno de depresión mayor, poniendo de manifiesto que la dinámica y funcionamiento familiar son procesos que tendrían alguna relación con la aparición de alteraciones emocionales en otros miembros de la familia (37).

Se estima que en el mundo más de 340 millones de personas han sufrido de depresión en algún momento de su vida y en el territorio colombiano, el estudio nacional de salud mental describe que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar en prevalencia, y más de la mitad de los adultos mayores han tenido su primer episodio depresivo después de los 60 años (Ministerio de la Protección Social, 2003). Adicionalmente, se estima que la depresión geriátrica se presenta en tasas del 1 al 5%, y esta incidencia se incrementa junto con la edad. Más aún, el 13% de la población geriátrica padece de síntomas depresivos clínicamente significativos.

Por otra parte, se puede evidenciar en varios estudios que la depresión en el adulto mayor se debe a enfermedades como. Alteraciones neuropsicológicas asociadas a la depresión en adultos mayores con trastorno neurocognitivo (TNC) leve debido a la enfermedad de Alzheimer, en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMA) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La principal alteración se evidencia en la orientación; esto es, que cuando estos pacientes presentan depresión leve, sus primeras manifestaciones o síntomas son extraviarse o sentirse desorientados en cuestiones espaciales, y dan la apariencia de presentar desatenciones o confusiones entre los flancos derecha e izquierda, o arriba y abajo. Con el aumento del nivel depresivo a moderado, se presenta alguna falta atencional que no permite al adulto mayor con enfermedad de Alzheimer saber cuál es el camino que ha seguido o que debe seguir; lo mismo va surgiendo en el aspecto de lo temporal: se va perdiendo la noción de la hora y luego de los días, hasta que los pacientes dejan de saber en qué año viven. En la fase depresiva grave, la falta de orientación es prácticamente total, además de no reconocer el lugar (orientación espacial, alterada en la fase leve de la depresión), o identificar la temporalidad (orientación temporal, alterada en la fase moderada de la depresión), dejan de identificar la orientación temporal, es decir, lo que ellos

hacen en un determinado lugar y en un determinado momento; alteración que muchas veces se confunde con estados de confusión (11).

Se observa una prevalencia significativa de depresión en adultos mayores que han sufrido accidentes cerebrovasculares (ACV). Esta prevalencia se estima de 11% a 50% durante el primer mes después del ACV, y solo disminuye de 1 a 2 años después). El 25% de los adultos mayores no muestra mejoría o incluso empeora, además, se observa mayor prevalencia de depresión en adultos mayores con demencia por ACV que en aquellos con enfermedad de Alzheimer. De esta manera las enfermedades cerebrovasculares (ECV) y la depresión se asocian con un mayor riesgo de discapacidad. Más aún, la depresión incrementa de forma significativa el riesgo de muerte en adultos mayores con diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión. Sin embargo, a pesar de este elevado porcentaje de comorbilidad y sus implicaciones, la depresión puede pasar inadvertida, puesto que los profesionales de atención primaria suelen recurrir diferencialmente a explicaciones orgánicas de la sintomatología presente. Más aún, los perfiles sintomáticos de la depresión en adultos mayores con y sin ECV no se diferencian significativamente, excepto en su aparente duración, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial y contribuye al sesgo de atribuir los síntomas de depresión exclusivamente a enfermedades orgánicas. Esta situación se mantiene pese a que ciertos estudios continúan buscando evidencia a favor de definir la depresión vascular como una entidad específica dentro de los distintos síndromes depresivos de aparición en la vida tardía (12).

A nivel mundial, se estima que más de 285 millones de adultos padecen de diabetes. En los países en desarrollo, la mayoría de diabéticos tienen entre 45 y 64 años de edad mientras que, en los países desarrollados, la mayoría de personas con diabetes son adultos mayores de 65 años (Egede & Ellis, 2010). Se ha estimado que la prevalencia de depresión se duplica en adultos mayores que padecen de diabetes, en comparación con adultos mayores sanos. Algunos indicadores también señalan que la prevalencia de la depresión en esta población oscila entre el 3 y el 30%, sumado a un 10% de casos de depresión en pacientes diabéticos que no son diagnosticados. Por ello, se hace necesario identificar e intervenir apropiadamente en los casos de comorbilidad entre diabetes y depresión. Sin embargo, la labor de diagnóstico no es fácil, puesto que existe una superposición significativa entre los síntomas de la depresión y aquellos síntomas propios de un mal manejo de la diabetes, tales como fatiga, cambios en el peso corporal, cambios de apetito y perturbaciones de sueño, seguidas las actividades que realizamos los seres humanos cotidianamente, como asearnos, vestirnos o desplazarnos de un lugar a otro, entre otras, han sido desde los orígenes de la terapia ocupacional objeto de su interés y atención constante. Si bien han estado relacionadas con otras disciplinas, ya en el año 1950 se publica la primera escala de evaluación de independencia en actividades de la vida diaria.

Las AVD se relacionan con la supervivencia del ser humano (comida, vestido, higiene) y de este hecho deriva su repetición diaria; cumplen una función social

importante ya que participan en los procesos de socialización a lo largo del desarrollo evolutivo de cada individuo, y su adquisición nos permite insertarnos en el mundo social y cultural al que pertenecemos.(36)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que la salud puede ser afectada por la inhabilidad de llevar a cabo actividades y participar en situaciones de vida, causadas por barreras ambientales, así como por problemas que existen en las estructuras y funciones corporales, lo cual queda establecido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF (OMS, 2001). Por lo tanto, las AVD son uno de los aspectos de mayor relevancia para el ser humano y a la par, de la intervención del terapeuta ocupacional en muchos campos de práctica, en la medida que posibilitan el desempeño independiente y autónomo de actividades cotidianas que contribuyen al bienestar y a la libertad de acción y expresión, así como el desempeño independiente en éstas es un predictor del funcionamiento cognitivo en adultos mayores (36).

2.2 Marco Referencial.

La evolución en el desarrollo psicosocial del adulto está muy relacionada y condicionada por el desarrollo cognitivo. Este desarrollo suele ser muy rápido en la etapa de adulto joven y se caracteriza por un aumento en las capacidades mentales de razonamiento matemático, fluidez verbal, capacidad de vocabulario, capacidad de extraer conclusiones y capacidad de razonar. (30).

El desarrollo intelectual competente está condicionado por la interacción entre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que acontecen a lo largo de las etapas del ciclo vital. En general, las capacidades intelectuales cambian con el conocimiento que se va acumulando con el tiempo e inciden en el desarrollo de las habilidades profesionales, la resolución de los problemas ordinarios y la manera de vivir la vida. Ante la pregunta de si la inteligencia cambia con la edad, los investigadores dan múltiples y complejas respuestas. Algunos sostienen que la inteligencia se deteriora en algunos aspectos como por ejemplo en la rapidez mental, y aumenta en otros como en el conocimiento de la vida o la sabiduría.

Otros afirman que la inteligencia es relativamente estable a lo largo de los años adultos hasta que aparece una enfermedad o se manifiesta el deterioro de los órganos sensoriales.

El estrés y los cambios; más allá del término coloquial al que se hace referencia cuando hay un exceso de trabajo o actividad, el estrés se refiere al sistema de

cambios corporales que se presentan ante amenazas físicas o psicológicas, y fue descrito por primera vez por el científico húngaro Hans Selye, quien publicó un artículo en 1936 sobre lo que él denominó "síndrome del estrés". Es, por lo tanto, una respuesta esencial para sobrevivir, e implica un cambio en las prioridades del cuerpo, pues ante la presencia de una amenaza posible o real se desencadenan una serie de cambios químicos y neurales que desvían los recursos del organismo desde funciones como la alimentación, la reproducción, el aprendizaje, o cualquier otra meta dirigida al futuro para dejar, de manera inmediata, la energía disponible para asumir el desafío en cuestión. (31).

Desde la publicación de Selye, las investigaciones han avanzado de manera exponencial, y actualmente se conocen relativamente bien los mecanismos neurobiológicos que se producen en animales y humanos como respuesta al estrés. El iniciador del proceso es la percepción de un peligro o amenaza por parte del cerebro. La amígdala, localizada en el lóbulo temporal, es clave en esta parte del proceso, ya que es la encargada de detectar al estímulo amenazante y generar la respuesta (31).

Los cambios neuroquímicos que siguen al estímulo amenazante detectado por la amígdala, se ejecutan a través del llamado "eje del estrés", conformado por el hipotálamo, la hipófisis y la suprarrenal. El hipotálamo es un grupo de neuronas situado en la base del cerebro y está en contacto directo con la glándula hipófisis, también llamada la "glándula maestra", pues produce hormonas que dirigen la producción de otras hormonas. En lo concerniente al estrés, la hipófisis estimula las glándulas suprarrenales, localizadas encima de los riñones, para que produzcan adrenalina y cortisol. La adrenalina activa de manera rápida el sistema nervioso simpático, aumentando el ritmo cardíaco, desviando la sangre desde el sistema digestivo a los músculos y liberando energía por las células para uso inmediato. (31)

Se hizo una revisión de investigaciones similares desde lo internacional hasta lo nacional lo cual se logró halló que en el año 2020 en un estudio realizado en Ecuador sobre la depresión y calidad de vida del adulto mayor se observa que la depresión es una patología frecuente, un número significativo de adultos mayores padecen esta enfermedad, predominando la depresión leve. La calidad de vida de esta población se ve afectada, lo que predispone a una mala calidad de vida, es decir a mayor depresión, el adulto mayor tendrá una menor calidad de vida, representado un problema en la sociedad (32).

Así mismo, en un estudio realizado en Guatemala en Julio a Diciembre del 2019 se obtuvo como resultados en la investigación que la depresión sin duda es una enfermedad que afecta el estado emocional del ser humano, siendo el adulto mayor un grupo vulnerable. Los resultados mostraron que el 62% de adultos mayores con depresión fueron mujeres, dato que coincide con la población que más acude a consulta médica en el sanatorio El Cubano, donde a pesar que el

hombre tiene mayor libertad e independencia, no acude a consulta para chequear su salud. Aunque no se encontraron estudios de la prevalencia de la depresión en adultos mayores en Guatemala, los resultados coinciden con las prevalencias encontradas por la OMS de 60% en México y en contraste son superiores en Perú con 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad y en Chile entre 7,6% y 16,3%. (Ver tabla N°1) (33).

Estudio realizado en Perú en el 2021, se encontró también relación en un estudio el cual el presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores. Para tal efecto, se consideró un enfoque de investigación cuantitativo, mientras que el tipo de estudio fue básico, considerándose un diseño no experimental descriptivo transversal. Asimismo, se consideró una población de 80 pacientes, adultos mayores de 60 años. Mientras, la muestra fue de tipo censal. De otra parte, en lo que concierne a la técnica de recolección de datos, se empleó la encuesta, mientras que, el instrumento considerado fue el DASS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés).

Finalmente, se determinó el nivel de depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores de una clínica privada de Villa El Salvador, 2021, al encontrarse, con respecto a la depresión, la prevalencia de un 41.3% en el nivel severo; asimismo, en relación a la ansiedad la prevalencia fue del 71.3% en el nivel extremadamente severo y, por último, el estrés, tuvo una prevalencia de 43.8% en el nivel moderado; es decir, los adultos mayores son más propensos a desarrollar cuadros de ansiedad.

Se determinó el nivel de depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores de una clínica privada de Villa El Salvador, 2021, al encontrarse, con respecto a la depresión, la prevalencia de un 41.3% en el nivel severo; asimismo, en relación a la ansiedad la prevalencia fue del 71.3% en el nivel extremadamente severo y, por último, el estrés, tuvo una prevalencia de 43.8% en el nivel moderado; es decir, los adultos mayores son más propensos a desarrollar cuadros de ansiedad.

Se identificó el nivel de depresión, ansiedad y estrés en los adultos mayores según sexo de una clínica privada, Villa El Salvador, 2021, al identificarse una relación prevalente entre el sexo masculino y el nivel severo de depresión de 26.3%. Asimismo, se identificó otra relación prevalente entre el sexo masculino y nivel extremadamente severo de ansiedad de 47.5%. Por último, se halló una relación prevalente entre el sexo masculino y el nivel moderado de estrés de 26.3%; es decir, los adultos mayores del sexo masculino, son los más propensos a desarrollar cuadros de ansiedad.

Se encontró una investigación que en el año 2019 sobre la felicidad de la funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia como predictor realizada resalta el papel fundamental del bienestar subjetivo de los adultos mayores en las relaciones familiares, además del peso significativo de las relaciones sociales y del buen trato entre los miembros de la familia. Se debe

trabajar por un envejecimiento en el que la infelicidad no sea característica intrínseca de este y en el que las relaciones al interior de la familia permanezcan fortalecidas; considerando que, a medida que aumenta la edad, las personas pueden interactuar menos con desconocidos y mantener sus relaciones con cercanos; abogando así por una imagen positiva de la vejez como integrante activo de la familia y la sociedad (34).

En un artículo aceptado en el 2021 nos habla acerca del incremento en la esperanza de vida que está originando un crecimiento acelerado de personas mayores en Colombia como en el mundo. El objetivo de este estudio fue determinar las relaciones entre la calidad de vida, la resiliencia y la depresión en adultos mayores residentes en la ciudad de Montería. Participaron 100 adultos mayores de ambos géneros, con capacidades de lectoescritura y sin presencia de deterioro cognitivo. Se evaluaron los constructos de calidad de vida mediante la escala CASP 19, de resiliencia mediante el CD-RISC 10 y los síntomas depresivos desde la escala CES - D. Se trabajó con un diseño no experimental de corte transversal y con un alcance descriptivo correlacional. Los resultados mostraron puntuaciones altas en las dimensiones de calidad de vida, control, placer, y autorrealización. Por otro lado, también se observaron puntajes altos en resiliencia y puntajes bajos en depresión. Se presentaron correlaciones positivas entre la resiliencia y las sub-dimensiones de la escala de calidad de vida CAPS - 19 y negativas entre la depresión y las sub-dimensiones de la escala de calidad de vida CAPS-19 (35).

Como conclusiones en el estudio que se realizó en Medellín, Pereira y Bogotá en junio 28 del 2022. La depresión es un padecimiento que afecta considerablemente a los adultos mayores, puesto que esta genera múltiples daños físicos y emocionales a este grupo poblacional. Con el estudio realizado se demostró síntomas normales y leves depresivos, ya que los adultos mayores han presenciado en algunos 27 momentos sentimientos de soledad porque la preferencia es el aislamiento en casa, además los adultos mayores tienden a aburrirse, por tal motivo los factores psicológicos como la soledad, la sensación de aburrimiento, en ciertos momentos sentirse un o una inútil pueden desencadenar estos problemas. Con respecto a los factores biológicos, la edad influye considerablemente, ya que al pasar los años el adulto mayor presenta problemas físicos que pueden degenerar su cuerpo, afectando su cognición y emoción. En estos hogares geriátricos se muestra que los adultos mayores, son personas que aún están con ganas de vivir, donde se evidencia que se sienten cómodos y seguros en las instalaciones ya que en este lugar les brindan las herramientas y el cuidado pertinente haciendo de sus vidas más llevaderas debido a que ellos comparten experiencias con otros adultos de su edad ; así mismo creando una atmósfera donde se les da apoyo psicosocial, pero aunque se les genere todas estas oportunidades para salir adelante, ellos en algún momento se sienten cargas para la sociedad, ya que presentan enfermedades de base o por su misma edad que se consideran un limitante para ellos mismos y sus

familias porque ya no pueden realizar las mismas actividades que realizaban cuando estaban más jóvenes (35).

Un estudio realizado en Manizales en el 2021, Tiene como objetivo: evaluar las actividades instrumentales y su relación con el estado emocional de adultos mayores asistentes a centros de salud de la ciudad de Manizales con metodología de estudio con enfoque cuantitativo de diseño observacional y alcance correlacional. Se tomó una muestra probabilística de 133 adultos mayores quienes fueron evaluados en los Centros de Salud de la ESE ASSBASALUD de Manizales (Caldas – Colombia). La recolección de datos sociodemográficos y clínicos se llevó a cabo a través de entrevista y para las variables de interés se aplicaron las escalas de Lawton- Brody y Yesavage. Resultados: la mayor proporción de participantes era de sexo femenino, con nivel educativo de estudios primarios, vivían con sus familias y se encontraban dedicados al hogar. Las actividades instrumentales se encontraban preservadas reportando autonomía para su realización en el 63,1% de la muestra; así mismo, el 78,2% no reportaron síntomas depresivos. Se encontró una correlación negativa entre los puntajes obtenidos en las actividades instrumentales y el estado emocional. Conclusión: se encontró una relación entre las actividades instrumentales y el estado emocional identificando mayor independencia para dichas actividades en los adultos mayores que no presentaban alteración del estado emocional.

2.3 Marco Legal

Al momento de la recopilación del reglamento de la normativa constitucional Colombiana respecto a la investigación encontramos los siguientes estatutos:

2.3.1. Política pública social para el envejecimiento y la vejez del 2010

Decreto que la adopta: Decreto 345 de 2010, Vigencia de la política: De 2010 a 2025. Objetivo General: Garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distinción alguno, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de hoy y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que le compete al Estado en su conjunto y de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales (14)

2.3.2. Ley 1850 de 2017

Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, en el artículo 12, hace referencia a “Promover la creación de redes de apoyo con el fin de asegurar los vínculos, la compañía y el apoyo del núcleo

familiar del adulto y así evitar la institucionalización y la penalización. Ya que es necesario involucrar de manera directa a la familia quien es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros y por la inserción de estos en la cultura, la transmisión de valores para que se comporten como la sociedad espera de ellos. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de identidad individual" (15)

Medidas de protección al adulto mayor en Colombia.

Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones.

El artículo 6° menciona que el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social implementará una ruta de atención inmediata y determinará los medios de comunicación correspondientes frente a maltratos contra el adulto mayor, ya sea en ambientes familiares como en los centros de protección especial y demás instituciones encargadas del cuidado y protección de los adultos mayores (16)

2.4 Marco disciplinar

En la investigación respecto a las teorías de enfermería, presenta la afinidad entre la visualización del cuidado por parte de la teórica Callista Roy y nuestra investigación, teniendo en cuenta que el conocimiento disciplinar para enfermería es el cuidado integral de salud, a la persona, a la comunidad, queda evidenciado en los registros de las representaciones materiales que indican por escrito la existencia de hechos del mismo (17).

"Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo" (18).

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno (18).

Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano (18).

Ambiente: "Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Estímulos:

En el modelo, Roy define los estímulos como "todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente ella lo clasifica así:

1. Estímulo focal. "Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo". Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
2. Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
3. Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Nivel de adaptación:

Según Roy, "el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido".

Mecanismos de enfrentamiento: El subsistema regulador es el proceso que se opera en el sistema adaptativo humano para enfrentar los estímulos. Se basa en las respuestas del sistema neuroquímico ante un estímulo y su acción sobre los órganos efectores. Las entradas son de naturaleza química y se transmiten a través de los sistemas circulatorio y nervioso (18)

El profesional de enfermería, al identificar el estímulo, relaciona sus conocimientos con la situación que está enfrentando la persona, para lograr así comprender las respuestas que se manifiestan a través de los modos de adaptación físico-fisiológico y psicosocial(18)

Salud: Es el proceso de ser y llegar a ser un todo integrado. Salud significa adaptación. Según las circunstancias de su ambiente, la persona se adapta de una forma diferente; esto lleva a que los individuos sean cada vez más complejos y tengan un mayor crecimiento (18)

Meta de enfermería: Es la promoción de la adaptación del sistema humano. La adaptación busca mantener la integridad y la dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad (18)



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Analizar las afecciones mentales y las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de un hogar geriátrico del municipio de Envigado, año 2023-2.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar las variables sociodemográficas de los adultos mayores de un hogar geriátrico del municipio de Envigado, año 2023 - 2.
- Describir el nivel de dependencia de actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores de un hogar geriátrico del municipio de Envigado, año 2023-2.
- Identificar el nivel de depresión, ansiedad y estrés de los adultos mayores de un hogar geriátrico del del municipio de Envigado, año 2023-2.

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque de la investigación

La investigación tendrá un enfoque cuantitativo porque se medirá datos, la cual se analizará las afecciones mentales (depresión, ansiedad y estrés) en la población de estudio de un hogar geriátrico del municipio de Envigado.

4.2 Tipo de investigación

Descriptivo, retrospectivo y transversal, se comprobará entre variables y se medirá hipótesis, por medio de las escalas DASS 21 que está diseñada para evaluar el nivel de depresión, ansiedad y estrés, en conjunto con la escala de Lawton y Brody para determinar el nivel de dependencia de la población de estudio.

4.3 Descripción de la población

La presente investigación, se ejecutó en el municipio de Envigado en un hogar geriátrico llamado Espejos Del Mañana un grupo de adultos mayores entre las edades de 60 a 85 años de edad; que de 40 miembros registrados, fueron consultados 19 personas, los demás fueron incluidos en criterios de exclusión.

4.4 Muestra

La investigación se realizará una muestra no probabilística a criterio del investigador, bajo criterio de inclusión y exclusión.

4.4.1 Criterios de inclusión.

- Adultos mayores de 60 años a 85 años.
- Adultos mayores que residen más de 1 mes en el hogar geriátrico.
- Adultos mayores que presenten nivel cognitivo conservado y capacidad auditiva conservada.

4.4.2 Criterios de exclusión.

- Adultos mayores con diagnósticos médicos de depresión mayor o desorden psiquiátricos que se encuentren en tratamiento médico.
- Adultos mayores con demencia senil.

4.4.3 Criterios de eliminación

- Personas que no deseen responder o participar voluntariamente en la investigación.

4.5 Instrumento

Con este instrumento se logrará obtener la información que nos permitirá darle un enfoque investigativo y lograr obtener las respuestas a la pregunta de investigación.

4.5.1 Descripción

La entrevista consta de tres partes:

1. Datos sociodemográficos: Recolectar información general sobre un grupo de personas. Donde se incluyen: La edad, sexo, estado civil, escolaridad, religión, red de apoyo, lugar de residencia y de procedencia, seguridad social, nivel socioeconómico, ocupación, entre otros.
 2. Escala de DASS 21: Posee tres sub escalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para evaluar cada sub escala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.
- Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, (Depression Anxiety Stress Scales DASS) fueron creadas por Peter Lovibond & Sydney Harold Lovibond en 1995 en Sydney Australia. Originalmente esta escala estaba conformada por un total de 42 ítems.
Validación: En Chile en 2008 se utilizaron las Escalas Abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21), versión traducida y adaptada con adolescentes chilenos (Vinet, Rehbein, Saiz, & Román, 2008), se realizó un proceso de adaptación idiomática y cultural del instrumento.
 - Validación de acuerdo con Lovibond y Lovibond del DASS-21, se realizó un estudio en el que se utilizó una muestra de estudiantes universitarios cuya edad promedio era 21 años. El análisis reveló tres factores correlacionados que presentan una alta proporción de la varianza (41,3%). Además, se ha encontrado que la consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas de depresión, ansiedad y estrés es de 0.91, 0.84 y 0.90, respectivamente, en estudiantes universitarios, y algo mayor en muestras clínicas. En este estudio también se administró el Inventario de Depresión de Beck (BDI)

(Beck & Steer, 1987) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck & Steer, 1990), encontrándose que el BAI y la escala de ansiedad del DASS están muy correlacionados ($r = 0,81$) (r significa coeficiente de Pearson), así como también el BDI y la escala de depresión de DASS ($r = 0,74$). Por otro lado, tras el análisis de confiabilidad, determinado por un estudio en 365 estudiante españoles, utilizando índice de Cronbach se obtuvieron los siguientes valores para las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, respectivamente: 0.92, 0.84 y 0.91 para el DASS (versión original); y 0.84, 0.70 y 0.82 para el DASS-21.

- Información de estandarización: El DASS-21 fue adaptado en población chilena, para ello se hicieron ciertas modificaciones que permitan ajustar mejor el instrumento al contexto social y cultural del país, sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios. Este estudio se llevó a cabo por Salgado - Madrid et al. (2013) en 484 universitarios chilenos. Así se comprobó que posee un alto grado de confiabilidad (19).
 - Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish versión of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105. (19)
3. Escala de Lawton y Brody: Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. o Su traducción al español se publicó en el año 1993.
- Normas de aplicación o Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). o La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos. o Cualquier miembro del equipo puede aplicar esta escala pero debe estar motivado, concienciado y entrenado (20).
 - Utilidad o Una gran ventaja de esta escala es que permite estudiar y analizar o sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. o

Ha demostrado utilidad como método de valoración objetiva y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios del paciente como a nivel docente e investigador. o Detecta las primeras señales de deterioro del anciano (20).

- Limitaciones o Las variables que se estudian están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización o Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro. (20)
- Validez y reproducibilidad o Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra observador alto (0.94). No se han comunicado datos de fiabilidad (1) o En general es una escala sensible pero poco específica. (20)

Tabla 1. Tabla de variables Sociodemográficas.

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES
Nombre	Identificación	cualitativo		
Edad	Cuántos años tiene	cuantitativo, continuo	ordinal	60- 70 años 71-80 años 80-85 años
Sexo	Hombre Mujer Indeterminado	Cualitativo	Nominal	Mujer o hombre
Estado civil	Tiene o no tiene pareja y la situación legal al respecto	cualitativo	Nominal	- Casado -Soltero -Divorciado -Viudo -Unión libre
Escolaridad	Periodo en que se asiste a la escuela para estudiar y aprender.	cualitativo	Ordinal	-Primaria - Bachillerato -Técnico -Profesional -Pregrado -Especialista
Religión	Religión que profesa	cualitativo	Nominal	-Católico -Pentecostal -Cristiano -Ateo -Otro: cuál
Red de apoyo	Grupos que lo apoyan	cualitativo	Nominal	Familia Educación Religión Recreación Salud Cultural
Lugar de residencia	Es el lugar donde la persona vive al momento de la entrevista.	cualitativo	Nominal	Urbano Rural Otro
Lugar de procedencia	Estado donde la persona vive o vivió, ya sea ciudad y país, etc.	cualitativo	Nominal	Ciudad Departamento País
Tiene hijos	Si procrearon familias.	cualitativo	Nominal	Si o No Cuantos_____
Estrato socioeconómico	Es una clasificación, donde asignan un nivel y de esta forma determinar si es alto o bajo.	cuantitativo, discreto	ordinal	1 2 3 o más

Seguridad social	Sistema de seguro de salud para la atención médica.	cualitativo	Nominal	Subsidiado Contributivo Especial
Antecedentes personales	si sufre de alguna enfermedad	Cualitativa	Nominal	Si, No. cuál:_____
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado.	cualitativo	Nominal	_____
Vivienda	Lugar acondicionado para que vivan las personas.	cualitativo	Nominal	Propia Arrendada Familiar
Pertenece a algún grupo étnico	Comunidad o grupo definido	cualitativo	Nominal	Si No. Cuál:_____

Tabla 2 Escala de DASS 21

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES
Me ha costado mucho descargar la tensión	Significa liberar o aliviar la presión o el estrés emocional que se acumula en el cuerpo	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Me di cuenta que tenía la boca seca	Puede ser causada por diversos factores, como la deshidratación, el estrés, la ansiedad, la ingesta de ciertos medicamentos.	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
No podía sentir ningún sentimiento positivo	Se refiere a la incapacidad de experimentar emociones agradables o placenteras, como la felicidad, la alegría o el amor	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Se me hizo difícil respirar	Se refiere a la sensación de falta de aire o dificultad para inhalar y exhalar normalmente	Cuantitativo, discretas	ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	Se refiere a la dificultad para iniciar actividades sin un estímulo externo.	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	Sobre Reaccionar en situaciones específicas.	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Sentí que mis manos temblaban	Si ha tenido movimientos involuntarios en las manos	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	.Se ha sentido cansado después de una actividad	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	Ha estado pensando mucho tiempo en un problema ?	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
He sentido que no había nada que me ilusionara	¿Hay algo que lo sorprende?	Cuantitativo, discretas	ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Me he sentido inquieto	Tranquilidad	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Se me hizo difícil relajarme	Se ha sentido tensionado por alguna situación	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo))
Me sentí triste y deprimido	¿se ha sentido bajo de ánimo ?	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	Falta de tolerancia a interrupciones o distracciones.	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Sentí que estaba al punto de pánico	Se ha sentido asustado	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
No me pude entusiasmar por nada.	Desinterés	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Sentí que valía muy poco como persona	La percepción de la persona de sí mismo	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
He tendido a sentirme enfadado con facilidad	Ha tenido mucha rabia últimamente	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	Si ha sentido el corazón latir muy duro	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Tuve miedo sin razón	Se asusta con facilidad	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Autopercepción de la vida	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Tabla 3 Escala de Lawton y Brody

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O VALORES
Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	Sabe usar el teléfono móvil	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Marca unos cuantos números bien conocidos	Marca en su celular	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Contesta el teléfono pero no marca	Sabe atender una llamada	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

No usa el teléfono		Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Realiza todas las compras necesarias con independencia	Sale a comprar su comida	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Compra con independencia pequeñas cosas	Sale a realizar la compra diaria	Cuantitativo, discretas	ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Necesita compañía para realizar cualquier compra	Sale con alguien a comprar	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Completamente incapaz de ir de compras	No sale a comprar lo necesario	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	sabe preparar su comida	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	Sabe preparar la comida si le ayudan	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	Sabe cómo usar el microondas o la sabe calentar la comida	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Necesita que se le prepare y sirva la comida	Le ayudan a servir la comida y se le haga la comida	Cuantitativo, discretas	ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	Ayuda en la casa	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	Ayuda en la casa en labores pequeñas	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	Le gusta y ayuda en la casa	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Necesita ayuda en todas las labores de casa	Le ayudan a hacer el oficio de la casa	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
No participa en ninguna labor de la casa	Ayuda en la casa	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Lava por sí solo toda la ropa	pone a lavar la ropa o lava la ropa	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Lava por sí solo pequeñas prendas	lava su propia ropa	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro		Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	Sabe manejar	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte		Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	Sabe que bus le sirve para su destino, o necesita ir con alguna persona	Cuantitativo, discretas	ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	Sabe coger un carro o bus	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

No viaja	Le gusta viajar como medio de recreación	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	Sabe a qué hora le toca tomarlo	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	Sabe cuánto debe tomar según lo prescrito	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
No es capaz de administrarse su medicación	Sabe a qué hora toma su medicación	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	Sabe cómo administrar el dinero	Cuantitativo, discretas	ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	Sale a comprar comida junto a alguien	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)
Incapaz de manejar dinero	Sabe contar dinero	Cuantitativo, discretas	Ordinal	0 (No me ha ocurrido) 1 (Me ha ocurrido un poco) 2 (Me ha ocurrido bastante) 3 (Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo)

Fuente: Construcción propia

4.6 Análisis de confiabilidad del instrumento

La aplicación del instrumento se realizó por medio de una entrevista de manera individual y se tuvo como referencia la población objeto de estudio así: Se solicita el consentimiento informado previo a los participantes, 40 personas mayores de 60 años del hogar geriátrico en el Municipio de Envigado-Antioquia, con el objetivo de recolectar y analizar los datos obtenidos en la población de estudio.

4.6.1 Aprobación del instrumento.

El DASS-21 quedó constituido por tres escalas (Lovibond & Lovibond, 1995) que miden por separado, depresión, ansiedad y estrés. No obstante, los autores plantean que la discriminación perfecta entre medidas de auto - informes de ansiedad y depresión parece imposible, ya que las correlaciones entre las escalas del DASS no se deberían únicamente a la carga de los factores, sino más bien a la continuidad natural entre los tres síndromes y por ende, a la correlación esperable entre los factores, que puede surgir debido a que existen causas comunes subyacentes a la depresión, la ansiedad y al estrés (Lovibond & Lovibond, 1995).(34)

Las investigaciones indican que el DASS - 21 presenta una sólida consistencia interna y proporciona una adecuada distinción entre ansiedad y depresión, en relación con otras medidas existentes. Estos estudios también sugieren que la comorbilidad que se da en la práctica clínica podría tener su base en el origen común de los tres síndromes (depresión, ansiedad y estrés) (Brown et al., 1997; Lovibond & Lovibond, 1995) y tiene implicancias en el manejo de los tratamientos, ya que aumenta la complejidad clínica, reduce la efectividad de tratamientos habituales y empeora el pronóstico. Por esto, la capacidad de medir por separado estos tres estados puede ser de gran utilidad para los investigadores y clínicos que se ocupan de aclarar el origen de una perturbación emocional, como parte de la tarea más amplia de evaluación clínica, que también permita la planificación de intervenciones para prevenir estos trastornos (Kendall, Hollon, Beck, Hammen & Ingram, 1987) (34)

Validación en Colombia: Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish versión of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.

En cuanto a la validez y confiabilidad se ha confirmado que la validez de este índice es de relevancia en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios componentes básicos se le consideran aceptables. Su aplicación en la clínica

permite detectar precozmente el plan terapéutico e identificar la necesidad de una asistencia.

En la escala de Lawton y Brody fue publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) en población anciana institucionalizada o no. La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

4.7 Estrategias de análisis de datos

Se realizará por medio de un programa estadístico SPSS con el fin de realizar análisis de datos y por medio de gráficos, generando los porcentajes de la información recolectada.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

Es importante preservar la ética en una investigación, ya que de ello depende no solo el desarrollo del estudiante, también implica el beneficio de la sociedad, por ser los primeros destinatarios de los resultados obtenidos en el proceso investigativo, se abordarán 3 niveles importantes de aspectos éticos.

4.8.1 Nivel 1 o Principios bioéticos

Los principios bioéticos guían al profesional de salud hacia un enfoque particular en la solución de un problema, son normas generales, son necesarios y suficientes para dirimir los dilemas éticos, al realizar esta investigación tiene un enfoque en salud y así determinar estrategias para ello, el principio bioético elemental en esta investigación es el respeto a la dignidad de las personas de forma integral y humanista de la asistencia sanitaria (35).

Diseño:

Beneficencia: Este principio obliga al profesional de salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que se considere más adecuada (35).

Respeto: Este principio incluye respetar la autonomía de las personas para que decidan con libertad y sus opiniones respecto al tema a tratar con cada uno de los participantes (35)

Trabajo de Campo:

El principio de Beneficencia: Es el principio más evidente de todos ya que el personal sanitario ha sido educado y formado para hacer el bien, no sólo al individuo enfermo, sino a la sociedad en su conjunto (35). Se basa en que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen deben beneficiar al paciente, es decir, ser seguros y efectivos. La población de estudio de elección para la investigación. Adolescente, jóvenes, adultos y personas mayores de 60 años se realizará de una forma ética, en respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino buscar el bienestar para ellos (25).

El principio de la No maleficencia: Es un principio muy evidente porque ningún profesional sanitario deberá utilizar sus conocimientos o su situación para ocasionar perjuicios al enfermo. En la práctica se refiere a que el balance entre los beneficios y los riesgos de cualquier actuación médica debe ser siempre a favor de los beneficios. En esta investigación, se busca que el instrumento sea muy claro a la hora de realizar las preguntas ya que son temas que pueden ser incómodos a la población entrevistada (25).

Para el trabajo de campo se deben realizar de forma inmediata antes de realizar la entrevista a la población de estudio, primero respetar derechos de autor, es importante realizar un explicación clara y detallada de lo que se va a realizar y la finalidad, generando empatía con el entrevistado de esta manera también determinamos si se siente a gusto o no solicitando su consentimiento informado.

Igualdad: Reconocer a todas las personas el mismo derecho a la atención (25).

Análisis

Autonomía: Un principio bioético fundamental para aplicar la investigación, es el principio de Autonomía se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo. Se tomará en cuenta quienes de la población de estudio deseen responder a la entrevista (25).

El Principio de la **Justicia** nos indica que todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, y por tanto, son merecedoras de igual consideración y respeto (35). Hay que luchar por una distribución justa y equitativa de recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia. En esta entrevista se tratará

a todos por iguales sin discriminación alguna, respetando sus creencias, deseos e intereses (25).

4.8.2 Segundo nivel o Normas éticas

Resolución 8430 de 1993

- Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

- Artículo 2. Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

- Artículo 3. Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas (26).

- Artículo 4. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

A. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.

B. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.

C. La prevención y control de los problemas de salud.

D. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.

E. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud.

F. La producción de insumos para la salud (26).

- Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (26).

Declaración de Helsinki

Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Cada una de estas personas debe ser informada de que tiene la libertad para no participar en el experimento y para anular en cualquier momento su

consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito (27).

Al obtener el consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cauto respecto a que esa persona se halle en situación de dependencia hacia él o del consentimiento bajo coacción. En tal caso deberá obtener el consentimiento de otro médico que no esté involucrado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial (27).

El consentimiento informado debe darlo el tutor legal en caso de incapacidad jurídica, o un pariente responsable en caso de incapacidad física o mental o cuando el individuo sea un menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso. Cuando el menor de edad pueda en efecto dar su consentimiento, habrá que obtener éste además del consentimiento del tutor legal (27).

Ver anexo 3

Ley 1581 del 2012 protección de datos personales

- Artículo 3° definiciones, para los efectos de la presente ley, se entiende por:

- a) Autorización: Consentimiento previo, expreso e informado del Titular para llevar a cabo el Tratamiento de datos personales;
- b) Base de Datos: Conjunto organizado de datos personales que sea objeto de tratamiento;
- c) Dato personal: Cualquier información vinculada o que pueda asociarse a una o varias personas naturales determinadas o determinables;
- d) Encargado del Tratamiento: Persona natural o jurídica, pública o privada, que por sí misma o en asocio con otros, realice el Tratamiento de datos personales por cuenta del Responsable del Tratamiento;
- e) Responsable del Tratamiento: Persona natural o jurídica, pública o privada, que por sí misma o en asocio con otros, decida sobre la base de datos y/o el Tratamiento de los datos;
- f) Titular: Persona natural cuyos datos personales sean objeto de Tratamiento;
- g) Tratamiento: Cualquier operación o conjunto de operaciones sobre datos personales, tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión (28).

Ley 23 del 1961

Capítulo I Declaración de principios

- Artículo 1°. – La siguiente declaración de principios constituye el fundamento esencial para el desarrollo de las normas sobre Ética Médica. 1°. – La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender

por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes (29).

4.8.3 Nivel 3 o Comité ético.

La presente investigación se presentará con el fin de solicitar la aprobación del proyecto al Comité de ética de la corporación universitaria adventista, con el fin de reforzar las competencias de los estudiantes y garantizar el respeto a la dignidad, integridad e identidad del ser humano en lo que se refiere la investigación.

5. RESULTADOS

Previa autorización por parte del área administrativa se aplicó la encuesta el día 11 de octubre de 2023 a un grupo de adultos mayores entre las edades de 60 a 85 años de edad; que de 40 miembros registrados, fueron consultados 19 personas, los demás fueron incluidos en criterios de exclusión; de en un hogar geriátrico en el municipio de Envigado - Antioquia llamado Espejos del mañana, cuenta con tres sedes; la primera se encuentra en el barrio el portal, la segunda sede se encuentra en el barrio robles en Bosques de Zúñiga las dos están ubicadas en el municipio de Envigado, los cuales aceptaron la participación y dieron su consentimiento informado tras la lectura del mismo, manifiestan estar de acuerdo y se resuelve la encuesta con acompañamiento de manera individualizada por los encuestadores, con el objetivo de resolver alguna duda relacionada con las preguntas o puntos de la encuesta, las cuales fueron respondidas a libertad de las personas.

Se anexan a continuación las tablas de los resultados de las tres variables.

Teniendo en cuenta el primer formato de evaluación que busca establecer los hallazgos sociodemográficos, se anexan a continuación los resultados del análisis de las variables presentadas según las respuestas que los adultos mayores del hogar geriátrico respondieron previa socialización de la autorización del hogar y del consentimiento informado; se tiene en cuenta el mismo orden para la presente tabla con respecto a la realizada en la encuesta; es así como se concluye lo siguiente:

Que de los adultos mayores encuestados con relación a la edad del grupo poblacional objeto de éste estudio, el 94.7% son mayores de 60 años, una persona es menor de 60; en cuanto a el sexo, el 76,5% corresponde al sexo femenino y el 23,5% de sexo masculino; de ellos el estado civil predominante son los viudos con un 52.7%; el grado de escolaridad más común es la primaria también con un 52.7%, la vida espiritual se enfoca más en la religión católica con un 84.3%; dentro de las opciones de las redes de apoyo el 89.5% se centra en la familia teniendo en cuenta que ésta pregunta tenía la opción de múltiple respuesta según consideración del lector. Los adultos mayores del hogar tienen como residencia urbana al 94.7% y su procedencia sería la zona urbana con un 89.5%; (se aclara que esos datos se refieren al domicilio original de los encuestados) de ellos el 78.9% pertenecen al estrato 3; con respecto a la información familiar el 78.9% tienen hijos; cuentan con seguridad social 52.6% son del régimen contributivo y el 47.4% al subsidiado, lo que indica que la cobertura es del 100%, en éste aspecto es importante tener en cuenta el 88.9% de las personas tienen antecedentes personales de salud. Manifiestan que la ocupación laboral se centró en las amas de casa con el 36.8%, en donde se reportan algunas profesiones

como ingeniería con el 10.6%; reportan además que cuentan con vivienda propia el 68.4% y familiar el 21.1%; manifiestan que el 100% no pertenecen a algún grupo étnico. Se compilan los 15 puntos del primer formulario de preguntas con relación al ítem sociodemográfico. (Ver anexo de tabla de resultados: tabla 1 datos sociodemográficos)

5.1 RESULTADOS: TABLA 1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Variable		Frecuencia	Porcentaje
1. Edad	Menor de 59	1	5,3%
	Mayor de 60	18	94,7%
2. Sexo	Masculino	4	23,5%
	Femenino	13	76,5%
3. Estado civil	Soltero	4	21.1%
	Casado	5	26.4%
	Viudo	10	52.7%
4. Escolaridad	Primaria	10	52.7%
	Secundaria	2	10.6%
	Profesional	7	31,6%
5. Religión	Católica	16	84.3%
	Cristiana	2	84.3
	Ateo	1	5.3%
6. Red de apoyo	Familia	17	89,5%
	Educación	2	10,5%
	Religión	4	21,1%
	Recreación	4	21,1%
	Salud	1	5,3%
	Cultura	2	10,5
7. Lugar de residencia	Urbano	18	94,7%
	Rural	1	5,3%
8. Tiene hijos	Si	15	78,9%
	No	4	21,1%
9. Estrato socioeconómico	1	0	0%
	2	1	5,3%
	3	15	78,9%
	4	3	15,8%

10. Seguridad social	Subsidiado	9	47,4
	Contributivo	10	52,6
	Especial	0	0
11. Antecedentes personales.	Si	16	88,9
	No	2	11,1
12. Ocupación	Ama de casa	7	36,8
	Ingenierías	3	15,8
	Social	2	10,5
	otros	7	36,8

Continuando con el ejercicio de interpretación se registran las respuestas en la tabla siguiente con relación a la escala de valoración DASS 21 la cual hace parte del proceso de análisis de información presentado para los adultos mayores del hogar geriátrico y a quienes a su vez se le hace acompañamiento con el fin de que resuelva alguna inquietud con respecto a la dinámica de los 21 puntos.

La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

En primer lugar encontramos que el grupo de personas encuestadas refieren que la distribución de la frecuencia y el porcentaje de variabilidad 0 y 1 corresponden al 38.9% que indica no les cuesta descargar la tensión y el restante 22.2% refiere que le ocurre durante buena parte del tiempo; además el síntoma más frecuente con respecto a tener la boca seca está reportado con un 5,3%, en un porcentaje de 47.4 no reportan esa ocurrencia; en algún momento han sentido la ausencia de pensamientos positivos el 63.2%; para ellos el 57,9% no han tenido dificultad para respirar; en pocas ocasiones ocurre que se presenta la dificultad para tomar la iniciativa para hacer algo, en un 57.9%; así también es ésta misma variable y con un 62.3% reaccionan de manera exagerada ante algo; durante una parte del tiempo se podría presentar la dificultad de descargar la tensión en un 68.4%; pero siente que en pocas ocasiones han gastado un cantidad de energía con el 63.2%; algunas veces podían presentar alguna situación de pánico con el 78.9%; en esa misma variable se presenta con un 66.7%; sentir que nada los ilusionaba; pocas veces se han sentido inquietos en un 57.9%; con una variable de 0 y con un porcentaje de 47.4% no ha ocurrido que sea difícil relajarse y en el mismo 47.4% pocas veces han sentido que sea difícil; pocas veces y con un porcentaje de 68.4% se sintieron tristes o deprimidos, en éste ítem un 15.8 refiere que le ha ocurrido bastante; con un buen nivel de tolerancia se registran en un 52.6%; estar a punto de sentir pánico el 15.8%, mientras el 52.6% refiere que no tiene esa sensación; pocas veces sienten pérdida del entusiasmo con un 63.2%; pocas o

algunas veces han sentido que valen menos como personas, tanto para la variable 0 como la 1, con un 47.4% en ambas; se enfada pocas veces el 63.2% de los encuestados; quienes a su vez refieren no sentir de manera fuerte los latidos de su corazón, con un 57.9% sin tener esfuerzo físico; no han presentado sentir miedo sin razón el 52.6%, el 47.4% lo ha sentido pocas veces y en un 47,4% han manifestado que sintieron que la vida no tenía sentido en pocas veces, mientras el 52.6% nunca ha tenido ese sentimiento.

(Ver anexo resultados: tabla 2 DASS-21)

De ésta manera se concluye que ninguna persona entrevistada registra alguna de las respuestas en la variable 3 que se considere como factor de riesgo o determinante para tener depresión, ansiedad o estrés, los participantes se muestran interesados en el desarrollo de la encuesta y previamente se comprometieron a dar sus respuestas de manera espontánea libre y sincera.

A continuación se expresa la tabla correspondiente a la segunda valoración.

5.2 RESULTADOS: TABLA 2 ESCALA DASS 21

Variable		Frecuencia	Porcentaje
1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	7	38,9
	1	7	38,9
	2	4	22,2
	3	0	0
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	9	47,4
	1	8	42,1
	2	1	5,3
	3	1	5,3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	4	21,1
	1	12	63,2
	2	3	15,8
	3	0	0
4. Se me hizo difícil respirar	0	11	57,9
	1	6	31,6
	2	2	10,5
	3	0	0
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa	0	5	26,3
	1	11	57,9
	2	3	15,8

para hacer cosas	3	0	0
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	5	26,3
	1	12	63,2
	2	2	10,5
	3	0	0
7. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	6	31,6
	1	13	68,4
	2	0	0
	3	0	0
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	6	31,6
	1	12	63,2
	2	1	5,3
	3	0	0
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	4	21,1
	1	15	78,9
	2	0	0
	3	0	0
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	6	33,3
	1	12	66,7
	2	0	0
	3	0	0
11. Me he sentido inquieto	0	6	31,6
	1	11	57,9
	2	2	10,5
	3	0	0
12. Se me hizo difícil relajarme	0	9	47,4
	1	9	47,4
	2	1	5,3
	3	0	0
13. Me sentí triste y deprimido	0	3	15,8
	1	13	68,4
	2	3	15,8
	3	0	0
14. No toleré nada que no me permitiera	0	7	36,8
	1	10	52,6

continuar con lo que estaba haciendo	2	2	10,5
	3	0	0
15. Sentí que estaba al punto de pánico.	0	10	52,6
	1	6	31,6
	2	3	15,8
	3	0	0
16. No me pude entusiasmar por nada	0	6	31,5
	1	12	63,2
	2	1	5,3
	3	0	0
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	9	47,4
	1	9	47,4
	2	1	5,2
	3	0	0
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	7	36,8
	1	12	63,2
	2	0	0
	3	0	0
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	11	57,9
	1	7	36,8
	2	1	5,3
	3	0	0
20. Tuve miedo sin razón.	0	10	52,6
	1	9	47,4
	2	0	0
	3	0	0
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	0	10	52,6
	1	9	47,4
	2	0	0
	3	0	0

Posterior a la tabla de resultados se procede al análisis de los datos según el esquema de interpretación de la escala así:

Ítem=Depresión: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 - Ansiedad: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 - Estrés: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18

	Item
Depresión	3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21
Ansiedad	2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20
Estrés	1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18

Preguntas/ participantes	Me ha costado mucho descargar la tensión	Me di cuenta que tenía la boca seca	No podía sentir ningún sentimiento positivo	Se me hizo difícil respirar	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer	Reacione exageradamente en ciertas situaciones	Sentí que mis manos temblaban	me sentí que estaba gastando una gran cantidad	estaba preocupado por situaciones en las cuales	me sentí que no había nada que me ilusionara	Me he sentido inquieto	Se me hizo difícil relajarme	Me sentí triste y deprimido	no toleré nada que no me permitiera continuar con lo que	Sentí que estaba al punto de pánico	No me pude entusiasmar por nada	Sentí que valía muy poco como persona	He tendido a enfadarme con facilidad	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber	Tuve miedo sin razón	Sentí que la vida no tenía ningún sentido
1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1
2	0	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	0	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	1	1
4	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
8	0	2	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0
9	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0
11	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
14	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
15	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0
17	2	1	2	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1
18	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

5.3 RESULTADOS TABLA 3 ESCALA LAWTON Y BRODY

Podemos analizar con relación a la escala de valoración Lawton y Brody la cual hace parte del proceso de análisis de información presentado para los adultos mayores del hogar geriátrico y a quienes a su vez se le hace acompañamiento con el fin de que resuelva alguna inquietud con respecto a la dinámica de los 8 ítems.

La escala de calificación es la siguiente:

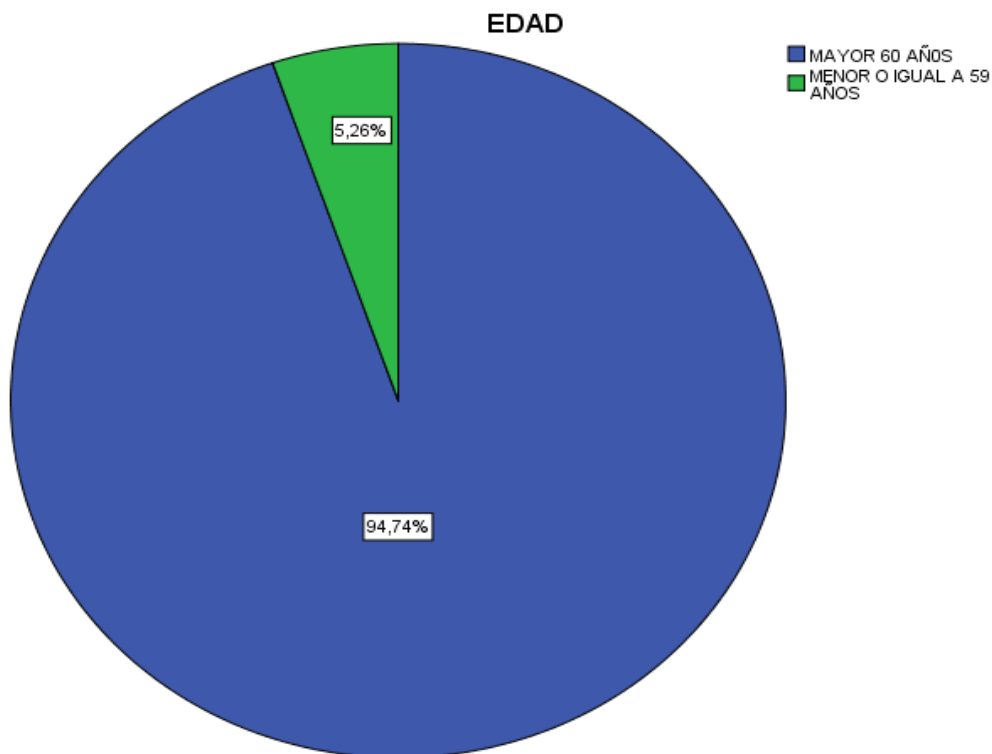
6. Gráficas

Variables sociodemográficas

EDAD

Según la variable de la edad se encuentra el 94,7% son mayores de 60 años y el 5.3% es menor o igual a 59 años.

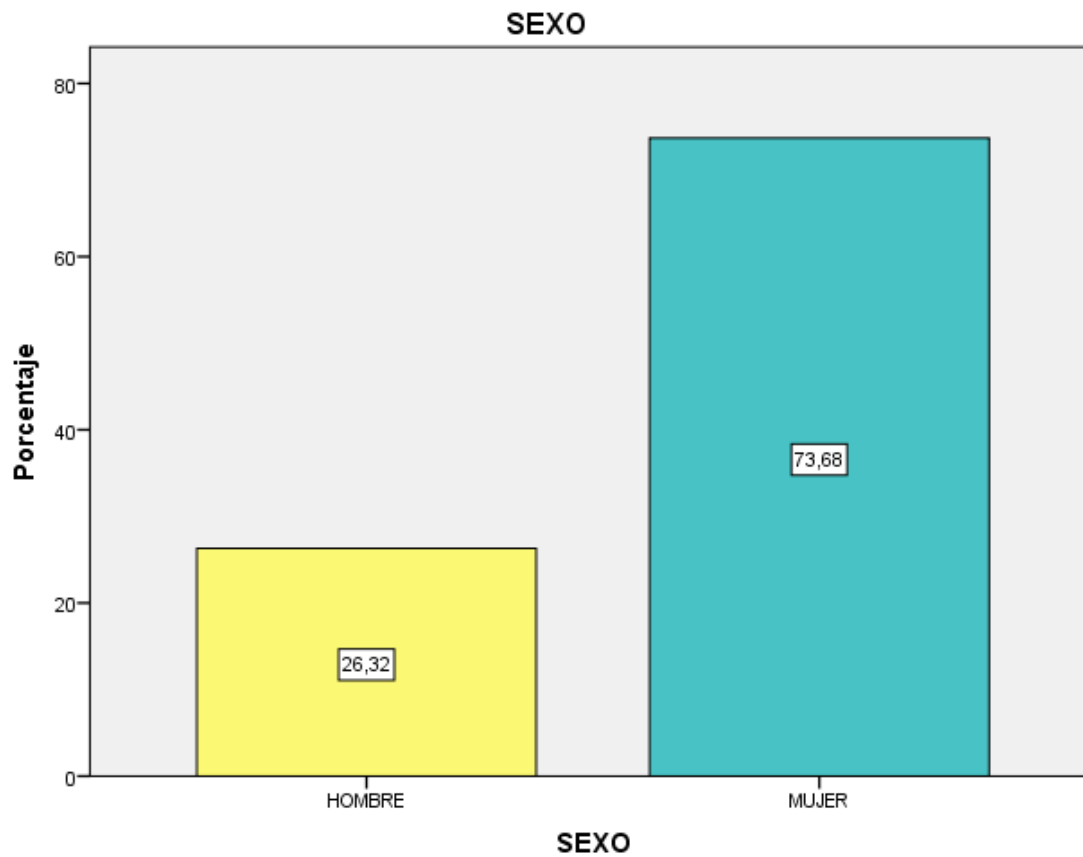
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
MAYOR 60 AÑOS	18	94,7	94,7	94,7
MENOR O IGUAL A 59 AÑOS	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	



SEXO

Con respecto el sexo se encontró que el 26,3% son hombres y el 73,7% son mujeres de los pacientes encuestados.

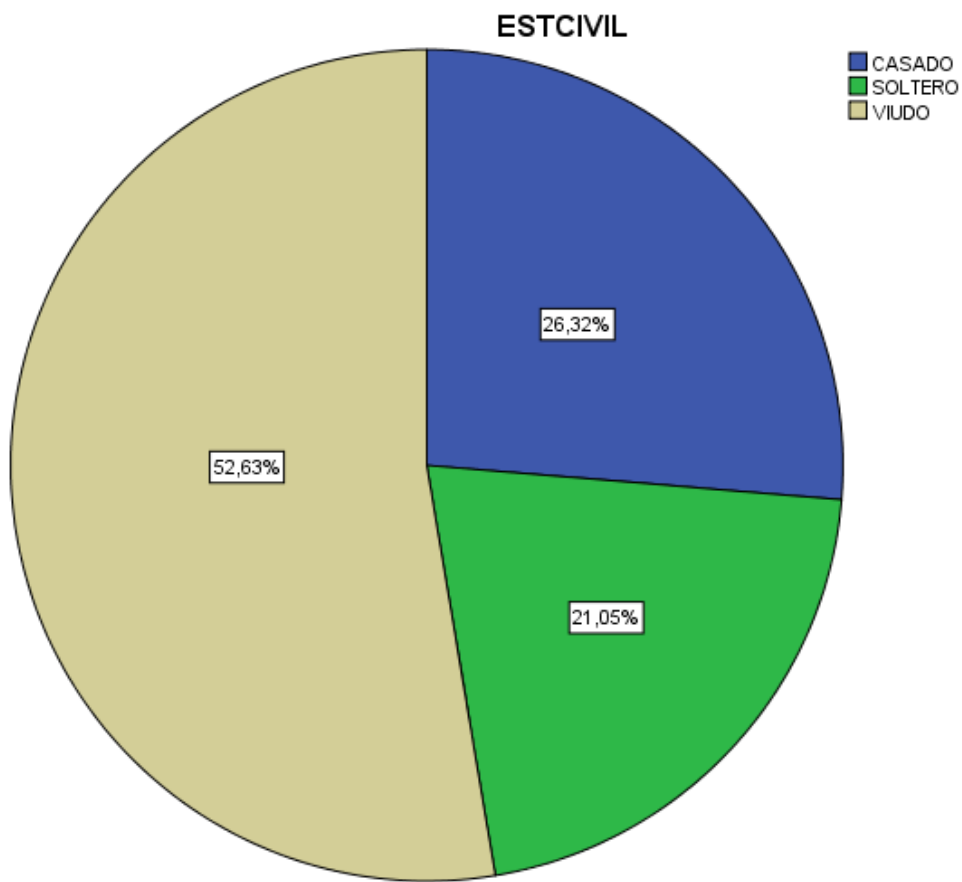
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HOMBRE	5	26,3	26,3	26,3
Válidos MUJER	14	73,7	73,7	100,0
Total	19	100,0	100,0	



ESTADO CIVIL

Según el estado civil se evidencio que el 26.3% son casados, el 21.1% son solteros, el 52,6% son viudos, de los pacientes encuestados.

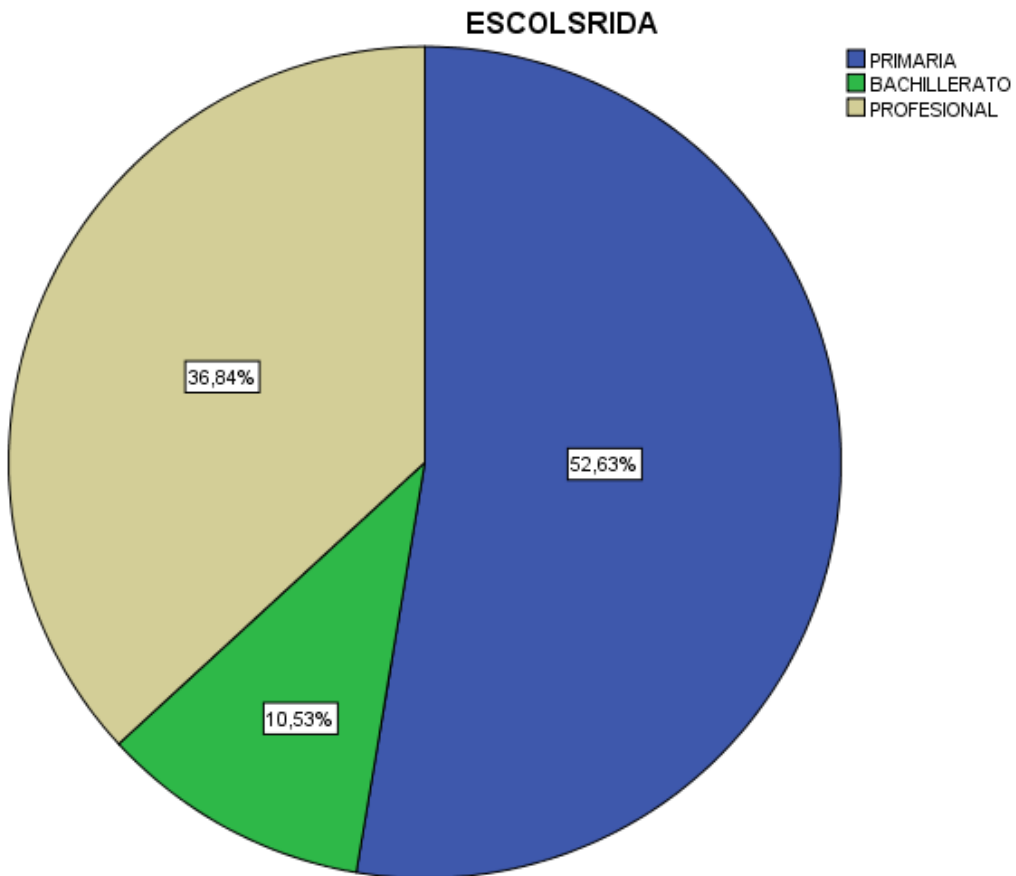
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CASADO	5	26,3	26,3
	SOLTERO	4	21,1	47,4
	VIUDO	10	52,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0



ESCOLARIDAD

En la variable escolaridad el 52,6% cursaron primaria, el 10,5% bachillerato y el 36,8% son profesionales.

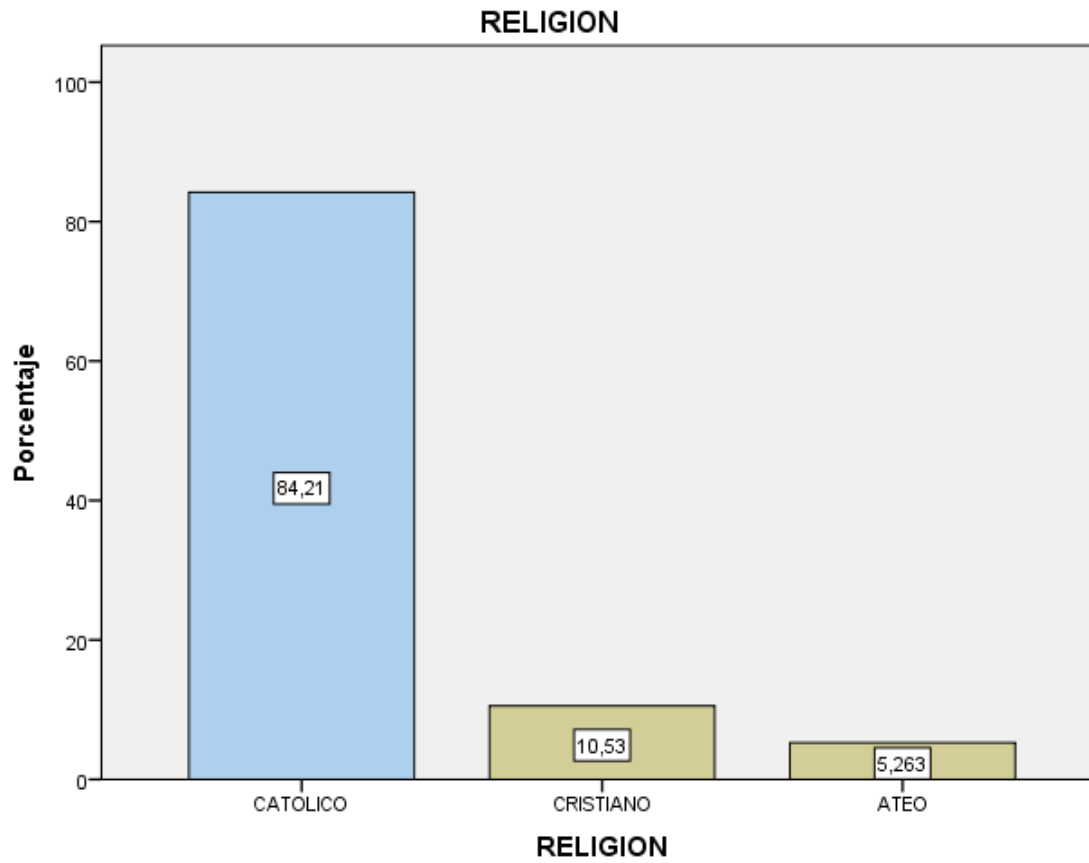
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PRIMARIA	10	52,6	52,6
	BACHILLERATO	2	10,5	63,2
	PROFESIONAL	7	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0



RELIGION

Según la religión el 84,2% son católicos, el 10,5% son cristianos y el 5,3% ateo.

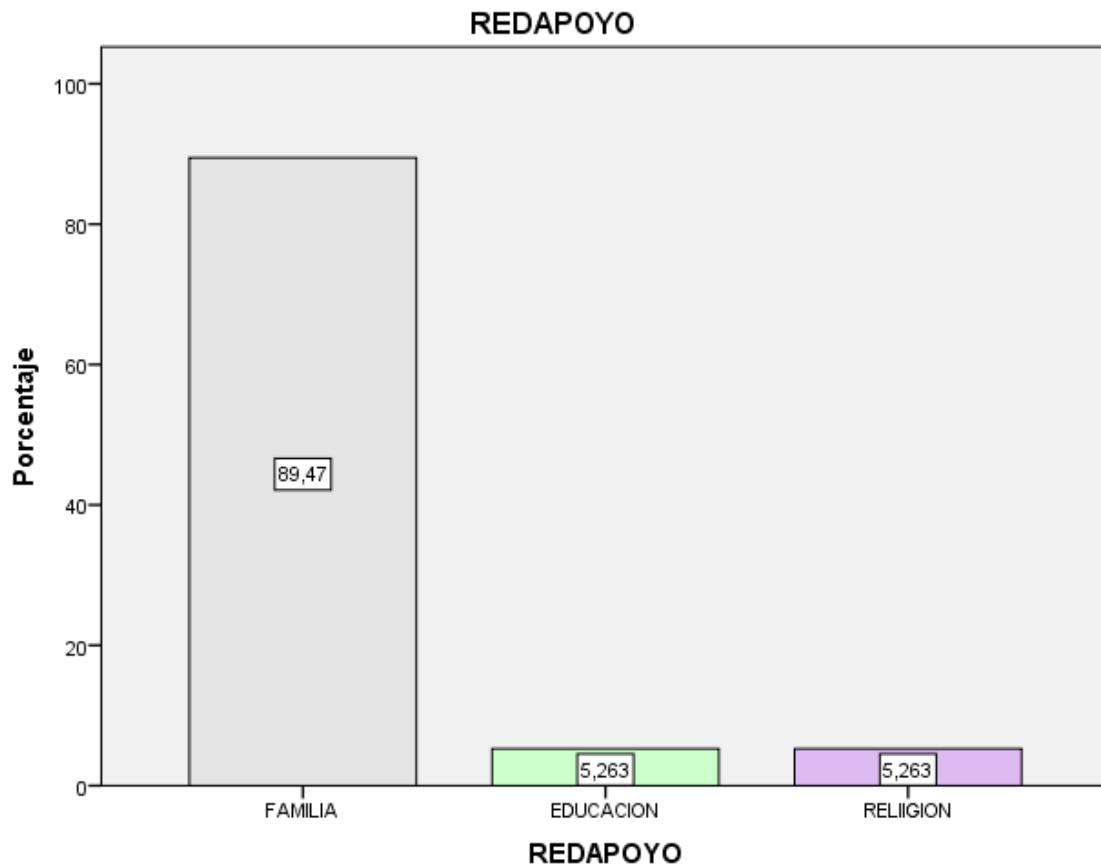
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CATOLICO	16	84,2	84,2
	CRISTIANO	2	10,5	94,7
	ATEO	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0



RED DE APOYO

Con respecto a las redes de apoyo, se encontró que el 89,5% es la familia, el 5,3% es la educación y el 5,3% es la religión.

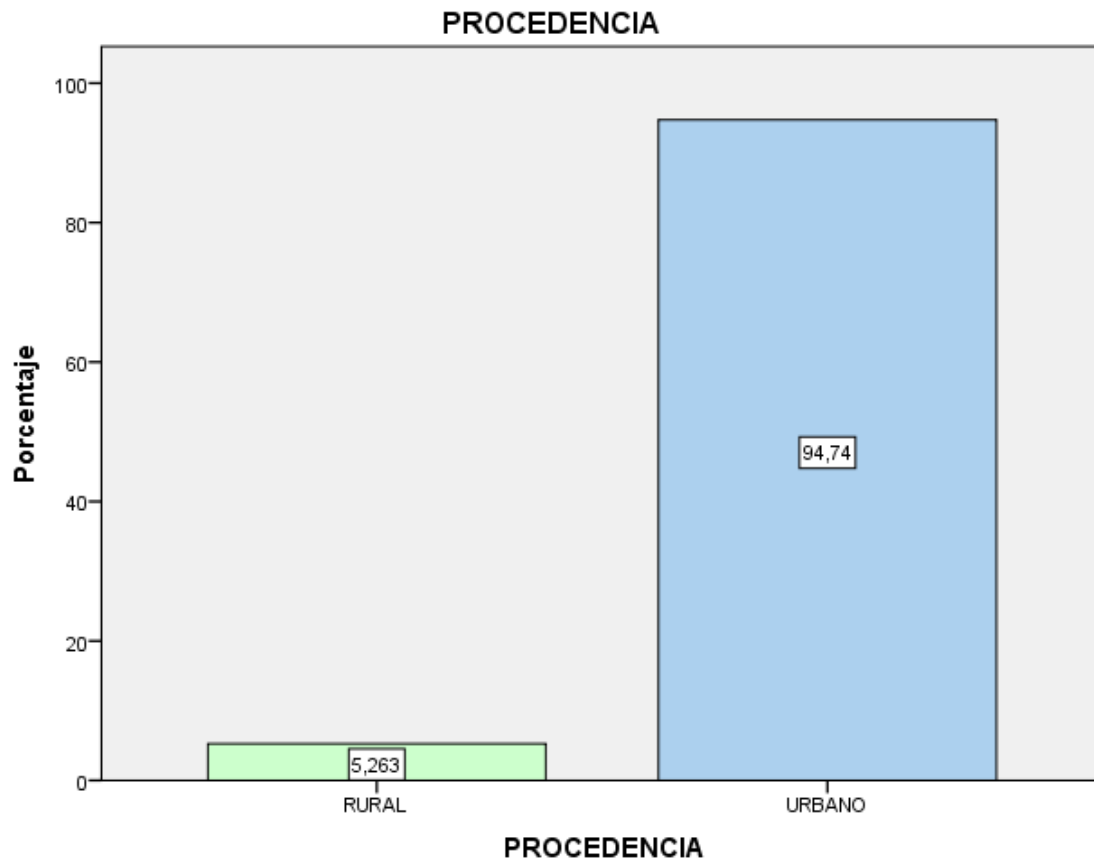
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
FAMILIA	17	89,5	89,5	89,5
EDUCACION	1	5,3	5,3	94,7
RELIIION	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	



PROCEDENCIA

Según la procedencia de las familias de los pacientes encuestados se encontró que el 5.3% son de zona rural y el 94,7% son de zona urbana.

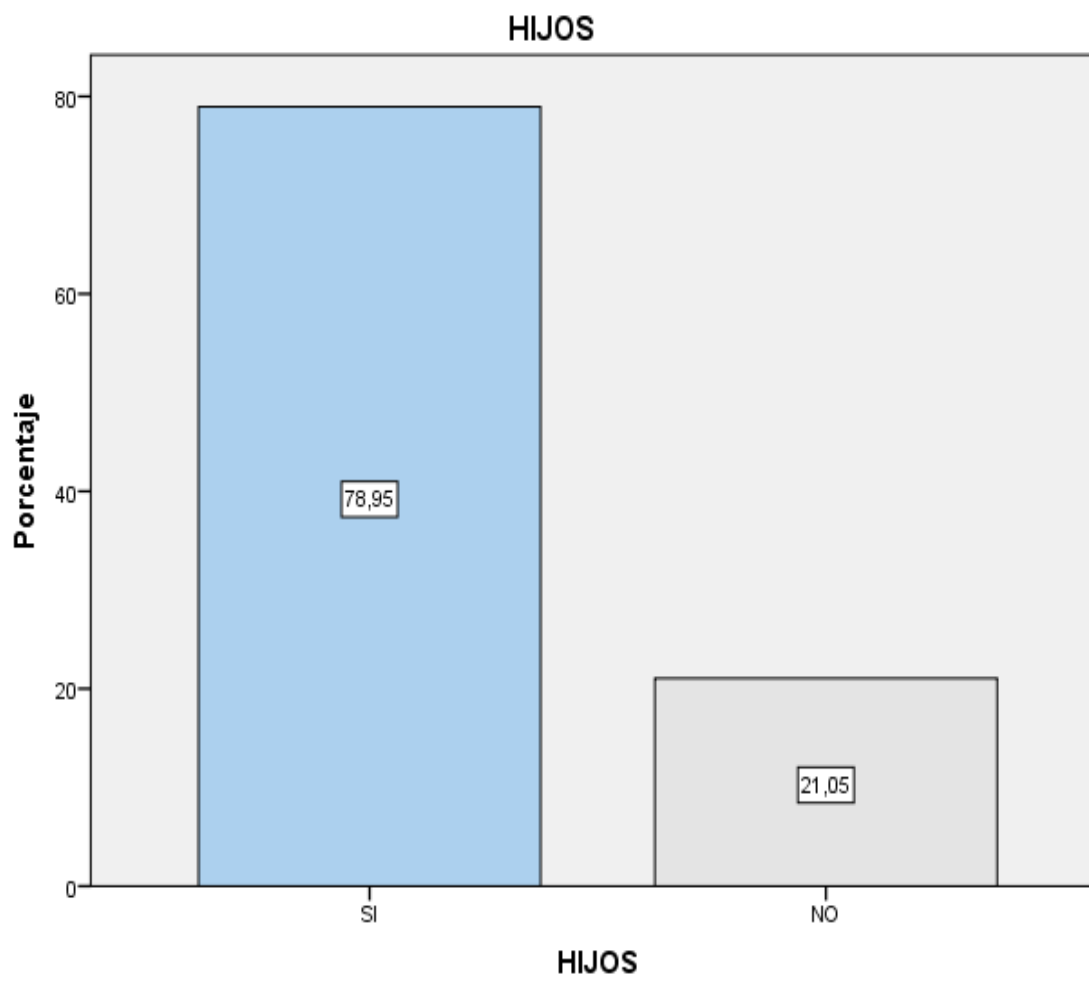
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
RURAL	1	5,3	5,3	5,3
Válidos URBANO	18	94,7	94,7	100,0
Total	19	100,0	100,0	



HIJOS

Se evidencio que el 78,9% tienen hijos y el 21,1% no tienen hijos.

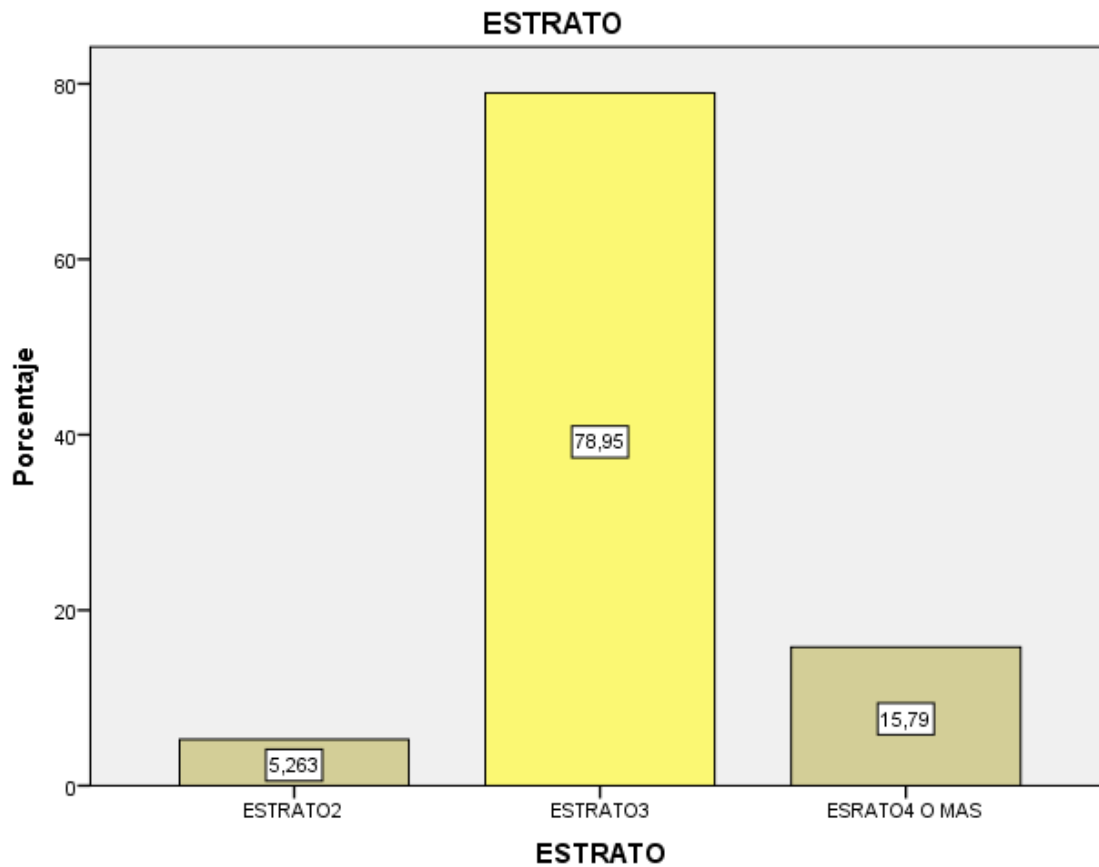
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI	15	78,9	78,9	78,9
NO	4	21,1	21,1	100,0
Total	19	100,0	100,0	



ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Según el estrato socioeconómico el 5.3% vivían en un estrato 2, el 78,9% estrato 3 y el 15,8% estrato 4 o más.

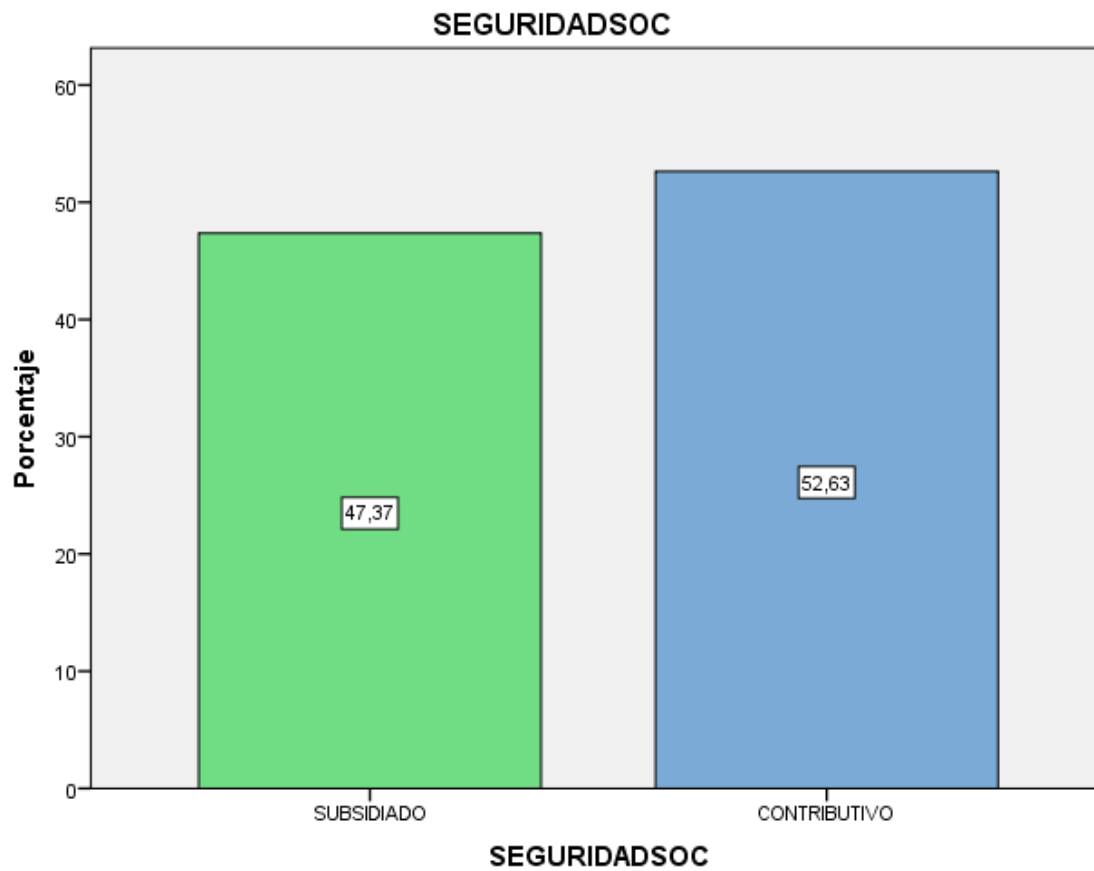
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
ESTRATO2	1	5,3	5,3	5,3
ESTRATO3	15	78,9	78,9	84,2
ESRATO4 O MAS	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0	



SEGURIDAD SOCIAL

Con respecto a la seguridad social el 47,4% pertenecen al régimen subsidiado y el 52,6% al contributivo.

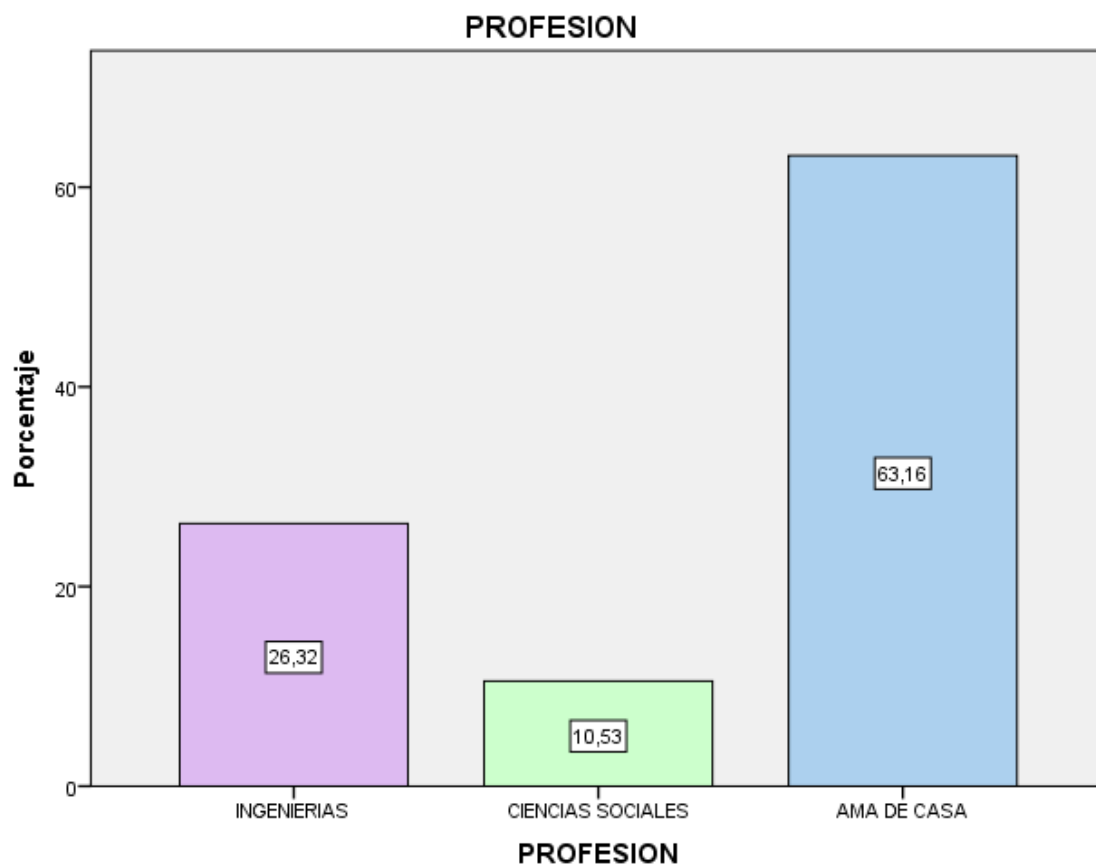
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SUBSIDIADO	9	47,4	47,4	47,4
CONTRIBUTIVO	10	52,6	52,6	100,0
Total	19	100,0	100,0	



PROFESIÓN

Según la profesión de los adultos mayores encuestados se encontró el 26,3% son ingenieros, el 10,5% docentes y el 63,2% amas de casa.

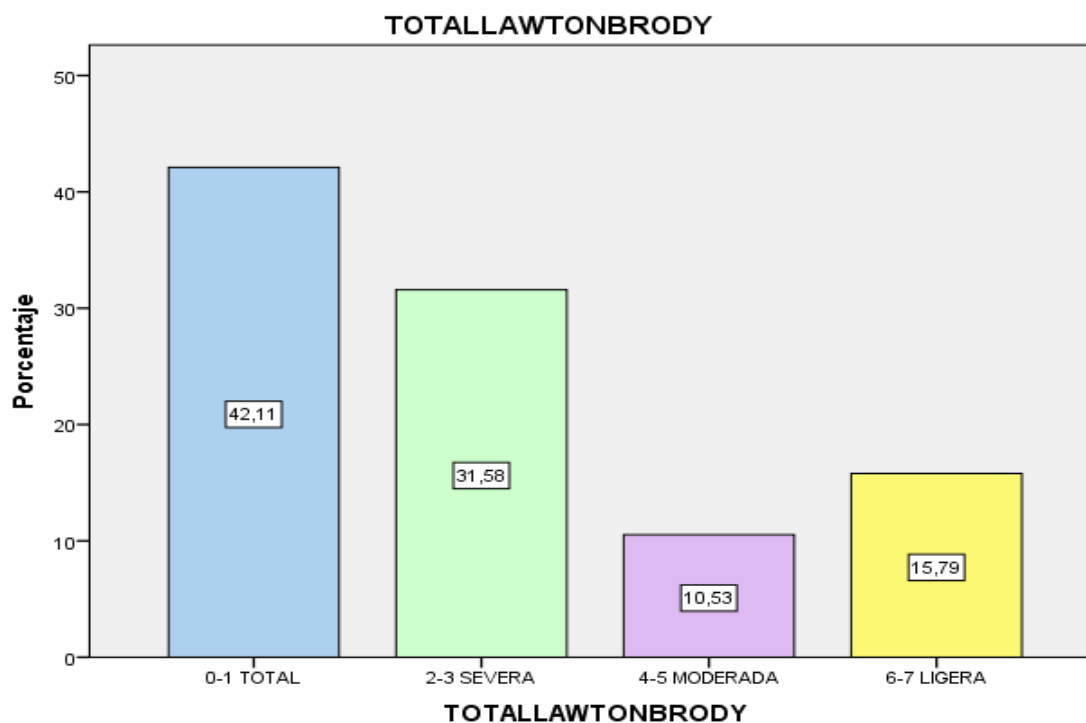
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
INGENIERIAS	5	26,3	26,3	26,3
CIENCIAS SOCIALES	2	10,5	10,5	36,8
AMA DE CASA	12	63,2	63,2	100,0
Total	19	100,0	100,0	



Variables: TOTAL LAWTON – BRODY

Acerca de los niveles de independencia obtenidos para la realización de las actividades instrumentales se obtuvo que el 42,11 % de los adultos mayores tienen independencia total para realización de dichas actividades, el 31,58 % poseen dependencia severa, el 10,53 % dependencia moderada y el 15,79 dependencia ligera.

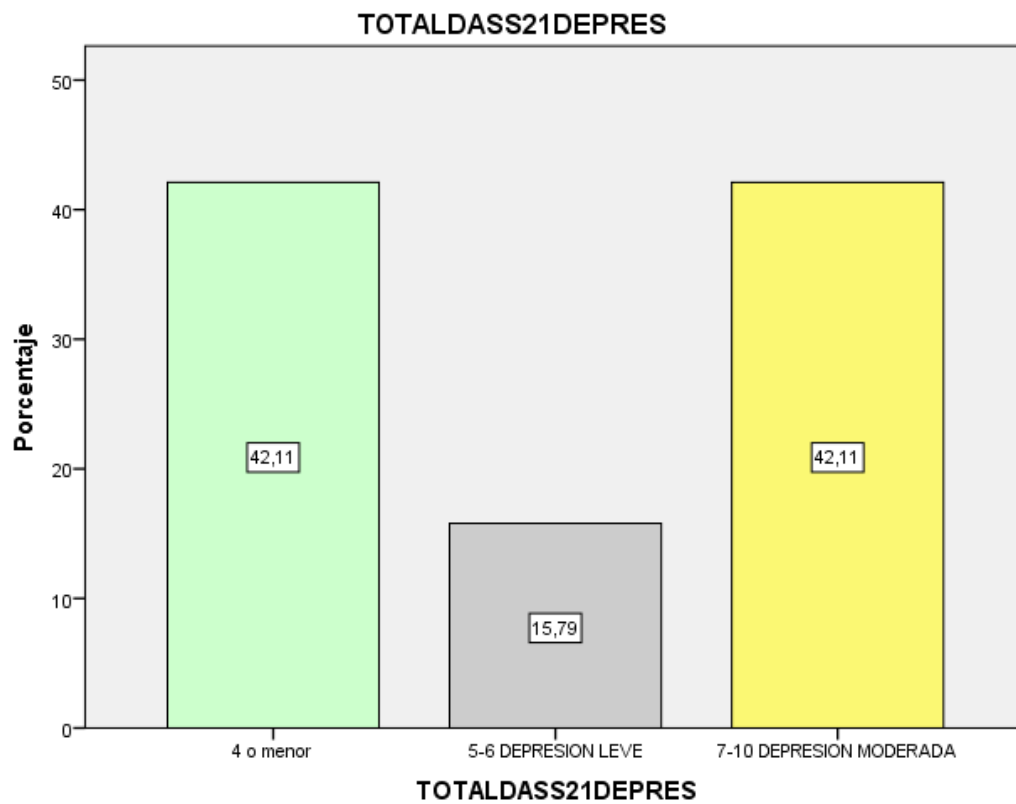
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-1 TOTAL	8	42,1	42,1	42,1
2-3 SEVERA	6	31,6	31,6	73,7
Válidos 4-5 MODERADA	2	10,5	10,5	84,2
6-7 LIGERA	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0	



Variable TOTAL DASS21 DEPRESIÓN

Según la gráfica de la depresión se aprecia que el 42,5% no tiene depresión y el 15,8% tienen depresión leve, el 42,1 tienen depresión moderada.

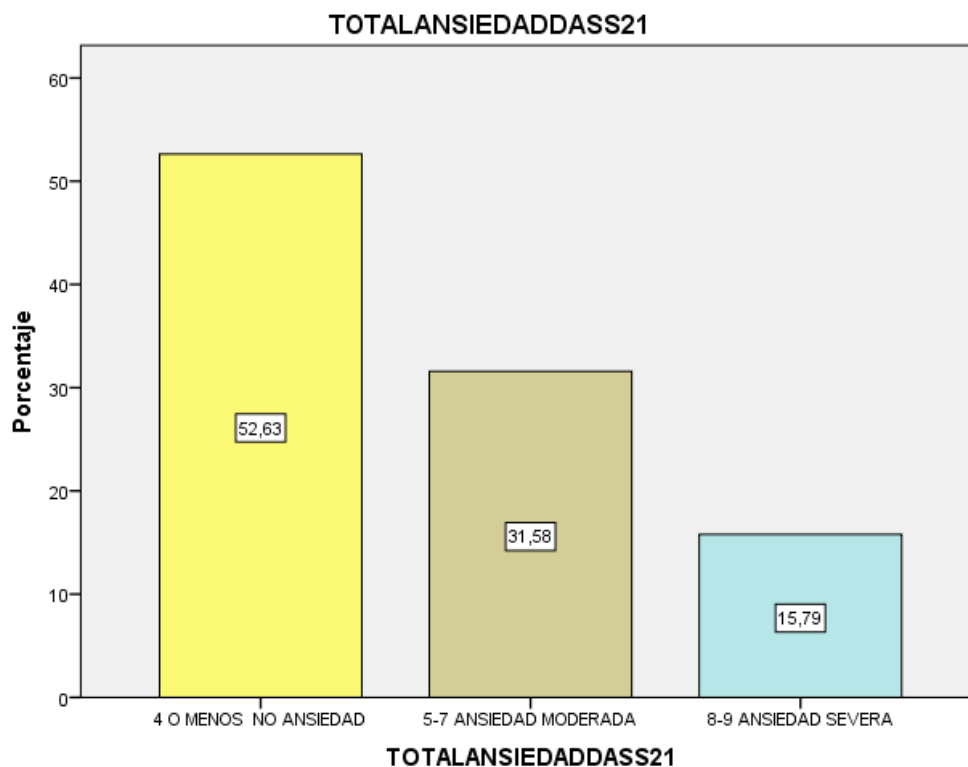
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4 o menor	8	42,1	42,1	42,1
5-6 DEPRESION LEVE	3	15,8	15,8	57,9
Válidos 7-10 DEPRESION MODERADA	8	42,1	42,1	100,0
Total	19	100,0	100,0	



Variable TOTAL ANSIEDAD DASS21

Según la gráfica de la depresión se aprecia que el 42,5% no tiene depresión y el 15,8% tienen depresión leve, el 42,1 tienen depresión moderada.

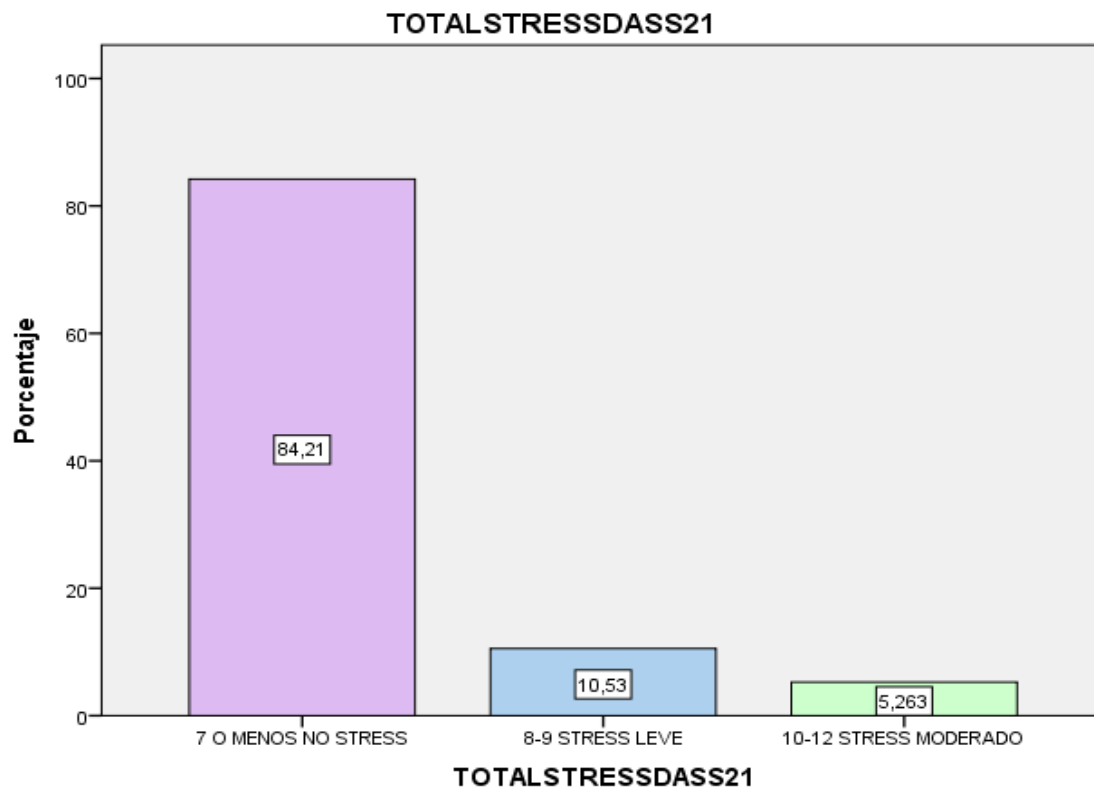
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 4 O MENOS NO ANSIEDAD	10	52,6	52,6	52,6
5-7 ANSIEDAD MODERADA	6	31,6	31,6	84,2
8-9 ANSIEDAD SEVERA	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0	



Variable TOTAL STRESS DASS21

Según la variable estrés el 84,2% no tienen, el 10,5% tienen estrés leve, y el 5,3% estrés moderado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
7 O MENOS NO STRESS	16	84,2	84,2	84,2
8-9 STRESS LEVE	2	10,5	10,5	94,7
Válidos 10-12 STRESS MODERADO	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	



7. DISCUSIÓN

Las afecciones se han convertido en un fenómeno de gran interés para la atención en salud, en el 2023 uno de cada 6 adultos mayores sufre maltratos por sus cuidadores, aproximadamente el 14% de los adultos de 60 años o más vive una afección mental, el género que predomina es el femenino con un 76,5%, coincidiendo con otro estudio similar al presente trabajo el 67,7% (38).

Con respecto a este estudio en los adultos mayores si es prevalente las afecciones mentales, como resultado encontramos depresión moderada el 42,11%, ansiedad el 52,63% y estrés leve el 84,21%, lo cual se relaciona con otro estudio realizado en la universidad privada de villa Salvador, 2021 representado un porcentaje significativo. Con resultados depresión severa 41,3%, y el 71,3% ansiedad extremadamente severa y el 43,8% estrés moderado (38).

En relación con las actividades instrumentales de la vida diaria en la universidad católico de Manizales 2021, el 33,8% dependencia ligera y moderada dato que resulta poco mayor el 42,11% dependencia total del presente estudio.

Según los resultados obtenidos de la investigación se logró identificar que en el hogar geriátrico Espejos del mañana, hay una moderada prevalencia en padecer afecciones mentales (depresión, ansiedad y estrés). Esto representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria lo cual repercute en su bienestar físico, emocional y espiritual. Por ende se propone

En este estudio se demuestra que las afecciones mentales como depresión, ansiedad y estrés son factor de riesgo significativo para el desarrollo de dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria; sin embargo este riesgo no identificó en relación con la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, los síntomas del adulto mayor se manifiestan de una manera muy variada, desde un simple sentimiento de tristeza e inutilidad, así como un desánimo .Es necesario insistir que los síntomas depresivos en el adulto mayor tienen graves consecuencias para la salud, ya que de los efectos negativos sobre las capacidades funcionales , utilizan con frecuencia los servicios hospitalarios

Las entidades gubernamentales están encargadas del cuidado de los adultos mayores, que desde la legislación Colombiana amparan su cuidado, esa misma condición compromete acciones en diferentes campos de acción para que la población objeto de cuidado sea atendida desde las diferentes áreas sociales, espirituales y culturales; promoviendo actividades lúdicas y de integración que pretendan el bienestar, así como los cuidados de la salud que desde la prevención busquen evitar condiciones crónicas o críticas en su salud, sin dejar de lado ese acompañamiento familiar que tanto se necesita para favorecer la salud mental.

8. CONCLUSIONES

Del análisis realizado en la presente investigación con los resultados obtenidos mediante los instrumentos, y de acuerdo a los objetivos específicos y los modelos de adaptación de Calixta Roy, donde existen estímulos en este caso sería las afecciones mentales y las actividades instrumentales de la vida diaria: modo fisiológico, auto concepto. de identidad, inter dependencia y función del rol se concluye lo siguiente.

Dentro de la caracterización de la muestra de la población cuanto a se halló una población de adultos mayores en al que predomino el sexo femenino, además se identificó en los participantes del estudio son viudos, con respecto a la escolaridad la mayoría cursó primaria y se identificó un estrato socioeconómico nivel 3.

En las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores institucionalizados, con relación al modo fisiológico, interdependencia, función del rol y auto concepto se concluyó que la mayoría de los participantes tienen una dependencia total lo que quiere decir

Según el instrumento del Dass 21 con respecto a las afecciones mentales el cual sería el modo de adaptación del adulto mayor, se concluye depresión moderada el 42.11%, ansiedad el 52,63% y estrés leve el 84,21% debido a esto se concluye que la soledad y el aislamiento social son factores claves para padecer un afección de salud mental en etapas posteriores a la vida.

Al hogar geriátrico donde se realizó la investigación, continuar con los programas que le ofrecen día a día al adulto, un crecimiento significativo en las actividades instrumentales de la vida diaria en cuanto a lo espiritual, mental y físico, donde el adulto mayor pueda ser independiente a pesar de padecer una afección mental y puedan fortalecer la relación de la teoría de los modelos de adaptación con los adultos mayores.

Al personal de enfermería se recomienda en seguir promoviendo la salud y bienestar del adulto identificar esos cambios, identificar de manera precoz los factores de riesgo de la población objeto de estudio es tan importante como brindar los cuidados necesarios para lograr una conducta apropiada que logre una aceptación de la condición dada por la edad, el paso hacia ese ciclo vital conlleva diferentes conductas a tener en cuenta, la disminución de las habilidades, de la fuerza, de la concentración e incluso de los cambios fisiológicos que por patologías o desgaste puedan producir una condición de riesgo latente. Los cambios derivados tras la condición de ser o sentirse viejos según sea la percepción de cada individuo también deben ser tenidos en cuenta ya que para muchos la edad se vive según la actitud, lo que hace difícil medir el envejecimiento psicológico. Por ello es importante

que desde la institucionalidad se comprenda el SER, desde sus opiniones hasta sus ideas que basadas en la experiencia tienen validez pocas veces reconocida para que se busquen alternativas que permitan que esa etapa del ciclo vital sea lo mejor llevadero posible.

Identificar de manera precoz los factores de riesgo de la población objeto de estudio es tan importante como brindar los cuidados necesarios para lograr una conducta apropiada que logre una aceptación de la condición dada por la edad, el paso hacia ese ciclo vital conlleva diferentes conductas a tener en cuenta, la disminución de las habilidades, de la fuerza, de la concentración e incluso de los cambios fisiológicos que por patologías o desgaste puedan producir una condición de riesgo latente. Los cambios derivados tras la condición de ser o sentirse viejos según sea la percepción de cada individuo también deben ser tenidos en cuenta ya que para muchos la edad se vive según la actitud, lo que hace difícil medir el envejecimiento psicológico. Por ello es importante que desde la institucionalidad se comprenda el SER, desde sus opiniones hasta sus ideas que basadas en la experiencia tienen validez pocas veces reconocida para que se busquen alternativas que permitan que esa etapa del ciclo vital sea lo mejor llevadero posible.

9. RECOMENDACIONES

En muchas ocasiones no se toma en cuenta la población de adulto mayor y cuán afectados pueden estar, ya que muchas veces por ser su última etapa de vida no se toman en cuenta en estudios relacionados con problemática en las afecciones mentales y cómo esto puede repercutir en las actividades instrumentales de la vida diaria. Se le recomienda al hogar espejos del mañana que involucren actividades de fortalecimiento respecto a su motricidad fina y gruesa; Debido al poco personal que se encargan de los adultos mayores en sus necesidades básicas como baño, vestimenta y alimentación no se toman el tiempo de saber cómo se encuentra en adulto mayor en su estado de ánimo, sentimientos y emociones fortalecer vínculos con sus familias que sea un requisito de visitar al adulto mayor dos veces a la semana y puedan tener esa compañía que desde el estado de ánimo se vean reflejados.

A los enfermeros, auxiliares y demás miembros del hogar dejamos la enseñanza de los cuidados específicos de la población intervenida, que desde la teoría de enfermería pueden encaminar en cuidados específicos, enfocados en Calisto Roy y que desde su modelo puede brindar pautas a implementar según sean los niveles de adaptación de los usuarios del hogar.

A los directivos el reconocimiento por el trabajo realizado con las actividades relacionadas a la disminución de los niveles de estrés relacionada y evidenciado en el presente estudio, con el seguimiento al acompañamiento y las actividades lúdicas y en conjunto con las familias.

Incentivar al personal a fortalecer la independencia en actividades básicas que el adulto mayor pueda desarrollar, bajo supervisión y de esta manera beneficiar al personal como al adulto.

Incentivar las actividades cotidianas en los adultos mayores que por efecto de la rutina o algún impedimento asociado a su condición no le permita realizar, fomentando y estimulando la formación de espacios adecuados para el ejercicio de rutinas específicas que les permita retomar algunas actividades que sean de su agrado tales como la realización de un vasar, una actividad de trueque, compartir espacios de integración y socializar con los compañeros temas de interés colectivo e individual.

Es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud acerca de las necesidades que presentan estos pacientes, acerca de evaluaciones periódicas en qué estado se encuentra el adulto mayor. Esta medida debe aplicarse aún más en los adultos mayores que poco tienen acompañamiento constante de su familia, sin manifestar de forma objetiva alguna afección física significativa, la cual puede ser un indicio útil para determinar la presencia de síntomas de relevancia clínica. Debido a que las enfermedades mentales son irreversibles y un pronóstico favorable. Fomentar prevención temprana.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Undholm M. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Office of the Secretary-General's Envoy on Youth. 2013 [citado el 1 de mayo de 2023].
2. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth), Universidad de Melbourne. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
3. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13903:the-healthy-life-course-approach&Itemid=0&lang=es
4. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered. 16
5. Apostolo. J, Mendez, Azeredo, Z (2006). Adaptación para lengua portuguesa de la depresión, anxiety and stress scale (DASS) revista latino americana de Enfermagem, 14, 863-871
6. Dulcey-Ruiz E. Psicología del envejecimiento. En: López J, Cano C, Gómez J, editores. Geriatria Fundamentos de Medicina. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2006, pp. 64-8.
7. Sundholm M. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Office of the Secretary-General's Envoy on Youth. 2013 [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
8. Número R. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL [Internet]. Gov.co. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
9. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. Gov.co. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf).

10. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
11. Torres de Galvis Y, Agudelo-Martínez A, Sierra-Hincapié GM, Salas-Zapata C. Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012. CES Med [Internet]. 2014 [citado el 31 de octubre de 2023];28(1):49–60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000100005
12. Ramírez MLG, Amezquita mag. Ansiedad y depresión en adultos mayores en tiempos de la pandemia del covid-19. :51.
13. Torres de Galvis Y, Agudelo-Martínez A, Sierra-Hincapié GM, Salas-Zapata C. Prevalencia de trastornos mentales en población general del municipio de Itagüí (Colombia), 2012. CES Med [Internet]. 2014 [citado el 31 de octubre de 2023];28(1):49–60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052014000100005
14. política pública para el envejecimiento y la vejez.pdf [Internet]. [citado 31 de octubre de 2023]. Disponible en: https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_politicas_publicas/pol%C3%ADtica_publica_para_el_envejecimiento_y_la_veje.pdf
15. Ley 2055 de 2020 - Gestor Normativo [Internet]. Gov.co. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14198>
16. Ley 1850 de 2017 - Medidas de protección al adulto mayor en Colombia [Internet]. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos. 2018 [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/promocion-social/ley-1850-de-2017-medidas-de-proteccion-al>
17. Obando P, Daniela M. Calidad de los registros de enfermería en el marco de los sistemas de salud. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2021 pp.34-8.
18. Carmen, Kantún Marín MA, Moral de la Rubia J, Universidad Autónoma de Nuevo León, Salazar González BC, Universidad Autónoma del Carmen, et

al. Contraste de un modelo de envejecimiento exitoso derivado del modelo de Roy. Cienc Sum. 2017;24(2):126-36.

19. Lsevier.es. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://lsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-uso-escalas-depresion-ansiedad-estres-S2007471916300539#:~:text=Este%20instrumento%20es%20una%20escala,una%20consistencia%20interna%20de%200.91>
20. De la vida diaria AI. ESCALA DE LAWTON Y BRODY (PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER) [Internet]. Meiga.info. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://meiga.info/escalas/escaladelawtonybrody.pdf>
21. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. Who.int. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
22. Depresión (trastorno depresivo mayor) [Internet]. MayoClinic.org. 2022 [citado el 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
23. Depresión [Internet]. Who.int. [citado el 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression>
24. Singlecare.com. [citado el 1 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.singlecare.com/es/recursos/estadisticas-de-ansiedad>
25. Azulay Tapiero A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An Med Interna. diciembre de 2001;18(12):650-4.
26. Resolución número 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas p, la investigación en salud. t y. ap
27. Manzini JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos medicina 1964. pp 1-(10)
28. Giraldo B, Alfonso H. Ley 1581 de 2012 protección de datos personales en Colombia. 2015. repositorio institucional universidad piloto de Colombia.
29. J. Ignacio, Díaz, Granado. Sistema único de información normativa, República de Colombia - Gobierno Nacional. Bogotá, D. E., 18 de febrero de 1981. pág.482.

30. Galvis Y. ETAPAS DE LA VIDA [Internet]. Blogspot.com. Blogger; 2019 [citado 19 de octubre de 2022]. blogspot.com/2019/02/periodo-de-la-madurez-http4.html
31. Org.co. [citado el 19 de octubre de 2022]. Bermúdez, J. (2010). *La evolución del Talento*. Barcelona: Debate
32. Figarola dem. depresión en el adulto mayor en el sanatorio el cubano, durante el período de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, santa rosa. :45.
33. Cardona Arango d, Segura Cardona á, Segura Cardona a, Muñoz Rodríguez di, Agudelo-Cifuentes mc, Cardona-Arango d, et al. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *hacia promoci3n de la salud*. junio de 2019;24(1):97-111.
34. Vinaccia Alpi S, Gutiérrez KV, Escobar MA. Calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, Colombia. *Diversitas*
35. Andrés C, Santana P, Yurled I, Corchuelo A, Salazar YL, Alejandra M, factores biológicos y psicológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en adultos mayores.
36. [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Christyan%20Caldera/Downloads/dcifuentes,+Journal+manager,+44751-157711-1-CE%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Christyan%20Caldera/Downloads/dcifuentes,+Journal+manager,+44751-157711-1-CE%20(1).pdf)
37. Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado el 31 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es

11. ANEXOS

Tabla 1 Cronograma

Se inició el proyecto en el año 2022-2, posterior a la información recibida por la docente se recolecta la información, se realizan las respectivas lecturas y se adjuntan a éste documento, posteriormente se asiste a las diferentes asesorías programadas y se recibe las recomendaciones para su ejecución, dicho proyecto se pretende terminar promediando el curso del segundo semestre del año 2023 siguiendo el cronograma de actividades a desarrollar.

Detalle	Ene ro	Fe bre ro	M ar zo	A br il	M ay o	J u ni o	J ul io	Ag ost o	Septi embr e	Oct ubr e	Novie mbre	Dicie mbre	Ene ro	Fe bre ro	M ar zo	A br il	M ay o	J u ni o	
Elaboración del proyecto																			
Desarrollo de la herramienta																			
Prueba Piloto																			
Aval Comité Ética e Investigación																			
Aval Institución																			
Aplicación del instrumento																			
Análisis de la información																			

Tabla 2 Presupuesto

El presupuesto para el desarrollo del proyecto en lo que deriva a la investigación manifiesta los siguientes gastos en promedio.

Los recursos provienen por parte de los investigadores principales del proyecto.

Nombre del proyecto: Afecciones mentales y su relación con las actividades instrumentales de la vida diaria, en adultos mayores de un hogar geriátrico de envigado, año 2023					
Duración en meses:			12 meses		
PERSONAL	Tipo persona	Horas mensuales	Horas totales proyecto	Valor Hora	Valor Total
	Alejandro Ferraro	20	200	\$ 20.000	\$ 4.000.000
	Kenia Isabel Blanco	20	200	\$ 20.000	\$ 4.000.000
	Liz Alexandra Castro Torres	20	200	\$ 20.000	\$ 4.000.000
	Asesor: Jorge Sánchez	10	100	\$ 35.000	\$ 3.500.000
					\$19.500.000
EQUIPOS	Detalle	Cantidad		Valor Unitario	Valor Total
	Computadores	3		\$ 1.500.000	\$ 3.000.000
	Celulares	3		\$ 1.500.000	\$ 3.000.000
					\$ 6.000.000
SOFTWARE	Detalle	Cantidad		Valor Unitario	Valor Total
	Office	2		\$ 500.000	\$ 1.000.000
					\$ 1.000.000
MATERIALES	Detalle	Cantidad		Valor Unitario	Valor Total
	Papelería	1		\$ 30.000	\$ 30.000
	Impresiones	1		\$	\$

				30.000	30.000
	Fotocopias	30		\$ 200	\$ 6.000

\$
66.000

SALIDAS DE CAMPO	Detalle	Cantidad por visita	Visitas total	Valor Unitario	Valor Total
	Transporte	3	30	\$ 3.000	\$ 90.000
	Alimentación	3	90	\$ 15.000	\$ 1.350.000

\$
1.440.000

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	Detalle	Cantidad		Valor Unitario	Valor Total
	Libros	0		\$ -	\$ -
	Revistas	0		\$ -	\$ -

\$
-

SERVICIOS TÉCNICOS	Detalle	Cantidad		Valor Unitario	Valor Total
		0		\$ -	\$ -
		0		\$ -	\$ -

\$
-

OTROS	Detalle	Cantidad		Valor Unitario	Valor Total
	Imprevistos	0		\$ -	\$ -
		0		\$ -	\$ -

\$
-

TOTAL **\$ 28.006.000**

Anexo 1. Instrumento. Escala de lawton y brody

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



EL GOBIERNO
DE TODOS

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA				
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente				1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes				0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada				0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas				0
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas				1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza				1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lave por sí solo toda la ropa				1
- Lave por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0



6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL:	

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. ²

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO

FIRMA DEL EVALUADOR

Anexo 2 : Escala de Dass 21

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.....	0	1	2	3

Interpretación: a mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

5-6 depresión leve

7-10 depresión moderada

11-13 depresión severa

14 o más, depresión extremadamente severa.

Ansiedad:

4 ansiedad leve

5-7 ansiedad moderada

8-9 ansiedad severa

10 o más, ansiedad extremadamente severa.

Estrés:

8-9 estrés leve

10-12 estrés moderado

13-16 estrés severo

17 o más, estrés extremadamente severo.



Anexo 3 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con el documento de identidad, ____ He sido informado (a) por los estudiantes Alejandro Ferraro, Kenia Blanco, Liz Castro, quienes desarrollan la investigación " AFECCIONES MENTALES Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA". Cuyo objetivo principal es: Analizar las afecciones mentales y las actividades instrumentales de la vida diaria, de los adultos mayores de un hogar geriátrico del municipio de Envigado, año 2023-2. Entiendo que los participantes de esta investigación deben ser (criterios de inclusión). De igual manera, comprendo que los datos obtenidos se manejarán con la mayor confidencialidad y que, en ningún momento, serán divulgados datos personales de los participantes. También tengo claro que puedo decidir retirarme en el momento que así lo considere, sin que esto implique repercusiones en la atención. Comprendo el propósito de la investigación, lo cual no afecta el desarrollo de los contenidos académicos actuales del participante.

Acepto que se me explicó que la investigación se rige por la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en la República de Colombia y que cataloga esta investigación sin riesgo alguno.

Acepto también que he sido informado que la investigación se desarrollará con fines académicos y que se me han resuelto dudas surgidas respecto al estudio. De igual forma se me ha explicado la forma de comprender el cuestionario que hace parte de la recolección de datos en la presente investigación y que yo muy honestamente debo responder.

Después de leer, analizar y comprender los riesgos y beneficios de la investigación, declaró que el día ____ del mes ____ del año ____, decido participar voluntariamente del presente estudio, donde también me puedo retirar si así lo deseo sin que esto tenga algún tipo de repercusión para mí.

Firma de la participante

Firma del investigador
