



Guanajuato, Gto., agosto 13 de 2015.

Asunto: Apoyo a la Incorporación de NPTC-PRODEP.

No. de Oficio: 1412

**DR. JONATHAN ALEJANDRO GALINDO SOTO**  
**Departamento de Enfermería Clínica**  
**División de Ciencias de la Salud e Ingenierías**  
**Campus Celaya-Salvatierra**  
**P r e s e n t e.**

Me dirijo a usted por medio de la presente, con motivo de externarle que ha sido beneficiado con la obtención del **"Apoyo a la Incorporación de Nuevos PTC del PRODEP"** otorgado por la Dirección de Superación Académica de la Subsecretaría de Educación Superior-SEP de la siguiente manera:

<b>MONTO TOTAL DEL APOYO</b>	<b>\$342,000.00</b>
------------------------------	---------------------

Para los trámites financieros sobre el ejercicio del recurso asignado, deberá dirigirse con el Lic. Edgar Delgado Galván, en el Depto. Gestión de CA-DAIP. (EXT 5030).

Es una distinción para nuestra Universidad incorporar a profesores cuya formación, dedicación y desempeño coadyuvan a elevar la calidad de la educación superior que se imparte, sustentando con ello la formación de profesionales de gran calidad, responsables y competentes.

Por tal motivo, lo exhorto a continuar desarrollando plenamente sus funciones académicas siendo parte del fortalecimiento y consolidación de los Cuerpos Académicos de nuestra Institución.

Sin otro particular de momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E .**  
**"LA VERDAD OS HARÁ LIBRES"**

**DR. SALVADOR HERNÁNDEZ CASTRO**  
**DIRECTOR**

C.c.p. DRA. MA. GUADALUPE OJEDA VARGAS .- RECTOR DEL Campus Celaya-Salvatierra  
C.c.p. DR. JUVENCIO ROBLES GARCÍA.- SECRETARIO ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO.  
C.c.p. MTRA. ANA MARÍA PADILLA AGUIRRE Ciencias de la Salud e Ingenierías Campus Celaya-Salvatierra  
C.c.p. Archivo NPTC-PRODEP.

**DIRECCIÓN DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN Y AL POSGRADO**

Calzada de Guadalupe s/n, Centro

Guanajuato, Gto., México

C.P. 36000

Teléfono: (473) 732 00 06 ext. 5001, 5002, 5009, 5011 y 5039, Fax (473) 732 93 12

www.ugto.mx

# SEP

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



Subsecretaría de Educación Superior  
Dirección General de Educación Superior Universitaria  
Dirección de Superación Académica  
Programa para el Desarrollo Profesional Docente, para el Tipo Superior

### Ficha de notificación de Apoyo a la Incorporación de Nuevos PTC

IES:	Universidad de Guanajuato
Nombre del Profesor:	Galindo Soto Jonathan Alejandro
Folio asignado al Profesor:	UGTO-PTC-427
Número de oficio de la Carta de liberación:	DSA/103.5/15/7007
Fecha de la Carta de liberación:	22/junio/2015
Grado:	Doctorado

**Dictamen**

Se disminuye el monto del Reconocimiento a la Trayectoria académica ya que no presenta producción académica de calidad reciente, ni pertenece a un CA ni reporta dichos resultados en el sector salud, se recomienda que sean difundidos en los eventos académicos, sino con un informe técnico presentado al sector salud. No se especifica el apoyo afectado para las reuniones académicas, se sugiere que sea en un evento de relevancia nacional o internacional. Se disminuyen los montos para equipo ya que no aplica la adquisición de un multifuncional y se autoriza lo necesario para realizar el proyecto. Los materiales y consumibles se disminuye el monto porque no aplica para la compra de acervo bibliográfico, ni combustible.

Apoyo	Periodo de otorgamiento	Monto aprobado
Apoyo para elementos individuales de trabajo básicos para la labor académica	julio - 2015	\$40,000.00
Becas de Fomento a la Permanencia	julio - 2015 / junio - 2016	\$72,000.00
Reconocimiento a la trayectoria académica	julio - 2015 / junio - 2016	\$60,000.00
Apoyo de Fomento a la Generación y Aplicación Innovadora del Conocimiento	julio - 2015 / junio - 2016	\$170,000.00
<b>Total:</b>		<b>\$342,000.00</b>

Desglose del Apoyo de Fomento a la Generación y Aplicación Innovadora del Conocimiento o fomento a la Investigación Aplicada o desarrollo tecnológico	Monto aprobado	
Asistencia a Reuniones Académicas	\$50,000.00	
Equipo	\$80,000.00	
Materiales y Consumibles	\$40,000.00	
<b>Total:</b>		<b>\$170,000.00</b>

**Observaciones**

Fecha de notificación:

18/agosto/2015

Firma de enterado del profesor:

Firma de conformidad del Profesor

**Nota:**

- El original de este documento debe ser devuelto a las oficinas del Programa debidamente firmado antes del 07 de Septiembre de 2015 y una copia adjuntará en el expediente del becario en poder de la IES.
- Si alguno de los montos no se encuentra de acuerdo con el formato de notificación, se debe avisar de notificarlo en el espacio para las observaciones y solicitar la reconsideración y ajuste correspondiente mediante el formato "Solicitud de Ajuste", anexando la documentación referente a esta a través del Representante (RIP), a más tardar el día 24 de Agosto de 2015

(NAP) NO APROBADO

Este programa es ajeno a cualquier procedimiento. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

F-PROME-74/Rev-04



UNIVERSIDAD  
DE GUANAJUATO

DR. JONATHAN ALEJANDRO GALINDO SOTO  
DRA. MARÍA DE GUADALUPE NAVARRO ELÍAS  
DRA. MA. GUADALUPE OJEDA VARGAS  
DRA. NORMA ELVIRA MORENO PÉREZ  
MCE. MARÍA DE JESÚS JIMÉNEZ GONZÁLEZ  
C. GABRIELA ARREGUÍN AGUILAR  
C. MARY CARMEN HURTADO RAMOS  
C. DAVID ADRIÁN RICO RIVERA  
C. JANNET CATALINA GONZÁLEZ MARTÍNEZ  
C. KARLA LIZBETH ARELLANO MALDONADO  
PRESENTE.-

Por medio de este conducto me permito comunicarle que el Comité de Investigación de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías, realizó la revisión del informe final de su protocolo de investigación titulado: "DETECCIÓN DE NECESIDADES PSICOEMOCIONALES DEL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SECTOR PÚBLICO DE EN CELAYA, GTO", y resolvió que se CUMPLIÓ con lo planeado en su cronograma.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"La verdad Os Hará Libres"

Celaya, Gto; 16 de Febrero 2016

MTRA. ANA MARÍA PADILLA AGUIRRE

PRESIDENTA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

CAMPUS CELAYA-SALVATIERRA, DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERÍAS  
Av. Ing. Javier Barros Sierra No. 201 Esq. Av. Baja California, Ejido de Santa María del Refugio,  
Celaya, Gto.  
C.P. 38140  
52 01 (461) 598 5922 Ext. 1627 y 1628; Fax. 1645.  
[www.ccelaya-dcsi.ugto.mx](http://www.ccelaya-dcsi.ugto.mx)



**Universidad  
de Guanajuato**

Campus Celaya-Salvatierra

División de Ciencias de la Salud e Ingenierías

Departamento de Enfermería Clínica

## **Informe Final de investigación**

**DETECCIÓN DE NECESIDADES PSICOEMOCIONALES  
DEL ADULTO MAYOR EN ESTADO DE DEPENDENCIA, HOSPITALIZADO EN EL  
SECTOR PÚBLICO EN CELAYA, GUANAJUATO**

**Dr. Jonathan Alejandro Galindo Soto  
Dra. María de Guadalupe Navarro Elias  
Dra. Guadalupe Ojeda Vargas  
Dra. Norma Elvira Moreno Perez  
Mtra. María de Jesús Jiménez González**

**Alumnos que apoyaron:**

**Gabriela Arreguin Aguilar  
Mary Carmen Hurtado Ramos  
David Adrián Rico Rivera  
Jannet Catalina González Martínez  
Karla Lizbeth Arellano Maldonado**

**CUERPO ACADÉMICO "CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA"**

**Celaya, Guanajuato, 2016**

## **Resumen:**

Se han realizado muchos estudios sobre el ambiente hospitalario, tanto sobre pacientes como personal de salud, pero escasean investigaciones que abarquen específicamente las cuestiones emocionales desde un enfoque holístico, sobre todo cuando se trata de adultos mayores hospitalizados (AMH) en áreas que no son de salud mental. Por ello, el objetivo de esta investigación fue determinar las necesidades psicoemocionales de mayor frecuencia en adultos mayores hospitalizados en el sector público. Estudio de tipo cuantitativo de alcance descriptivo, no experimental, transversal y prolectivo, con 49 AMH como muestra. Se aplicó una batería para evaluar necesidades psicoemocionales. Los resultados indican que la mayoría de los casos muestran niveles bajos de ansiedad (68%) y depresión (98%), altos niveles de soporte social (89%) y calidad de vida (98%), así como un nivel medio de autoestima (92%). Se observó además, correlación positiva entre ansiedad y depresión ( $r = .547$   $p = .000$ ), así como una negativa entre depresión, autoestima y calidad de vida ( $r = .579$   $p = .000$  y  $r = .399$   $p = .005$  respectivamente). Al analizar coeficientes de determinación ( $r^2$ ) se encontró una variación de 33.5% de los casos de depresión ante variaciones en el nivel de autoestima. La necesidad psicoemocional más frecuente sería fortalecer la autoestima y disminuir la ansiedad, sobre todo en mujeres (52.38% con niveles moderado o grave). Se propone que el personal de Enfermería proporcione acompañamiento psicológico de primer nivel y aplique evaluaciones psicológicas básicas en autoestima, ansiedad y depresión, independientemente del área de hospitalización, para una mejor atención o canalización del paciente.

## **Introducción.**

Es un hecho que la población de adultos mayores va en aumento y que ha sido sólo recientemente que se han estudiado a fondo sus necesidades psicoemocionales. Como Domínguez (et. al., 2012) señala, ese incremento poblacional ha sido paralelo a la acentuación de dificultades económicas para atender sus necesidades en salud.

Por esas razones, por concientización y responsabilidad social, resultó necesario un estudio que esbozara brevemente el contexto epistémico en el que se encuentran los estudios más cercanos a la detección de necesidades psicoemocionales del adulto mayor hospitalizado en América Latina. La mayoría de los estudios del sector salud siguen detectando enfermedades o problemas psicoemocionales y solo muy rara vez complementan con la evaluación de la calidad de vida en un sentido positivo, es decir, utilizando indicadores saludables. Ello llevó como consecuencia un segundo tiempo, precisamente para detectar necesidades en la población de estudio. Una vez que se estableció un diagnóstico situacional en sentido tanto patológico y de problemas psicoemocionales como de aspectos funcionales y saludables, se proponen intervenciones interdisciplinarias de profesionales de la salud, a fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, preferentemente mediante programas preventivos que incluso podrían llegar a aplicarse más allá del contexto de hospitalización.

## **Justificación**

Dejando entonces establecida la necesidad de estudiar esta problemática, se establecieron objetivos alcanzables, reales y objetivos. Obviamente, intentar atender todas las necesidades humanas de cada paciente sería imposible en un solo proyecto, por lo que se decidió centrarse en establecer una jerarquización de necesidades, en este caso psicoemocionales, para proponer futuras investigaciones o proyectos diseñados para la población en estudio, en este caso de Guanajuato. El estudio se enmarcó dentro de la misión del Cuerpo Académico en la LGAC de Cuidado al final de la vida y al adulto mayor de la Universidad de Guanajuato, puesto que se trabajó en responder a las necesidades de la población adulta mayor, cubriendo además el objetivo de realizar investigaciones en el área de enfermería geriátrica y gerontológica para crear la cultura de un envejecimiento exitoso con calidad de vida. Su impacto social se vería reflejado al analizar y proponer acciones preventivas. Esta investigación va más allá de estudios anteriores (Flores, et. al., 2012; Mühlenbrock, et. al., 2011; Martínez-Mendoza, et. al., 2005; Almeida, Almeida y Rodriguez, 2012; Sirera, Sánchez y Camps, 2006) que establecen relaciones entre ciertos problemas psicológicos y calidad de vida, pero que carecían de propuestas específicas preventivas y contextualizadas. Esto último resulta fundamental, pues si se busca fortalecer la calidad de vida, se debe entender como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (Grupo WHOQOL, 1993, cit. en Verdugo, et. al., 2007).

## **Planteamiento del Problema.**

Uno de los indicadores más utilizados para analizar problemáticas de calidad de vida en adultos mayores hospitalizados abarca la medición e intervención en problemáticas de depresión y

ansiedad. Sin embargo, esto en ocasiones deja fuera una gran gama de necesidades que están incluidas en la salud mental, puesto que la estrategia más común es la de abordar desde la enfermedad que los ha obligado a hospitalizarse, lo que evita diagnosticar elementos que no necesitan ser tratados médicamente (Hernández, Vásquez y Ramo, 2012). Así por ejemplo, los estados de confusión leve, la baja autoestima situacional, los niveles de estrés de traslado, la impotencia, el sufrimiento moral e incluso las necesidades espirituales, son rara vez atendidas de forma interdisciplinaria, pues comúnmente no se consideran como un problema que ponga en riesgo la vida o la función de un órgano específico.

Aunado a ello, está comprobado que el sistema inmunológico o equilibrio de citocinas en el adulto mayor se afecta por estados de depresión, estrés, ansiedad e incluso mal humor (González, 2001; Sirera, Sánchez y Camps, op. cit.; Labarca, 2012). Por ello, resulta imperante identificar las necesidades psicoemocionales que erróneamente se están dejando de estudiar por considerarlas como accesorias o de poca relevancia en salud. Debemos entonces comprender que la priorización del tratamiento aislado de las enfermedades en lugar de los cuidados de la salud, aseguran la sobrevivencia, pero no el bienestar o calidad de vida y de hecho, aumentan los costos de la atención médica. Aseguran sobrevivir, pero no vivir. Por lo anterior es que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las necesidades psicoemocionales con mayor incidencia en los adultos mayores en estado de dependencia, hospitalizados en el sector público en Celaya, Guanajuato?

## **Marco Teórico**

Los esfuerzos de las instituciones gubernamentales, dentro de las limitaciones presupuestales y de recursos humanos que son conocidas, no han carecido de las mejores intenciones al atender problemáticas anatomofisiológicas de los adultos mayores, como cuando la Secretaría de Salud, mediante investigaciones del Instituto Nacional de Salud Pública (2013) intentó identificar y entender el impacto del contexto social de pobreza en la salud, sobre todo en la coexistencia de enfermedades crónico degenerativas, transmisibles y de desnutrición.

Es por supuesto un logro que los niveles de mortalidad hayan disminuido en los últimos años y que los programas hayan sido eficientes en el combate a enfermedades respiratorias, infecciosas y parasitarias. La esperanza de vida en 1930 era de poco menos de 35 años y fue aumentando hasta un aproximado de 80 años en la actualidad. Lamentablemente, este sobrevivir más tiempo no se ha mantenido directamente proporcional a la calidad de vida, pues como el mismo gobierno señala, viven más años, pero en situaciones de vulnerabilidad, abandono, enfermedad e incluso señalados como “en riesgo social” aún en ambiente doméstico. Resulta notorio, por ejemplo, como el informe que realiza el INEGI sobre el perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI (2005) incluye estadísticas de mortalidad, esperanza de vida, causas de muerte, enfermedades más comunes, nivel de estudios, condiciones de vivienda, hasta discapacidades enlistadas por tipos y causas en los adultos mayores de 60 años, pero no aparece un apartado sobre felicidad, espiritualidad, autorrealización o necesidades psicoemocionales de ese grupo poblacional.

En estudios de esa índole, se nos recuerda la complicada situación económica por la que atraviesa México y en el caso de Flores, et. al. (op. cit.) se hace incluso la correlación objetiva entre patrones arquitectónicos deficientes y padecimientos respiratorios, caídas, quemaduras,

intoxicaciones y padecimientos emocionales específicos, a saber, ansiedad, estrés y depresión (Isla, 2003; García-Viniegras y González, 2000; Kroc, 2005, los tres retomados por Flores et. al., op. cit.). Ese estudio enfatiza entonces la medición de niveles de dichos padecimientos en adultos mayores, específicamente desde lo que se determina como trastornos de ansiedad y depresión, relacionados con el deterioro cognitivo y la fragilidad de su propio cuerpo, por lo que por lo que atañe a lo depresivo, se entristecen, lloran, se tornan apáticos y se sienten inútiles, lo que como ya se sabe, también se relaciona con malestares físicos como dolor, tensión, baja capacidad inmunológica o falta de apetito. Lamentablemente, en muchas ocasiones estos estados o crisis depresivas son vistos como algo propio de la vejez y más aún de la hospitalización, por lo que incluso en el caso de un padecimiento al que tanta atención se le ha puesto a nivel mundial como la depresión, las estadísticas pueden dejar fuera muchos casos no diagnosticados cuando el ingreso a hospital no implica específicamente un diagnóstico mental ya sea como diagnóstico principal o como comorbilidad típica.

En un estudio de 1996 (García, et, al.) se encontró que si se analiza en conjunto los trastornos del estado de ánimo en adultos mayores hospitalizados, por lo menos un cuarto (28.4%) de los pacientes tienen algún diagnóstico psicoemocional patológico. En el estudio posterior, de 2011 de Mühlenbrock (op. cit.), nuevamente los resultados fueron de consideración (28.12% de las mujeres y 16.41% de los hombres presentaban trastorno depresivo). Otro estudio, específico de México, también en pacientes geriátricos hospitalizados en 2012 (Hernández, Vásquez y Ramo, op. cit.) y que a diferencia de los anteriores, incluía el registro de nivel leve de depresión, obtuvo un resultado mucho más elevado (57.5%) y una distribución más homogénea en cuanto a género se refiere (25.5% masculino, 47.5% femenino).

Análogamente, también se ha intentado evaluar la calidad de vida a partir de enfermedades concretas, como el cáncer pulmonar en el estudio de Vinaccia, et. al., (2005). Para este tipo de casos, en realidad lo que se está relacionando es principalmente el dolor, es decir, otra problemática o característica negativa, que se espera esté relacionada de manera inversa proporcional a la calidad de vida. La idea es que se limitan o reducen sus actividades físicas, presentan trastornos del sueño, exceso de reposo porque están crónicamente fatigados, alteraciones del estado de ánimo y deterioro de habilidades sociales como consecuencia de todo ello. Incluso, recuperando el estudio anteriormente descrito, el dolor se relaciona directamente con estados depresivos, ambos influyéndose mutuamente. Pero a diferencia de aquel, la investigación sobre el cáncer de pulmón y calidad de vida pone énfasis en el afrontamiento que presentan los pacientes ante su proceso patológico.

Esto implicaría que el concepto que el paciente tenga de su enfermedad, de su calidad de vida y de su red de apoyo, le permiten desarrollar estrategias más adaptativas. Una vez más, la percepción del paciente es el punto determinante de la calidad de vida, así que aunque se pueda hablar de términos operacionales o concretos en un contexto netamente médico, la calidad de vida necesariamente implicará cuestiones netamente subjetivas, al incluir los conceptos de salud y bienestar, con una frontera difusa entre ellos. Incluso en lo que se refiere a apoyo social, se ha demostrado que la percepción de una red funcional (saberse amado o estimado por otras personas) favorece la adaptación emocional de paciente que sufren de cáncer (Barez, Blasco y Fernández-Castro, 2003) y ésta percepción, a su vez, influye inversamente en los niveles de depresión, ansiedad y por consecuencia, del dolor mismo. Al trabajarse eficientemente las redes de apoyo social, se obtienen beneficios tanto en lo social (pues se fomenta la participación y sentido de pertenencia), como lo psicológico (mejora de la autoestima, manejo de locus de control, autoconcepto) e incluso lo físico (disminuyen las reacciones del sistema endócrino ante

los estresores). En ese mismo sentido, el estudio de Molina, Uribe y Figueroa (2013) estableció la relación entre la intensidad del dolor percibida, ansiedad, depresión y calidad de vida en adultos mayores hospitalizados.

Si se retoma entonces la idea condensada por Lucas (2007), se define la calidad de vida como una construcción cognitiva, una percepción valorativa sobre la vivienda, la capacidad económica o la salud, entre otros aspectos. El término se amplía a una evaluación propia, subjetiva de recursos familiares, financieros, habilidades, oportunidades, y son estos factores los que precisamente propician que el adulto mayor se deprima (Arrieta y Almudena, 2009). Kobasa (1979) intenta resumir este fenómeno de afrontamiento (fundamental para cambiar la percepción y por tanto la calidad de vida) mediante el uso del concepto “personalidad resistente”, que abarcaría el sentimiento de control de la propia vida y de compromiso con metas y objetivos. Esta personalidad funcionaría como mediador para mitigar las reacciones de la persona, a partir de percepciones más positivas y controlables, así como la conducta adaptativa de buscar ayuda en profesionales de la salud o guías espirituales. Dicha personalidad conjugaría entonces creer en la importancia y valor de uno mismo y de lo que hace, acompañando estos pensamientos con la convicción de que se influye directamente en el curso de los acontecimientos.

Otro estudio, de Pérez y Arcia (2008) encontró de manera análoga, que la poca inmersión en la vida social y la falta de apoyo social y familiar influyen notablemente en el nivel de depresión que muestran los ancianos. Siendo así, el establecimiento y desarrollo de redes de apoyo social con la familia y cuidadores resultan indispensables para minimizar el impacto que implica ser hospitalizado. Molina, Uribe y Figueroa (op. cit.) también concluyen que es necesario crear programas intrahospitalarios que incorporen terapias integrales, atendiendo aspectos emocionales y afectivos del paciente, para promover su bienestar.

Hernández, Vasquez y Ramo (op. cit.) proponen entonces la intervención interdisciplinaria como *dispositivo de escucha*, que le haga más fácil expresar y crear conciencia al paciente de que el lenguaje en sí mismo puede ser una herramienta que modifique su percepción y mejore su calidad de vida, sobre todo si consigue que el paciente geriátrico no asuma su identificación a partir de la patología que lo llevó a internarse.

### **Objetivo General**

Determinar las necesidades psicoemocionales de mayor frecuencia en adultos mayores hospitalizados en el sector público.

### **Objetivos específicos**

1. Describir perfil sociodemográfico de la población de estudio.
2. Valorar la condición anímica (ansiedad, depresión y humor) de la población de estudio.
3. Valorar la percepción de soporte social de la población de estudio.
4. Valorar el nivel de autoestima en la población de estudio.
5. Valorar el nivel de calidad de vida percibido por la población de estudio.
6. Comparar las necesidades psicoemocionales valoradas
7. Validar la congruencia entre las necesidades psicoemocionales detectadas mediante el contraste de ítems específicos.

## **Hipótesis**

Las necesidades psicoemocionales con mayor frecuencia en los adultos mayores hospitalizados son las relacionadas con depresión y ansiedad.

## **Metodología**

El tipo de estudio fue cuantitativo de alcance descriptivo, con diseño no experimental, transversal, prolectivo. Se realizó en población hospitalizada en instituciones públicas del sector salud, durante un período de 6 meses para la recolección y análisis de datos, con adultos mayores hospitalizados de 60 años o más. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado, con población proporcional por cada hospital seleccionado, con base en fórmulas para poblaciones finitas, derivadas del ingreso hospitalario de adultos mayores.

Como criterios de inclusión, se estableció que fueran adultos hospitalizados de 60 años o más, sin deterioro cognitivo (valorado con Minimental) que aceptaran participar en el estudio. Como criterio de exclusión, aquellos que no fueran capaces de establecer comunicación funcional y como criterio de eliminación, que abandonaran el estudio en cualquier momento o se negaran a proveer toda la información que requieren los instrumentos de la batería de pruebas.

## **Definición de Variables**

Sociodemográficas: Edad, diagnóstico médico, escolaridad, sexo.

Descriptivas: Depresión, ansiedad, soporte social, autoestima, calidad de vida.

Se definió depresión como aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta, incluyendo alteraciones del

sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida. (Mühlenbrock, op. cit.)

Ansiedad fue definida como el conjunto de respuestas cognitivas y conductuales del organismo, que se desencadenan ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico. La dimensión de ansiedad cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, temor, inseguridad, y sensación de pérdida de control. La dimensión de ansiedad conductual tiene como objetivo mitigar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivarse en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, etc. (Piqueiras, et. al., 2008)

Se entendió por soporte social un constructo multidimensional formado por dos ámbitos básicos: el área estructural (existencia de redes o vínculos sociales) y el área funcional o expresiva (tipo de apoyo recibido), que puede ser de tres tipos: recursos emocionales, instrumentales e informativos (Dean, 1986, cit. por RiveraLedesma, Montero-López y Astudillo-García, 2013)

Por autoestima se comprendió la evaluación que el individuo hace de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso. En este caso la autoestima es igualmente subjetiva, agregando que el sujeto puede aprobar o no, el resultado de dicha percepción. (Coopersmith, cit. por Lachira, 2014)

Por último, se definió la calidad de vida como una construcción cognitiva, aunque obviamente, dicha percepción sea en buena parte sobre cuestiones concretas, como la vivienda, la capacidad económica o la salud. El término se amplía a una evaluación integral

y principalmente propia, subjetiva de recursos familiares, financieros, habilidades, oportunidades, entre otros factores (Arrieta y Almudena, 2009).

Los instrumentos de recolección de datos fueron: Examen Mínimo del Estado Mental de Folstein (para la determinar la inclusión de los participantes); Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; Inventario de Ansiedad de Beck; Escala de soporte social de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis; Escala de autoestima de Coopersmith; Escala de Calidad de Vida de Verdugo, Meda, Guzmán, Moy y Monroy.

### **Procedimiento**

Se inició ubicando los hospitales del sector público, para posteriormente establecer contacto con los directivos y jefes de sala implicados, para la obtención de los permisos. Seguido de ello, se identificó el total de adultos mayores hospitalizados. Se seleccionó una muestra dependiente de la población de cada hospital, de forma tal que los resultados cuenten con una validez equitativa, independientemente de la institución de la cual se haya recabado la información. Se les solicitó su participación voluntaria a quienes cumplieron con los criterios y se les aplicó el Minimental para evaluar si podían continuar con la aplicación de la batería. La investigación se llevó a cabo respetando lo establecido en la Declaración de Helsinki, en sus artículos 5, 6, 7, 9, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 30 y 33. Asimismo, lo que establece la Declaración de Ginebra, asegurando en todo momento la confidencialidad de los datos personales de los participantes y la obtención del consentimiento informado.

### **Resultados**

Los datos fueron analizados con apoyo del programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) versión 21, tomando en cuenta los resultados de aquellas personas que cumplieron los criterios de inclusión. Se excluyeron aquellos casos en los que el paciente no mostraba ubicación crono, topo u homopsíquica, que estuvieran bajo efecto de sedantes o alguna otra condición que impidiera la comunicación funcional con los investigadores.

El grupo de estudio quedó conformado por 49 adultos mayores hospitalizados en 3 instituciones sanitarias del sector público (ver tabla 1). La edad promedio fue de 70 años  $\pm$  6.48, predominando el sexo masculino (28 casos, 57.14%). La mayoría no contaban con estudios formales (18 casos, 36.73%). Los diagnósticos médicos predominantes estuvieron relacionados con ortopedia (9 casos, 18.37%), seguido de gastroenterología y cirugía (7 casos, 14.29%).

**(INSERTAR TABLA 1)**

En los resultados relacionados con ansiedad, la media fue de 12.63  $\pm$  8.604 (0-31) de una puntuación máxima posible de 63, lo que se considera dentro del rango del nivel de ansiedad leve. En el análisis de los resultados, se puede observar una distribución parcialmente equitativa donde el primer tercio se reporta sin ansiedad (33%), el segundo se ubica en ansiedad leve (35%) y en el último grupo se encuentran la ansiedad moderada y severa (18% y 14%). En la interpretación de estas cifras es importante resaltar el hecho de que la ansiedad severa esté presente solamente en 7 casos. De hecho, el máximo obtenido dentro de los 49 participantes fue 1 caso con 31 puntos, mientras que el menor fue de 0, con dos casos.

Estos son datos remarcables, dado que el número de pacientes que mostraba ansiedad severa o moderada, incluso sumados, apenas alcanzó el mismo nivel que “sin ansiedad” (16 casos). Si por el contrario sumamos este último dato a “ansiedad leve”, encontramos que el 68% (33 adultos

mayores) se muestran relativamente tranquilos, con una ansiedad muy baja si se considera su hospitalización, ya sea por urgencia o para ser sometidos a cirugía, lo que a su edad representa un alto riesgo físico (ver gráfica 1).

**(INSERTAR GRÁFICA 1)**

Como puede observarse en la gráfica 2, solamente 5 de los 28 adultos de sexo masculino (lo que representa un 17.85% de ellos) mostraron niveles de ansiedad grave o moderado, mientras que 11 de los 21 adultos de sexo femenino (52.38%) reportaron sentirse en alguno de esos dos niveles. En sentido complementario, 23 de los 28 adultos de sexo masculino se mostraron con ansiedad leve o incluso sin ansiedad, mientras que solamente 10 de los adultos de sexo femenino mostraron estos últimos niveles.

**(INSERTAR GRÁFICA 2)**

puntos  $\pm$  2.69 de un total posible de 15 (ver gráfica 3). Al graficar los datos obtenidos, se observa que solamente dos personas igualaron o superaron la barrera de los 10 puntos, equivalente a nivel severo. En cambio, 16 adultos mayores mostraron depresión leve, 5 a 9 puntos, y 31 se ubicaron en el nivel de depresión normal, por debajo de los 5 puntos.

**(INSERTAR GRÁFICA 3)**

Clínicamente estos resultados son muy favorables, dado que alrededor del 98% no presentaron problemas depresivos graves (ver gráfica 4). Al igual que con el caso de la ansiedad, resulta remarcable que estos datos fueron recabados durante su estadía de hospitalización, incluidos casos en los que el pronóstico era desfavorable, de muy alto riesgo o con padecimientos crónico-degenerativos.

**(INSERTAR GRÁFICA 4)**

Al analizar los resultados de depresión por dimensiones, no se encontraron problemas de percepción, estado emocional, desesperanza o energía. Solamente se obtuvieron datos que pudieran indicar problemas

de interés total. Esto permite suponer que la problemática en el estado anímico no resulta significativamente afectada por la hospitalización y si bien, la media obtenida fue la más alta con relación al número de ítems relacionados con la categoría, en realidad apenas llegó a ser un poco más de la mitad del total posible, como se muestra en la siguiente tabla.

**(INSERTAR TABLA 2)**

En lo que se refiere a la autoestima, la media obtenida por el grupo de estudio fue de  $58.12 \pm 11.28$  de un total posible de 100 puntos. Si bien, este número no se encuentra en el nivel más alto posible (75 a 100 puntos), se puede observar que al menos el 80% de los casos reportaron una autoestima media alta o alta (ver gráfica 5) Así, por ejemplo, solamente en un caso se reportó autoestima baja, contra 36 casos en los que se reportó una autoestima media alta.

**(INSERTAR GRÁFICA 5)**

El análisis de las dimensiones que conforman la autoestima, señala que la dimensión familiar es la que resultó con mayor problemática, pues la media obtenida apenas obtuvo la mitad del puntaje posible,  $3 \pm 1$  de 6 ítems, lo que implicaría un aproximado de  $12 \pm 3$  de 24 puntos posibles en la calificación total de la evaluación de autoestima. Aun así, el puntaje se ubica en el 50% de la máxima.

La dimensión social se ubica con una media mayor con el mismo número de ítems, lo que equivale a un aproximado de  $14 \pm 3$  de 24 puntos posibles. Finalmente, el resultado obtenido para la dimensión con un mayor número de ítems, el sí mismo, equivaldría aproximadamente a  $32 \pm 3$  de 52 puntos posibles (ver tabla 3). Las tres dimensiones, por separado, se ubicaron igualmente por arriba de la mediana de autoestima.

**(INSERTAR TABLA 3)**

Con relación al soporte social, se calculó una media de  $20.51 \pm 4.15$  de una puntuación máxima posible de 24. Desglosando los resultados en siete niveles posibles, se obtuvo que la mayoría de los adultos

mayores percibe un nivel de apoyo social superior a la media por parte de sus cuidadores, familiares o personas cercanas. Lo anterior puede advertirse en que 35 (71.43%) de los adultos mayores evaluados se ubican en el nivel máximo de la escala (superior a la media), lo que resulta remarcable considerando que se trata de un total de siete niveles.

En conjunto, 44 de los 49 entrevistados (89.79%) considera que el nivel de soporte que recibe o recibiría en caso de ser necesario es de normal a superior. Nuevamente, este resultado es clínicamente muy favorable. En sentido inverso, solamente se presentó un caso (2.04%) con apoyo social muy bajo y no hubo caso alguno de niveles inferior a la media o bajo. Como puede notarse en la siguiente gráfica, la diferencia entre los niveles altos y bajos es muy significativa (ver gráfica 6).

**(INSERTAR GRÁFICA 6)**

En cuanto a los resultados relativos a Calidad de Vida, señalan claramente que la mayoría de los entrevistados se encuentra en niveles óptimos. La afirmación se basa en que no hubo casos en que la calidad de vida fuera poco o muy poco satisfactoria, solamente se presentó 1 caso (2.04%) de neutralidad y los otros 48 casos (97.96%) mencionaron contar con un nivel satisfactorio o muy satisfactorio (ver gráfica 7).

**(INSERTAR GRÁFICA 7)**

En lo que se refiere a las dimensiones de la calidad de vida se puede observar que la dimensión laboral, salud y relaciones sociales son las que se encuentran más distantes de las puntuaciones máximas esperadas, lo cual resulta lógico pues se trata de adultos mayores que tienen comprometida su salud por lo que están hospitalizados y restringidos de visitas y sin oportunidad de generar ingresos para su manutención.

**(INSERTAR TABLA 4)**

Posterior al análisis descriptivo de los datos, se consideró importante determinar la relación entre las variables, para lo que se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ), con la finalidad de medir la intensidad de las relaciones considerando la causalidad teórica entre las mismas. Como se puede observar en la tabla 5, la depresión fue la variable con la que se establecen más relaciones; al analizar de forma particular cada relación se identifica que existe una correlación positiva de intensidad media con la ansiedad ( $r= .547$   $p=.000$ ) con lo que podría inferirse que entre mayor ansiedad presentaba el adulto mayor, mayor era su nivel de depresión. Por el contrario, al relacionarse la depresión con la autoestima y la calidad de vida se visualiza que existe una correlación negativa de intensidad media ( $r=-.579$   $p=.000$  y  $r=-.399$   $p=.005$  respectivamente) lo cual resulta lógico desde la interpretación clínica pues indicaría que entre mayor sea la autoestima y la calidad de vida menor será el nivel de depresión. Al mismo tiempo, la ansiedad mostró una correlación negativa de intensidad media ( $r= .414$   $p= .003$ ) con la autoestima, indicando que entre menor sea la autoestima mayor será la ansiedad del adulto mayor.

De forma opuesta, la calidad de vida y el soporte social presentan una correlación positiva de intensidad media-baja ( $r= .324$   $p=.023$ ) sugiriendo que, a mayor soporte social percibido, mejor calidad de vida reportaba el adulto mayor.

Al analizar los coeficientes de determinación ( $r^2$ ) en las relaciones anteriormente citadas se observan valores muy bajos; y considerando que este valor determina la variación de una variable como consecuencia de la variación de otra, ello significaría que la variación reportada entre la depresión y la autoestima se explica en por lo menos un tercio de la población estudiada (33.5 %); no así en el resto de las relaciones, donde los coeficientes estimados son menores, al menos desde la visión estadística.

#### **(INSERTAR TABLA 5)**

Finalmente, se realizó una comparación de ítems de las diferentes pruebas que incluían contenido muy similar. Esto con la finalidad de verificar la congruencia en las respuestas ante distintas pruebas y así eliminar la posibilidad de sesgo. Para ello, se contabilizó el número de adultos mayores que señalaron las

mismas respuestas dentro de una misma prueba. Posteriormente se agruparon las respuestas de todos los adultos mayores en dos opciones, de acuerdo a los criterios de calificación de cada prueba. Posterior a la revisión, se determinó el cruzamiento de 7 pares de ítems, con los resultados que se muestran a en la tabla 6. Como se puede observar el 85% de los pares muestran respuestas con distribución semejante y poco más de la mitad (57.14%) presentan una distribución exacta, lo cual valida la respuesta de los adultos mayores y confirma la congruencia de su necesidad psicoemocional al ser preguntado un texto semejante en momentos diferentes.

**(INSERTAR TABLA 6)**

### **Discusión**

De acuerdo a la Encuesta Intercensal 2015 (INEGI), la población de Guanajuato de 15 años de edad o más, cuenta en promedio con 7.46 años de escolaridad. En esta investigación, el promedio se encontró en cambio en 3.77 años. Aún si se contrasta con los datos del INEGI sobre la población mayor de 64 años, se puede detectar que el nivel de analfabetismo ronda por el 21.19% en el estado, mientras que en este estudio, 38.77% de los evaluados no cuentan con estudios formales. Es posible que dentro de esa muestra haya algunos adultos que aún sin haber asistido a la escuela puedan leer y escribir, pero eso no quita relevancia a que casi 4 de cada 10 adultos mayores no cuenten con estudio alguno. Sin embargo, no hubo correlación significativa entre el nivel de escolaridad y las demás evaluaciones.

Cabe mencionar que los hospitales incluidos en el estudio son hospitales generales, considerados de segundo nivel de atención, los cuales brindan servicios de salud a la población de la región y de los centros conurbados de la misma. Debido a su clasificación y considerando los objetivos del estudio se entrevistaron adultos mayores ubicados en los servicios de cirugía general, medicina interna u hospitalización. Tomando en cuenta lo anterior, pudiera haber una relación entre dichas cuestiones y que los niveles de ansiedad hayan resultado más bajos de lo esperado.

En el estudio de Almeida, Almeida y Rodríguez (2012) se afirma que la ansiedad es muy frecuente en los adultos mayores hospitalizados. Sin embargo, en este estudio, casi 7 de cada 10 personas se mostraban sin ansiedad, o en nivel apenas leve. Lo que en cambio, sí resultó similar a lo esperado, es que fuera de los problemas más frecuentes, junto con la depresión, como ya antes habían señalado Molina, Uribe y Figueroa (op. cit.), quienes encontraron que la calidad de vida de los adultos mayores está muy relacionada con ansiedad y depresión, que aumentan si aumenta el dolor físico, sobre todo crónico.

Además, en el estudio de Flores, et. al. (2012) con pacientes adultos mayores mexicanos, se había detectado que el sexo, edad y depresión eran indicadores significativos de una buena calidad de vida, aunque la investigación de Arrieta y Almudena (2005) no encontró cambios significativos con el avance de la edad de los adultos mayores. Flores, et. al., de manera análoga a la presente investigación, encontraron relativamente poca ansiedad en los pacientes, obteniendo en ese entonces un resultado de alrededor de 11% tanto en personas de sexo masculino como femenino. Empero, hubo una diferencia en esta investigación, al encontrar niveles diferenciados por sexo, toda vez que el femenino mostró una mayor tendencia a lo moderado y grave de 52.38%, y en cambio, el masculino apenas alcanzó un 17.85%, similar a lo señalado por Arrieta y Almudena (2009) o Quintero, et. al. (2015), cuyo estudio con 49 adultos mayores, comprobó que 26 de ellos tuvieron un nivel normal de depresión, 12 leve y solamente 11 grave. En esta investigación, apenas se presentó un solo caso de nivel grave, lo que también concuerda con el estudio de Almeida, Almeida y Rodríguez (2012), en el que la mayoría de los casos se ubicaban en nivel de depresión leve. Esto fue más cercano a lo encontrado por Mühlenbrock, et. al. (2011), quienes utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores hospitalizados en el área de medicina interna. Encontraron en una muestra de 131 personas, una prevalencia de depresión de 22.13%, de lo que 18 pertenecían al sexo femenino y 11 al masculino. El 89.6% se ubicó en depresión leve a moderada y un 10.3% en severa.

En México, hubo otra investigación en el sector público, llevada a cabo por Martínez-Mendoza, et. al. (2005), en el que, habiendo eliminado casos de posible demencia mediante la aplicación del Mini-examen

Cognoscitivo de Folstein, seleccionaron una muestra de 310 adultos mayores hospitalizados. De ellos, encontraron una relación de 107 personas de sexo femenino con depresión, contra 74 del masculino y que el grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes. De forma tal que concuerda, una vez más con lo obtenido en esta ocasión. Así pues, todos estos estudios concuerdan en que el sexo femenino muestra más depresión y que la depresión puede ser un buen indicador de calidad de vida.

Sin embargo, no se debe olvidar que, en este estudio, la necesidad psicoemocional que resultó de mayor frecuencia fue el fortalecimiento de la autoestima, puesto que casi ningún adulto mayor mostró un nivel alto (solamente un 6%). En ese sentido, el trabajo de Lachira (2014) en el cual también se aplicó la Escala de Autoestima de Coopersmith, pero con una muestra de 19 adultos mayores, obtuvo algo muy similar, puesto que encontró que la mayoría de los adultos mayores se encontraban en niveles medios (47.3% media baja y otro porcentaje igual media alta) pero ninguno con autoestima alta.

Como bien habían remarcado anteriormente Ortiz y Castro (2009) “la importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida. En algunas investigaciones se propone que ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez.” (p.27).

Se concuerda entonces con ellos, así como con Martínez-Mendoza, et. al. (2005), en que es indispensable estimular investigaciones sobre la realidad gerontogeriatrica que atiendan las necesidades y características socioculturales de los adultos mayores y que, además se deben implementar detecciones sistemáticas de la condición anímica de dicha población dentro del ambiente hospitalario, lo que no solo repercutirá en los costos de la atención, sino sobre todo, en los beneficios a la comunidad de la cual somos personal de servicio.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Los estudios sobre necesidades psicoemocionales de los adultos mayores hospitalizados aún son escasos. De ellos, la mayoría trata una problemática específica, sin atender de forma holística la situación de

hospitalización. Existen, por supuesto, muchos estudios sobre el contexto hospitalario, tanto sobre personal de salud como pacientes. Asimismo, existen diversos estudios sobre calidad de vida del adulto mayor. Pero muy poco donde ambos fenómenos sean investigados en una misma población. De tal forma que este estudio representa un punto de referencia, como estudio descriptivo, para aquellos que estén interesados en tener un panorama relativamente claro al respecto, pudiendo establecer una jerarquización básica, que queda para futuras investigaciones en poblaciones más amplias.

La hipótesis que establecía como principales necesidades las derivadas de trastornos de estado de ánimo y ansiedad fue aceptada, aunque solo parcialmente. La mayoría de los adultos mayores se mostraron tranquilos, de buen humor. Fuera de lo esperado, la principal necesidad detectada estuvo centrada en el fortalecimiento de la autoestima, que a su vez se relacionó en segundo lugar con ansiedad y en tercero con depresión, principalmente para el caso de las personas de sexo femenino, haciendo hincapié en que se presentaron en niveles leves o bajos. Casi todos los entrevistados se mostraron satisfechos con su soporte social y en general, su nivel de calidad de vida se reportó como óptimo. Se puede proponer entonces el trabajo de acompañamiento psicológico de primer nivel, realizándolo tanto de manera individual, como aprovechando a los familiares y cuidadores que, de acuerdo a los resultados de esta investigación, muestran altos niveles de soporte social.

También es recomendable realizar evaluaciones psicológicas básicas en ansiedad y depresión, con apoyo de una batería adaptada a hospital de rápida aplicación, para una detección más eficiente de aquellos casos que requieran intervención en un segundo nivel y que por no encontrarse hospitalizados en áreas de salud mental, puedan pasarse por alto. Para ello, basta con que el personal de Enfermería fuese capacitado en la detección, acompañamiento y canalización. Específicamente para el caso de la ciudad de Celaya, se recomienda establecer convenios con instituciones de acceso gratuito, como el Centro de Atención Psicológica de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya Salvatierra, para los casos que requieran seguimiento terapéutico tanto dentro como fuera de las instituciones hospitalarias, para pacientes, cuidadores y familiares.

Por último, sería aconsejable replicar esta investigación con una batería de pruebas más amplia y con una población mucho mayor, en un estudio multicéntrico a nivel nacional, para confirmar si se trata de necesidades específicas de una población dentro de un contexto muy delimitado, o bien para determinar si se trata de un fenómeno que se presente de la misma forma a nivel nacional.

## Referencias

- Almeida, O., Almeida, D. & Rodríguez, V. M. (2012) “Incidencia de la depresión del adulto mayor en salas de medicina interna, 2011”. Web 02 feb 2015, Ministerio de Salud Pública de Cuba, <http://uvsfajardo.sld.cu/incidencia-de-la-depresion-del-adulto-mayor-ensalas-de-medicina-interna>
- Arrieta, E. & Almudena, L. M. (2009) Efectividad de las pruebas psicométricas en el diagnóstico y seguimiento de deterioro, depresión y ansiedad en las personas mayores. *Clínica y Salud*. 20 (1), 5-18
- Dominguez, M. T., Mandujando, M. F., Quintero, M. G., Quiñonez, T. I., Gaxiola, J. C. & Valencia, J. E. (2013) Escala de Apoyo Social para cuidadores familiares de adultos mayores mexicanos. *Universitas Psychologica*. 12 (2), 391-402
- Flores, M.A., Cervantes, G.A., González, G.J., Vega, M.G. y Valle, M.A. (2012) Ansiedad y Depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología da IMED*. 4 (1), 649-661
- González, B. (2001) “Estrés e inmunidad, Conferencia dictada en el marco del XL Congreso Chileno de Pediatría, realizado en Marbella 31 de octubre al 4 de noviembre de 2000”. Web 20 ene 2015, *Medwave. Revista biomédica revisada por pares*, Sociedad Chilena de Pediatría, <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/576>

- Hernández, Z. E., Vásquez, J. M. & Ramo, A. (2012) Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 3 (1), 1-27
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). “Adultos mayores.” Web 15 feb 2015, Secretaría de Salud Pública, <http://www.insp.mx/lineasde-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultosmayores.html>
- INEGI (2005) “Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. 2005”. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes: México.
- Kobasa, S.C. (1979). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413-423.
- Labarca, C. M. (2012). Sentido del humor en el adulto mayor, *TELOS Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*. 14 (3), 400-414.
- Lachira, L. A. (2014) Risoterapia: intervencion de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del club “Mis Años Felices” 2013, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, E.A.P. de Enfermería, Perú.
- Lucas, C. R. (2007). Cuestionarios genéricos. WHOQOL. (Eds.), Manual Separ de procedimientos. Publicaciones Pemaner 152 (1), 16-22. Barcelona

- Molina, J. M., Uribe, A. F. & Figueroa, J. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados, *Pensamiento Psicológico* 11 (1), 43-53.
- Martínez-Mendoza, J. A., Martínez-Ordaz, V. A., Esquivel –Molina, C.G. & Velasco-Rodriguez, V. M. (2007) Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (1), 21-28.
- Mühlenbrock, F., Gómez, R, González, M., Rojas, A., Vargas, L. & Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago, *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 49 (4), 331-337.
- Ortiz, J., & Castro, M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 15 (1), 25-31
- Pérez, M. V. T. y Arcia, C. N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (3), 1-20.
- Piqueiras, R. J., Martínez, G. A., Ramos, L. V., Rivero, B. R., García, L. L. & Oblitas, G. L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15, 43-73.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-López, M. y Astudillo-García, C. I. (2013) Escala de soporte social de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis: propiedades psicométricas en adultos mayores, *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 9 (2), 397-407.

Sirera, R., Sánchez, P. & Camps C. (2006) Inmunología, estrés, depresión y cáncer,  
*Psicooncología*, 3 (1), 35-48

Verdugo, J. C., Meda R. M., Guzmán J., Moy N. A. & Monroy C. E. (2007). Validez y  
confiabilidad de una escala para evaluar la calidad de vida en adultos, *Psicología y  
Salud* 17 (1), 133-139.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S.  
& Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social  
percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar, *Psicología y Salud* 15  
(2), 207-221.

## TABLAS

**Tabla 1. Perfil sociodemográfico del adulto mayor hospitalizado en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**

Variables sociodemográficas	Dimensiones	Frecuencias (f)	Porcentaje (%)		
Sexo	• Masculino	28	57.14		
	• Femenino	21	42.86		
Centro Hospitalario	• Hospital General de San Miguel "Dr. Felipe G. Dobarganes"	2	4.08		
	• Clínica Hospital ISSSTE, Celaya	25	51.02		
	• Hospital General de Celaya	22	44.90		
Diagnóstico médico	• Ortopedia	9	18.37		
	• Gastroenterología	7	14.29		
	• Cardiología	3	6.12		
	• Neumología	6	12.24		
	• Cirugía general y en sistema reproductor	7	14.29		
	• Diabetes	4	8.16		
	• Otros diagnósticos	13	26.53		
Variables sociodemográficas		Media ( $\bar{x}$ )	Desviación estándar (DE)	Mínima	Máxima
Edad		70	± 6.48	60	87
Años de estudio		3.77	± 3.65	0	14

Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

**Tabla 2. Medias obtenidas por dimensión en la evaluación de depresión en adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**

Dimensiones (ítems de la prueba)		Media ( $\bar{X}$ )	Desviación estándar (DE)
<b>Percepción total</b>	1,10,12,15	1.18	1.054
<b>Estado emocional</b>	4,5,6,7,11	.84	1.048
<b>Desesperanza total</b>	3,8,14	.55	.709
<b>Interés total</b>	2,9	1.16	.717
<b>Energía total</b>	13	.31	.466

Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

**Tabla 3. Medias obtenidas por dimensión en la evaluación de autoestima en adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**

Dimensiones (ítems de la prueba)		Media ( $\bar{X}$ )	Desviación estándar (DE)
<b>Sí mismo</b>	1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24,25	7.94	2.11
<b>Social</b>	2,5,8,14,17,21	3.6	1.1
<b>Familiar</b>	6,9,11,16,20,22	3	1

Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

**Tabla 4. Medias obtenidas por dimensión en la evaluación de calidad de vida en adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**

Dimensiones (ítems de la prueba)	Mín.	Máx.	Media	Desviación	
			( $\bar{X}$ )	estándar (DE)	
<b>Laboral</b>	6,7,12,13,14,15,16,17	0	40	34.16	4.87
<b>Vivienda</b>	18,19,20	0	15	13.65	1.98
<b>Familiar</b>	8,9	0	10	9.53	1.12
<b>Salud</b>	1,10,11	0	15	11.51	2.87
<b>Relaciones sociales</b>	2,3,4,5	0	20	18.14	2.42
<b>Comunitaria</b>	23,24	0	10	8.39	1.72
<b>Relaciones vecinales</b>	21,22	0	5	4.65	0.52

Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

**Tabla 5. Correlación entre las necesidades psicoemocionales evaluadas de los adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**

Variables	Ansiedad			Soporte social			Autoestima			Calidad de vida		
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i> <sup>2</sup>
Depresión	.547	.000	.299	-.106	.467	.011	-.579	.000	.335	-.399	.005	.159
Ansiedad				.262	.069	.068	-.414	.003	.171	-.211	.146	.044
Soporte social							-.098	.501	.010	.324	.023	.105
Autoestima										.217	.135	.047
Calidad de vida												

Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

r= Correlación de Pearson, p= nivel de significancia estadística, r<sup>2</sup>= Coeficiente de determinación

n= 49

**Tabla 6. Comparación de respuestas en ítems similares de diversas pruebas psicológicas aplicadas a adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**

Número y texto del ítem seleccionado	Opción de respuesta
--------------------------------------	---------------------

Pruebas psicológicas comparadas		Favorable		Desfavorable	
		(f)	(%)	(f)	(%)
1	A	34	69.39	15	30.61
	B	34	69.39	15	30.61
2	A	32	65.31	17	34.69
	C	36	73.47	13	26.53
3	A	44	89.80	5	10.20
	D	44	89.80	5	10.20
4	A	48	97.96	1	2.04
	D	48	97.96	1	2.04
5	B	45	91.84	4	8.16
	D	47	95.92	2	4.08
6	E	45	91.84	4	8.16
	B	45	91.84	4	8.16
7	E	44	89.80	5	10.20
	B	34	69.39	15	30.61

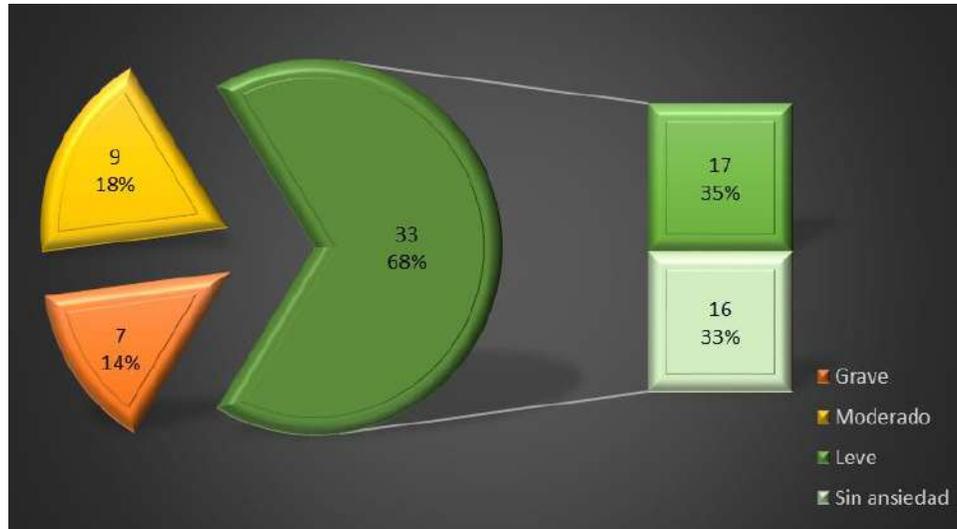
A= Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, B= Escala de Autoestima de Coopersmith, C= Inventario de Ansiedad de Beck, D= Escala de Calidad de Vida de Verdugo, et. al., E= Escala de Soporte Social de Tagaya, Okuno, Tamura y Davis

Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n= 49

## GRÁFICAS

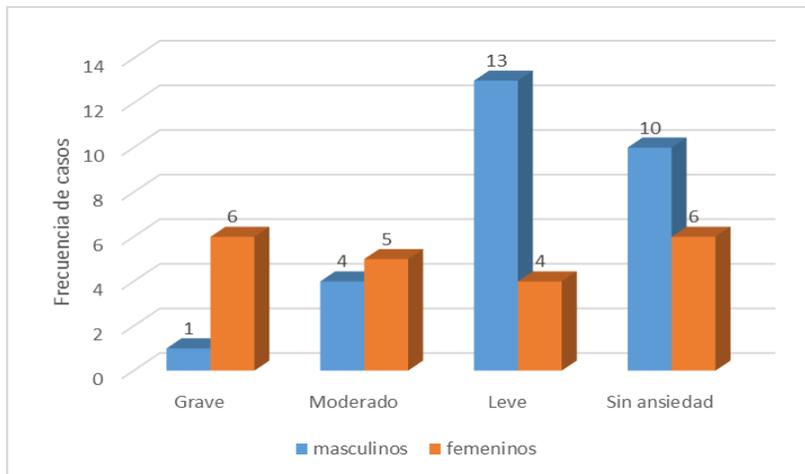
**Gráfica 1. Niveles de ansiedad reportados en el adulto mayor hospitalizado en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

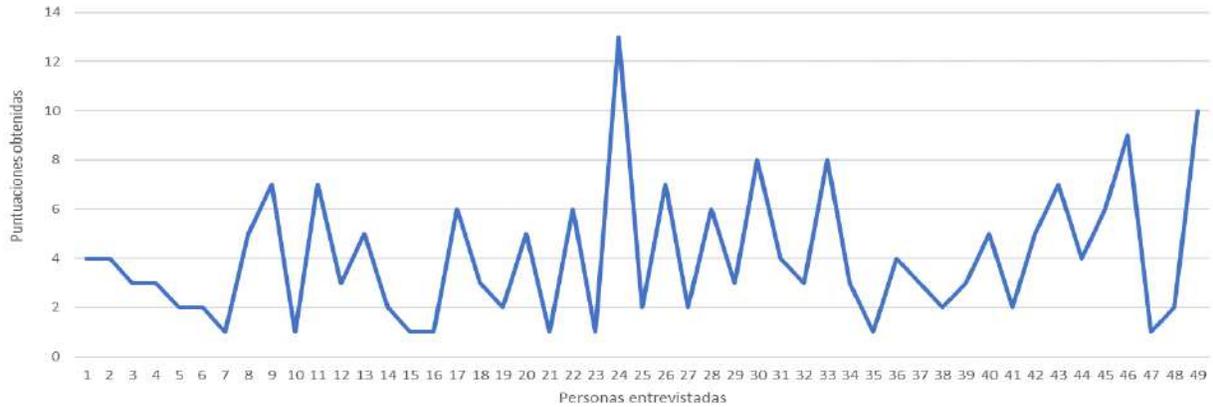
**Gráfica 2. Distribución de los niveles de ansiedad reportados por sexo en el adulto mayor hospitalizado en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

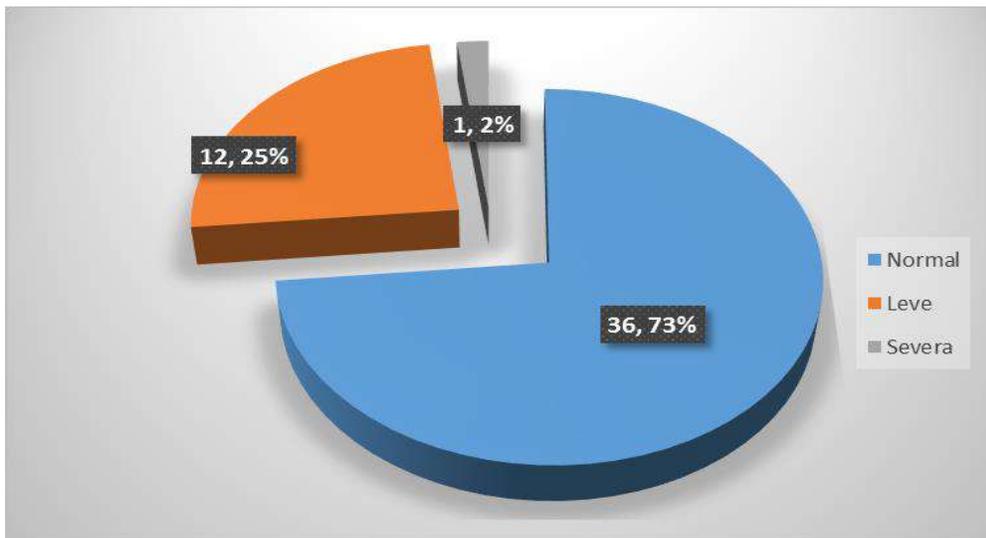
**Gráfica 3. Puntuaciones obtenidas en la evaluación de depresión en adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

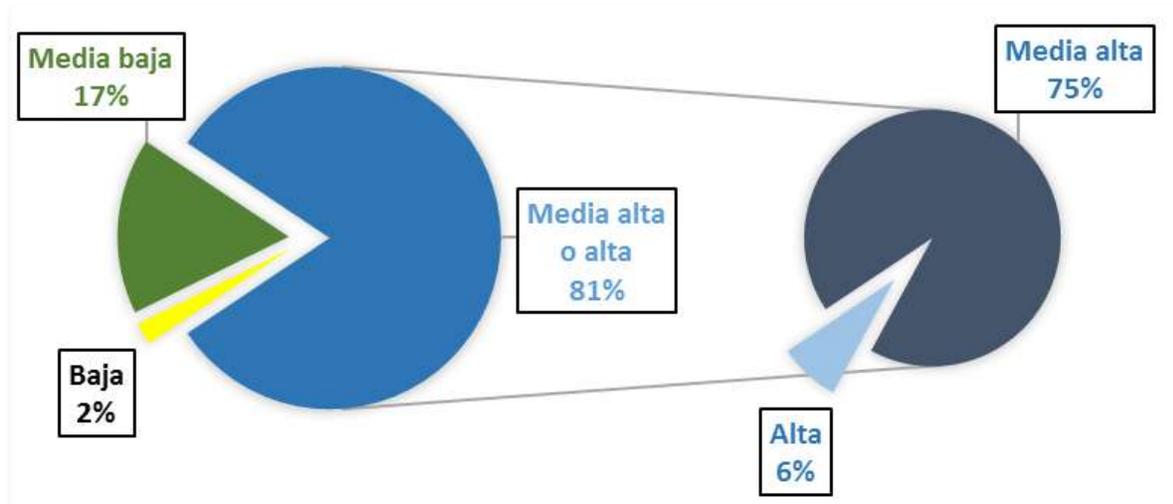
**Gráfica 4. Distribución de los niveles de depresión reportados por adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

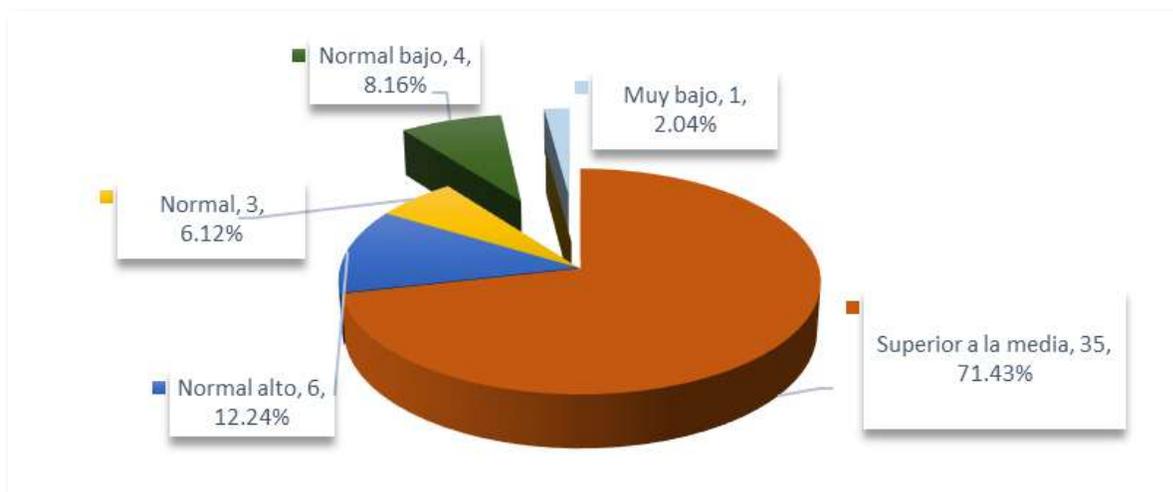
**Gráfica 5. Distribución de los niveles de autoestima reportados por adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

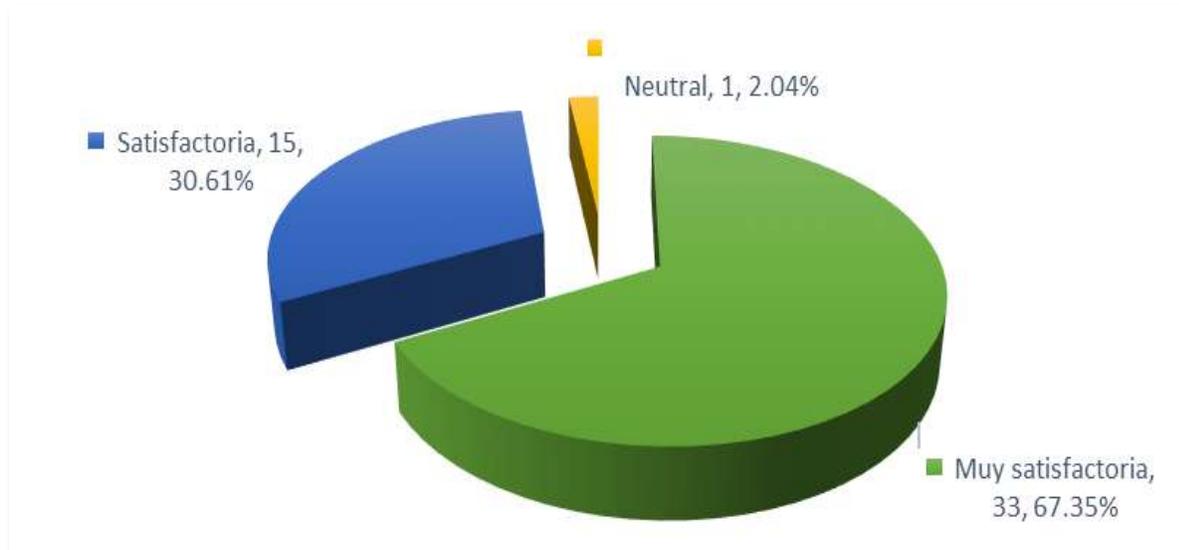
**Gráfica 6. Distribución de los niveles de soporte social reportados por adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

**Gráfica 7. Distribución de los niveles de calidad de vida reportados por adultos mayores hospitalizados en el sector público del Estado de Guanajuato. México, 2016.**



Fuente: Valoraciones psicoemocionales del adulto mayor, 2016

n=49

## ANEXO 1. Valoración Inicial Mini-Mental State Examen

<b>Nombre del entrevistado:</b>		<b>Fecha de aplicación:</b>	
<b>Edad:</b>	<b>Años de escolaridad:</b>	<b>Padecimiento:</b>	
<b>Nombre del evaluador:</b>		<b>No. Registro :</b>	

ORIENTACIÓN					
Tiempo			Lugar		
¿En qué año estamos?	1	0	¿En dónde estamos ahora?	1	0
¿En qué mes estamos?	1	0	¿En qué sala estamos?	1	0
¿Qué día del mes es hoy?	1	0	¿Qué hospital es éste?	1	0
¿Qué día de la semana es hoy?	1	0	¿Qué ciudad es esta?	1	0
¿Qué hora es aproximadamente?	1	0	¿En qué país estamos?	1	0
Total			Total		

MEMORIA			
Registro			
Papel	1	0	
Bicicleta	1	0	
Cuchara	1	0	
Total			

ATENCIÓN Y CÁLCULO					
Escolaridad > 8 años			Escolaridad < 8 años		
93	1	0	17	1	0
86	1	0	14	1	0
79	1	0	11	1	0
72	1	0	8	1	0
65	1	0	5	1	0
Total			Total		

LENGUAJE					
Comprensión verbal			Comprensión escrita		
Tome este papel con su mano derecha	1	0	Cierre los ojos	1	0
Dóblelo por la mitad	1	0	Total		
Déjelo en el suelo	1	0	Escritura		
Total			Frase	1	0
			Total		

MEMORIA			
		Diferida	
		Papel	1 0
		Bicicleta	1 0
		Cuchara	1 0
		Total	

PRAXIAS			
Pentágonos			
Copia el dibujo correctamente	1	0	
Total			

LENGUAJE					
Denominación			Repetición de una frase		
¿Qué es esto? Reloj	1	0	“Ni no, ni si, ni pero”	1	0
¿Qué es esto? Lápiz	1	0	Total		
Total					

PUNTUACIÓN TOTAL

## ANEXO 2. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

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

### ANEXO 3. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Sensación	NO	LEVE	MODERADO	BASTANTE
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

**ANEXO 4. ESCALA DE SOPORTE SOCIAL DE TAGAYA, OKUNO, TAMURA Y DAVIS**

<b>Pregunta</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1 ¿Cuenta con alguien a quién pedirle consejo acerca de sus preocupaciones?				
2 ¿Cuenta con alguien que le cuida cuando usted se enferma?				
3 ¿Cuenta con alguien que se preocupa por usted?				
4 ¿Cuenta con alguien que le anima o alienta cuando se siente mal?				
5 ¿Cuenta con alguien a quién pedirle dinero cuando lo necesita?				
6 ¿Cuenta con alguien que le haga sentir tranquilo?				
7 ¿Cuenta con alguien a quien pueda pedirle que haga algo para usted?				
8 ¿Cuenta con alguien que lo cuidaría si cayera enfermo por muchos días?				

## ANEXO 5. ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Edad:.....

Sexo: (M) (F)

Ocupación: ..... Estado Civil: .....

### Instrucciones:

Marque con un aspa (X), en el casillero que corresponda según su opinión.

V: Cuando la frase Si coincide con su forma de ser o pensar.

F: Cuando la frase No coincide con su forma de ser o pensar.

Nº	ENUNCIADO	V	F
1	Usualmente los hechos no me molestan		
2	Me resulta difícil hablar frente a un grupo		
3	Hay muchas aspectos de mi que cambiaría si pudiese		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido (a)		
6	Me altero fácilmente en casa		
7	Necesito mucho tiempo para adaptarme a cosas nuevas		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
9	Mi familia generalmente está atenta a mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera mucho de mi		
12	Es bastante difícil ser "Yo mismo"		
13	Me siento muchas veces confundido		
14	La gente usualmente respeta mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mi mismo		
16	Hay situaciones que me impulsan a irme de casa		
17	Frecuentemente me siento descontento con mi ocupación		
18	No soy tan simpático como mucha gente		
19	Si tengo algo que decir, usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son mas preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento presión de mi familia		
23	Frecuentemente me desalienta lo que hago		
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		
25	No soy digno de confianza		

**"Muchas Gracias por su participación"**

## ANEXO 6. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE VERDUGO Y COLS.

Factores	TD 1	D 2	I 3	A 4	TA 5
1. Me agrada mi apariencia física					
2. Me considero una persona amable					
3. Me gusta mi carácter					
4. Me gusta vivir					
5. Me agrada tener amigos					
6. Me satisfacen las actividades que realizo en mi tiempo libre					
7. Generalmente me resulta fácil resolver los problemas que se me presentan					
8. Mi familia es agradable					
9. Me agrada estar con mi familia					
10. Mi estado de salud es óptimo					
11. Mi alimentación es adecuada					
12. Estoy satisfecho(a) con mis labores diarias					
13. Mis recursos económicos satisfacen mis necesidades					
14. Estoy satisfecho(a) de mi desempeño en mis labores diarias					
15. Estoy satisfecho(a) con el reconocimiento social hacia mi labor como trabajador					
16. Considero que mi vida es productiva					
17. Me agrada la forma en que vivo					
18. Estoy satisfecho(a) con la situación legal de mi vivienda					
19. Estoy satisfecho(a) con los servicios de mi vivienda					
20. Estoy satisfecho(a) con las condiciones generales de mi vivienda					
21. Me gusta convivir con mis vecinos					
22. Me agrada como me tratan en mi comunidad					
23. Estoy satisfecho(a) con las zonas de esparcimiento de mi comunidad					
24. Estoy satisfecho(a) con los servicios públicos de mi comunidad					