



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES: EL CASO
DE UNA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE TEPOZTLÁN,
MORELOS.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

PRESENTA

GUADALUPE CAÑONGO LEÓN

**DRA. AÍDA VALERO CHÁVEZ
DIRECTORA DE TESIS**



MEXICO, DF

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, que a través de la Prepa 9 y de la ENTS me brindó además de elementos académicos, valores fundamentales para mi desarrollo profesional y personal.

Al INNN MVS, por las facilidades otorgadas para el logro de mis objetivos.

A la Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz

Mi total admiración y desde luego agradecimiento por su asesoría, las oportunidades brindadas y el invaluable tiempo que dedicó a este trabajo, pero principalmente por su confianza y sus valiosas aportaciones.

A la Dra. Aída Valero Chávez

Por cada una de sus observaciones y sugerencias que, como parte de su asesoría, guiaron el desarrollo de la presente tesis.

A la Lic. Georgina Volkers Gaussmann

Con gran cariño... por todas sus enseñanzas y consejos: Trabajar diferente, con responsabilidad y compromiso! Y muy especialmente por creer en mí desde un inicio.

A la Lic. Josefina Sánchez Vera

Mi sincero afecto para usted por su motivación expresa en las palabras de aliento oportunas, las interminables risas e incomparables anécdotas derivadas de su muy particular forma de ser.

*Al Dr. Saturno Maciel, la Lic. Norma Cruz y particularmente al Ing. José Luis Sandoval,
por sus recomendaciones y estímulo profesional.*

A Naye, Gaby, Pancho, Rubén y Lulú

*Evidentemente por el trabajo en equipo realizado, pero sobre todo por la extraordinaria
experiencia de vida a su lado en Tepoztlán.*

A Laura, Maritza y Ana

*Porque ahora, así como al inicio de la carrera y seguramente en tiempos futuros, su
amistad es una de mis grandes certezas: ¿Qué hubiera sido de la licenciatura sin todas las
cosas que experimentamos juntas?*

A Isaac

*Por tu incondicional apoyo y maravillosa compañía,
por todo lo compartido... GRACIAS!*

Una luna, un método...MMF!

YET!

¡A todos aquellos que con sus porras y apoyo contribuyeron con esta fase universitaria!

*Un especial agradecimiento a todas y cada una de las personas entrevistadas, no sólo por
su participación e información respecto a los instrumentos de investigación, sino por las
sonrisas, abrazos, lágrimas y todas esas cosas que sólo a través de la empatía y el respeto
se pueden lograr.*

DEDICATORIAS

Por todo su amor e infinita paciencia dedico este trabajo al igual que todos mis aciertos a mi familia:

*A mi hermano Paco y a mi hermana Erika, maravillosos compañeros de vida.
Todo un privilegio ser su hermana!! GRACIAS por su apoyo,
sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.*

*A ti Hugo, porque sin lugar a dudas eres parte de este etapa de mi vida.
Querido cuñado: Gracias!!*

A ti mami, mi principal motivo para seguir adelante aun en tiempos difíciles, mi ejemplo absoluto de fortaleza y valentía.

GRACIAS

y no olvides que parte fundamental de este trabajo es tuyo...

... LOS AMO!!

*A mi querido ROBERTO (q.e.p.d.),
incondicionalmente y por SIEMPRE...*

Mi MEJOR Amigo.

Mizpha!

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro 1 | |
| Fases de la Transición Demográfica para países de América Latina | 8 |
| Cuadro 2 | |
| Población de 65 años y más y proporción de adultos mayores por región 1950-2050..... | 11 |
| Cuadro 3 | |
| Situación actual de los adultos mayores en México..... | 14 |
| Cuadro 4 | |
| Modelos sociales del envejecimiento..... | 24 |
| Cuadro 5 | |
| Tipos de apoyos | 26 |
| Cuadro 6 | |
| Episodio Depresión Mayor..... | 39 |
| Cuadro 7 | |
| Síntomas de la Depresión..... | 40 |
| Cuadro 8 | |
| Síntomas de la depresión en adultos mayores con respecto a personas de menor edad..... | 41 |
| Cuadro 9 | |
| Etiología de la depresión en personas mayores..... | 42 |
| Cuadro 10 | |
| Situaciones estresantes asociadas a la depresión en la edad avanzada..... | 43 |
| Cuadro 11 | |
| Características diferenciales de demencia frente a la seudodemencia..... | 46 |
| Cuadro 12 | |
| Perfil social..... | 59 |
| Cuadro 13 | |
| Vivienda y servicios..... | 60 |
| Cuadro 14 | |
| Estructura familiar..... | 60 |
| Cuadro 15 | |
| Ocupación..... | 61 |
| Cuadro 16 | |
| Ingreso económico..... | 61 |

| | |
|--|----|
| Cuadro 17 | |
| Reportes de padecimientos | 62 |
| Cuadro 18a | |
| Reportes del dolor..... | 62 |
| Cuadro 18b | |
| Intensidad del dolor..... | 63 |
| Cuadro 19 | |
| Autoevaluación del estado general de salud (30 días anteriores al día de la entrevista)..... | 63 |
| Cuadro 20 | |
| Utilización de servicios médicos (3 meses anteriores al día de la entrevista)..... | 63 |
| Cuadro 21 | |
| Motivos de preocupación..... | 64 |
| Cuadro 22 | |
| Síntomas depresivos vs sexo..... | 65 |
| Cuadro 23 | |
| Síntomas depresivos vs edad (por sexo)..... | 65 |
| Cuadro 24 | |
| Síntomas depresivos vs estado civil (por sexo)..... | 66 |
| Cuadro 25 | |
| Síntomas depresivos vs religión..... | 66 |
| Cuadro 26a | |
| Síntomas depresivos vs No. de corresidentes >16 años (por sexo)..... | 66 |
| Cuadro 26b | |
| Síntomas depresivos vs No. de corresidentes <16 años (por sexo)..... | 67 |
| Cuadro 27 | |
| Síntomas depresivos vs ocupación..... | 67 |
| Cuadro 28 | |
| Síntomas depresivos vs ingreso económico..... | 67 |
| Cuadro 29 | |
| Síntomas depresivos vs dolor..... | 67 |
| Cuadro 30 | |
| Síntomas depresivos vs autoevaluación general del estado de salud..... | 68 |
| Cuadro 31 | |
| Síntomas depresivos vs motivos de preocupación..... | 68 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 | |
| Porcentaje de población de 60 años y más, 2000..... | 10 |
| Figura 2 | |
| Porcentaje de población de 60 años y más, 2050..... | 10 |
| Figura 3 | |
| Transición demográfica de México, 1950-2050..... | 12 |
| Figura 4 | |
| Pirámides de edades 1930-2050 (años seleccionados)..... | 12 |
| Figura 5 | |
| Pirámide del Tepozteco..... | 47 |
| Figura 6 | |
| Tepoztlán centro..... | 48 |
| Figura 7 | |
| Ubicación de Tepoztlán..... | 48 |
| Figura 8 | |
| Cordillera montañosa “El Tepozteco”..... | 49 |
| Figura 9 | |
| Prevalencia de síntomas depresivos (CIE10/DSM IV)..... | 64 |

INTRODUCCIÓN

México al igual que muchos países atraviesa una etapa coyuntural protagonizada por una transición demográfica en donde se observa un acelerado proceso de envejecimiento poblacional. Ante este panorama de significativas consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales, el tema de los adultos mayores se constituye como un tópico diverso en cuanto a que son muchas las implicaciones, y por tanto líneas de estudio e investigación, que existen por abordar. Hoy por hoy, dicho tema va más allá de un simple *modismo teórico* que viene a colación de la actual transición demográfica, pues la trascendencia y alcances de este fenómeno lo han ido posicionando como objeto recurrente de análisis y debates. Así, la investigación de los escenarios posibles, además de sus repercusiones, representa el reto más urgente por lograr ya que la planeación y atención al respecto deben estar totalmente fundamentadas en conocimientos precisos de la situación real prevalente en el país. En este sentido, la consideración de tales apremiantes dentro de las agendas gubernamentales tendría que ser evidente, no obstante, la realidad indica claramente que falta mucho trabajo para acercarnos, al menos, al logro de la meta, debido a que son pocos los recursos disponibles para llevar a cabo proyectos de investigación que contribuyan a determinar ¿cuáles son las condiciones en las que viven los adultos mayores?, precisar ¿cuáles afectan o mejoran su calidad de vida?, así como definir ¿cuáles son los modelos de intervención bajo los que han de prepararse las condiciones futuras? en el entendido de que las modificaciones demográficas no generan efectos negativos *per se*, sino que sólo implican reajustes en los modos de atender y asumir el envejecimiento como proceso individual y social.

Entre las muchas implicaciones que el proceso trae consigo se encuentran las condiciones de salud y, concretamente, la salud mental de los adultos mayores es un aspecto que reclama urgente atención debido a la escasez de información sobre el mismo. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud indica que salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.^{1:17} Por tanto, la salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, biológicos y psicológicos, que en el caso del adulto mayor se ven seriamente amenazados por las condiciones desfavorables que como sociedad hemos generado. Igualmente, la OMS señala que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, debido, entre otras razones, al deterioro físico que trae consigo el envejecimiento, así como el incremento de padecimientos crónicos que durante esta etapa propician la aparición de trastornos depresivos.

Bajo esta perspectiva se desarrolla uno de los trabajos más importantes impulsado por la Federación *Alzheimer's Disease International* (ADI), concretamente a través del proyecto internacional denominado Grupo de Investigación en Demencias 10/66 que contempla aspectos epidemiológicos, socioeconómicos y clínicos. En México, el proyecto es coordinado por el Laboratorio de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco

Suárez, desde donde se ha realizado el primer estudio poblacional en demencias del país, que además de una serie de estudios, considera las fases de seguimiento y de intervención educativa de los cuidadores y familiares de los sujetos detectados como casos.

Precisamente, de este proyecto se desprende el presente trabajo de tesis, el cual atiende específicamente al trastorno mental más frecuente entre los adultos mayores: la depresión. Y particularmente alude a la asociación entre el padecimiento y las condiciones sociosanitarias que caracterizan al grupo de mayor edad de una de las comunidades rurales del municipio de Tepoztlán, considerando en todo momento que la etapa de envejecimiento es un fenómeno natural que no necesariamente se trata de un periodo de achaques y limitaciones, mucho menos, de un periodo en el que la tristeza, la soledad y los sentimientos de inutilidad y desesperanza conformen el estado de ánimo predominante. Así pues, conocer y analizar la relación existente entre determinadas variables sociodemográficas, (sexo, edad, estado civil, escolaridad, etc.) y de salud, y los resultados de la evaluación de depresión de los adultos mayores, es el principal objetivo del presente estudio.

Evidentemente se ha estudiado el tema de los adultos mayores desde la perspectiva del Trabajo Social, sin embargo, poco o casi nada se ha realizado en relación a la sintomatología depresiva que puede presentar esta población. Algunas tesis han abordado el tema, pero la mayoría se han enfocado, bien a la población institucionalizada, es decir, población cautiva dentro de instituciones de salud, de recreación o casas hogar, o bien al rubro de las políticas sociales que están dirigidas a este grupo etario. Por otra parte, existe un importante trabajo realizado dentro de la profesión en el ámbito de la salud mental que sugiere un acercamiento al tema que ocupa al presente, pero aun así no podría considerarse un referente ya que no comparten la misma población estudio: los adultos mayores.

En un primer momento se expone información a manera de contexto sociodemográfico, además de referentes básicos en relación al proceso de envejecimiento del ser humano. Asimismo, se definen las características de la depresión geriátrica, contemplando las principales manifestaciones clínicas, teorías que la abordan, etiología, entre otros. Con respecto a la población se presenta la descripción y algunas particularidades de ésta y del lugar con el fin de contextualizar el estudio, y luego del análisis de los resultados, se expone finalmente la situación del trabajo social en el ámbito de la gerontología, que dicho sea de paso, más que una evaluación se trata únicamente de la exposición de elementos básicos para la discusión justamente de los aportes que la profesión ha hecho a la disciplina encargada del estudio del envejecimiento, en un intento por potenciar una de las áreas profesionales tanto para las labores operativas como para las de investigación. Cabe mencionar que la redacción de las referencias bibliográficas utilizada en el presente trabajo de tesis es de acuerdo a la norma o estilo Vancouver, el cual refiere los documentos citados en el texto a través de números arábigos consecutivos y que se relacionan por orden de aparición en la lista de referencias al final del texto. Los números pueden ser colocados entre paréntesis o como superíndice, siendo esta última forma la adoptada para el desarrollo de la presente, asimismo, se indica seguido de dos puntos el número de página.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| ÍNDICE DE CUADROS..... | 3 |
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | 5 |
| INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| I. LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO | |
| 1.1 Transición demográfica..... | 8 |
| 1.1.1 Envejecimiento poblacional..... | 9 |
| 1.1.2 Retos socioeconómicos del envejecimiento poblacional..... | 14 |
| 1.2 Envejecimiento..... | 17 |
| 1.2.1 Aspectos fisiológicos..... | 18 |
| 1.2.2 Aspectos psicológicos..... | 20 |
| 1.2.3 Aspectos sociales..... | 24 |
| 1.2.3.1 Instituciones y redes sociales..... | 26 |
| 1.2.3.2 Envejecimiento en zonas rurales..... | 29 |
| 1.2.3.3 El <i>vejismo</i> | 32 |
| II. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR | |
| 2.1 Epidemiología..... | 34 |
| 2.2 Teorías de la depresión | 37 |
| 2.3 Sintomatología..... | 39 |
| 2.4 Etiología y factores de riesgo..... | 42 |
| 2.5 Diagnóstico..... | 45 |
| III. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES: EL CASO DE UNA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE TEPOZTLÁN, MORELOS | |
| 3.1 Contexto: Municipio de Tepoztlán..... | 47 |
| 3.1.1 Estructura física e infraestructura..... | 49 |
| 3.1.2 Población..... | 51 |
| 3.2 Proyecto de investigación: Variables asociadas a la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de San Juan Tlacotenco..... | 51 |
| 3.2.1 Planteamiento del problema..... | 53 |
| 3.2.2 Objetivos..... | 54 |
| 3.2.3 Hipótesis..... | 54 |
| 3.2.4 Metodología..... | 55 |
| IV. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 4.1 Perfil socioeconómico..... | 59 |
| 4.2 Reportes de salud..... | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3 Preocupaciones y prevalencia de síntomas depresivos..... | 64 |
| 4.4 Variables sociodemográficas asociadas a síntomas depresivos..... | 65 |
| V. DISCUSIÓN | |
| 5.1 Discusión..... | 69 |
| CONCLUSIONES..... | 73 |
| TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO | 76 |
| REFERENCIAS..... | 79 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 88 |

CAPÍTULO I

LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

1.1 Transición demográfica

Actualmente, todos los países del mundo se encuentran insertos en alguna de las diferentes fases que integran la transición demográfica, la cual se define como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones extremas: la primera (fase inicial) caracterizada por un bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y la segunda (fase final) con un bajo crecimiento pero además con niveles bajos en las tasas de mortalidad y fecundidad. Cabe mencionar que los actuales cambios demográficos no son de ningún modo un suceso inédito, pues es claro que las reestructuraciones poblacionales han estado presentes a lo largo del desarrollo de la humanidad, sin embargo, lo que llama la atención de los últimos movimientos es el acelerado ritmo en el que se producen, pues durante la mayor parte de la historia la población creció muy lentamente. En este sentido, se estima que la población mundial alcanzó los primeros mil millones alrededor del año 1810; para 1930 sobrepasaba los 2 mil millones, llegando a 3 mil millones en el año de 1960 y duplicándose drásticamente en el año 2000 al alcanzar los 6 mil millones de habitantes.^{2:12}

La transición demográfica se trata de un proceso complejo que responde a factores socioculturales de carácter interno y externo. Entre los factores internos se considera el número de nacimientos, así como el de fallecimientos de una población, mientras que dentro de los factores externos destaca el fenómeno de la migración como uno de los principales determinantes en las dinámicas poblacionales.

Cuadro 1
Fases de la Transición Demográfica para países de América Latina

| | |
|----------------------------------|---|
| Grupo I Transición incipiente | Son países con alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado. Por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia. |
| Grupo II Transición moderada | Son países de alta natalidad, pero cuya mortalidad ya puede calificarse de moderada. Por este motivo su crecimiento natural es todavía elevado. |
| Grupo III Plena transición | Son países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado. Como el descenso de la fecundidad es reciente la estructura por edades se mantiene todavía relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia. |
| Grupo IV Transición avanzada | Estos son países con natalidad y mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo. |

FUENTE. CELADE, 1996³

La teoría que describe este proceso divide a la transición en una serie de etapas que con rasgos y características propias, sitúan a una determinada población en alguno de los momentos del proceso general, de manera tal que aunque existe un modelo referente del proceso demográfico, se advierten dentro de éstas situaciones particulares regidas por el amplio contexto económico, político y cultural en el que se desenvuelve todo tipo de sociedad. La tipología elaborada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), suele utilizarse para identificar la etapa demográfica en la que se encuentran los países de nuestra región (Cuadro 1).

La transición demográfica al igual que todo fenómeno social, guarda particularidades de tiempos y efectos correspondientes a las condiciones de cada nación. Sin embargo, se ha encontrado una significativa relación entre el lugar que ocupa un país dentro del proceso de transición y el grado de modernización que presenta, pudiéndose afirmar que a mayor modernización, los países se encontrarán en un grado avanzado dentro del proceso demográfico. Así, cada población asume el proceso en ritmos distintos pero se espera que tarde o temprano se coloquen en la fase final, en la que las tasas de mortalidad y fecundidad son bajas, dando lugar a reestructuraciones poblacionales y con ello a nuevos escenarios sociales.

1.1.1 Envejecimiento poblacional

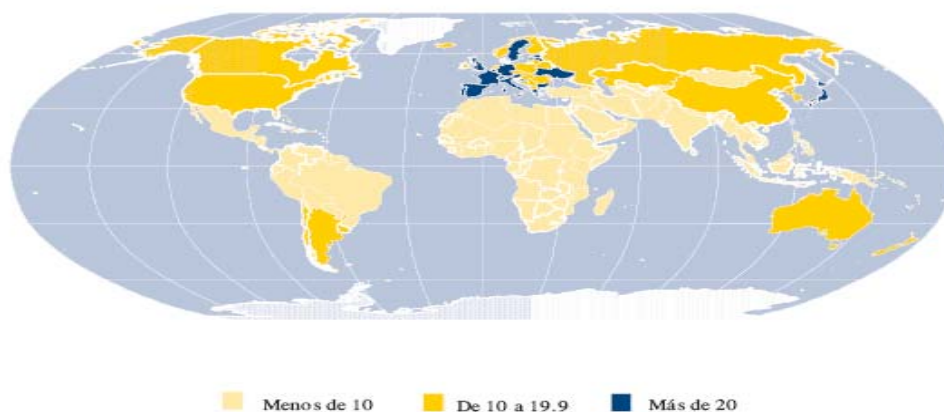
Uno de los fenómenos apremiantes que se presenta en el marco de las modificaciones demográficas es el llamado envejecimiento poblacional, proceso intrínseco de la transición demográfica que consiste en un cambio en la estructura por edades; en el mayor o menor peso de unas edades respecto a otras, concretamente se traduce en el aumento de la proporción de personas de edad avanzada con respecto a la población total, sin embargo, es preferible definir el fenómeno como la inversión de la pirámide de edades.^{4:11} La reducción de la natalidad y de la mortalidad como producto de importantes avances médicos y cambios socioculturales, así como el aumento en la esperanza de vida, son las principales causas de la actual conversión demográfica. Este hecho se refleja gráficamente en la inversión que a últimas fechas ha sufrido la pirámide etaria al lograr un ensanchamiento de su cúspide en breves periodos de tiempo en contraste con el adelgazamiento de su base.

Los primeros síntomas de envejecimiento demográfico se detectan a principios de los años 70 cuando se inicia el descenso de las tasas de crecimiento demográfico que se habían mantenido en constante evolución desde el siglo XVIII.^{5:155} Hoy en día a nivel mundial, las personas de 60 años o más han pasado de 200 millones en 1950 a 487 millones en 1990.^{6:25} Se estima que en la actualidad existen poco más de 600 millones de ancianos en el mundo y se espera que para mediados de este siglo la cifra alcance los dos mil millones, de modo que mientras en el año 2000 una de cada diez personas en el mundo era un adulto mayor, para 2050 lo será una de cada cinco.^{7:295}

Por otra parte, el envejecimiento demográfico es considerado un fenómeno mundial principalmente de países desarrollados debido a que las mayores proporciones de población añosa se encuentran en éstas regiones, así, según datos de la Organización Mundial de Salud (OMS) más de 60% de las personas mayores viven en países en desarrollo. Sin embargo, en números absolutos más seres humanos en la vejez residen en países en desarrollo, esto significa

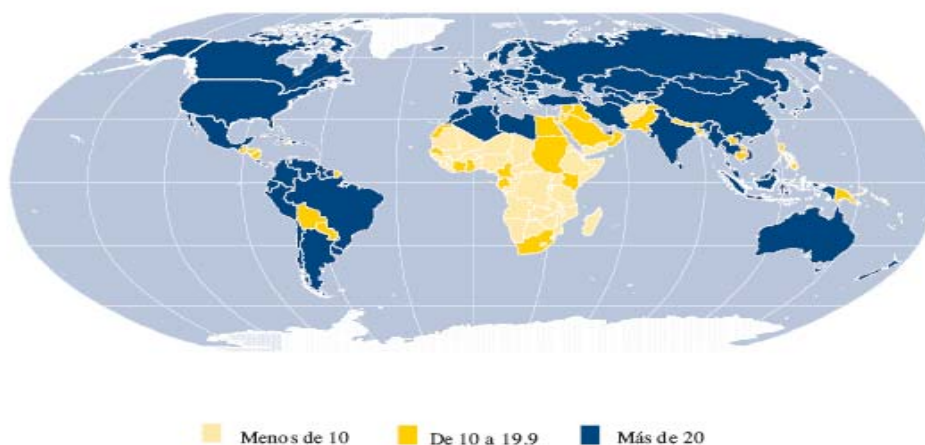
que hay cada vez más ancianos en países pobres.^{8:103} En el año 2000 de los 614 millones de personas de 60 años o más, 375 millones correspondían a países en desarrollo, mientras que los restantes 239 millones vivían en países desarrollados.^{5:158} No obstante la distribución poblacional, el comportamiento demográfico de todos los países en el mundo apunta a un manifiesto aumento de personas adultas mayores y con ello a experimentar la última fase de la transición demográfica durante la primera mitad del siglo como se observa en las figuras 1 y 2.

Figura 1
Porcentaje de población de 60 años y más, 2000



FUENTE. Reproducido de *Transición demográfica mundial*, CONAPO, 2005^{2:17}

Figura 2
Porcentaje de población de 60 años y más, 2050



FUENTE. Reproducido de *Transición demográfica mundial*, CONAPO, 2005^{2:17}

En América Latina alrededor de 40 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad, elevando el índice de envejecimiento que en 1950 presentaba valores del orden de 9.2, a aproximadamente 83.7 para el 2050, año para el que, de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se calcula que América Latina y el Caribe cuente con un total de 182 millones de personas con 60 años o más. Se estima que en el

año 2025 habrá un adulto mayor por cada dos menores de 15 años y que para el 2050 la misma razón será de uno, de manera que el proceso de envejecimiento en América Latina se torna relevante no sólo por la cantidad absoluta de adultos mayores sino como por la velocidad con la que envejece, aun cuando la distancia en relación con el envejecimiento que ha alcanzado Europa se seguirá manteniendo para mediados del siglo como se aprecia en el Cuadro 2.^{9:256}

En números absolutos, para el 2025 la mayoría de la población con 60 años y más se encontrará ubicada en Brasil (33.8 millones), México (18.7 millones), Argentina (7.1 millones), Colombia (6.6 millones) y Paraguay (4.6 millones). En conjunto, para el 2025, América Latina tendrá 93 millones de personas con 60 años y más de edad, por lo que si bien se tiene la ventaja de aprender de las experiencias de los países europeos, los países de América Latina deben tener en cuenta que, debido al ritmo acelerado en el que se está presentando el proceso de envejecimiento poblacional en esta región, poseen menor tiempo para prepararse y adaptarse a los cambios sociodemográficos.^{10:127}

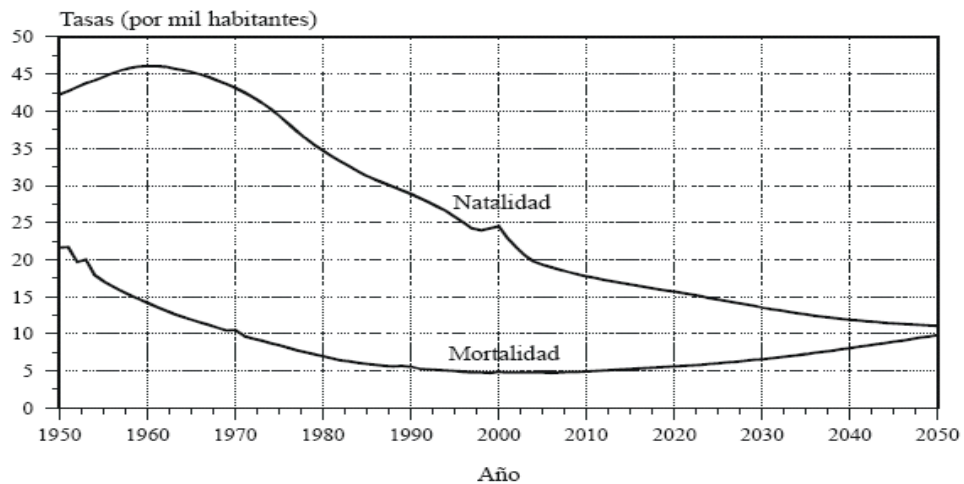
Cuadro 2
Población de 65 años y más y proporción de adultos mayores por región 1950-2050

| Región | 1950 | 1975 | 2000 | 2025 | 2050 |
|---------------------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Población de 65 años y más (en miles) | | | | | |
| América Latina y el Caribe | 6.178 | 14.061 | 28.080 | 67.472 | 135.666 |
| América del Norte | 14.102 | 25.234 | 38.822 | 68.458 | 85.990 |
| Europa | 44.981 | 77.128 | 107.439 | 146.987 | 172.984 |
| Asia | 57.384 | 101.655 | 216.294 | 485.120 | 913.910 |
| África | 6.985 | 12.802 | 24.990 | 52.868 | 141.399 |
| Australia – Nueva Zelanda | 839 | 1.497 | 2.734 | 5.065 | 6.904 |
| Proporción de adultos mayores | | | | | |
| América Latina y el Caribe | 3.7 | 4.4 | 5.4 | 9.7 | 16.8 |
| América del Norte | 8.2 | 10.4 | 12.5 | 18.8 | 21.9 |
| Europa | 8.2 | 11.4 | 14.7 | 21.0 | 27.6 |
| Asia | 4.1 | 4.2 | 5.9 | 10.3 | 17.3 |
| África | 3.2 | 3.1 | 3.2 | 4.1 | 8.0 |
| Australia – Nueva Zelanda | 8.3 | 9.1 | 12 | 18.2 | 22.3 |

FUENTE. Rodríguez Wong, L.; De Mello Moreira, M. ; 2005 ^{9:258}

En lo que concierne al país, el envejecimiento de la población, iniciado hace ya algunos años, se acelerará significativamente en los próximos años. Actualmente, México se encuentra en plena transición, ubicándose cada vez más en los terrenos de una fase avanzada del proceso de transición demográfica, que se caracteriza por bajas tasas de fecundidad y mortalidad, así como una amplia esperanza de vida.

Figura 3
Transición demográfica de México, 1950-2050



FUENTE. Reproducido de *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*^{11:23}

Es el grupo de la población en edades avanzadas el que crece de manera más rápida y se prevé que lo haga hasta alcanzar el 28% de la población total en el año 2050.^{12:31} En la figura 3 se observa la dinámica de los factores internos que intervienen en el proceso demográfico del país, que aun cuando la población en general es joven, el número de personas mayores de 60 años se incrementará de 6.8 millones en el 2000 a 14.5 millones en el 2020. Esto responde a las variaciones importantes que ha tenido este grupo poblacional –figura 4-: en 1940 los adultos mayores eran 586,298; registrándose entre 1940 y 2000 un incremento de esta población de 710%; para el 2050 se prevé que habrá 32.4 millones de personas de 60 años o más, por lo que su crecimiento ascenderá a más de 5400% en comparación con los que había en 1940.^{13:68}

Figura 4
Pirámides de edades 1930-2050 (años seleccionados)

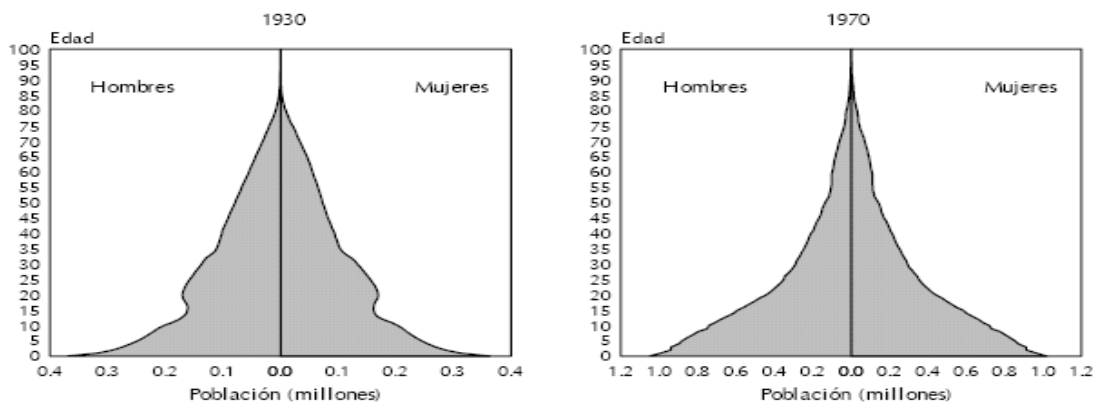
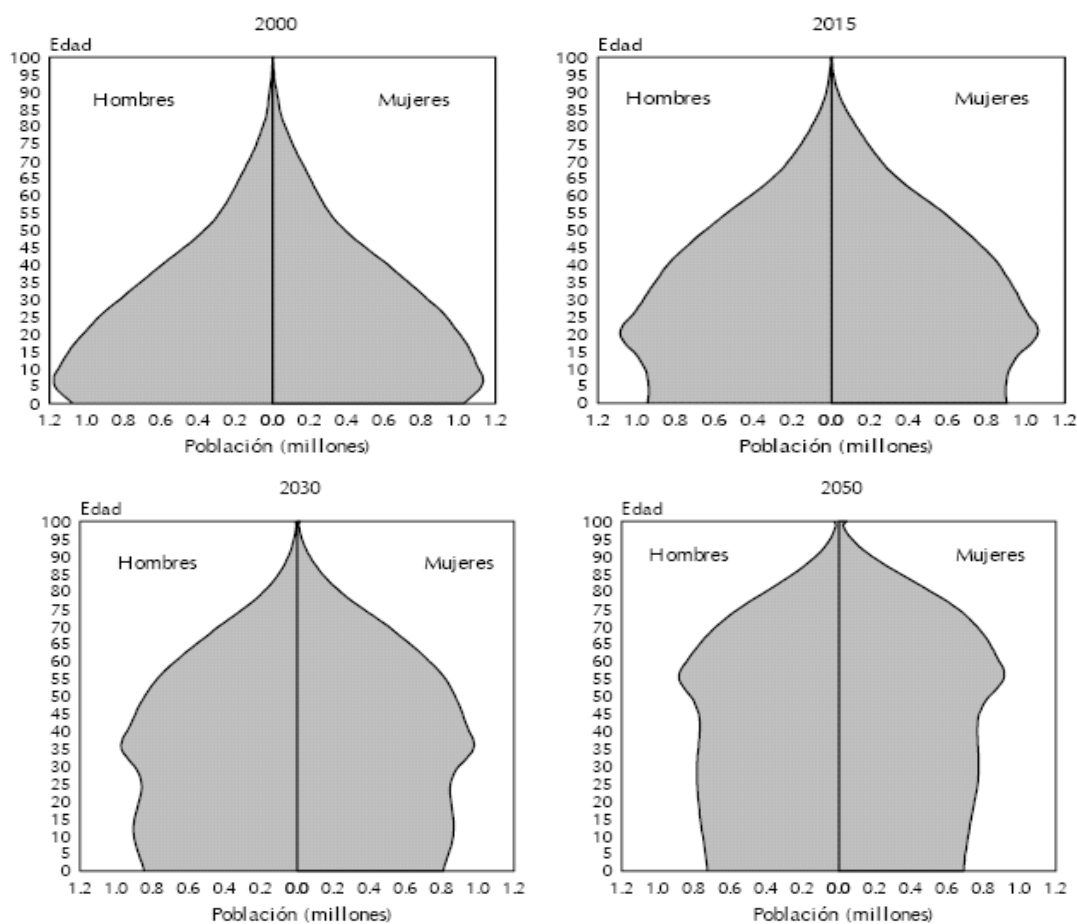


Figura 4 (continuación)
Pirámides de edades 1930-2050 (años seleccionados)



FUENTE. Reproducido de Partida Bush, V. 2004^{14:26}

La evolución del peso relativo de la población de 60 años o más ilustra también este proceso: una de cada 14 personas del país es un adulto mayor, proporción que aumentará a una de cada ocho en 2020 (12.5%), a una de cada seis en 2030 (17.5%) y a más de una de cada cuatro en 2050 (28%).^{15:71} Enseguida se indican algunas de las particularidades que muestran en sentido amplio las condiciones sociodemográficas de la población mayor del país (Cuadro 3):

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática:¹⁶

- De la población de 60 años y más, 54 de cada 100 personas son casadas y alrededor de 29 viudas. Entre las mujeres, 45 de cada 100 están casadas o unidas y 41 son viudas. Entre los hombres, 77 y 14 de cada 100, respectivamente.
- 2.1 millones de personas de 60 años y más no sabían leer ni escribir, 779 mil eran hombres y 1.3 millones mujeres.
- Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos y los padecimientos cerebrovasculares son las principales causas de muerte entre la población adulta mayor.

- Según el sector de actividad, la población adulta mayor se ocupa en el terciario y primario, básicamente. El 71.7% de la población ocupada de 60 años y más son hombres.

Cuadro 3
Situación actual de los adultos mayores en México

| Indicador | Valor |
|---|--------------|
| Esperanza de vida a los 60 años de edad (años) 2003 | 21.8 |
| Adultos mayores (personas) 2003 | 7,627.365 |
| Adultos mayores respecto a la población total (porcentaje) 2000 | 7.3 |
| Adultos mayores que viven en áreas urbanas (porcentaje) 2000 | 54.8 |
| Adultos mayores que viven en áreas no urbanas (porcentaje) 2000 | 45.2 |
| Adultos mayores sin instrucción educativa (porcentaje) 2000 | 35.9 |
| Adultos mayores con acceso a seguridad social (porcentaje) 2000 | 49 |

FUENTE. CONAPO, 2003

Información del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), reflejan también las principales características socioeconómicas de los adultos mayores:

- Sólo 25% de los adultos mayores cuenta con recursos suficientes para enfrentar su vejez. El 75 % es vulnerable económicamente.
- Sólo 1.5 millones recibe alguna pensión y el restante 80% tiene que buscar alternativas para obtener ingresos.
- El sueldo promedio de quienes trabajan varía entre 3,000 y 5,000 pesos mensuales.
- Alrededor de 90% de los adultos mayores vive con sus familiares y 10% de ellos carece de apoyo institucional o individual.
- Casi 3.3 millones de adultos mayores vive en municipios de bajo o muy bajo desarrollo social.

Es indudable que los profundos cambios poblacionales descritos hasta aquí, además de aludir a información demográfica, marcan pautas coyunturales que dan pie a transformaciones también profundas en las esferas de corte social, económico y político del país, de modo que la actual situación refiere inevitablemente al replanteamiento de las formas sociales en las que nos desenvolvemos a fin de enfrentar debidamente los impostergables retos derivados de la transición demográfica.

1.1.2. Retos socioeconómicos del envejecimiento poblacional

Hablar de las proyecciones estimadas con respecto a las nuevas formas de la estructura poblacional, refiere necesariamente a las posibles consecuencias derivadas de dichos sucesos que aluden a diversos ámbitos de vital importancia, siendo el tema laboral y la atención sanitaria

tópicos especiales debido a que sus implicaciones impactan la vida socioeconómica y política del país, pues a medida que aumenta el número de personas adultas mayores, aumentan también las necesidades de atención sociosanitarias y de estabilidad económica, generando así grandes desafíos.

La seguridad social ha sido por excelencia la principal estrategia para hacer frente a las problemáticas que encuentran su origen en dichas necesidades, y se define como “la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos del trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica”,^{17:223} no obstante, el actual contexto exige la reestructuración de ésta, a través de la instrumentación de políticas sociales integrales, así como de notables inversiones que fortalezcan los mecanismos e instituciones al frente de los rubros involucrados en el desarrollo del país.

Sobre esta línea, la creación y desarrollo de fuentes de trabajo en México ha sido un reto que lejos de encontrar su logro en un plazo inmediato, se encuentra en un absoluto rezago que posiciona al desempleo como uno de los principales problemas sociales, afectando en general a los integrantes de la población económicamente activa (PEA). Además, de continuar tal crisis, el desempleo seguirá representando una doble problemática si consideramos que en un futuro mediato resultará indispensable el soporte económico y social que brinda un sistema laboral estable, caracterizado por una adecuada creación de fuentes de trabajo, así como por justas prestaciones y bonificaciones dignas, para compensar los posibles desajustes generados luego del inevitable incremento de adultos mayores al margen de las actividades laborales. Lo anterior refiere a una de las preocupaciones políticas más recurrentes en los discursos de planeación nacional: La jubilación. Entendida ésta como “la situación social en que se encuentra un individuo a partir de la cesación, institucionalmente reglamentada, del ejercicio de su actividad remunerada”,^{17:223} y la cual en los últimos años se ha convertido en el centro de un sinnúmero de debates con respecto a si aún existe viabilidad en sus mecanismos de operación o, por el contrario, se halla obsoleta ante las condiciones del nuevo entorno. Esta discusión se desprende del gasto inusitado que constituye el pago de pensiones y la posible amenaza en la que se traduce la inadecuada administración de recursos destinados a la seguridad social post laboral encuadrada en los últimos años de la vida de una persona.

Ahora bien, es importante considerar que la jubilación atañe únicamente a aquellos que a lo largo de su vida estuvieron insertos en trabajos formales que les permitieron el acceso a esta prestación, por lo que existe una significativa fracción poblacional que debido a que sus actividades laborales respondían a ocupaciones descubiertas de seguridad social -como es el caso del comercio o las relacionadas al sector primario de producción ajenas a algún programa de gobierno-, enfrenta con menos recursos las necesidades presentes durante la vejez. Se estima que para el 2050 sólo el 44% del total de la PEA contará con prestaciones de seguridad social, de modo que más de la mitad de dicha población (56%) se visualiza como un grupo particularmente vulnerable. Estos hechos aunados a los datos que sugieren que en la República Mexicana la vejez acentúa los niveles de pobreza, deben ser razón suficiente para movilizar los recursos necesarios con el fin de brindar protección social a este grupo poblacional.^{18:39} Ante esta insuficiente cobertura de pensiones, los adultos mayores recurren frecuentemente a una

serie de estrategias que les permiten mantener una fuente de ingresos y con ello contar con recursos para satisfacer sus necesidades básicas, a pesar de que su incorporación al trabajo hoy en día se presenta en condiciones de alta precariedad, donde predominan los bajos ingresos, la falta de prestaciones, y la inestabilidad laboral, además de ser poco factible debido a las escasas oportunidades que se ofertan para este grupo social.^{12:38}

El sistema nacional de pensiones, hoy en día semipúblico luego de la creación de las afores derivadas del actual Sistema de Ahorro para el Retiro, se percibe débil no por las condiciones sociodemográficas que dan pie al proceso de envejecimiento poblacional, sino a las condiciones socioeconómicas del país y fundamentalmente por las deficiencias administrativas y financieras de las instituciones a cargo. El aumento de adultos mayores y el sistema de pensiones vislumbran una problemática social sólo cuando se conjugan con los detrimentos gubernamentales. En otras palabras, lo que pone en riesgo al sistema de pensiones no es el incremento de la población de mayor edad sino la incapacidad de generar el crecimiento económico preciso que permita, en complemento de acciones sociopolíticas como el respeto a los derechos humanos, el cumplimiento a las leyes, la equitativa distribución de la riqueza, así como la participación y acuerdos entre los actores sociales, el desarrollo social que respalde la estabilidad de la administración de pensiones. No obstante, la problemática de los sistemas públicos de pensiones en México es compleja, su operación y viabilidad se ha deteriorado seriamente y su solución se dificulta porque convergen en ella muchos intereses políticos y de grupos sindicales muy poderosos que se crearon como instrumentos eficaces de control político.^{19:91}

El segundo reto ineludible en el contexto del proceso de envejecimiento corresponde al área de la salud, en la cual se obtuvieron grandes logros alcanzados por la medicina durante la segunda mitad del siglo pasado impactando las condiciones de salud de la población en general; ejemplo de esto es el incremento en la esperanza de vida al nacer que en México alcanza ya los 75 años. El rápido envejecimiento de la población, sumado al cambio epidemiológico en el que crecientemente prevalecerán las enfermedades crónico-degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios sanitarios.^{20:56} Ahora las principales causas de muerte entre los adultos mayores se asocian a enfermedades no transmisibles caracterizadas por ser de larga duración como el caso de la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares o las neuropsiquiátricas, lo que implica no sólo cambios cuantitativos en el sistema de salud actual, sino también modificaciones cualitativas en la atención y tratamiento de los padecimientos que encabezan ahora las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Es nuevamente preocupante el hecho de que sea minoritario el número de beneficiarios de seguridad social con respecto al número de desprotegidos, pues eso implica la búsqueda de otras opciones como es la asistencia pública o los servicios particulares, enfrentándose ya sea a la incapacidad institucional de atención de calidad, o bien, al desequilibrio económico generado por los elevados costos de la atención privada. La falta de derechohabencia impacta necesariamente en la economía familiar, sobre todo cuando se trata de padecimientos crónicos degenerativos que generan gastos catastróficos. Esto es cuando se presentan erogaciones que superan el 50% del ingreso efectivo familiar mensual (ingreso que normalmente destinan al

consumo alimentario), o bien, semi - catastróficos que representan entre el 30 y 49% del ingreso efectivo familiar mensual.^{21:49} Lo anterior, es un punto vital dentro de las reformas necesarias para mejorar el ámbito de la salud, debido a que existen áreas que por sus condiciones sociogeográficas ofrecen a sus habitantes escasas condiciones que les permitan acceder a las prestaciones básicas para el tratamiento eficaz de sus problemas de salud. La atención sanitaria, la cual debe contemplar según Salgado de Snyder, el acceso a los servicios, medicamentos, clínicas ambulatorias, visitas domiciliarias y capacitación en gerontología al personal de salud, entre otras cosas, requiere la implementación urgente de estrategias, fundamentalmente económicas, para cubrir convenientemente los tres niveles de atención del sector salud.^{22:205}

Para tales efectos se requiere la renovación incluso del modo de concebir la operatividad, los objetivos y los alcances de las políticas de salud, las cuales deben necesariamente ser parte de una política social integradora de: a) elementos administrativos, que permitan la justa redistribución de los recursos sanitarios; b) acciones y toma de decisiones fundamentadas, para lo cual se debe sin excusa alguna promover el desarrollo de estudios epidemiológicos con miras a la producción de conocimientos que permitan una real jerarquización de las problemáticas, además de mantener una constante vigilancia epidemiológica que en conjunto con los resultados de investigaciones sociomédicas fundamenten los programas de salud; c) desarrollo de estrategias preventivas y de educación para la salud mediante actividades de promoción social; y d) la potencialización de los recursos humanos, a través de la actualización y especialización en padecimientos que, debido a las características epidemiológicas y demográficas de nuestra población, se presentarán con mayor frecuencia -como es el caso de los padecimientos geriátricos-.

Evidentemente existen otras esferas que al igual que las anteriores requieren de reformas en relación a las implicaciones de la actual reorganización demográfica, sin embargo, son éstas las que de no ser atendidas adecuadamente generarían mayores consecuencias negativas al convertirse probablemente en una carga insostenible debido a que la situación del país no es de ninguna forma la más apropiada para afrontar de manera exitosa los mencionados retos.^{4:141}

1.2 Envejecimiento

Determinar la edad exacta en que termina o inicia una etapa del desarrollo humano es un tanto complicado debido a que la edad cronológica no es siempre un indicador tajante para tal determinación. La misma naturaleza del proceso de envejecimiento hace difícil establecer y medir con exactitud cuando una persona es anciana. No obstante, es necesario al menos un aproximado para poder definir al sujeto de estudio, por lo que a lo largo de la presente revisión teórica el concepto de adulto mayor aludirá a hombres y mujeres mayores de 60 o más años, quienes experimentan una serie de cambios propios de la etapa quizá más compleja para la vida de un ser humano: la vejez. Ahora bien, dicha complejidad no radica en la pesimista idea de que la vejez es la última etapa del ciclo vital en la que lo más característico sea la fatalidad, por el contrario, la complejidad debe hallarse en la forma en que la persona logra, a pesar de los cambios, desarrollar sus capacidades cual si se tratara de anteriores etapas de su vida, que al igual que la vejez albergan características particulares.

Así pues, la vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de la vejez, etc.^{23:89} Lo anterior, sin olvidar que a lo largo de la vida se experimenta un constante envejecimiento poco ostentoso comparado con los cambios generados aproximadamente a partir de la sexta década de vida. Esto lo hacen explícito la Organización Panamericana de la Salud (OPS) al considerar al envejecimiento como “un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio. Así el individuo hace esfuerzos constantes por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus propios cambios bio-psico-fisiológicos y aquellos que ocurren en los medios ambientes socioeconómicos y cultural más amplios.”^{24:74}

Hay un envejecer sano y otro patológico, pero los límites entre ambos no son demasiado claros y en consecuencia es muy difícil establecer dónde comienza uno y acaba el otro. El primero permite a la persona llegar hasta una edad avanzada en pleno uso de sus facultades mentales, mientras que el segundo no.^{25:469}

- *El envejecimiento normal o primario*, implica la presentación progresiva de cambios en los diferentes tejidos, aparatos y sistemas que integran el organismo. La mayoría de éstos tienen lugar una vez que ha sido alcanzada la madurez biológica.^{26:13}

- *El envejecimiento patológico o secundario* se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, condiciones ambientales desfavorables, etc., que no forman parte del envejecimiento normal y que en algunos casos pueden prevenirse.²⁷

Es preciso mencionar que el proceso de envejecimiento no presenta las mismas características en todos los seres humanos debido a las distintas experiencias individuales, condiciones de salud, estilos de vida, sucesos históricos, diferencias culturales, etc. Los aspectos salud - enfermedad en la vejez, son particularmente confusos, especialmente en sus fronteras. No es siempre fácil delimitar entre cambios propios del envejecimiento normal y el punto de corte o umbral de un estado patológico.^{26:13} Sería imposible estandarizar el proceso habida cuenta de que el grupo poblacional que conforman los adultos mayores se caracteriza por una marcada heterogeneidad derivada de su muy particular historia de vida.

1.2.1 Aspectos fisiológicos

Los cambios fisiológicos son sin duda los más evidentes y reconocidos tanto por el adulto mayor como por la gente que le rodea, a partir de que las limitaciones funcionales de la persona se evidencian en las actividades diarias propias de su cotidianidad. Al respecto, los sentidos son claramente afectados por la vejez, por lo que el adulto mayor responde más lentamente a los estímulos sensoriales.

En lo que se refiere a la vista, el problema que se presenta con mayor frecuencia es el deterioro de la agudeza visual -capacidad de ver las cosas con claridad-, la cual en la mayoría de los casos puede ser corregida con el uso de lentes. Asimismo, es muy común que los adultos mayores se quejen de la incapacidad para ver de cerca, conocida como presbiopía. Belsky señala que existen otros padecimientos de mayor severidad que aquejan a las personas mayores, tales como las cataratas, el glaucoma, la degeneración macular senil, la retinopatía diabética o el desprendimiento de la retina.^{28:105} La presencia de al menos uno de estos padecimientos genera en menor o mayor intensidad complicaciones como puede ser la dificultad para ver en condiciones de poca luz, para distinguir colores concretos, molestia al deslumbramiento que implica la luz directa, limitación del campo visual, dificultad para cambiar de foco rápidamente y/o dificultad para seguir bien los objetos en movimiento.

Por otra parte, la estructura y la función del sistema auditivo pueden sufrir cambios considerables a partir de la tercera o cuarta década, y esto inclusive suele ser un problema más frecuente que el de la vista. Después de los setenta se presenta audición disminuida, alteración de la percepción de la sonoridad, mala localización del sonido, sordera importante para los tonos muy agudos y ligera para las notas graves.^{29:30} En general esta limitación física es menos aceptada por las personas de mayor edad en comparación con los defectos visuales debido a que la sordera es habitualmente asociada a la decrepitud. Incluso, Beaver y Miller afirman que una persona anciana con alteraciones de la audición puede etiquetarse equivocadamente como confundida o indiferente, provocado a veces que los sentimientos de impotencia y frustraciones experimentados por los adultos mayores que tratan de comunicarse con los demás, deriven en depresión y retraimiento para evitar lo desagradable de no poder comprender lo que se está diciendo.^{30:38}

De los sentidos del olfato y del gusto, aunque no se han encontrado modificaciones significativas durante la senectud, destaca que los cambios se encuentran muy relacionados a aspectos de nutrición, pues la dificultad para distinguir y/o disfrutar de olores y sabores conlleva a las personas a modificar sus hábitos alimenticios. Así por ejemplo con la edad se reduce la sensibilidad a los olores concentrados, los umbrales para lo salado, lo ácido o lo amargo aumentan, mientras que la sensibilidad para lo dulce no cambia con la edad.^{31:129}

La aparición de arrugas y el encanecimiento resaltan por ser signos representativos de la vejez. Las primeras se deben a que la capa epidérmica externa de la piel se adelgaza y se puebla de surcos cada vez más abundantes. La piel se vuelve más seca, más áspera y más vulnerable al viento y a la radiación solar.^{32:77} Las transformaciones del cabello se resumen en dos situaciones por demás comunes: el encanecimiento y la calvicie. Así, el cabello pierde el pigmento cuando las células que se encuentran en la base del folículo del pelo y que producen el color de cada uno mueren, además de que parece menos denso y poco uniforme porque a medida que avanza la edad el pelo crece más delgado, lo que provoca su desprendimiento parcial o total en algunos casos.^{32:78} Aunado a esto, la apariencia se ve afectada debido a que hay una reducción gradual de la estatura en ambos sexos, de cerca de un milímetro y medio por año, comenzando más o menos a partir de los treinta años. También, las extremidades se vuelven más delgadas y el tronco más grueso.^{33:233}

El rendimiento motor simple no parece verse afectado en demasía por la edad, pero sí el rendimiento motor complejo, el cual necesita mayor procesamiento de la información, toma de decisiones y capacidades complejas.^{30:44} Sin embargo, en condiciones de un envejecimiento sano, estas limitaciones no alteran significativamente su vida, pues sólo implica el hecho de destinar un mayor tiempo a la realización de sus actividades.

Cuando el sistema nervioso envejece, se efectúan alteraciones por las que cambia el número de neuronas del cerebro, el tamaño de las mismas, el peso y la morfología general del cerebro, las sinapsis, los neurotransmisores y los sistemas de entrada y salida de la información, es decir, las vías sensoriales y motoras. Debido a que el sistema nervioso central procesa los estímulos con menor eficacia, el tiempo de respuesta es más lento y de menor intensidad, limitando a su vez la capacidad de acción. Sin embargo, únicamente a algunas personas les afectan las condiciones patológicas y muchas resultan afectadas sólo mínimamente por los cambios normales del sistema nervioso característicos de la edad.³⁴

Si bien la vejez se relaciona con una etapa de declinación fisiológica, la realidad es que hoy en día existe un sinnúmero de tratamientos médicos para aminorar o revertir los efectos de las enfermedades que aquejan a las personas de mayor edad. Según Crandall, muchas de las alteraciones físicas de los adultos mayores se pueden evitar o tratar con éxito tras su aparición, incluso, señala además que algunos de los problemas de salud comunes en la senectud no son necesariamente resultado de envejecer.^{35:63} Factores como el ejercicio, la dieta, la atención a la salud y las adecuadas condiciones ambientales libres de estrés y con recursos sociofamiliares óptimos, influyen decisivamente en el desarrollo saludable del envejecimiento.

Aunque es evidente que no se puede atribuir el éxito del envejecimiento a un solo factor, es innegable que uno de gran influencia para tal resultado es el de la salud. Ahora bien, tal influencia alude por supuesto a la evaluación diagnóstica fundamentada en la exploración médica, sin embargo, hace referencia también a la autopercepción que se tenga del estado de salud. Así, suele ser fundamental la consideración positiva o negativa que tenga la persona de edad avanzada con respecto a su condición de salud, pues ello puede significar ya sea un elemento de protección contra padecimientos físicos o mentales al constituirse como un aspecto motivacional; o bien, un signo que perjudique la salud del adulto mayor acentuando, por mencionar un ejemplo, los rasgos hipocondriacos que suelen aparecer en los trastornos afectivos.

1.2.1 Aspectos psicológicos

El proceso de envejecimiento del ser humano se expresa también en una serie de cambios psicológicos. En este sentido, los cambios fisiológicos están asociados a procesos psicológicos. Los aspectos de la cognición que se encuentran afectados más frecuentemente en la práctica clínica son: memoria, atención, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento de la información.^{25:469} Dichos procesos refieren al funcionamiento cognitivo entendido como los procesos por los que el sujeto procesa la información relativa a sí mismo y su entorno.

Prácticamente, todos los procesos psicológicos básicos resultan afectados, pero los más graves e insidiosos son los problemas de memoria, que durante la vejez son frecuentemente reportados debido a que la alteración de dicha función cognoscitiva es la más común en esta etapa.^{25:469} Las quejas pueden ser hasta cierto punto naturales en la medida en que no afecten la cotidianidad de la persona, es decir, que los olvidos que pudiera presentarse no le generen dificultades para realizar sus actividades comunes o a la hora de relacionarse con la gente que le rodea. Normalmente, la memoria se divide en inmediata, reciente y remota. La memoria inmediata implica un recuerdo durante un periodo de varios segundos; esta función raras veces se ve dañada significativamente por la edad. La memoria remota -o a largo plazo- se define como el recuerdo de cosas aprendidas hace muchos años. Esta función de la memoria tampoco se ve afectada por el envejecimiento normal. La memoria reciente -o a corto plazo-, que consiste en recordar cosas expuestas hace unos minutos, se disminuye por lo general en las personas mayores.³⁶ Las fallas de memoria aluden al llamado deterioro cognitivo muy leve, el cual se refiere a la persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de la memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor; no interfiere en las actividades de la vida diaria. Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente se trata de un síndrome demencial (deterioro cognitivo orgánico o patológico o con demencia establecida).^{37:3}

La literatura con respecto a las alteraciones de otras funciones cognitivas revelan desacuerdos en cuanto a los indicadores que se utilizan para medir y determinar el deterioro de las mismas. Tal situación se presenta en el caso de la inteligencia, pues mientras algunos autores coinciden en que luego de los años se ve mermada, otros argumentan que el deterioro que reflejan las escalas tradicionales para medir la inteligencia, en condiciones de un envejecimiento normal, no es considerablemente importante, sobre todo si se toma en cuenta el apoyo que brindan los conocimientos emanados de la experiencia. Lo anterior alude a la diferenciación establecida originalmente por Catell, y desarrollada en la segunda mitad del siglo pasado por Horn, con respecto a los dos tipos de inteligencia: la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada. La primera refleja la capacidad de razonar bien y con rapidez ante labores novedosas; la segunda refleja la base de conocimientos de una persona, es decir, expresa en qué medida se han absorbido los conocimientos culturales.^{28:171} En este sentido, durante un envejecimiento normal se puede hablar de un ligero deterioro de la inteligencia fluida -sin que esto signifique un declive fatal- pero también de una valiosa compensación a través del soporte que brinda la inteligencia cristalizada.

En relación a la capacidad de aprendizaje, se argumenta desde la psicología, que la asimilación de conceptos, aptitudes y habilidades puede darse a cualquier edad, modificándose únicamente la velocidad de asimilación, por lo que el anciano sólo necesitará más tiempo y mayores estímulos, de manera que se puede afirmar que las personas mantienen las mismas disposiciones personales básicas a lo largo del ciclo vital siempre que exista un buen estado de salud.^{38:42} Otro ejemplo al respecto, es la mínima alteración que sufre el lenguaje por el envejecimiento normal,

a diferencia de un envejecimiento patológico, en donde el trastorno lingüístico se manifiesta como principios de la enfermedad de Alzheimer.

En general, el funcionamiento cognitivo sufre un ligero declive a partir de los 60 años de edad, pero es hasta los 80 años cuando éste comienza a evidenciarse como un deterioro mental más marcado en la vida de la persona. Por todo lo anterior, es claro que no en todos los casos se experimenta un deterioro significativo, sin embargo, es innegable que existe una disminución en las funciones cognitivas del ser humano durante la etapa de envejecimiento, misma que debe ser constantemente vigilada con el fin de detectar oportunamente la aparición temprana de posibles padecimientos que amenacen su salud. Además, no se debe olvidar que dicha disminución es influenciada no solamente por cambios orgánicos, sino también por acontecimientos que atañen la parte afectiva, que de no enfrentarse y superarse, podrían alterar la estabilidad emocional al grado de potencializar los factores de riesgo de algún trastorno de tipo afectivo o, en general, aumentar la vulnerabilidad biopsicosocial del adulto mayor.

Las pérdidas afectivas son situaciones que mantienen a la persona mayor en un constante acoplamiento a los nuevos estilos de vida caracterizados por la presencia de hábitos y el surgimiento de carencias completamente distintas a las que hasta entonces había vivido. Dichas pérdidas pueden ser repentinas o graduales, traumáticas o no traumáticas y se han caracterizado por ser el fenómeno más recurrente durante el envejecimiento.^{30:30} La pérdida de seres queridos es una situación que si bien se puede experimentar en cualquier otro momento de la vida, es sin duda mucho más frecuente durante la vejez. Los fallecimientos de parientes, así como de amigos y amigas, representan dolorosas pérdidas, pero es quizá la muerte de la pareja la más significativa y difícil de superar. Son varios los factores que influyen en la adaptación a la viudez, entre los que destacan la edad a la que se produce, el género, la salud, los ingresos económicos, las redes de apoyo, el nivel educativo y la residencia. Será en función de las condiciones de tales factores, que el adulto mayor contará con elementos protectores de alguna alteración emocional severa, además de apoyos que le permitan superar la pérdida, o bien, que se halle desprotegido de tales, complicando el proceso de asimilación de la ausencia de su pareja. Cabe mencionar que el estatus de ser viudo/a presenta mayores problemas para el hombre que para la mujer. Cuando el marido se queda solo, se ve afectado mucho más intensamente que las mujeres debido a la gran cantidad de ajustes que debe realizar en su vida independiente.^{31:129} Esto se debe en su mayoría a las funciones que usualmente cumplen las mujeres dentro de la familia, las cuales le otorgan independencia en los quehaceres y decisiones del hogar, además de propiciarle el desarrollo y fortalecimiento de lazos familiares fundamentales para la adaptación a la viudez, a diferencia de algunos hombres que al quedar viudos se hallan carentes de habilidades con respecto al funcionamiento doméstico, así como con débiles lazos familiares que por sus funciones anteriores, comúnmente relacionadas con las de proveedor económico, no fueron refrendados en su totalidad.

Otro suceso de pérdida significativa es la jubilación que, además de su ya mencionada connotación referente a la seguridad social, representa un acontecimiento coyuntural, pues además de reestructurar radicalmente la cotidianidad de aquella persona que ha dedicado gran parte de su tiempo al trabajo, impacta en la dinámica económica y familiar del adulto mayor, ya que por una parte, se restringe la entrada de recursos económicos, aun cuando existe una

pensión de por medio, y por otra, la familia debe integrar al adulto mayor considerando sus incipientes condiciones. En otras palabras, la jubilación vista como evento psicosocial, cuyas implicaciones trastocan diversas dimensiones de la persona, trae consigo una serie de modificaciones al constituirse, al igual que la viudez, como una de las principales pérdidas afectivas. ¿Qué hacer durante el tiempo anteriormente destinado al trabajo? y ¿cómo lograr ser autosuficiente y no una carga para la familia?, son interrogantes que nuevamente desafían la capacidad para adaptarse del adulto mayor al ser cuestiones de vital interés para el /la jubilada a la hora de redefinir sus actividades y su nueva dinámica de vida. Dicha reestructuración influye en el estado de ánimo debido a la carga simbólica que alude al hecho de sentirse útil e independiente, socialmente hablando. Es importante mencionar que el término de jubilación utilizado para este apartado, se refiere al hecho de cesar las actividades laborales debido precisamente a la edad avanzada del adulto mayor, sin importar si son o no acreedores a los beneficios de la seguridad social, es decir, sin importar el tipo de labor que se está cesando. Asimismo, no debe olvidarse que la aceptación y adaptación a la jubilación será congruente a los intereses y expectativas que se tenga de ésta, por lo que para algunas personas el hecho representará una gran pérdida en tanto que se le confina al fin de su gusto laboral, al rompimiento de relaciones interpersonales y al menoscabo económico que le significa la pensión, y para otras, el hecho seguramente vislumbrará una oportunidad deseada para convivir con la familia, realizar alguna actividad recreativa, o simplemente para descansar y disfrutar de su tiempo libre.

Desde luego, la compensación de las pérdidas implican un gran esfuerzo a cargo de la persona por lograr el ajuste social y emocional, y al mismo tiempo evitar el estancamiento que haga del proceso de duelo un proceso complicado y patológico, ya que desafortunadamente hay personas que no consiguen culminar satisfactoriamente el proceso de duelo, quedando deprimidos y retraídos en términos sociales. En medio de este reto, los recursos emocionales asociados a la fuerza personal, así como los recursos sociales con los que se cuentan juegan un papel vital en la superación de las pérdidas.

Finalmente, y como parte del envejecimiento patológico se pueden presentar dos circunstancias que al igual que las situaciones de pérdida que experimenta el adulto mayor, alteran en la mayoría de los casos su estado emocional traducido en preocupaciones y actitudes de desánimo. Dichas circunstancias son:^{39:45}

- La Polipatología. Es la coexistencia de varias enfermedades crónicas y/o infecciosas que experimenta una persona; y
- La Polifarmacia. Es el consumo de dos o más fármacos para controlar los padecimientos que sufre una persona.

Ambas se manifiestan como eventos estresantes que pueden generar consecuencias afectivas negativas, pues disminuyen las posibilidades de autonomía funcional, incrementa las necesidades de dependencia y, al mismo tiempo, fomenta el aislamiento social, con la consiguiente pérdida de oportunidades para obtener las gratificaciones o refuerzos propios de la interacción social.^{40:71}

1.2.3 Aspectos sociales

El estudio de las características de la etapa del envejecimiento no puede centrarse exclusivamente en las transformaciones físicas y psicológicas que el individuo experimenta, en tanto es clara la importancia de la influencia de aspectos sociales como es el caso del medio en el que vive la persona, el perfil socioeconómico y en general los factores socioculturales con los que confluye a diario el adulto mayor. En este sentido, mientras que los procesos de envejecimiento biológico o psicológico son relativamente parecidos en distintas culturas o subculturas, el envejecimiento como proceso social varía considerablemente entre unas y otras (mientras unas sociedades valoran la vejez, otras la desprecian) e incluso en la misma cultura (la población de una sociedad está formada por diferentes cohortes con trayectorias distintas y experiencias diferentes, de distinto tamaño y con valores diferenciados entre sí).^{41:17} Así, con la consideración de los factores sociales en la comprensión de la etapa de la vejez, se admite y confirma la necesidad del análisis de todos y cada uno de los componentes que intervienen en el desarrollo y bienestar de la persona, atendiendo con esto las diversas facetas en las que se despliegan los principales cambios correspondientes al envejecimiento.

El interés de las ciencias sociales por el fenómeno de la vejez es bastante reciente. Hasta los primeros años del siglo XX, el estudio del envejecimiento era sólo del dominio de los médicos y los biólogos, de modo que los modelos sociales del envejecimiento desarrollados hasta el momento son relativamente jóvenes (Cuadro 4).^{41:19}

Cuadro 4
Modelos sociales del envejecimiento ⁴¹⁻⁴⁶

Teoría de la Actividad. Havighurst y Albrecht, 1953.

- La realización de un elevado número de roles sociales correlaciona de forma significativa con un elevado nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor.
- Al igual que los jóvenes, los adultos mayores tienen las mismas necesidades psicológicas y sociales de mantenerse activos.
- La sociedad debe fomentar condiciones favorables para que el adulto mayor desempeñe actividades que le permitan adaptarse a su nueva etapa sintiéndose útil y productivo.

Teoría de la Desvinculación. Comming y Henry, 1961.

- La vejez es entendida como un proceso de desenganche entre la sociedad y la persona, la cual cumple con una función social e individual.
- Con orden, la sociedad debe transferir los roles del adulto mayor a los jóvenes y aislarlo paulatinamente de la participación social con el fin de mantener el equilibrio social.
- El desprendimiento es deseado y favorable para ambas partes. Se asimila como un proceso normal; de no realizarse el adulto mayor será incapaz de adaptarse al sistema social.

Teoría de los adultos mayores como subcultura. Rose, 1965

- Las características comunes de los adultos mayores, respecto de otros grupos de edad, favorecen la aparición de una subcultura de la vejez al poseer unas mismas actitudes, normas y costumbres.
- La subcultura de los adultos mayores emerge ya sea por afinidad, o porque los integrantes de ese grupo están excluidos de las relaciones con otros.

Teoría de los adultos mayores como grupo minoritario Strieb, 1965.

- Para esta interpretación los adultos mayores, a diferencia de otros grupos de edad, son tachados de dependientes, obsoletos, disfuncionales y tratados de modo diferente.

Cuadro 4
Modelos sociales del envejecimiento (continuación)

- Los adultos mayores forman grupos minoritarios porque se ven obligados a ello. Con tal actitud tratan de evitar problemas como la marginación, la pobreza, la segregación, etc.

Teoría de la Continuidad. Neugarten y Atchley, 1971.

- A medida que el adulto mayor va avanzando en determinados estadios de vida, va desarrollando nuevos valores, actitudes, hábitos, conductas y metas que posteriormente retienen durante la vejez (último estadio).
- A pesar de que las condiciones sociales durante la vejez presentan cierta discontinuidad, la adaptación y estilo de vida serán determinados especialmente por el pasado.
- Los adultos mayores tienden a proteger y mantener sus estructuras internas y externas y utiliza precisamente la discontinuidad para conseguir sus objetivos.

Teoría del contexto social. Gubrium, 1973.

- La vejez debe entenderse como un proceso de interdependencia entre las personas y su entorno caracterizado por una serie de factores que influyen sobre la persona mayor. El envejecimiento está condicionado entonces, a los cambios contextuales y personales de la persona en su proceso de relaciones interpersonales.
- El contexto social influye decisivamente a lo largo de la vida de la persona, no sólo en su estilo de vida o en la duración de la misma, sino incluso en el desarrollo de su propia personalidad.
- Existen tres factores importantes que influyen en el nivel de actividad de una persona conforme envejece: la salud, la economía y los apoyos sociales.

Teoría de la selectividad.. Carstensen, 1991.

- Las interacciones sociales están íntimamente relacionadas con la satisfacción subjetiva. Los amigos y familiares íntimos se hallan en los últimos años de vida en primera línea.
- Se debe iniciar y mantener interacciones sociales para la regulación directa de las emociones, el desarrollo del autoconcepto y para la búsqueda de información.
- La persona debe seguir activando su entorno social, modificándolo y adaptándolo con el paso de la edad.

Cada una de las teorías aporta conocimientos y postulados valiosos en el estudio y análisis del proceso de envejecimiento y sus implicaciones. En conjunto, dan cuenta de los diversos enfoques desde los cuales puede bordarse el tema de la vejez. Por otra parte, más que una teoría, el enfoque del ciclo vital se presenta como una amplia perspectiva teórica, la cual parte de la concepción del envejecimiento como un proceso de evolución y desarrollo que se inicia desde el nacimiento y cuya experiencia varía en función de factores históricos.^{45:70} Inserto en este marco teórico se encuentra el modelo de Erickson integrado por ocho etapas: 1) confianza elemental versus desconfianza; 2) autonomía versus confianza y duda; 3) iniciativa versus culpa; 4) laboriosidad versus inferioridad; 5) identidad versus confusión de identidad; 6) intimidad versus aislamiento (adulto joven); 7) generatividad versus aislamiento (adulthood media); 8) integridad versus desesperación (vejez).^{24:164} Cada estadio del ciclo vital interviene en el proceso de los rasgos dominantes en periodos anteriores.

De acuerdo a los aportes de Erickson con respecto al proceso de envejecimiento, lo positivo está en la capacidad de integrar y evaluar las etapas anteriores de la vida, posibilitando una valoración serena; mientras que lo negativo se caracteriza por una trayectoria como un conjunto de fracasos y de momentos negativos, donde predomina el temor a la muerte y la amargura.^{24:164} La integración es pues, la aceptación de los errores y aciertos acaecidos, con miras a la

evaluación necesaria para lograr un equilibrio personal y social, luego entonces, se estará en condiciones de efectuar el cierre de ciclos pertinentes y de disfrutar plenamente la experiencia de la vejez.

1.2.3.1. Instituciones y redes sociales

El adulto mayor es influenciado a diario por los aportes de la estructura del medio que lo rodea, misma que está conformada entre otros por instituciones sociales que crean y reproducen ideologías, comportamientos y normas explícitas e implícitas con la finalidad de resguardar la dinámica cultural de una sociedad. Al respecto, Ander- Egg afirma que su fin es “regular las actividades de los individuos para asegurar la satisfacción de algunas necesidades básicas de carácter colectivo, fundamentalmente en lo que concierne a las costumbres o formas de proceder en las relaciones sociales”.^{47:158} Asimismo, las instituciones sociales representan fuentes importantes de diversos apoyos para la población mayor (Cuadro 5). Entre las principales instituciones influyentes se encuentra la familia, las instancias formales y la iglesia.

Cuadro 5
Tipos de apoyos

| COGNITIVOS | MATERIALES | INSTRUMENTALES | EMOCIONALES |
|-------------------------------|------------------|---------------------|------------------|
| • Intercambio de experiencias | • Dinero | • Cuidado | • Afecto |
| • Información | • Alojamiento | • Transportes | • Compañía |
| • Consejos | • Comida | • Labores del hogar | • Empatía |
| | • Ropa | • | • Reconocimiento |
| | • Pago servicios | • | • Escuchar |

FUENTE. Guzmán JM.; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. 2003.^{48:49}

La Familia. Es considerada como una institución fundamental de la sociedad, en cuyo seno transcurre la existencia humana y la cual está llamada a ser un espacio de diálogo, comprensión, respeto mutuo y ejercicio orientado a la libertad.^{49:82} Las relaciones familiares están permeadas de normas, valores, simbolizaciones y representaciones que se intercambian y reformulan entre los integrantes de la familia y las comunidades a las cuales pertenecen y con las que interactúan.^{50:434} Su importancia radica principalmente en que se trata de la primera institución con la que tiene contacto la persona, por lo que las enseñanzas derivadas del tipo de crianza determinan fuertemente la personalidad del individuo influenciando igualmente la manera de relacionarse con sus semejantes.

Durante la etapa de la vejez, la familia se constituye como la principal red social pues representa un pilar importante en cuanto a apoyo de tipo material y emocional se refiere, por los que en los integrantes de ésta el adulto mayor encuentra usualmente un sostén importante –este apoyo es contemplado por algunos autores con el término de transferencias familiares-, ya que esta institución se caracteriza por ser fuente de acciones de ayuda mutua. Cabe mencionar que en el año 2000, del total de hogares en México, aproximadamente uno de cada cuatro tenía la presencia de por lo menos un adulto mayor y en 19% el jefe del hogar era un adulto mayor.

Asimismo, poco más del cinco por ciento de los hogares estaban compuestos exclusivamente por personas de 60 años o más.^{51:46}

Inherente al concepto de red familiar se encuentra la noción de lo que se espera de los integrantes de la familia, e.g. se espera que los integrantes jóvenes ayuden a los de mayor edad, especialmente si éstos se hallan en situación vulnerable.^{30:299} Conforme la edad avanza, el apoyo familiar se hace indispensable para el anciano y como consecuencia se crean lazos muy fuertes de dependencia entre el adulto mayor y su familia.^{52:93} En contextos de marginación y pobreza, la participación de la familia resulta aún más insoslayable al procurar elementos de protección, solidaridad y cuidado. Aunque hay que considerar que en los últimos años la familia ha sufrido cambios en su composición, pasando del predominio de la familia extensa a la de la familia nuclear, pues para algunos autores esto implica una menor atención y cuidado de los adultos mayores. Además, debe considerarse la posibilidad de que la familia, lejos de constituirse como un apoyo, se convierta en un factor negativo para el anciano al significar una estructura marcada por continuos conflictos que alteren el ambiente de la persona con una sobrecarga de estrés. O bien, aunque no haya problemas familiares, exista un ambiente de tensión debido a situaciones particulares que provoquen la presencia recurrente de preocupaciones en el adulto mayor. Por mencionar algunas se encuentran las situaciones de desempleo, de enfermedad o de crisis económicas en alguno de los integrantes, sin contar la tan conocida y frecuente situación en la que los abuelos y abuelas asumen el cuidado de los nietos con todas las implicaciones que de ello derivan.

Instancias formales. Corresponde al conjunto de instituciones y asociaciones públicas y privadas (gubernamentales y no gubernamentales), que se caracterizan por ser burocráticas, tienen profesionales contratados, y están ubicadas en un lugar determinado; se dedican a proporcionar diversos servicios o apoyos asistenciales a la población adulta mayor en función de sus condiciones de salud, situación socioeconómica o carencia de información.^{53:15} Técnicamente, es a través de las instituciones públicas que el Estado atiende las necesidades de la población añosa del país; instituciones de salud, educación, de apoyo y fomento laboral, entre otras, constituyen un marco influyente fundamental para la persona. Derivados de las políticas sociales, los programas sociales son el medio a través del cual el gobierno proporciona los recursos requeridos para tal atención, destacando actualmente a nivel nacional: el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, el Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, el Programa de Apoyo Alimentario a cargo de Diconsa, además del Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales.⁵⁴ También existen programas similares de atención a adultos mayores a nivel estatal, como es el caso del Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores, a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por medio del cual se otorga a los adultos mayores de 70 años una ayuda económica (aproximadamente \$670.00) a través de una tarjeta que utilizan en tiendas de autoservicio.

En otras palabras, las instancias gubernamentales de protección social por medio de su funcionamiento, políticas, cobertura, etc., marcan pautas importantes en determinadas acciones de la persona mayor; así por ejemplo, de las condiciones y el servicio de éstas dependen de alguna forma aspectos elementales como lo es el acceso y uso de los servicios de salud, la oportunidad de un empleo, de participar en actividades recreativas, o bien, la posibilidad de

obtener algún recurso que le permita solventar sus necesidades básicas. Por otra parte, las instituciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a la atención geriátrica complementan o sustituyen en muchas de las veces la labor de las instancias gubernamentales, sobre todo tomando en cuenta las carencias que presentan estas últimas. Jurídicamente las ONG no tienen figura específica en donde ubicarse, la mayoría están registradas como asociaciones civiles (A.C.), y hoy por hoy se constituyen como instituciones fuentes de apoyo para el adulto mayor.^{55:25}

Iglesia (religión). Se trata de una institución social consolidada debido a la significativa cantidad de población que se asume como religiosa. Resultados del último censo realizado revelan que el 95% de la población se inserta en alguna de las religiones, y que alrededor del 85% de los mexicanos son católicos, aunque es importante hacer mención que en los últimos años ha habido una creciente en la presencia de otros tipos de religiones.¹⁶

La religiosidad es un componente del ser humano de gran complejidad y difícil de precisar en forma adecuada, y que en muchos estudios sólo se mide en forma simple, como por ejemplo la frecuencia con que la persona va al templo o practica la oración.^{56:29} Ahora bien, a pesar de que las prácticas religiosas se realizan a lo largo de la vida del creyente, acentúan su periodicidad y devoción justo cuando tiene lugar el proceso de envejecimiento, por lo que se puede decir que la influencia ideológica de la religión es indiscutiblemente mayor durante la etapa de la vejez. En opinión de Piña Ramírez, “es en medio de la nostalgia y la incertidumbre que el instinto de conservación de la especie le hace recurrir a la experiencia sagrada que durante muchos años mantuvo en el olvido, así, la necesidad de creer en un poder superior que venza a la muerte se vuelve urgente e intensa”.^{57:28} No se olvide que durante la historia de la humanidad, el hombre ha buscado llenar con la religión el vacío espiritual que siente, de manera que las necesidades espirituales son inherentes al ser humano y en ese sentido se considera a la religión como un recurso que se usa con frecuencia en el envejecimiento.^{58:155}

La naturaleza de la religiosidad es esencialmente social, hace las veces de contenedor de lo espiritual, de protector, siendo un soporte sociocultural.^{59:53} Por esto en la religión como institución se encuentra también una importante red social para los adultos mayores en la que el primordial apoyo corresponde al ámbito espiritual, no obstante que puede ser también una fuente de apoyo material en casos especiales de marginalidad extrema. Funge además como coordinadora de grupos cuyos objetivos están orientados, por supuesto a quehaceres religiosos, pero también a la recreación y labores altruistas. Incluso, la vida espiritual parece jugar un importante papel en el afrontamiento del estrés y en la conservación de la salud en la adultez mayor.^{60:40}

Como ha podido observarse, las instituciones conforman un tejido social fuerte en el que convergen recursos potenciales para el desarrollo social. En él se erigen las llamadas redes sociales de apoyo al adulto mayor cuyo fin es atender necesidades y problemáticas a las que pueda enfrentarse bajo condiciones de vulnerabilidad física, mental o social, es decir, su objetivo es procurar el bienestar integral de la persona. Montes de Oca, Guzmán y Huenchuan definen a la red social como “una práctica simbólica-cultural que incluye al conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten

mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y así evitar el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando enfrenta dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto”.^{48:43} A la lista de redes sociales expuestas anteriormente, se suma otra igualmente influyente: la red de amigos y vecinos.

La amistad suele ser una relación única porque las personas eligen por convicción y afinidad a sus amigos, quienes suelen tomar el lugar de los integrantes de la familia en el caso de que se encuentren lejos, asimismo se consideran un baluarte contra el impacto del estrés físico y mental ayudando a manejar mejor las crisis y cambios en la vejez. Las relaciones de amistad asumen distintas formas, sin embargo, en todas desataca el hecho de compartir intereses y la certeza de tener a alguien en quien confiar sus inquietudes, deseos y sentimientos. Por lo general, los ancianos tienen una menor movilidad diaria en comparación con los jóvenes por lo que la presencia de los vecinos es especial en su vida cotidiana sobre todo de las personas que viven solas.^{53:10} En tiempo de crisis, los vecinos constituyen un gran apoyo para afrontar situaciones adversas. Las relaciones vecinales cuando son positivas, llegan a consolidarse en ocasiones, en términos de convivencia y afectividad, aún con mayor fuerza que las familiares debido a que las actividades cotidianas hacen que la persona mayor comparta más tiempo con gente cuyas actividades y quehacer son afines a las que desempeña. En este sentido, muchas veces los vecinos conocen más acerca de la rutina, gustos, padecimientos y formas de actuar del anciano que los mismos integrantes de la familia.

Las redes sociales hacen referencia a los aspectos estructurales de las relaciones sociales, comprendiendo el tejido de individuos con los que se tiene relaciones interpersonales y los vínculos que se establecen, en término de número de miembros, frecuencia de contactos, diversidad de vínculos, reciprocidad o intimidad.^{61:3} De ahí, la importancia de realizar un cotejo de los distintos recursos que brindan las instituciones y redes sociales que rodean al adulto mayor, ya que en dicho listado puede que se encuentre un valioso y potencial apoyo para mejorar su calidad de vida.

1.2.3.2 Envejecimiento en zonas rurales

Hay muchas maneras de agrupar a las personas mayores: por el sexo, la raza, la salud o incapacidad física, el salario, la edad o el estado civil. No obstante, un tipo de agrupación que ha recibido muy poca atención es la realizada según se viva en un área rural o urbana.^{62:213} Al respecto son muy pocos los estudios realizados, siendo aún menor el número de investigaciones cuya área geográfica considerada se trate de una zona rural, traduciéndose esto como una significativa carencia de información sobre la dinámica de los fenómenos sociales encuadrados en dicho contexto. El análisis de las características del proceso de envejecimiento en el medio rural no escapa a esta realidad, a pesar de las distintas condiciones socioeconómicas en las que se desarrolla la vejez en dicho ámbito.

El hábitat o lugar donde se vive marca la manera de envejecer, en este sentido, se dan notables diferencias entre el envejecimiento rural y el urbano. Casi siempre se toma como referencia el ámbito urbano, pero hay discrepancias que conviene tomar en cuenta, como es el hecho de que

la población rural está más envejecida que la urbana, lo que está relacionado con una esperanza de vida algo mayor en el medio rural.^{45:85}

En 1930 México era un país con predominio rural, ahora es eminentemente urbano y con una alta concentración de población en unas cuantas ciudades, de modo que mientras que en 1930, siete de cada diez personas habitaban en localidades rurales, en el año 2000 la situación es inversa ya que 75% de la población reside en zonas urbanas.⁶³ Tal situación afecta también la distribución de la población añosa, destacando el hecho de que el aumento en el peso relativo del grupo de adultos mayores de la zona urbana podría causar que las respuestas a las necesidades del grupo de la zona rural sean dirigidas principalmente al grupo urbano, ocasionando así una vulnerabilidad relativa en los adultos mayores de la zona rural.^{64:7} En el caso de México la población de mayor edad tiende a concentrarse en los grupos sociales de menores ingresos. De los hogares con ancianos, 29% se ubican en localidades rurales que se caracterizan por tener viviendas construidas con materiales frágiles y piso de tierra, además de otras carencias como falta de agua potable y energía eléctrica.^{65:295} No obstante, la mayoría de los adultos mayores rurales han vivido en comunidades de este tipo la mayor parte de su vida, y frecuentemente residen ahí hasta su muerte de modo que no se caracterizan por la movilidad residencial aunque se trate de mejorar sus condiciones socioeconómicas.

De acuerdo con el último censo de población, las zonas rurales de México se caracterizan por problemas como desempleo, subempleo, desnutrición, analfabetismo, carencia generalizada de servicios básicos y pobreza.^{66:18} Según datos de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), y de conformidad con los datos demográficos y de marginación disponibles a través del INEGI y del CONAPO del año 2000, en el medio rural habitaban aproximadamente dos millones de adultos mayores, de los cuales, alrededor de un millón y medio se ubicaban en zonas de alta y muy alta marginación, y casi 500,000 de ellos se encuentran en condición de pobreza y no reciben ningún tipo de apoyo alimentario.⁵⁴

Además del fenómeno de transición demográfica antes mencionado se presentan otros fenómenos como es el de la migración en municipios expulsores de mano de obra juvenil, lo que da como resultado una significativa concentración de población de edad avanzada e infantil; o bien el de atracción de adultos mayores no oriundos, que gracias a sus condiciones socioambientales, atrae a una importante cantidad de adultos mayores de otras entidades.^{66:19} Por ende, las condiciones de los adultos mayores en la zona rural son distintas desde el punto de vista de su condición económica, educativa y en el acceso a servicios sociales y de salud. Aun cuando es en los grandes centros urbanos donde reside la mayor proporción de pobres absolutos, en realidad los pobladores rurales son impactados con mayor severidad por la pobreza debido a que carecen de recursos básicos a los que tienen acceso los habitantes de zonas urbanas.^{18:40} Por ejemplo, la mayoría de los habitantes de las localidades rurales no tienen acceso a los servicios de salud proporcionados en los centros urbanos. Muchos pobladores rurales se emplean en labores artesanales y en la agricultura de autoconsumo, por lo cual no tienen derechohabencia. En muchas localidades rurales, médicos generales ofrecen sus servicios en consulta privada; sin embargo, esto representa un costo económico que la mayoría de las familias no alcanza a cubrir.^{67:140} Lo anterior, se presenta como complemento ante las carencias y desabasto que existe

en las clínicas dependientes de la Secretaría de Salud ubicadas en localidades de menos de 5000 habitantes y cuya finalidad es brindar atención primaria a través de acciones básicas de salud.

El INAPAM estima que el número de muertes de adultos mayores en el ámbito rural, es mayor que en el urbano, destacando el caso de enfermedades infecciosas gastrointestinales y parasitarias, así como las diarreicas, respiratorias (transmisibles), y las neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares (no transmisibles). Probablemente, el mayor riesgo de morbilidad observado entre los ancianos rurales proviene de una combinación de atención médica más deficiente y el trabajo más extenuante y peligroso que representa la labranza.^{68:131} Las creencias y tradiciones resultado del contexto cultural influyen también en la utilización de los servicios médicos, pues en mucho de los casos la población rural tiene preferencia por las curaciones tradicionales, a cargo de hueseros, hierberos, curanderos o incluso de brujos, antes de la asistencia médica, o en algunos casos la preferencia es total.

En este sentido, el bagaje cultural no puede ser menospreciado en tanto se reconozca su asociación con el modo de actuar de las personas, al sugerir en términos generales una determinada concepción o visión de vida que necesariamente interviene en menor o mayor medida en sus acciones. Sánchez Sánchez, reconoce esto y considera que “la persona mayor de zonas rurales tiende a ser más pragmática y realista, poco dada a elocuencias y escapismos, prefiere pensar en el presente y en función de un espacio corto. Por encima de todo aman su autonomía y, por tanto, les gustaría envejecer y morir en su casa, en su pueblo”.^{69:119} De ahí la importancia de propiciar condiciones favorables que les permita gozar de su apreciada independencia al contar con los recursos suficientes para dirimir sus necesidades básicas. Es justo esta concepción de vida la que determina algunas de las particularidades de la vejez en el medio rural. Ejemplo de esto es la manera de asumir la jubilación, pues para la mayoría de los adultos mayores rurales este hecho significa sólo el acceso a una pensión, en el caso de estar insertos en algún sistema de seguridad social, sin tener que abandonar sus actividades laborales; la renuncia a sus labores está más bien determinada en función de su estado de salud y por tanto de su capacidad física. Así, en el universo rural, la jubilación no suele significar una ruptura con las actividades laborales, fundamentalmente agrarias, sino que suele darse un alejamiento progresivo de las tareas.^{45:86}

Otra particularidad de la dinámica de este medio es que en México, a pesar del aumento de unidades domésticas nucleares, todavía se mantiene una estructura familiar extensa en las zonas rurales, situación que supone una muy probable red social fortalecida por la dinámica solidaria que suele caracterizar este tipo de estructuras familiares.^{70:6} Asimismo, la red de amigos y vecinos representa a menudo una fortaleza en cuanto a apoyo social se refiere, sobre todo en comparación con el funcionamiento urbano de dichas redes. Es por esto que muchas veces la situación de los adultos mayores se considera más favorable, por cuanto se piensa que en las zonas rurales funciona mejor la red de contactos sociales, los vínculos familiares y la cohesión dentro de la familia, así como la ayuda activa por parte de los vecinos. Sólo que esta suposición en ocasiones no corresponde a la realidad, porque los hijos con frecuencia migran a la ciudad y las relaciones de buena vecindad son a menudo muy problemáticas.^{71:463} Es decir, fenómenos como la migración y la pobreza, además de problemas mayoritariamente de tenencia de tierras o incluso políticos, afectan la dinámica social de las comunidades.

Los roles de género también han sido afectados por los fenómenos mencionados hace un momento, ya que anteriormente, o bien en comunidades exentas de los influjos de tales situaciones, se observaba una clara diferenciación en las funciones sociofamiliares: el hombre como jefe y proveedor económico de familia y la mujer como ama de casa. No obstante, los roles tradicionales hoy en día han sufrido modificaciones, concretamente con la participación económica de la mujer, ya sea compartida, ya sea como jefa de familia, sin descuidar sus funciones tradicionales de ama de casa.

Es claro que el envejecimiento es un proceso natural, sin embargo, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que, como ya se mencionó, se construyen socialmente y varían de una cultura a otra.^{72:31} Por lo que a pesar de que la proporción más grande de ancianos en México reside en zonas urbanas, no podemos hacer a un lado a los que viven en las zonas rurales. Este grupo tiene necesidades especiales y ha enfrentado problemas de diversa índole que no comparten con los ancianos y ancianas urbanas.^{18:39} Es una realidad que los adultos mayores rurales tienen una menor calidad de vida en comparación con los residentes de zonas urbanas, también, es un hecho que para que esta población goce de mejores condiciones se debe facilitar la disposición y acceso a los servicios sociosanitarios. En suma, el estudio de la experiencia de la vejez en zonas rurales requiere urgente atención en tanto que se trata de un grupo altamente vulnerable expuesto a una serie de problemas estructurales como la pobreza y la marginación, que a diario merman su calidad de vida como resultado del actual escenario desigual del país.

1.2.3.3 El viejismo

El término de *viejismo* -que es la adaptación del término *ageismo* hecha por Vega y Bueno al español- es atribuido al conjunto de ideas y saberes populares que conforman estereotipos, mitos y creencias con respecto al proceso de envejecimiento.³¹ Aunque algunas ideas son de carácter positivo, es un hecho que la mayoría corresponden a conocimientos erróneos que desvaloriza el concepto de adulto mayor al afianzar una especie de estigma o etiqueta social, luego de exaltar y generalizar ciertas particularidades del envejecimiento patológico. Ejemplo de ello es la afirmación de que todos los seres humanos están destinados a la demencia senil y por tanto a la inevitable decrepitud física y mental; también suele pensarse que una vez llegada la vejez, la persona adquiere un mal humor permanente caracterizado por enojo e irritabilidad, su vida se torna en una lenta y aburrida rutina y, desde luego, se asume como algo fehaciente la idea de ser víctima de las secuelas fatales de una serie de enfermedades de “viejitos” tales como la artritis, las reumas o la sordera, sin contar las mofas alusivas a los cambios que sufre la apariencia personal.

Las concepciones del *viejismo* proyectan una imagen desatinada de la persona mayor al semejar a la vejez con un periodo de decadencia e incapacidad para efectuar acciones socialmente reconocidas como pudieran ser las actividades laborales, dejándolo ver como un individuo pasivo y en muchos de los casos como una carga para la familia y la sociedad en general. Asimismo, generan actitudes de rechazo y aversión a la simple idea de experimentar dicha etapa por miedo a protagonizar las falacias socialmente construidas, de manera que la legitimación de estas falsas creencias afecta tanto a los integrantes de las generaciones jóvenes, al fomentarles

un importante recelo a la experiencia de vida durante la vejez, como a los mismos adultos mayores al vivir en un contexto en el que lejos de reconocer sus capacidades y conocimientos, se descalifican con un sin fin de mal interpretaciones y vaguedades con respecto a sus reales circunstancias de vida.

Respecto a su entorno social, la población adulta mayor enfrenta una discriminación porque es común que la vejez se perciba como una suma de pérdidas, sobre todo en esta época donde la sociedad está orientada a la mayor ganancia, la cual tiende a relegar a las personas mayores cuando disminuye su actividad económica. La vejez ha perdido los valores que antes se le atribuían, lo que ha producido que mucha gente se esfuerce por negar u ocultar su envejecimiento.^{73:11}

Resultados de la Primera Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México, realizada por la SEDESOL y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), reportan que el 40% de los consultados –de un universo de 1482 entrevistados a nivel nacional- piensan que los adultos mayores son el grupo social más desprotegido, por otra parte revelan que nueve de cada diez adultos mayores -de un universo de 761 entrevistados a nivel nacional- manifiestan que sí son discriminados, además de que al considerarse entre varios grupos sociales, más de la mitad de los adultos mayores consultados opina que son ellos quienes sufren más por su condición.⁷⁴

Ante esto, es claro que urge una revaloración social del adulto mayor, la cual deberá encontrar sus fundamentos en los terrenos de la información certera acerca de las condiciones y escenarios ideales y reales en las que vive la población de mayor edad, a fin de reconstruir la noción social que se tenga de este grupo. Sin embargo, dicha tarea requiere forzosamente la intervención de los principales actores sociales involucrados en la generación de acciones estructurales que otorguen los elementos que este grupo etario requiere para mejorar sus condiciones y con ello abatir la ideología propia del *viejismo*.

CAPÍTULO II

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

2.1 Epidemiología

La depresión es uno de los trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia. Se estima que en 2020 podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar 5.7% de los años de vida ajustados por discapacidad, además de mantenerse como causa principal de años de vida perdidos por discapacidad.^{75:73} El aumento del trastorno también ha sido considerable entre la población de adultos mayores. Las causas de dicha situación son sin duda, el evidente incremento de la población anciana, así como los cambios sociofamiliares acaecidos en las sociedades occidentales. Empero, a pesar de su frecuencia y de la discapacidad que genera, es un hecho que la depresión senil permanece infradiagnosticada e infratratada, lo cual es particularmente lamentable dado el elevado riesgo de cronicidad y recurrencia que conlleva asociados.^{76:37} Concretamente, la depresión es el desorden afectivo más común entre la población de mayor edad, sin embargo, es también considerado un concepto vago y difícil de consensuar en cuanto a su tipología y etiología, de modo que los esfuerzos por establecer cifras sobre la prevalencia del padecimiento suelen ser poco confiables.^{77:153}

El insuficiente conocimiento que se tiene del trastorno en adultos mayores se debe a que la mayoría de los estudios sobre los trastornos afectivos se efectúan en población joven.^{78:52} Así, el padecimiento entre el grupo de población de mayor edad había sido olvidado en la literatura durante algún tiempo, debido a que se justificaba la presencia de los síntomas de depresión por los problemas físicos, económicos, de aislamiento social, etc. que esta población podía presentar.^{79:111} Hoy en día, la situación se torna distinta gracias a las investigaciones que al respecto se han desarrollado, no obstante, sigue siendo innegable que existe una escasez de conocimientos en relación a la prevalencia del padecimiento.

España es uno de los países a la vanguardia en estudios gerontológicos. La incidencia de la depresión en ancianos ha sido estudiada, sobre todo a últimas fechas en que este padecimiento ha aumentado debido al ritmo y condiciones de vida que ha caracterizado a la sociedad desde la segunda parte del siglo pasado. Ejemplo de esto es el estudio realizado por Bailón en 1979, en donde los resultados apuntaron a que la enfermedad psiquiátrica más frecuente entre los adultos mayores madrileños fue la depresión. Afirma que la prevalencia de depresión mayor en personas mayores de 65 años es del 10-20%, siendo 3 veces más prevalente en adultos mayores con deterioro funcional en comparación con los que no lo presentan.^{80:45}

En 1996, Bárcena y González en un estudio realizado en Barcelona, concluyeron que la prevalencia de depresión mayor en personas mayores de 65 años en la comunidad es del 10 al 20%, llegando al 25% en los institucionalizados.^{81:155} Un año después Ribera y Gil, señalaron que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores, aproximadamente del 13%, pudiéndose incrementar 2 o 3 veces en el caso de existir una enfermedad médica asociada. En el mismo año Calcedo enfatiza el hecho de que en la población de adultos mayores va aumentando la prevalencia de episodios depresivos, respecto a las

generaciones anteriores de personas mayores.^{82:190} Bobes, Saíz y González, señalan que la frecuencia de la depresión en el adulto mayor varía dependiendo del contexto donde se analice, de modo que las tasas de frecuencia más altas se obtendrían entre los ingresos psiquiátricos (50% del total de hospitalizaciones en población anciana), seguidas de ancianos bajo tratamiento por problemas somáticos, (en torno al 40%), en tercer lugar se encuentran las personas que habitan en residencias (entre 15 y 35%), después pacientes no psiquiátricos hospitalizados (10-20%) y finalmente los adultos mayores en comunidad (aproximadamente 10%).^{76:39}

Siguiendo con información española, en el 2003 se llevó a cabo en la Isla de Gran Canaria un estudio transversal en la población urbana mayor de 65 años en el que se midieron variables relacionadas con el estado de salud mental, siendo el objetivo principal la evaluación de la prevalencia de ansiedad y depresión en una muestra de 200 sujetos. Se encontró que si bien el 25% de la muestra presenta algún trastorno mental diagnosticado, los porcentajes se elevan considerablemente para la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión, lo que indica que los problemas de salud mental son muy prevalentes en los ancianos y con frecuencia no son correctamente diagnosticados.^{78:57}

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos. Los hallazgos de estas investigaciones muestran algunas discrepancias debido a diferencias en la definición del trastorno, a los instrumentos que se han utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio.^{83:35} Además, la mayoría de estos estudios han considerado a población adulta, es decir, no son exclusivamente dirigidos a adultos mayores. Uno de ellos fue el coordinado por la Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud –ambas a cargo de Secretaría de Salud–, así como por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la fuente Muñiz”. El objetivo del trabajo fue presentar las estimaciones de prevalencia de depresión en personas adultas, además del porcentaje de personas deprimidas que han sido diagnosticadas médicamente, a partir de los datos generados por la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño cuyo trabajo de campo se llevó a cabo entre noviembre de 2002 y marzo de 2003. Como resultados finales resalta que la prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. En el caso de las mujeres mayores de 60 años el porcentaje de afectadas alcanzó una cifra de 9.5% y en el caso de los hombres de la misma edad, el porcentaje de afectados fue del 5%. Que la prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad, además de que dada la alta prevalencia encontrada, la atención a los desórdenes afectivos en mayores de 60 años de edad debe considerarse un reto en la definición de prioridades del sistema de salud, fueron las principales conclusiones. Finalmente, se admite que la depresión es un padecimiento frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social.^{84:56}

Otro estudio dirigido a personas adultas estuvo a cargo de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde realizaron una investigación con el objetivo de explorar la relación entre algunas variables sociales y la presencia del trastorno depresivo en una muestra de población urbana de cuatro colonias del sur

de la ciudad de México: Topilejo, Isidro Fabela, San Pedro Mártir y en los barrios de San Juan y San Marcos. Se entrevistó un total de 555 hombres y 600 mujeres, Los resultados señalan que la mayor prevalencia se presentó en mujeres y en las poblaciones con menores recursos. Del mismo modo, las prevalencias fueron más elevadas entre los hombres y mujeres que perdieron a su pareja que entre sus contrapartes casadas.^{85:35}

Con respecto a estudios dirigidos exclusivamente a población de mayor edad, en Veracruz, la Coordinación de Educación e Investigación Médica del Hospital General de Zona No.36 del IMSS dirigió un proyecto con la finalidad de describir la ocurrencia de depresión y su relación con el sexo y la edad en el adulto mayor. Se incluyeron derechohabientes mayores de 60 años que asistían a consulta en el turno diurno, que sabían leer y escribir, siendo la muestra de 45 personas. Los resultados demuestran que la prevalencia de depresión se presentó en poco más de 50% de los encuestados. Los responsables de la investigación afirman que al igual que otros estudios realizados en adultos mayores de México, no se notificaron diferencias de la presencia de depresión vinculada al sexo, esto llama la atención debido a que la relación mujer hombre para presentar depresión es 2:1 en población general.^{86:3}

El Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública realizó en 2002 un estudio transversal, descriptivo, con una muestra intencional de 392 adultos mayores residentes de zonas rurales de los estados de Guerrero, Morelos y Jalisco, cuyo objetivo fue analizar los factores sociales asociados al estado de salud de hombres mayores de 60 años que viven en contextos de pobreza en áreas rurales de México. Los resultados de este estudio sugieren que el proceso de envejecimiento entre los hombres participantes es percibido como una carga, fundamentalmente debido al contexto de pobreza en que viven. Entre las conclusiones resalta que la falta de ingresos suficientes y acceso a servicios de salud a través de planes de pensión y jubilación adecuados para los ancianos que viven en pobreza, es un problema que requiere de atención inmediata.^{87:294}

A cargo del mismo Instituto, la Dirección de Determinantes y Retos del Sistema de Salud desarrolló un estudio cuyo objetivo era explorar la experiencia de envejecimiento de hombres y mujeres mayores de 60 años, que viven en contextos rurales de pobreza en los estados de Guerrero y Morelos, para lo cual se aplicaron 11 entrevistas semiestructuradas - seis hombres y cinco mujeres-, con base en una guía especialmente diseñada. Dentro de los resultados se identificó que la situación de pobreza influye significativamente en la vivencia del envejecimiento, pues en la exploración de los significados de la vejez, se observó que estos fueron en general negativos y estuvieron muy influenciados por la condición de pobreza, salud y género. Finalmente, los investigadores de este proyecto consideran que otro factor determinante en el proceso de envejecimiento es el contexto específico en el cual se envejece; en este caso, rural y pobre, pues indudablemente determina el modo de vida de las personas.^{72:37}

Es así como la insuficiente disponibilidad de información restringe la posibilidad de determinar datos con exactitud acerca de la prevalencia de depresión geriátrica. Elementos de tipo metodológico son los que principalmente generan la imprecisión epidemiológica presente y que lamentablemente conduce a desenlaces poco favorables para el país.

2.2 Teorías de la depresión

Desde luego, el análisis del padecimiento desde diversos enfoques ha originado la elaboración de modelos teóricos que buscan, a través de sus postulados, explicar la etiología y características del mismo, con miras a la intervención fundamentada y oportuna. Distintos autores han puesto de manifiesto que, al igual que para otros grupos de edad, lo más apropiado para la comprensión de este fenómeno es la adopción de un modelo biopsicosocial, que al incluir simultáneamente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales permita comprender, evaluar y tratar los diversos factores que interactúan en la depresión.^{88:113} A continuación se enuncian las principales teorías explicativas de la depresión.

Teorías biológicas

Los hallazgos sobre la influencia de los factores bioquímicos en la depresión proceden de dos distintas áreas: por un lado, la investigación básica sobre los sistemas nervioso central y endócrino y, por otro, los efectos sobre la depresión de algunos fármacos. Desde este punto de vista, tanto el exceso o déficit de neurotransmisores como la dopamina y serotonina principalmente, así como las modificaciones en el sistema endócrino –que media la respuesta del estrés- son factores decisivos en el desencadenamiento y desarrollo de la depresión.^{88:113} Fármacos como los antihipertensivos o tranquilizantes, pueden ser también los causantes de algún desajuste bioquímico influyente en el estado anímico de la persona. Aunado a estos, la postura biologicista subraya las dificultades que implica vivir con un cuerpo que envejece, en el que las ocasiones de disfrutar físicamente se disminuyen, por lo que pareciera natural ver al anciano como un candidato potencial a la depresión.^{89:67}

Teorías conductuales.

Una de las teorías conductuales más reconocidas es la fundamentada en los trabajos de Ferster, quien postula que la depresión se encuentra funcionalmente relacionada con una baja tasa de refuerzos. En este sentido, sugiere el análisis funcional de la conducta como el método para evaluar y modificar las variables relevantes del trastorno depresivo. Es decir, la evaluación de la depresión desde este modelo supone un análisis funcional para cada sujeto que permita establecer sus actividades reforzantes y sus actividades de evitación.^{88:114}

Similar a la teoría de Ferster, puesto que considera también que la depresión se debe a una baja tasa de refuerzos, es la desarrollada por Lewinsohn, para quien la depresión es el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzadas. Según este esquema, es simplemente la falta de refuerzos adecuados o de experiencias agradables lo que produce los síntomas depresivos, los cuales se mantienen inicialmente por las condiciones ambientales que recibe la persona hasta que, en una fase posterior, estas conductas son aversivas para su medio social provocando rechazo.^{88:114} Igualmente, bajo esta teoría es prioritario identificar las actividades reforzantes que, para el caso de los adultos mayores, disminuyen en medio de un periodo de pérdidas frecuentes, propiciando síntomas depresivos. No obstante, dicha identificación, y por ende, el desarrollo de las actividades, pueden verse limitadas debido a las concepciones negativas del *viejismo*, pues la legitimación de estas ideas dificulta la valoración y el reconocimiento de los logros y éxitos realizadas durante la vejez.

La teoría de la indefensión aprendida propuesta por Martin Seligman, a pesar de las críticas encaminadas a su fundamentación, sigue siendo una postura recurrente entre las investigaciones de la depresión. Está basada en experimentos con ratas expuestas a repentinas descargas eléctricas, que luego de un periodo determinado se mostraban indefensas y resignadas ante los daños recibidos, ya que todos sus intentos para escapar eran totalmente fallidos e inútiles ante las inesperadas descargas. De acuerdo a esta teoría las personas que presentan ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a sí mismos como indefensos, al mismo tiempo que desarrollan síntomas depresivos.^{88:115} Esta indefensión aprendida afecta la visión que tiene la persona con respecto al mundo y a su forma de comportarse; se hacen apáticas, retraídas y desesperadas.^{28:336} Bajo este modelo resulta prioritario que la persona afectada logre percibir su capacidad real de control sobre las circunstancias y su comportamiento, asumiendo responsabilidades y la actitud pertinente para hacer frente a las situaciones adversas que amenazan su bienestar mental.

Teorías psicoanalíticas

La escuela psicodinámica liderada por Freud propuso inicialmente un modelo de la depresión basado en la agresividad dirigida hacia el interior, en el que el origen del trastorno se debía a algún problema en la expresión exterior de la agresividad, volcándose entonces hacia el interior provocando la enfermedad depresiva.^{82:179} Posteriormente Freud desarrollo el concepto de la imagen del objeto perdido (que puede ser un objeto abstracto, tal como el status profesional) el cual es eventualmente introyectado y llega a ser parte de uno mismo. Subsecuentemente la ira por el objeto se dirige a uno mismo y se produce un sentimiento de culpabilidad que a su vez provoca pérdida de la autoestima y una necesidad de castigarse (fundamento del desorden afectivo).^{90:108}

Otro modelo es el propuesto por Bowlby, cuya explicación teórica alude también a la pérdida de un objeto. Ubica al origen del padecimiento en el significado que tiene para la persona el objeto perdido, involucrando temas como el apego y desapego afectivo. Afín a esta propuesta, existe un enfoque más basado en la perspectiva de la depresión como una crisis en la autoestima, debido a diversas causas como las pérdidas simbólicas que implican poder, status, roles y valores.^{82:179}

Teorías cognitivas

El principal exponente de esta corriente teórica es Beck, quien sugiere que la depresión se sustenta en un estilo atribucional de pensamiento en el que predominan cogniciones negativas; propone por tanto un sistema terapéutico en el que se intente la transformación de este estilo, lo que conllevará a una mejoría del cuadro depresivo.^{82:180} Es decir, la persona debe encontrar los pensamientos y esquemas concretos que están respaldando la generación de ideas negativas con respecto a la visión personal, del mundo y del futuro. Así, la depresión es consecuencia de estructuras cognitivas erróneas o inapropiadas, porque determinados estados de ánimo provocan una visión distorsionada de la realidad. Los pensamientos equivocados suelen ser persistentes, involuntarios y compatibles con las situaciones que se plantean a las personas.^{91:156}

Teorías según el conductismo paradigmático

A cargo de Staats y Heiby, señala que las manifestaciones características de la depresión pueden ser vistas como una función de los repertorios básicos de conducta y/o de las circunstancias ambientales que acontecen al sujeto, como a ciertos componentes biológicos. Debido a su concepción en la que se acepta la multicausalidad del padecimiento, se considera que la importancia de este modelo radica en su valor heurístico, con la consideración en cada sujeto de las potenciales variables explicativas formuladas desde los distintos modelos de la depresión.^{88:115}

2.3 Sintomatología

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo que produce una serie de modificaciones en las vivencias emocionales de quien la padece. Además de afectar el área emocional, produce una serie de alteraciones en diferentes funciones fisiológicas como son la alimentación, la función sexual, el dormir y el nivel de energía entre otras; el área cognoscitiva también es alterada, generando fallas de memoria, dificultad para concentrarse y pensamientos erróneos.^{75:74} No obstante, sentirse triste o desanimado por alguna situación transitoria no es suficiente para diagnosticar depresión, ya que debe comprobarse que existe un sentimiento de malestar a causa de la presencia de síntomas depresivos con una duración de dos o más semanas, según lo establecen los criterios del DSM-IV.^{92:333} (Cuadro 6).

Cuadro 6
Episodio Depresión Mayor

- A. Presencia de la sintomatología durante al menos dos semanas de forma continua, representando un cambio con respecto al funcionamiento previo de la persona.
Cinco de los siguientes entre los cuales deben estar necesariamente el 1 o el 2.
 - 1. Estado de ánimo deprimido
 - 2. Disminución de interés o capacidad para el placer
 - 3. Pérdida o aumento de peso
 - 4. Insomnio o hipersomnia
 - 5. Agitación o retraso psicomotor
 - 6. Fatiga o pérdida de energía
 - 7. Sentimiento de culpa o inutilidad excesiva
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
 - 9. Ideación suicida
- B. Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto.
- C. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas o causan un deterioro en el funcionamiento de la persona.
- D. Los síntomas no se deben a sustancias o enfermedades
- E. Los síntomas no se deben a procesos de duelo

FUENTE. Adaptado de los criterios DSM-IV⁹²

Algunos autores han sugerido que el perfil de síntomas visto comúnmente en los mayores representa un subtipo propio de depresión, y que las características diagnósticas descritas, tanto en el DSM IV y en el ICD- 10, detallarían el perfil sólo de sujetos adultos, por lo que no sería

totalmente válido para describir las características diagnósticas de la depresión en el adulto mayor.^{93:197} El término de depresión es utilizado ampliamente para describir al síndrome que incluye una constelación de manifestaciones fisiológicas, afectivas y cognoscitivas. Sin embargo, los síntomas son a menudo desconocidos en la gente de mayor edad, debido a que la depresión en ancianos se deriva de diversas fuentes y se presenta de muchas maneras.^{94:35} Así, para muchos adultos mayores es común experimentar una sensación vaga, crónica de desaliento e inutilidad a tal grado que pueden esperar pasivamente la muerte como si fuera su único consuelo.^{95:115}

Los adultos mayores conforman un grupo eminentemente heterogéneo en comparación con grupos más jóvenes. De modo similar el cuadro clínico de la depresión puede ser más heterogéneo en la vejez. A menudo se presenta diferente que la depresión en jóvenes, por lo que la gente de edad avanzada puede presentar pocos síntomas, o síntomas diferentes a los requeridos cuando se diagnostica depresión mayor en adultos de menor edad.^{96:55} Beck categoriza a los síntomas de la depresión en: manifestaciones emocionales, cognoscitivas, neurovegetativas y físicas, y motivacionales, además de los delirios, alucinaciones, el retardo psicomotor y la agitación (Cuadro 7).

Cuadro 7
Síntomas de la Depresión

| | |
|--|--|
| Manifestaciones emocionales | <ul style="list-style-type: none"> - Ánimo abatido - Sentimientos negativos hacia sí mismo - Insatisfacción - Indiferencia afectiva - Pérdida del sentido del humor |
| Manifestaciones Cognoscitivas | <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Previsiones negativas (desesperanza) - Autoacusación y autocrítica - Indecisión - Distorsión de la imagen corporal |
| Manifestaciones Motivacionales | <ul style="list-style-type: none"> - Parálisis de la voluntad - Deseos de evasión, escape y aislamiento - Deseos suicidas - Aumento de la dependencia |
| Manifestaciones Neurovegetativas y Físicas | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida del apetito - Trastornos del sueño - Disminución de la libido - Fatiga |
| Delirios | <ul style="list-style-type: none"> - Delirio de insignificancia - Crimen y castigo - Delirio nihilista - Delirio somáticos - Delirio de pobreza |
| Alucinaciones | |
| Retardo Psicomotor | |
| Agitación | |

FUENTE. Beck, A.T., 1976 ^{97:55}

Los emocionales aluden a los cambios en los sentimientos de la persona o en su conducta externa directamente atribuibles a su alteración emocional. Es conveniente mencionar que aunque el sentimiento más característico en las personas deprimidas es el ánimo abatido, en las personas mayores esto no es tan habitual, sino que tal abatimiento se refleja en aspectos como el retraimiento social. En cuanto a los cognoscitivos, el anciano con depresión sufre distorsiones sobre sí mismo y su medio social, pero sobre todo resaltan los problemas de memoria y concentración. Los síntomas físicos son enfatizados en la vejez y como ejemplo se encuentran la alteración del sueño, del apetito y demás quejas hipocondríacas. Finalmente, en las manifestaciones motivacionales, se observa lo que Beck denomina como naturaleza regresiva, en la cual el adulto mayor generalmente evita las actividades más exigentes en cuanto a responsabilidad e iniciativa se refiere, incrementando situaciones de dependencia y pasividad.⁹⁷ Particularmente, entre los adultos mayores se presentan con mayor frecuencia algunas manifestaciones como son la apatía, la pérdida de interés por el medio social, la irritabilidad, el pesimismo y la actitud de desesperanza hacia el futuro.

Asimismo, las ganas de llorar y los sentimientos de soledad son mayores entre las personas de edad avanzada afectadas por el padecimiento, pero son quizá las quejas somáticas y los síntomas hipocondríacos los signos más reportados entre las personas mayores de 65 años (Cuadro 8). Aunque los sentimientos de culpa son menos frecuentes en los ancianos con depresión que en otros grupos de edad, estos pacientes experimentan más preocupaciones relacionadas con la carga que ellos mismos suponen para su familia y amigos.^{98:21}

Cuadro 8

Síntomas de la depresión en adultos mayores con respecto a personas de menor edad

- Síntomas depresivos sin ajuste a categorías diagnósticas
- Mayor número de quejas somáticas relacionadas con dolores (somatizaciones)
- Mayor presencia de síntomas hipocondríacos
- Mayor irritabilidad, preocupación y ganas de llorar
- Mayor frecuencia de sentimientos de indefensión e inutilidad
- Mayor sentimiento de soledad y remordimiento
- Mayor descenso de la satisfacción por la vida
- Mayor pérdida de interés por actividades que antes le gustaban
- Mayor pérdida de interés por el medio social (retraimiento)
- Mayor frecuencia de problemas gastrointestinales y estreñimiento
- Mayor dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Menor pérdida de autoestima
- Menor frecuencia de sentimientos de culpa
- Menor frecuencia de cambios de apetito y pérdida de peso
- Menos humor deprimido

Es así como los síntomas somáticos se traducen como los más característicos y por tanto útiles a la hora de diferenciar a la gente deprimida de la que no lo está, ya que como se puede apreciar, los síntomas físicos como la fatiga, la disminución de la libido o de energía para realizar sus actividades, resultan fácilmente confundibles con los cambios propios del envejecimiento normal.

Lo cierto es que no existe unanimidad en la literatura sobre si hay síntomas específicos y diferenciales en la depresión del anciano. En general, se puede decir que los síntomas son superponibles a los de personas jóvenes, con la salvedad hecha a la mayor frecuencia de aparición de síntomas somáticos que pueden obedecer a una expresión sintomática particular o al aumento de la intensidad o el sentimiento subjetivo de molestias reales subyacentes.^{99:5}

2.4 Etiología y factores de riesgo

La depresión del anciano, con independencia de la forma clínica que adopte, debe considerarse como el resultado de distintos factores heterogéneos que actúan en el terreno personal, de modo que las causas, al igual que en individuos de menor edad, son de carácter biopsicosocial.^{99:3} Debe recordarse que el proceso de envejecimiento es una etapa de frecuentes cambios y pérdidas, y que de no tener los recursos y la capacidad de adaptación suficiente para librar tales sucesos, se corre el riesgo de desarrollar el trastorno afectivo de la depresión. Son pues distintas las causas del padecimiento en el adulto mayor, pero sin duda se pueden encontrar inmersas en la clasificación etiológica descrita por Fernández Ballesteros y retomadas en el Cuadro 9.

Cuadro 9
Etiología de la depresión en personas mayores

| | |
|---------------------|---|
| <p>Biológicas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades: Hiper-hipotiroidismo, patologías cardiovasculares, cáncer, dolor crónico, enfermedades del SNC, enfermedades crónicas, insomnio, etc. - Neurotransmisores. Cambios en los niveles de dopamina, norepinefrina y serotonina - Fármacos: Antihipertensivos, antiparkinsonianos, tranquilizantes, etc. - Otros: Consumo de drogas, alcohol, etc. |
| <p>Psicológicas</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Personalidad: <i>depresiva</i>, con ideas y sentimientos de inutilidad y desesperación; <i>hipocondriaca</i>, centrándose de forma excesiva en la salud y exagerando dolencias reales e imaginarias; <i>paranoide</i>, con ideas de sospecha, celos y actitud defensiva |
| <p>Sociales</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Baja tasa de refuerzos positivos con ausencia de realización de actividades agradables y reforzantes para la persona - Alta tasa de castigos o de acontecimientos desagradables - Jubilación, con pérdida de actividad profesional y de relaciones con compañeros de trabajo - Cambio de hábitos y de estilo de vida - Pérdida de seres queridos - Dificultades económicas |

FUENTE. Fernández Ballesteros, R; 1999.^{100:166}

Por lo tanto, la predisposición a padecer depresión en la población de mayor edad está relacionada con los cambios estructurales acontecidos con la edad, la presencia o ausencia de polipatología y polifarmacia, aspectos genéticos, pérdidas afectivas y recursos sociales y personales, sobre todo al considerar que existe evidencia que señala que las personas de mayor edad tienen mayores posibilidades respecto a otros grupos de edad, de perder relaciones sociales

de apoyo. Todo ello supondría que, potencialmente, las personas ancianas contarían con menos recursos para afrontar un periodo de la vida en el que hay que resolver nuevas situaciones y demandas ambientales, algunas de ellas difíciles y estresantes.^{100:170}

En cuanto a los factores genéticos se puede decir que son de poca influencia en el inicio o desarrollo del padecimiento en la vejez, pues se ha observado que la carga genética repercute mayoritariamente, con un importante componente hereditario, en la depresión de inicio temprano y no en la senil. Por otra parte, de los factores de riesgo asociados a la depresión, son los psicosociales los de mayor fuerza y se evalúan a través de las siguientes variables: género, tipología familiar, apoyo social, actividad física, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil, percepción del estado de salud, entre otras.^{101:133}

En el entendido de que las experiencias de vida indudablemente marcan pautas importantes en la estabilidad emocional, existen sucesos vitales con alta probabilidad de fungir como detonantes de trastornos emocionales. Entre los eventos más comunes y estresantes correlacionados con la depresión se encuentran las enfermedades físicas, las muertes de familiares o personas allegadas, crisis financieras, conflictos familiares, pérdidas, y la necesidad de institucionalización (Cuadro 10). Sin embargo, la asociación entre los eventos de vida y los síntomas de depresión parece ser menor y transitoria explicando mejor la aparición de estos síntomas otros factores, e.g. previa sintomatología. En general, las variables que suelen acentuar o no la sintomatología depresiva son la falta de recursos personales, la capacidad de adaptación, el apoyo social, el género y la etnicidad.^{102:214}

Cuadro 10
Situaciones estresantes asociadas a la depresión en la edad avanzada

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ Mayor frecuencia de situaciones aversivas o factores sociales adversos.○ Enfermedad física, incapacidad funcional, severidad del dolor, escasa o nula percepción de control sobre el dolor y la salud física.○ Viudedad y pérdida de familiares y/o amigos o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo.○ Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas.○ Déficit de recursos económicos, admisión de necesidad de ayuda económica. | <ul style="list-style-type: none">○ Falta de apoyo social, vivir solo o pasar el día solo, falta de un confidente íntimo; falta de apoyo familiar y/o institucional.○ Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, con el resultado de la deprivación de las situaciones reforzantes unidas a estos sucesos (práctica laboral, aficiones, deportes, etc.).○ Ser cuidador primario de un familiar enfermo (por ejemplo demencia).○ Problemas con amigos o la persona querida. |
|---|--|

FUENTE. Andrés Navia, V.; Bas Ramallo, F., 2000.^{79:112}

En este sentido, los trastornos depresivos constituyen un excelente ejemplo de trastornos mentales en los que tiene importancia el componente etiológico ambiental.^{98:105} Sobre todo cuando el contexto agudiza determinadas situaciones de vulnerabilidad en las que surgen amenazas constantes a la salud física y mental. A este respecto, las relaciones entre el síndrome depresivo y las principales variables sociodemográficas se pueden manifestar de distintas formas, sin embargo, se han presentado algunas coincidencias en los resultados de estudios en donde se consideran los datos sociales. Ejemplo de esto, y concretamente referente al sexo, es que se ha reportado una mayor prevalencia de la sintomatología depresiva en mujeres en comparación con los hombres, no así en el caso de los adultos mayores, pues en este tipo de población aún no se ha reportado gran diferencia, sobre todo porque en algunos estudios incluso se ha detectado mayor prevalencia en hombres, o no es muy consistente la diferencia; aún menor es la información de depresión en hombres y mujeres de mayor edad bajo un contexto rural.

Otra condición de gran significado en el bienestar físico y psíquico de la población de 60 años y más depende del estado civil, dada la soledad por separación de pareja, divorcio o viudez o viceversa, la compañía de la pareja.^{83:204} Los estudios realizados en relación al estado civil y el desarrollo de trastornos afectivos revelan que las personas viudas y del sexo masculino constituyen el principal grupo de riesgo.^{103:22} Asimismo, la ocupación del adulto mayor resulta trascendente en su estado de ánimo, además de ser un indicador clásico del nivel socioeconómico debido a que se relaciona directamente con los ingresos y el modo de vida. Sin embargo, la educación constituye aún un mejor indicador debido a que es más estable y exacta que la ocupación y el ingreso económico.^{68:122} No obstante, a pesar de que estas últimas dos variables refieren de manera inmediata datos socioeconómicos, son también indicadores importantes del estado de ánimo del adulto mayor debido a la carga simbólica que alude al hecho de sentirse útil e independiente, socialmente hablando.

Las características sociodemográficas han demostrado gran influencia en la demanda y uso de servicios de salud mental en la población en general. Sexo, edad, raza, educación, estado civil, lugar de residencia y actitudes hacia los servicios de salud ejercen efectos independientes sobre la posibilidad de seguir el cuidado de la salud mental. Por ejemplo, el nivel socioeconómico puede llegar a determinar el acceso tanto a la atención primaria como a la salud mental. Igualmente la localización geográfica puede ser un importante factor que determine el acceso adecuado para la atención de la depresión en adultos mayores.^{104:28} Este tipo de limitaciones físico geográficas se presentan frecuentemente como una constante en el medio rural, en donde las múltiples carencias que prevalecen en dicho medio, promueven entre sus habitantes el desarrollo de una gran tolerancia al sufrimiento físico y emocional.^{105:69} Muchos adultos mayores viven solos en comunidades rurales carentes de la gama de servicios sanitarios (incluyendo los de salud mental). Las largas distancias para acceder a los servicios en complemento con el mal clima, la carencia de transporte público y las inadecuadas condiciones de los caminos disminuyen o nulifican la atención a su salud.^{106:24} Esto, debe ser tomado en cuenta con la debida atención y urgencia que reclaman dichas condiciones, aun cuando se sabe que existe una mayor incidencia de depresión en la zona urbana que en la rural.^{107:39}

En este orden de ideas, la depresión en el adulto mayor puede encontrar su origen en múltiples factores de índole física, psicológica o social, sin embargo, existen situaciones de riesgo que potencian la posibilidad del desencadenamiento del trastorno, de ahí la importancia de identificar la condición personal y contextual de la persona con miras a la prevención, o bien, al tratamiento cuando el padecimiento ya ha afectado al adulto mayor.

2.5 Diagnóstico

El reconocimiento de la depresión senil es particularmente difícil. Tanto los profesionales de la salud como los mismos adultos mayores pueden atribuir los síntomas depresivos a procesos inherentes al envejecimiento. El padecimiento suele unirse a una pérdida de memoria y a la de otras funciones intelectuales, de modo que la presencia concomitante de deterioro cognitivo puede dificultar la identificación de los síntomas, sin olvidar además que la vejez suele coexistir con múltiples enfermedades, haciendo más complejo el diagnóstico y tratamiento del trastorno en este grupo de población.^{108:225} Por ejemplo, la depresión se presenta en el cuadro sintomático de los tumores cerebrales, la anemia, los accidentes vasculares cerebrales menores, la enfermedad precoz de Parkinson, el cáncer, la enfermedad cardiovascular, y otras enfermedades graves.^{30:193} También, el énfasis en las preocupaciones somáticas y cognoscitivas por parte de los deprimidos puede distraer el diagnóstico exacto, así como provocar que se confundan los síntomas.^{96:56}

Actualmente, el sistema de diagnóstico más utilizado es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R; American Psychiatric Association), donde, como ya se mencionó, se hallan los criterios diagnósticos clínicos que integran los síntomas depresivos, derivados de datos obtenidos predominantemente de población joven, lo que representa fallas en la determinación de la sutileza y variedad de la manifestación de la depresión en adultos mayores, y por tanto, fallas clínicas en el diagnóstico y tratamiento en dichas condiciones.^{96:55} Por lo tanto, el diagnóstico no puede basarse exclusivamente en los criterios y procedimientos clínicos habituales, debido a los cambios propios del envejecimiento y a las especiales características que puede presentar el trastorno durante la vejez. Debe tomarse en cuenta además que el adulto mayor puede tener dificultad para expresar sus emociones y sentimientos debido a que lo considere como algo muy personal e íntimo, máxime si se considera el respaldo cultural de la persona mayor.

En este sentido, el diagnóstico debe fundamentarse en una amplia evaluación que considere tanto los aspectos médicos como los psicosociales. Debe realizarse por supuesto una adecuada historia clínica, pero además se debe analizar su situación de vida, desde el punto de vista del adulto mayor y desde el de personas allegadas como pueden ser sus amigos, vecinos y evidentemente su familia. Sólo de esta forma se hallará mayor certeza en el diagnóstico diferencial entre el padecimiento y las fluctuaciones normales del humor, el envejecimiento normal, las depresiones circunstanciales, los procesos de duelo, los trastornos de ansiedad y del sueño, o los síntomas depresivos secundarios a una enfermedad psiquiátrica (como la demencia) o física. Lo anterior considerando la interrelación frecuente que existe entre la depresión y la demencia, la cual supone un gran desafío debido a la dificultad de precisar el diagnóstico, no obstante que existen especificidades que permiten realizar la diferencia. (Cuadro

11). El énfasis de esta relación está en evitar el diagnóstico erróneo de demencia en ancianos que presentan depresión con deterioro cognitivo asociado, la denominada *pseudodemencia*, término utilizado para indicar el déficit cognoscitivo que aparece en la depresión, y que desaparece luego del tratamiento en los síntomas del estado de ánimo.^{109:4} Puede ser que en muchos aspectos el término de *pseudodemencia* resulte ser poco satisfactorio, sin embargo, en la literatura al respecto sigue siendo muy utilizado.^{110:569}

Cuadro 11
Características diferenciales de demencia frente a la pseudodemencia

| | <i>Pseudodemencia</i> | <i>Demencia</i> |
|---|-----------------------|-------------------------|
| Momento de inicio | Repentino y preciso | Insidioso |
| Progresión de los síntomas | Rápida | Lenta |
| Historia personal de trastorno afectivo | Presente | Ausente |
| Antecedentes familiares | Presentes | Ausentes |
| Síntomas afectivos | Presentes | Afecto superficial |
| Quejas de dificultades cognitivas | Presentes | Escasas |
| Esfuerzo para realizar tareas | Pequeño | Grande |
| Auto-reproche | Presente | Ausente |
| Deterioro cognitivo tras tratamiento de depresión | Mejora | No mejora |
| Respuestas “no sé” | Habituales | Infrecuentes |
| Deterioro de memoria reciente y remota | Similar | Más de memoria reciente |
| Lagunas de memoria | Presente | Ausentes |
| Atención y concentración | Conservadas | Disminuidas |
| Síntomas neurológicos | Ausentes/raros | Presentes |
| Tests neurológicos | Normales | Anormales |

FUENTE. Bobes, J.; Sáiz, PA.; González, MP; Bousño, M. 1997.^{76:43}

Precisamente la *pseudodemencia* es, según Ferrey, Le Goues y Bobes, parte de la depresión tramposa, la cual recibe su término debido a que los síntomas depresivos se ocultan tras otras situaciones como pudiera ser la presencia de un repentino mal humor, caracterizado por una excesiva irritabilidad y una permanente actitud agresiva hacia sus familiares y gente que le rodea, pero que en realidad significa una demanda de apoyo o atención.^{89:67} Esta necesidad afectiva suele presentarse también luego de algún padecimiento. Asimismo, la depresión puede ser de forma enmascarada, esto es cuando los adultos mayores no presentan alteraciones afectivas visibles pero sí un amplio reporte de dolores o trastornos orgánicos.

Ahora bien, aunque la depresión afecta a los ancianos más que algún otro problema de salud mental, afortunadamente, un cuerpo cada vez mayor de evidencias sugiere que los tratamientos para los adultos mayores depresivos son muy efectivos, ya sea a base de medicamentos, psicoterapia o la combinación de los dos.^{111:200} Resumidamente, la detección correcta y temprana de la depresión es fundamental por múltiples razones. En primer lugar, es básico para detectar posibles etiologías reversibles o tratables. En segundo, para la administración adecuada y temprana de fármacos que pueden enlentecer su proceso. Y en tercer lugar, para proporcionar información sobre la enfermedad a los familiares e introducirlos en programas terapéuticos grupales o individuales que les facilite un mejor afrontamiento de la enfermedad de su familiar, así como mejorar su cuidado.^{112:32}

CAPÍTULO III
PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES: EL CASO DE UNA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE TEPOZTLÁN, MORELOS

3.1 Contexto: Municipio de Tepoztlán

Al nombre del Tepoztlán se le han atribuido distintos significados. Es considerada una palabra que derivada de la lengua náhuatl y que viene de *Tepoztecatl* (divinidad náhuatl) y *tlan* (junto a), significando: "en compañía de Tepoztécatl". Algunos autores piensan que significa "Lugar del hacha de cobre", posiblemente como referencia al hacha que formaba parte del atuendo del dios tutelar del lugar, llamado Ometochtli-Tepoztecatl,¹¹³ mientras que la Secretaría de Turismo explica que deriva de los vocablos de la lengua náhuatl *tetl* que significa "piedra", *puztequi* que significa "quebrar" y *tlan* que es un locativo que se utiliza para hacer referencia a un lugar, de modo que Tepoztlán quiere decir: "Lugar de las piedras quebradas".¹¹⁴



Figura 5 . Pirámide del Tepozteco¹¹⁵

El municipio forma parte del Parque Nacional "El Tepozteco", creado mediante decreto presidencial, emitido por el entonces presidente Lázaro Cárdenas, el 22 de enero de 1937, para destinar la zona a la conservación y protección de flora, fauna y vestigios arqueológicos, y declarado en 1988 como área de protección de flora y fauna del Corredor Biológico Chichinautzin. Su mayor atractivo radica en sus condiciones naturales, zonas arqueológicas, así como en sus construcciones de interés cultural e histórico, distribuidas en algunas de sus localidades por lo que se constituye como uno de los municipios de mayores atractivos para el turismo en el estado de Morelos.¹¹⁶

El centro se divide en ocho Barrios: Barrio de San Miguel, Barrio de San Sebastián, Barrio de Los Reyes, Barrio de San Pedro, Barrio de Santa Cruz, Barrio de La Santísima Trinidad, Barrio de Santo Domingo y el Barrio de San José. A pesar de que en conjunto representan la zona urbana del municipio, conservan costumbres y tradiciones de sus orígenes rurales, sobre todo de orden religioso y de fiestas populares. También, un total de siete poblados, varias colonias y grupos de población de reciente formación integran al municipio. Los pueblos de Amatlán de Quetzalcóatl, Santo Domingo Ocotitlán, San Juan Tlacotenco, Santa Catarina, San Andrés de la

Cal, Santiago Tepetlapa, e Ixcatepec conforman el área rural. Las colonias más reconocidas son: Obrera, Bocanegra, Huilotepec, La Navidad, Santa Cecilia, Xisco, Acolapa, Ocotes y Palo Azul entre otras. La cabecera municipal es Tepoztlán y corresponde al área urbana donde reside el Ayuntamiento Municipal que es auxiliado por las Ayudantías.¹¹⁷



Figura 6. Tepoztlán centro ¹¹³

El Municipio de Tepoztlán se sitúa al norte del estado de Morelos a 21 km de la ciudad de Cuernavaca -capital del estado- y aproximadamente a 70 km. del Distrito Federal (delegación Milpa Alta). Tiene una extensión de 292 kilómetros cuadrados, lo que representa el 5.2 por ciento de la superficie total del estado de Morelos. Colinda al norte con el municipio de Huitzilac, Distrito Federal y el municipio de Tlalnepantla; al este con los municipios de Tlalnepantla, Tlayacapan y Yautepec; al sur con los municipios de Yautepec y Jiutepec, al oeste con los municipios de Jiutepec, Cuernavaca y Huitzilac.¹¹⁸



Figura 7. Ubicación de Tepoztlán ¹¹⁹

Por otra parte, Tepoztlán se encuentra en el Eje Neovolcánico, cadena montañosa de origen volcánico que corre del Océano Pacífico al Golfo de México que se caracteriza por presentar volcanes de reciente formación con los picos más altos de México. Se comunica con el Distrito Federal por la autopista México-Cuernavaca, en su desviación a Cuautla y por la carretera Federal Milpa Alta-Cuautla en su desviación a Oaxtepec y Oacalco.¹²⁰

La historia de Tepoztlán aún no ha podido definirse con precisión ya que no existe suficiente material histórico que sirva como base para conocer esta información con la mayor exactitud posible. Se desconoce quienes fueron los primeros pobladores, pero se dice que en sus inicios, Tepoztlán fue "lugar de paso" entre el altiplano central y lo que hoy conocemos como el estado de Morelos.¹¹⁷

3.1.1 Estructura física e infraestructura

Tepoztlán ocupa un área montañosa y otra plana y da lugar a 7,265 hectáreas de bosque, perteneciente al parque nacional "El Tepozteco". Presenta climas semicálidos, húmedos y templados en las partes bajas y subhúmedos en las laderas de la sierra, por lo que existe una variedad de ecosistemas. Del total de la superficie del municipio, se utilizan: 4,512 hectáreas para uso agrícola, 11,965 hectáreas para uso pecuario y 8,531 hectáreas para uso forestal. En cuanto a la tenencia de la tierra, se puede dividir en: 2,100 hectáreas propiedad ejidal; 23,800 hectáreas propiedad comunal y 1,757 hectáreas propiedad particular.¹²¹



Figura 8. Cordillera montañosa "El Tepozteco"¹²¹

Entre la fauna silvestre de la región destaca la presencia de animales como el tejón, armadillo, tlacuache, zorrillo, cacomixtle, ardilla, conejo, coyote, además de aves como la calandria, aguililla, colibrí, zopilote, poxahcua, primavera y el zopilote. El té negro, albahaca, manzanilla, flor de saul, gordo lobo, jarilla, altareina, floripondio, ruda, romero, ajeno, entre otras, integran la flora característica del municipio, al igual que los amates, encinos, helechos y musgos de las zonas húmedas. Es precisamente gracias a esta diversidad, que los pobladores rurales utilizan con frecuencia los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional.¹¹⁶

Cuenta con algunos manantiales que abastecen de agua potable a los principales poblados. El arroyo de Atongo, cuya trayectoria va de norte a sur y se flexiona únicamente para salvar los obstáculos que presentan las montañas, atraviesa el municipio, aunque cabe mencionar que en los últimos años el periodo de sequía intenso ha generado la falta de agua en el mismo.¹²¹

La infraestructura carretera permite la comunicación con las ciudades de México, Cuernavaca, Cuahtla y Yautepec, así como los pueblos que forman parte del municipio. Se cuenta con servicio de teléfono convencional, correo, telégrafo e internet –aunque en las zonas rurales disminuye su disponibilidad, e.g. el pueblo de San Juan Tlacotenco en donde no existe ningún café internet-; en el caso de la telefonía celular, existe cobertura parcial debido principalmente a las montañas del lugar que obstaculizan la buena recepción; las señales de radio comercial cubren la zona en frecuencias AM y FM.¹¹⁷

Para las zonas rurales de Tepoztlán, la agricultura sigue siendo la principal actividad económica, de la que se obtienen productos como: maíz, jitomate, calabaza, nopales, flores, entre otros, por lo que la comida tepozteca conserva en su inventario platillos cuya elaboración se remonta a la época prehispánica, como es el caso de las tortillas, tamales, atole, calabaza cocida, frijoles y diferentes estilos de salsas. Sin embargo, el turismo representa actualmente una importante fuente de ingresos para la población en general, así por ejemplo la población urbana se favorece de las actividades de los servicios y la población rural frecuentemente se inserta en las del comercio, donde ofrecen sus productos agrícolas y artesanales principalmente, destacando la venta de frutos como son: ciruela, durazno, aguacate, guayaba, naranjo, lima, níspero, café, huaje, y zapote, traduciéndose como un importante apoyo para el sustento familiar. Al respecto, es preciso decir que Tepoztlán cuenta con pequeños comercios que sólo permiten el abasto de productos indispensables como son, alimentos, ropa y calzado, de modo que para obtener productos en mayor cantidad y variedad se tiene que viajar a los centros y plazas comerciales de las diferentes ciudades que se encuentran en los alrededores del municipio.

Uno de los principales problemas de Tepoztlán lo protagoniza la ineficacia de sus servicios públicos, reflejada tanto en la deficiente asistencia de energía eléctrica, como en la falta de drenaje para el desalojo de aguas negras, motivo por el cual la población debe recurrir a la construcción de fosas sépticas, pozos de absorción de aguas sucias, y otros, como es la utilización de los baños secos en el pueblo de San Juan Tlacotenco. Incluso, algunos lugareños de las zonas rurales del municipio -principalmente aquellos que viven en las orillas de las barrancas o en las partes aisladas de los poblados- ni siquiera utilizan dichas construcciones por lo que defecan al aire libre.¹²⁰ Esta situación evidentemente se relaciona con la carencia de agua potable que existe en los pueblos y colonias ajenas al centro de Tepoztlán -cabecera municipal, en donde a pesar de que son mejores las condiciones, la distribución del agua es también ineficiente-, lo que resulta una verdadera paradoja, luego de que la región cuenta con cinco subcuencas hidrológicas que alimentan los mantos frías tanto de la ciudad de México como de Cuernavaca. En cuanto a los servicios sanitarios, cada pueblo cuenta con un centro de salud, de manera que la única atención que brinda el municipio es básica, es decir de prevención y atención primaria, no obstante, las condiciones precarias de las unidades de salud impiden muchas de las veces el logro de su objetivo, obligando a la gente, cuando se trata de padecimientos menores, a recurrir a la atención privada por parte de algunos consultorios particulares ubicados en la cabecera municipal, o de lo contrario deben acudir a la unidades especializadas que se encuentran en Cuernavaca o en el Distrito Federal. En circunstancias similares se encuentran los servicios educativos, pues resultan insuficientes las escuelas, sobre todo de educación media superior; nuevamente es en las zonas rurales en donde el déficit se agudiza.

3.1.2 Población

Tepoztlán es un lugar que debido a sus condiciones socioeconómicas y demográficas, es considerado un municipio urbano-rural. De acuerdo con INEGI, en 1980 el municipio tenía una población de 19,122 habitantes, para 1995 la cifra total era de 26,503 y en el año 2000 contaba ya con 32,921 habitantes, de los cuales 16,155 son hombres y 16,766 son mujeres. La última cifra total representa el 2.12% de la población total del estado de Morelos.

Con respecto a la evolución de la población oriunda rural y urbana, se observa un proceso de estabilidad en ambas, distinguiéndose en las últimas décadas apenas un ligero aumento en la población urbana y un descenso en la población rural, originado por el fenómeno de la migración de zonas rurales hacia las zonas urbanas principalmente del país del norte.¹¹⁹ En la actualidad, aproximadamente 18,000 habitantes residen en la cabecera urbana, de manera que el resto de la población se distribuye en las localidades rurales que se encuentran en las orillas del municipio cuyo número total de población varía sin ser mayor de 2500 habitantes. Por otra parte, Tepoztlán ha tenido una evolución importante en su población no oriunda, ya que existe una gran cantidad de personas que lo visitan y que se quedan a vivir motivados por las adecuadas condiciones climáticas conjugadas con la cercanía que existe con ciudades importantes. Entre su población se encuentra una sección importante descendiente de grupos indígenas. De acuerdo a los resultados del II Censo de Población y Vivienda en el 2005, en el municipio habitan un total de 1,721 personas que hablan alguna lengua indígena -aproximadamente un 6% del total del municipio-, siendo la más frecuente el náhuatl, mientras que la segunda es el mixteco.

3.2 Proyecto de investigación: Variables asociadas a la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de San Juan Tlacotenco

El presente trabajo de investigación se deriva de la participación, como parte del grupo de entrevistadores, en el Protocolo de Atención de Demencias en México, Perú y Argentina (Estudio Poblacional), generado por el Grupo Internacional de Investigación en Demencias 10/66, y coordinado en México por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.* En un primer momento a través de la prestación del servicio social en las actividades de la zona urbana, y posteriormente en el grupo de trabajo correspondiente al área rural. El estudio poblacional tiene por meta la evaluación de 2000 personas de 65 años y más, 1000 que vivan en zonas urbanas y 1000 en zonas rurales. En este sentido, la evaluación de la zona urbana tuvo lugar en la delegación Tlalpan del Distrito Federal -enero/junio de 2006-, mientras que la evaluación de la zona rural contempló los municipios de Tepoztlán y Huitzilac en el estado de Morelos -julio 2006 / enero 2007-. La primera actividad realizada en ambas zonas de evaluación fue la aplicación de instrumentos psicosociales dirigidos a adultos mayores, así como a algún cuidador primario del mismo. Posteriormente, se realizaron exploraciones físicas (examen neurológico) y análisis de laboratorio (examen sanguíneo) a cargo de personal especializado.

* Concretamente dirigido por la Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz, Jefa de la Unidad de Cognición y Conducta, y del Laboratorio de Demencias del INNN MVS.

La evaluación completa realizada para fines de este proyecto tiene una duración aproximada de dos horas e integra los siguientes instrumentos:

- Cuestionario sobre el Hogar
- Test Cognitivo
- Instrumento para el Estudio e Identificación de la Demencia en la Comunidad (CSI-D)
- Estado Mental Geriátrico. Paquete AGECAAT EMG (A) 3ª Edición.*
- Cuestionario Socio-Demográfico y Factores de Riesgo (Versión para el adulto mayor).
- Incapacidades (WHO – DASII)
- Cuestionario para el Informante (cuidador, familiar, etc.)

Dicho proyecto continúa en actividades por lo que aún no concluye sus investigaciones.

Para el presente estudio es fundamental mencionar que luego de la revisión teórica se ha observado una importante vinculación entre los trastornos mentales y las condiciones sociodemográficas, identificándose asociaciones que permiten afirmar que el aspecto social influye en la aparición o desarrollo de algunos padecimientos mentales como es el caso de la depresión, padecimiento que como ya ha sido indicado al inicio (introducción), es el objeto de estudio que ocupa a este trabajo. En este sentido, tanto la presencia de factores biológicos como psicosociales son de considerable importancia en el entendimiento de la depresión en la vejez. Así, es innegable que los factores socioeconómicos influyen en la salud mental de una manera compleja, especialmente en la pobreza, guardando una gran correlación con el aumento de la prevalencia de ciertos trastornos graves, en donde la mayoría son aproximadamente dos veces más frecuentes en los sectores más pobres de la sociedad que en los más ricos, de tal forma que las condiciones adversas de la vida se han encontrado estrechamente relacionadas con la presencia de trastornos afectivos, en particular con la depresión.¹²²

El medio rural se visualiza evidentemente como un escenario de vulnerabilidad social. Cabe señalar que la población rural en México se define oficialmente como la que reside en comunidades con menos de 2500 habitantes, sin embargo, como apunta Salgado de Snyder, esta definición es inadecuada a todas luces, pues se limita a utilizar la densidad poblacional como único criterio de ruralidad; no emplea como parámetros el tipo de actividad económica preponderante, la ausencia de servicios, la carencia de infraestructura básica, ni el contexto de marginación que prevalecen en dichas localidades rurales.^{123:153}

En este contexto, los ancianos son un grupo particularmente vulnerable, habida cuenta de que están expuestos a una serie de cambios físicos y sociales que sin duda repercuten en su salud mental. Pese a ello, la búsqueda de un especialista de la salud mental es muy improbable entre los pobladores rurales debido a la dificultad de acceso geográfico a estos servicios por el costo que implica hacer uso de estos y por la distancia cultural existente entre el prestador de servicios y el paciente.^{124:23} Por ello, la medición de prevalencia de depresión mediante la utilización de encuestas poblacionales se considera una estrategia de gran utilidad, ya que la estimación de la misma usando cifras generadas en los servicios de salud suele estar subestimada debido a que

* Traducido por la Dra. Claudia Díaz Olavarrieta; editado y adaptado por el Neuropsic. David Hernández Bonilla, M.C. Yaneth Rodríguez Agudelo, Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz, Dra. Zoila Trujillo de los Santos y la Dra. Leora Velásquez Pérez.

sólo reflejan la proporción de individuos que, después de un proceso complejo, han accedido a los servicios sanitarios.^{84:S9}

Conviene especificar la situación demográfica del estado de Morelos, el cual gracias a sus condiciones socioambientales, atrae a una importante cantidad de adultos mayores de otras entidades, incrementando con esto su población de mayor edad, y por ende la necesidad de generar y mejorar las acciones de atención a este grupo etario.^{66:19} Al respecto, el acelerado crecimiento de adultos mayores del estado de Morelos, implica que entre 2000 y 2018 duplicará su tamaño (de 121 mil a 243 mil) y habrá más que triplicado en 2030, cuando el monto ascienda a cerca de 390 mil, según proyecciones realizadas por CONAPO.¹²⁵ De la misma fuente se estima que la población morelense mayor de 60 años abarcará cada vez mayores proporciones, ya que se incrementará de 7.5% en 2000 a 9.6% en 2010, 13.5% para 2020, llegando a 18.8% en 2030. En cuanto a la prevalencia de depresión, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002–2003, la prevalencia en el estado de Morelos, es de 5% en las mujeres y 4% en el caso de los hombres.

Es precisamente en lo hasta aquí descrito, y en los márgenes de la experiencia en las zonas rurales de Tepoztlán, en donde se encuentra la justificación de la presente investigación, la cual tomando en cuenta la relevancia de la salud mental, propone analizar las condiciones sociodemográficas de los adultos mayores evaluados en una de las zonas rurales del municipio de Tepoztlán, Morelos, así como la relación que guardan con sus resultados referentes a la depresión. En este sentido, la zona elegida para analizar las variables antes mencionadas corresponde al poblado de San Juan Tlacotenco, el cual se localiza al norte del municipio, al pie del monte que forma parte del corredor biológico Ajusco-Chichinautzin (aproximadamente a 30 minutos del centro del municipio), y tienen una población total de 1723 habitantes (851 hombres y 872 mujeres).¹²⁶ Entre las características del pueblo de San Juan Tlacotenco, destaca que su población depende totalmente del agua de lluvia -situación que agobia a los pobladores más en la época de sequía, predominante durante los meses de octubre a junio- ya que en este poblado ni siquiera existe el servicio de pipas proveedoras del líquido debido, principalmente, a las condiciones geográficas del lugar que lo colocan en lo más alto de las montañas de Tepoztlán. Así, de las 345 viviendas particulares habitadas del pueblo sólo 2 disponen de agua entubada. En cuanto a las actividades económicas resalta que casi la mitad de su población (49.5%), se ocupa en el sector terciario, principalmente con la venta de nopales, frutas o flores en las áreas comerciales del centro de Tepoztlán y de Cuernavaca, mientras que el 32.5% se dedica al sector primario y el 18% al sector secundario. Dicha situación se refleja en el hecho de que el 83% de la población de San Juan Tlacotenco no tiene derechohabencia a los servicios de salud de instituciones de seguridad social.¹²⁶ En suma, se trata de un trabajo que hace énfasis en la importancia del aspecto social que enmarca a la depresión, uno de los padecimientos de mayor atención en los últimos años dadas las condiciones demográficas, sociales y de salud que presenta la población de mayor edad del país.

3.2.1 Planteamiento del problema

- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores que viven en zonas rurales del municipio de Tepoztlán, Morelos?

- ¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos y la presencia de síndromes depresivos?

3.2.2 Objetivos

General

- Analizar la relación de las variables sociodemográficas con la evaluación de depresión de los adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco, zona rural del municipio de Tepoztlán, Morelos.

Específicos

- Conocer la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco, zona rural del municipio de Tepoztlán.
- Describir el perfil socioeconómico del adulto mayor y su asociación con la evaluación de depresión.
- Describir los reportes de salud en relación a hipertensión, problemas del corazón, artritis o reumatismo, diabetes, problemas de la vista, estomacales y para escuchar, además de la autoevaluación del estado de salud, los reportes de dolores y la utilización de servicios médicos de los adultos mayores y su asociación con la evaluación de depresión.
- Conocer los principales motivos de preocupación de los adultos mayores y su asociación con la evaluación de depresión.

3.2.3 Hipótesis

- Las condiciones sociodemográficas, las preocupaciones y el estado de salud son variables significativamente asociadas a la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco, zona rural del municipio de Tepoztlán, Morelos.

Definición de Variables

Sociodemográficas. La información referente a la edad, sexo, estado civil, escolaridad, vivienda, servicios, estructura familiar, ocupación, ingreso económico y religión de los adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco, obtenida de la aplicación del Cuestionario sobre el Hogar y del Cuestionario Socio-Demográfico y Factores de Riesgo.

Salud. Los reportes de los padecimientos de hipertensión, problemas del corazón, diabetes, artritis o reumatismo, problemas de la vista, para escuchar y del estómago de los adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco, identificados en el Cuestionario Socio-Demográfico y Factores de Riesgo, además de los reportes correspondientes al apartado de Dolores del mismo cuestionario. Asimismo, la información de la autoevaluación del estado de salud y acceso a los servicios sanitarios obtenidos del instrumento de Incapacidades (WHO-DASII).

Depresión. Los resultados de la evaluación de depresión de los adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco a partir de la aplicación del Estado Mental Geriátrico. Paquete AGE CAT EMG (A) 3ª Edición. Dichos resultados son los casos detectados con síntomas depresivos según los criterios del DSM IV y de la CIE 10.

Preocupaciones. La información referente a las preocupaciones reportadas por los adultos mayores del pueblo de San Juan Tlacotenco, obtenida de la aplicación del Estado Mental Geriátrico. Paquete AGE CAT EMG (A) 3ª Edición en su apartado de Preocupaciones.

Adultos mayores. Hombres y mujeres de 65 años o más.

Definición operacional de las variables

| Variables de estudio | |
|----------------------|-------------------------------------|
| Sociodemográficas | Edad |
| | Sexo |
| | Escolaridad |
| | Estado civil |
| | Vivienda |
| | Servicios |
| | Estructura familiar |
| | Ocupación |
| | Ingreso económico |
| | Religión |
| Salud | Padecimientos |
| | Dolores |
| | Utilización de servicios médicos |
| | Autoevaluación del estado de salud |
| Depresión | Con síntomas depresivos |
| | Sin síntomas depresivos |
| Preocupaciones | Presencia/ ausencia |
| | Principales motivos de preocupación |

3.2.4 Metodología

Diseño de la investigación

Estudio no probabilístico, transversal, descriptivo y analítico de corte cuantitativo.

Selección de la Población

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de 65 años o más
- Residencia en el pueblo de San Juan Tlacotenco, municipio de Tepoztlán
- Consentimiento voluntario de participación del adulto mayor (firmado)

Criterios de exclusión

- Evaluación incompleta

El presente estudio realizó el análisis de los resultados de 109 adultos mayores detectados y evaluados en el pueblo de San Juan Tlacotenco.

Recolección de datos

Debido a que se trata de un estudio poblacional, se realizó el barrido total “puerta - puerta” de la zona rural del municipio, con la finalidad de identificar a los sujetos que cumplieran con los criterios del Protocolo Internacional de Investigación en Demencia del Grupo 10/66, a saber: criterios de inclusión, hombres y mujeres de 65 años o más, con residencia en zona rural de Tepoztlán y que con la firma de un consentimiento informado hiciera manifiesta su participación voluntaria; y de exclusión, personas que debido a su estado de salud física y/o mental no pudieran participar en la evaluación. Las personas con demencia sólo fueron excluidas cuando no contaban con un cuidador confiable que pudiera brindar información con respecto a su salud. Mediante el uso de mapas y la elaboración de croquis, se realizó la visita domiciliaria de todas las viviendas de las zonas rurales de Tepoztlán, entre las que se encuentra el poblado de San Juan Tlacotenco. El trabajo estuvo a cargo del grupo de entrevistadores del estudio poblacional, conformado por dos psicólogos, tres psicólogas -una de ellas fungiendo como coordinadora de la zona rural- y dos trabajadoras sociales, quienes recibieron capacitación previa impartida por personal certificado para el uso y manejo de los instrumentos del estudio poblacional a cargo del Grupo 10/66. Conviene mencionar que el grupo de trabajo residió en el municipio durante el periodo de evaluación -de julio a diciembre de 2007-, y que las principales estrategias utilizadas fueron la asignación de manzanas a cada uno de los evaluadores, el llenado de hojas de registro –con datos de los lugares recorridos- y la programación de citas para entrevista.

Para cumplir con los objetivos del estudio se requirió la coordinación con las autoridades del municipio de Tepoztlán. Particularmente, con el ayudante municipal del pueblo de San Juan Tlacotenco, aunque el contacto directo fue con la persona encargada del resguardo de la ayudantía municipal. Gracias a esta coordinación se logró la autorización para hacer uso de las instalaciones de la ayudantía, ya sea como lugar de evaluación o para informar acerca del estudio a través del equipo de sonido local que usualmente es utilizado para dar algún comunicado a la población.

Se hizo la invitación a todas las personas que cumplieran con los criterios de inclusión a participar en el estudio poblacional, mediante la explicación de la dinámica y los beneficios de la evaluación, haciendo énfasis en la confidencialidad con la que se trataría la información. Luego del consentimiento voluntario de las personas (firmado por el adulto mayor y su cuidador.) y previa cita, se realizaba la entrevista, ya sea en las instalaciones de la ayudantía, o bien en los hogares de los adultos mayores. Asimismo se entrevistaba a algún familiar o persona allegada al entrevistado generalmente al término de cada evaluación, con la finalidad de corroborar la información otorgada por la persona evaluada. Una vez concluida la evaluación, se informaba a los entrevistados acerca del procedimiento, fechas y horarios de las etapas restantes de su evaluación (examen neurológico y sanguíneo). Cabe mencionar que se presentaron

algunas situaciones particulares en las que se dificultó el contacto con las personas que cumplían con los criterios. Entre las principales destacan sus ocupaciones -e.g. trabajaban prácticamente todo el día-, su estado de salud -algunos se encontraban enfermos al momento de la visita-, o incluso el hecho de ser negados por sus familiares, lo que generaba la adecuación de los horarios del grupo de evaluadores para efectuar visitas subsecuentes, así como la implementación de estrategias para lograr el contacto.

Los entrevistadores agregaban a cada instrumento sus observaciones con respecto a las características conductuales y afectivo-emocionales del adulto mayor, dificultades de comunicación y patologías evidentes detectadas a lo largo de la entrevista, además de datos referentes a la confiabilidad de la información obtenida. Finalmente, los protocolos -conformados por las hojas de respuestas de los instrumentos de evaluación y observaciones del entrevistador- eran entregados a la coordinadora del proyecto de la zona rural, quien era la responsable de la revisión y registro de los mismos, así como de entregarlos a la coordinación del Protocolo en el Distrito Federal (INNN MVS), para fines de captura y análisis. Como resultado del procedimiento descrito, se obtuvo un total de 576 adultos mayores evaluados en las zonas rurales del municipio de Tepoztlán, de los cuales, 109 fueron evaluados en el pueblo de San Juan Tlacotenco (47 hombres y 62 mujeres)

Instrumentos

Para fines del presente trabajo se analizaron únicamente los resultados de los siguientes instrumentos de evaluación:

Cuestionario sobre el Hogar. El principal objetivo de este instrumento es conocer la estructura familiar del adulto mayor, por lo que considera la relación con sus corresidentes, aspectos de vivienda y servicios con que cuenta.

Cuestionario Socio-Demográfico y Factores de Riesgo (Versión para el adulto mayor). A través de sus apartados de primeros años, situación actual, red social, condición socioeconómica, salud, enfermedades y dolores, muestra el perfil sociomédico del adulto mayor. Aborda indicadores sobre el lugar de origen, el nivel educativo, estado civil, religión, ocupación, ingresos económicos, enfermedades y utilización de servicios de salud, con respecto a la persona evaluada.

Incapacidades (WHO-DASII). Es un instrumento definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar la capacidad física y mental de la persona. Este cuestionario se refiere a las dificultades relacionadas con condiciones de salud, las cuales incluyen enfermedades, problemas de salud de corta o larga duración, heridas provenientes de accidentes, problemas mentales o emocionales y problemas con alcohol o drogas. Aborda los apartados de salud reproductiva, estilo de vida y comportamiento, dieta y utilización de servicios médicos. La información obtenida corresponde a los últimos 30 días previos a la evaluación.

Estado Mental Geriátrico. Paquete AGE CAT EMG (A) 3ª Edición. Se trata de la primera entrevista construida específicamente para población anciana, y fue diseñada por Copeland y colaboradores en 1976. Es una entrevista semiestructurada compuesta de 154 ítems agrupados

en 30 secciones que permite medir una amplia gama de psicopatologías. Dispone de un programa computarizado denominado AGECAT, que estandariza y automatiza el proceso diagnóstico a partir de los datos recogidos en la GMS (en inglés Geriatric Mental State). Los estudios de la confiabilidad del GMS fueron emprendidos originalmente en Londres y Nueva York pero los últimos estudios se realizaron en Australia y Liverpool. La confiabilidad y validez del GMS se han comprobado en muestras de pacientes hospitalizados, pacientes no hospitalizados y de la comunidad. También se ha demostrado un nivel satisfactorio de confiabilidad a nivel internacional en diferentes culturas habiendo sido traducido a diversos idiomas incluyendo el español, alemán, holandés y chino.

El sistema de diagnóstico automatizado AGECAT se divide en etapas lógicas que contemplan aspectos como el reconocimiento de síntomas, la conformación de grupos por síndrome así como el diagnóstico, clasificándolos en los siguientes apartados: orgánico, esquizofrenia y estados paranoides relacionados, manía, depresión, neurosis obsesiva, hipocondría, neurosis fóbica y neurosis de ansiedad. Las decisiones se basan en criterios clínicos y de otros síntomas dominantes para resolver discriminaciones difíciles. El desarrollo del sistema de diagnóstico de la computadora de AGECAT para el GMS ha permitido la estandarización completa del proceso de diagnóstico y ha demostrado que puede producir resultados confiables cuando es aplicado por entrevistadores médicos o incluso cuando son no-médicos. Además del diagnóstico de AGECAT, el GMS puede producir diagnósticos según los criterios de CIE 10, de DSM III-R y de DSM IV. Los instrumentos fueron explicados a detalle a cada uno de los entrevistados con la finalidad de justificar el tipo de preguntas realizadas, además de obtener la mayor confiabilidad posible en las respuestas. Todo esto tomando en cuenta el conocimiento *a priori* referente al nivel de alfabetización -en su mayoría básico o nulo- de la población estudio. También, se consideró el apoyo de algún familiar en la aplicación de instrumentos dirigidos a los adultos mayores, en el caso de que fuera imposible obtener la información con la persona a evaluar, o bien, cuando el entrevistador dudaba de la confiabilidad de las respuestas y entonces considerara necesario corroborar o abundar al respecto.

Análisis de datos

Para la captura de los datos se utilizó el programa Epi Info, siendo necesario transportarlos al programa SPSS para fines de análisis. Es importante mencionar que dicho análisis se realizó considerando N= 97, debido a que de los 109 sujetos evaluados en San Juan Tlacotenco se excluyeron aquellos que presentaron algún tipo de demencia (6 hombres y 6 mujeres). Asimismo, conviene señalar que desde el tratamiento descriptivo de los resultados se observó una escasa asociación entre las variables. Al respecto, no se encontraron ni diferencias ni asociaciones estadísticamente significativas, a través de las pruebas estadísticas de X^2 y Kendall (Q) respectivamente, por lo que las correlaciones son descritas fundamentalmente mediante frecuencias y porcentajes.

CAPÍTULO IV
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS
MAYORES. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Perfil socioeconómico

De acuerdo a la información obtenida, poco más de la mitad de las personas entrevistadas fueron mujeres (58%), mientras que los hombres representaron el 42% de los sujetos evaluados. El rango de edad de los participantes fue de 65 a 88, con una media de 73.8 años de edad (DE=5.9). En términos de instrucción escolar, el 53% de la población reportó contar sólo con algunos años de educación primaria, mientras que un 41% afirmó nunca haber asistido a la escuela.

Cuadro 12. Perfil social*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|-------------------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Edad | | | | | | |
| 65 a 69 años | 25 | 26 | 10 | 23 | 15 | 27 |
| 70 a 74 años | 30 | 31 | 12 | 30 | 18 | 32 |
| 75 a 79 años | 25 | 26 | 11 | 27 | 14 | 25 |
| > 80 años | 17 | 17 | 8 | 20 | 9 | 16 |
| Escolaridad | | | | | | |
| No asistió | 40 | 41 | 15 | 37 | 25 | 45 |
| Primaria incompleta | 51 | 53 | 22 | 54 | 29 | 52 |
| Primaria completa | 4 | 4 | 2 | 5 | 2 | 3 |
| Secundaria completa | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |
| Educación superior | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |
| Estado civil | | | | | | |
| Soltero/a | 3 | 3 | 2 | 5 | 1 | 2 |
| Casado/a, Unión libre | 52 | 54 | 31 | 76 | 21 | 38 |
| Viudo/a | 39 | 40 | 6 | 15 | 33 | 59 |
| Divorciado/a, Separado/a | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 1 |
| Religión | | | | | | |
| Agnóstico/ ateo | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |
| Católico romano | 85 | 88 | 34 | 83 | 51 | 91 |
| Protestante/ anglicano | 4 | 4 | 3 | 7 | 1 | 2 |
| Cristiano | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |
| Otra | 6 | 6 | 2 | 6 | 4 | 7 |
| Asistencia a reuniones | | | | | | |
| No asiste | 6 | 6 | 4 | 10 | 2 | 4 |
| Asiste regularmente | 37 | 38 | 14 | 34 | 23 | 41 |
| Asiste ocasionalmente | 54 | 56 | 23 | 56 | 31 | 55 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

*** Porcentajes redondeados**

Al analizar el mismo rubro por sexo, resalta que el 45% de las mujeres no tuvo acceso a la educación formal vs un porcentaje menor (37%) en el caso de los hombres. Por otra parte, más de la mitad de los entrevistados (54%) informaron ser casados o vivir en unión libre, el 40% ser viudos, y en escaso porcentaje ser solteros o separados (3%). Conviene ver en la distribución por sexo que el 76% de los hombres estaban casados mientras que sólo el 38% de las mujeres lo estaba. De igual forma llama la atención que la viudez se presenta en el 59% de las mujeres vs únicamente el 15% de los hombres en la misma situación. En cuanto a religión, la predominante entre los adultos mayores es la católica con un 88%. Sólo el 6% de la población negó asistir a reuniones religiosas, por lo que el resto asiste de forma regular (38%) u ocasional (56%).

(Cuadro 12). Con excepción de una persona, toda la población estudio reside en viviendas propias y en su mayoría (96%) tienen servicio eléctrico. No obstante, únicamente el 7% de los entrevistados cuenta con servicio de agua potable, al igual que sólo el 12% tiene cuarto de baño conectado al drenaje (Cuadro 13).

Cuadro 13. Vivienda y servicios*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|-----------------------|----------------|----|------------------|-----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Vivienda | | | | | | |
| Rentada | 1 | 1 | 0 | - | 1 | 1 |
| Propia | 96 | 99 | 41 | 100 | 55 | 99 |
| Servicios | | | | | | |
| Con agua potable | 7 | 7 | 4 | 10 | 3 | 5 |
| Con energía eléctrica | 93 | 96 | 38 | 93 | 55 | 98 |
| Con teléfono en casa | 42 | 43 | 17 | 41 | 25 | 45 |
| Con baño (drenaje) | 12 | 12 | 4 | 10 | 8 | 14 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

En el cuadro 14 se desglosa el número de corresidentes de los adultos mayores. Se observa que el 61% de los entrevistados vive con una o dos personas mayores de 16 años, el 21% lo hace con tres o cuatro, a diferencia de un 15% que reportó no cohabitar con adultos. En lo que respecta a los cohabitantes menores de 16 años, destaca que 64 de los 97 sujetos evaluados (66%) no comparten su hogar con niños/as y sólo un 10% lo hace con tres o más niños/as. El porcentaje restante corresponde a los adultos mayores que conviven con uno o dos menores en sus hogares. También se encontró que el 63% de las familias de los participantes está liderada por el mismo entrevistado/a y el resto lo están por el esposo/a (18%), un hijo/a (16%) u otra persona (3%). Cabe mencionar que de los 41 hombres sólo uno no funge como jefe de familia en contraste con el 63% de las mujeres cuya jefatura de sus familias no reside en ellas.

Cuadro 14. Estructura familiar*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|------------------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| No cohabita con adultos | 15 | 15 | 6 | 15 | 9 | 16 |
| Cohabita con 1 o 2 adultos | 59 | 61 | 24 | 59 | 35 | 63 |
| Cohabita con 3 o 4 adultos | 20 | 21 | 10 | 24 | 10 | 18 |
| Cohabita con 5 o más adultos | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| No cohabita con niños | 64 | 66 | 25 | 61 | 39 | 70 |
| Cohabita con 1 o 2 niños | 23 | 24 | 11 | 27 | 12 | 21 |
| Cohabita con 3 o 4 niños | 8 | 8 | 5 | 12 | 3 | 5 |
| Cohabita con 5 o más niños | 2 | 2 | 0 | - | 2 | 4 |
| Es jefe de familia | 61 | 63 | 40 | 98 | 21 | 37 |
| Pareja (jefe de familia) | 17 | 18 | 0 | - | 17 | 30 |
| Hijo/a (jefe de familia) | 16 | 16 | 0 | - | 16 | 29 |
| Otro | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

En correspondencia al perfil educativo ya mencionado, las mejores ocupaciones a lo largo de la vida de los adultos mayores aluden a actividades del campo (44%) o no calificadas: comerciante (23%) y obrero/a (27%), además de los trabajadores semi calificados que representan apenas el 4% de la población total evaluada. Lo anterior tomando en cuenta que el 49% realiza alguna

actividad laboral remunerada, ya sea de tiempo completo (9%) o sólo parcial (40%). Al respecto, el 63% los hombres y el 39% de las mujeres reportó tener algún tipo de empleo. (Ver Cuadro 15).

Cuadro 15. Ocupación*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|------------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| <i>Ocupación *</i> | | | | | | |
| Empleo tiempo completo | 8 | 9 | 3 | 7 | 5 | 9 |
| Empleo tiempo parcial | 39 | 40 | 23 | 56 | 16 | 28 |
| Desempleado | 6 | 6 | 6 | 15 | 0 | - |
| Estudiante | 1 | 1 | 0 | - | 1 | 2 |
| Hogar | 33 | 34 | 0 | - | 33 | 59 |
| Jubilado | 9 | 9 | 9 | 22 | 0 | - |
| No contestó | 1 | 1 | 0 | - | 1 | 2 |
| <i>Mejor trabajo</i> | | | | | | |
| Profesional | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |
| Empleado de tienda | 1 | 1 | 0 | - | 1 | 2 |
| Comerciante | 22 | 23 | 2 | 5 | 20 | 36 |
| Obrero semi calificado | 4 | 4 | 3 | 8 | 1 | 2 |
| Obrero no calificado | 26 | 27 | 7 | 17 | 19 | 34 |
| Trabajador del campo | 43 | 44 | 28 | 68 | 15 | 26 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

*** Porcentajes redondeados**

Únicamente el 8% de los encuestados negó recibir algún tipo de beneficio económico, sin embargo, el 11% de los que afirmaron lo contrario no proporcionaron ni la cantidad exacta o aproximada de su ingreso, ni la fuente de éste, de manera que sólo el 81% de la población total - 79 personas- aseguró contar al día de la entrevista con al menos un ingreso económico refiriendo además de dónde proviene. El análisis se realizó precisamente en base a la última cifra mencionada y considerando que el salario mínimo diario es de \$50.57. Así pues, se encontró que el grueso de la población (78%) recibe menos de un salario mínimo al mes, el 14% percibe de 1 a 2 salarios, y solamente el 8% recibe mensualmente una cantidad mayor a 2 salarios mínimos. La principal fuente de ingreso se deriva de los recursos del gobierno a través de pensiones públicas (35%), seguida muy de cerca por los beneficios obtenidos de rentas, alquileres o inversiones (33%).

Cuadro 16. Ingreso económico*

| | TOTAL N= 79 | | HOMBRES N= 32 | | MUJERES N= 47 | |
|--------------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| <i>Ingreso económico</i> | | | | | | |
| Menor a un s.m. al mes | 62 | 78 | 26 | 81 | 36 | 77 |
| De 1 a 2 s.m. al mes | 11 | 14 | 4 | 13 | 7 | 15 |
| Mayor a 2 s.m. al mes | 6 | 8 | 2 | 6 | 4 | 8 |
| <i>Tipo de beneficio</i> | | | | | | |
| Pensión del gobierno | 28 | 35 | 7 | 22 | 21 | 45 |
| Pensión del trabajo | 5 | 6 | 3 | 9 | 2 | 4 |
| Dinero de la familia | 18 | 23 | 5 | 16 | 13 | 28 |
| Alquileres o inversiones | 26 | 33 | 12 | 38 | 14 | 30 |
| Trabajo asalariado | 14 | 18 | 7 | 22 | 7 | 15 |
| Otro | 7 | 9 | 4 | 13 | 3 | 6 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

*** Porcentajes redondeados**

El dinero proveniente de la familia se representa con el 23%, mientras que el 18% de las personas perciben un ingreso por concepto de trabajo. En cuanto a la distribución por sexo, el 84% de las mujeres, así como el 78% de los hombres reciben ingresos económicos, es decir, el número de adultas mayores que reciben ingresos en comparación con los hombres es ligeramente mayor. Ellas obtienen sus recursos principalmente del apoyo gubernamental y ellos lo hacen por concepto de inversiones. El apoyo familiar es fuente de ingresos para el 28% de las mujeres y para el 16% de los hombres. (Cuadro 16).

4.2 Reportes de salud

El principal problema de salud reportado por los adultos mayores de San Juan Tlacotenco refiere a alteraciones de la vista (73%), siendo básicamente los hombres los que lo refieren - reportado por el 80% de los hombres y el 68% de las mujeres-. Seguido en frecuencia se encuentran los problemas auditivos (41%) y con el mismo porcentaje los estomacales y los de artritis o reumatismo con 37%. Sólo tres participantes presentan problemas cardiacos, mientras que el 23% refiere padecer hipertensión -16 mujeres y 6 hombres-, y 12% diabetes -9 mujeres y 3 hombres-. (Cuadro 17).

Cuadro 17. Reportes de padecimientos*

| | TOTAL N=97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|-------------------------|---------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Hipertensión | 22 | 23 | 6 | 15 | 16 | 29 |
| Problemas del corazón | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| Diabetes | 12 | 12 | 3 | 7 | 9 | 16 |
| Artritis o reumatismo | 37 | 38 | 15 | 37 | 22 | 39 |
| Problemas de la vista | 71 | 73 | 33 | 80 | 38 | 68 |
| Problemas para escuchar | 40 | 41 | 25 | 61 | 15 | 27 |
| Problemas estomacales | 37 | 38 | 18 | 44 | 19 | 34 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

En los cuadros 18a y 18b se indica que el 51% de las personas evaluadas manifestó tener dolor de cualquier índole en menor o mayor frecuencia e intensidad durante el mes previo al día de la entrevista. El 19% reportó que el dolor se presenta todos los días, observándose muy similar el porcentaje en la distribución por sexo. El 55% de la población evaluada considera que el dolor que experimenta es de intensidad significativa: severo (35%), muy severo (16%) y en menor porcentaje (4%) es calificado como insoportable. El 31% opinó que es de intensidad moderada y sólo 7 entrevistados/as -2 hombres y 5 mujeres- afirmaron que el dolor es ligero.

Cuadro 18a. Reportes de dolor*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|-----------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Nunca | 48 | 49 | 20 | 49 | 28 | 50 |
| Una vez al mes | 6 | 6 | 2 | 5 | 4 | 7 |
| 2- 3 veces al mes | 11 | 11 | 3 | 7 | 8 | 14 |
| 2- 3 días a la semana | 14 | 14 | 8 | 20 | 6 | 11 |
| Todos los días | 18 | 19 | 8 | 20 | 10 | 18 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007

* Porcentajes redondeados

Cuadro 18b. Intensidad del dolor*

| | TOTAL N= 49 | | HOMBRES N= 21 | | MUJERES N= 28 | |
|--------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Ligero | 7 | 14 | 2 | 10 | 5 | 18 |
| Moderado | 15 | 31 | 8 | 38 | 7 | 25 |
| Severo | 17 | 35 | 7 | 33 | 10 | 36 |
| Muy severo | 8 | 16 | 3 | 14 | 5 | 18 |
| Insoportable | 2 | 4 | 1 | 5 | 1 | 4 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

Sin embargo, únicamente el 6% de la población evaluada calificó como malo o muy malo su estado general de salud. En su mayoría lo caracterizó como regular (44%) y el 50% restante lo estimó como bueno (33%) o muy bueno (17%). Fueron las mujeres quienes consideraron en mejores condiciones su estado general de salud al ser reportado como bueno o muy bueno por el 59% de ellas vs un 37% varonil. (Cuadro 19).

Cuadro 19. Autoevaluación del estado general de salud (30 días anteriores al día de la entrevista)*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|-----------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Muy bueno | 16 | 17 | 9 | 22 | 7 | 13 |
| Bueno | 32 | 33 | 6 | 15 | 26 | 46 |
| Regular | 43 | 44 | 23 | 56 | 20 | 36 |
| Malo | 5 | 5 | 2 | 5 | 3 | 5 |
| Muy malo | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | - |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

Al igual que el 43% de las mujeres, casi la mitad de los hombres entrevistados (49%) acudió al menos en una ocasión a las unidades de salud de atención primaria. Es precisamente este servicio de salud el más frecuentado por los adultos mayores en general (45%), seguido por la atención privada representada por el 15% y luego por la utilización de los recursos médicos disponibles en hospitales públicos (11%). Cabe señalar que las mujeres son quienes utilizan más estos dos últimos servicios: 21% vs 7% y 13% vs 10% respectivamente. (Cuadro 20).

Cuadro 20. Utilización de servicios médicos (3 meses anteriores al día de la entrevista)*

| | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|----------------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Atención primaria | 44 | 45 | 20 | 49 | 24 | 43 |
| Médico en Hospital Público | 11 | 11 | 4 | 10 | 7 | 13 |
| Otro trabajador de salud | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| Médico privado | 15 | 15 | 3 | 7 | 12 | 21 |
| Dentista/ odontólogo | 4 | 4 | 4 | 10 | 0 | - |
| Médicos no tradicionales | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Servicios de hospital | 2 | 2 | 0 | - | 2 | 4 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

4.3 Preocupaciones y prevalencia de síntomas depresivos

De los resultados obtenidos se detectó que el 63% de los adultos mayores expresaron tener algún tipo de preocupación, porcentaje del cual el 54% son mujeres y el 46% restante son hombres. Se observa también que el motivo de preocupación más reportado tiene que ver con su estado de salud (61%), ya que así lo manifestó el 64% de los hombres y el 58% de las mujeres que se preocupan. Los problemas económicos ocupan el segundo lugar en la frecuencia de reportes con el del 48% de los entrevistados -12 hombres y 17 mujeres-. El tercer motivo de preocupación corresponde a la salud de otras personas (39%) y en menor número de menciones están los problemas familiares, pues del total de los que afirmaron tener preocupaciones únicamente el 25% los consideró motivo de éstas. (Cuadro 21).

Cuadro 21. Motivos de preocupación*

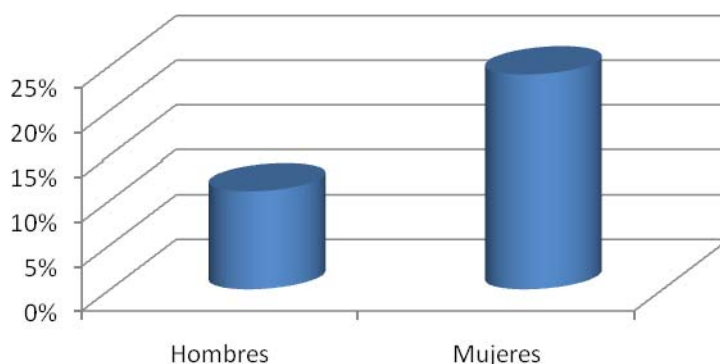
| | TOTAL N= 61 | | HOMBRES N= 28 | | MUJERES N= 33 | |
|----------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Salud Propia | 37 | 61 | 18 | 64 | 19 | 58 |
| Salud de otros | 24 | 39 | 12 | 43 | 12 | 36 |
| Problemas económicos | 29 | 48 | 12 | 43 | 17 | 52 |
| Problemas familiares | 15 | 25 | 6 | 21 | 9 | 27 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

Finalmente, los resultados muestran una prevalencia de síntomas depresivos del 35%, es decir 34 de los 97 adultos mayores cumplieron con los criterios establecidos para tal diagnóstico ya sea de acuerdo a los determinados por el DSM IV, o bien, por la CIE 10.

Figura 9. Prevalencia de síntomas depresivos (CIE10/DSM IV)*



FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

Además, de tal cifra destaca que la prevalencia de síntomas depresivos es 2 veces mayor en las mujeres (24%) que en los hombres (11%). En este sentido, en el 41% de las mujeres (23 de las 56 participantes), así como en el 27% de los hombres (11 de un total de 41 participantes) se presentaron síntomas depresivos. (Figura 9).

4.4 Variables sociodemográficas asociadas a síntomas depresivos

En el cuadro 22 se aprecia que si bien es mayor la prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres, lo cierto es que no existe una asociación estadística significativa entre la variable sexo y la presencia de síntomas depresivos ($Q=0.31$).

Cuadro 22. Síntomas depresivos vs sexo*

| Síntomas depresivos | TOTAL N= 97 | | HOMBRES N= 41 | | MUJERES N= 56 | |
|---------------------|----------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 63 | 65 | 30 | 73 | 33 | 59 |
| SI | 34 | 35 | 11 | 27 | 23 | 41 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

La edad tampoco resultó ser una variable decisiva puesto que las medias de edad entre los sujetos con y sin síntomas depresivos son muy similares: sin síntomas $X= 75$ años en mujeres, $X= 73$ años en hombres (DE 6.5 y 5.5 respectivamente), y con síntomas $X= 72$ años en mujeres y $X= 76$ años en hombres (DE 5.6 y 6.2 respectivamente). Al respecto, se observa también en el cuadro 23 que la edad de las personas con síntomas depresivos no se diferencia significativamente entre los quinquenios de edad, de modo que a pesar de que hay ligeros aumentos en algunos, no puede hablarse de una edad en particular en la que se concentre la población con síntomas depresivos (PCSD).

Cuadro 23. Síntomas depresivos vs edad (por sexo)*

| Síntomas depresivos | Quinquenios de edad | TOTAL N= 97 | | | HOMBRES N= 41 | | | MUJERES N= 56 | | |
|---------------------|---------------------|----------------|-----|----|------------------|-----|----|------------------|-----|----|
| | | N | No. | % | N | No. | % | N | No. | % |
| NO | 65-69 | 63 | 14 | 22 | 30 | 8 | 27 | 33 | 6 | 18 |
| | 70-74 | 63 | 21 | 33 | 30 | 10 | 33 | 33 | 11 | 34 |
| | 75-79 | 63 | 15 | 24 | 30 | 6 | 20 | 33 | 9 | 27 |
| | >80 | 63 | 13 | 21 | 30 | 6 | 20 | 33 | 7 | 21 |
| SI | 65-69 | 34 | 11 | 32 | 11 | 2 | 18 | 23 | 9 | 39 |
| | 70-74 | 34 | 9 | 26 | 11 | 2 | 18 | 23 | 7 | 30 |
| | 75-79 | 34 | 10 | 30 | 11 | 5 | 46 | 23 | 5 | 22 |
| | >80 | 34 | 4 | 12 | 11 | 2 | 18 | 23 | 2 | 9 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

En cuanto a la escolaridad de la PCSD, el 44% no asistió a la escuela y el 53% lo hizo pero sólo por 5 o menos años. Dichos resultados se asemejan a los de la población total, y por lo tanto a la población sin síntomas, en la que se observa para las mismas condiciones el 40% y el 52% respectivamente. En relación al estado civil (Cuadro 24), la PCSD reportó en su mayoría ser casada (56%) seguido por el grupo en situación de viudez (38%) y aunque tampoco se encontró algún dato estadísticamente significativo, se observa nuevamente la situación ya citada en el perfil social de la población al diferenciar los resultados por sexo.

Cuadro 24. Síntomas depresivos vs estado civil (por sexo)*

| Síntomas depresivos | Estado civil | TOTAL N= 97 | | | HOMBRES N= 41 | | | MUJERES N= 56 | | |
|---------------------|--------------|----------------|-----|----|------------------|-----|----|------------------|-----|----|
| | | N | No. | % | N | No. | % | N | No. | % |
| NO | Soltero/a | 63 | 2 | 3 | 30 | 1 | 3 | 33 | 1 | 3 |
| | Casado/a | 63 | 33 | 53 | 30 | 25 | 84 | 33 | 8 | 24 |
| | Viudo/a | 63 | 26 | 41 | 30 | 3 | 10 | 33 | 23 | 70 |
| | Divorciado/a | 63 | 2 | 3 | 30 | 1 | 3 | 33 | 1 | 3 |
| SI | Soltero/a | 34 | 1 | 3 | 11 | 1 | 9 | 23 | 0 | - |
| | Casado/a | 34 | 19 | 56 | 11 | 6 | 55 | 23 | 13 | 57 |
| | Viudo/a | 34 | 13 | 38 | 11 | 3 | 27 | 23 | 10 | 43 |
| | Divorciado/a | 34 | 1 | 3 | 11 | 1 | 9 | 23 | 0 | - |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

El porcentaje de los católicos, mismo que representa la religión predominante entre los adultos mayores, disminuye levemente entre la PCSD, ya que mientras en esta población el 21% se distribuye en otras opciones, entre la población que no tienen síntomas depresivos sólo es el 8%. (Cuadro 25).

Cuadro 25. Síntomas depresivos vs religión*

| Síntomas depresivos | N | ATEO | | CATÓLICO | | PROTESTANTE | | CRISTIANO | | OTRA | |
|---------------------|----|------|---|----------|----|-------------|---|-----------|---|------|---|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 63 | 0 | - | 58 | 92 | 0 | - | 2 | 3 | 3 | 5 |
| SI | 34 | 1 | 3 | 27 | 79 | 2 | 6 | 1 | 3 | 3 | 9 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

La mayoría de la PCSD (73%) reportó 1 o 2 corresidentes adultos, sólo 3 personas lo hacen con un número mayor y el 18% manifestó vivir sólo. Con respecto a la población sin la presencia de síntomas se observa un ligero incremento en el número de cohabitantes, teniendo así que aunque el grueso de esta población también se encuentra en la convivencia con 1 o 2 personas (54%), un 32% lo hace con más de 3 y el 14% vive sólo. (Cuadro 26a).

Cuadro 26a. Síntomas depresivos vs No. de corresidentes >16 años (por sexo)*

| Síntomas depresivos | No. de corresidentes | TOTAL N= 97 | | | HOMBRES N= 41 | | | MUJERES N= 56 | | |
|---------------------|----------------------|----------------|-----|----|------------------|-----|----|------------------|-----|----|
| | | N | No. | % | N | No. | % | N | No. | % |
| NO | 0 | 63 | 9 | 14 | 30 | 1 | 3 | 33 | 8 | 25 |
| | 1-2 | 63 | 34 | 54 | 30 | 19 | 64 | 33 | 15 | 45 |
| | 3-4 | 63 | 18 | 29 | 30 | 9 | 30 | 33 | 9 | 27 |
| | >5 | 63 | 2 | 3 | 30 | 1 | 3 | 33 | 1 | 3 |
| SI | 0 | 34 | 6 | 18 | 11 | 5 | 45 | 23 | 1 | 4 |
| | 1-2 | 34 | 25 | 73 | 11 | 5 | 45 | 23 | 20 | 88 |
| | 3-4 | 34 | 2 | 6 | 11 | 1 | 10 | 23 | 1 | 4 |
| | >5 | 34 | 1 | 3 | 11 | 0 | - | 23 | 1 | 4 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

De forma similar hay un ligero incremento en el número de corresidentes menores de 16 años, pues mientras el 79% de la PCSD no convive con niños/as y el restante 21% lo hace con 1 o 2, el 49% de la población sin síntomas manifestó tener al menos un menor de 16 años entre sus corresidentes. (Cuadro 26b).

Cuadro 26b. Síntomas depresivos vs No. de corresidentes <16 años (por sexo)*

| Síntomas depresivos | No. de corresidentes | TOTAL N= 97 | | | HOMBRES N= 41 | | | MUJERES N= 56 | | |
|---------------------|----------------------|----------------|-----|----|------------------|-----|----|------------------|-----|----|
| | | N | No. | % | N | No. | % | N | No. | % |
| NO | 0 | 63 | 37 | 59 | 30 | 15 | 50 | 33 | 22 | 67 |
| | 1-2 | 63 | 16 | 25 | 30 | 10 | 33 | 33 | 6 | 18 |
| | 3-4 | 63 | 8 | 13 | 30 | 5 | 17 | 33 | 3 | 9 |
| | >5 | 63 | 2 | 3 | 30 | 0 | - | 33 | 2 | 6 |
| SI | 0 | 34 | 27 | 79 | 11 | 10 | 91 | 23 | 17 | 74 |
| | 1-2 | 34 | 7 | 21 | 11 | 1 | 9 | 23 | 6 | 26 |
| | 3-4 | 34 | 0 | - | 11 | 0 | - | 23 | 0 | - |
| | >5 | 34 | 0 | - | 11 | 0 | - | 23 | 0 | - |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.*** Porcentajes redondeados**

Las variables ocupación e ingreso económico guardan prácticamente el mismo comportamiento en ambas poblaciones. Se percibe únicamente que es menor en 6% la proporción de adultos mayores con empleo entre la PCSD que entre su contraparte (45% vs 51%), y en el caso del hogar como ocupación es mayor el porcentaje entre la PCSD (43% vs 30%) (Cuadro 27).

Cuadro 27. Síntomas depresivos vs ocupación*

| Síntomas depresivos | N | CON EMPLEO | | DESEMPLEADO | | ESTUDIANTE | | HOGAR | | JUBILADO | |
|---------------------|----|------------|----|-------------|---|------------|---|-------|----|----------|----|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 63 | 32 | 51 | 4 | 6 | 1 | 2 | 19 | 30 | 7 | 11 |
| SI | 33 | 15 | 45 | 2 | 6 | 0 | - | 14 | 43 | 2 | 6 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.*** Porcentajes redondeados**

En el cuadro 28 se observa que casi no existen diferencias en cuanto al ingreso económico, tomando en cuenta que el 79% de la PCSD y el 83% de la población contraria reciben al menos algún tipo de ingreso económico.

Cuadro 28. Síntomas depresivos vs ingreso económico*

| Síntomas depresivos | N | < A UN S.M. | | DE 1 A 2 S.M. | | > A 2 S.M. | |
|---------------------|----|-------------|----|---------------|----|------------|----|
| | | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 52 | 41 | 79 | 8 | 15 | 3 | 6 |
| SI | 27 | 21 | 78 | 3 | 11 | 3 | 11 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.*** Porcentajes redondeados**

El cuadro 29 refiere que es ligeramente mayor el porcentaje de personas que no tuvieron dolor durante el mes previo a la entrevista entre la población sin alteraciones anímicas con respecto a la PCSD (54% vs 41%), y por el contrario, es mayor el porcentaje entre la PCSD de aquellos en el que el dolor se presenta diariamente (26% vs 14%).

Cuadro 29. Síntomas depresivos vs dolor*

| Síntomas depresivos | N | NUNCA | | UNA VEZ AL MES | | 2-3 VECES AL MES | | 2-3 DÍAS A LA SEMANA | | TODOS LOS DÍAS | |
|---------------------|----|-------|----|----------------|---|------------------|----|----------------------|----|----------------|----|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 63 | 34 | 54 | 5 | 8 | 6 | 10 | 9 | 14 | 9 | 14 |
| SI | 34 | 14 | 41 | 1 | 3 | 5 | 15 | 5 | 15 | 9 | 26 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.*** Porcentajes redondeados**

Los resultados dejan ver que el 56% de la población sin síntomas califica como óptimo su estado general de salud (muy bien 22%, bien 34%), mientras la PCSD que se autoevaluó del mismo modo representó sólo el 38% (muy bien 6% y bien 32%). El grueso de la PCSD (56%) autoevaluó su salud como regular. (Cuadro 30).

Cuadro 30. Síntomas depresivos vs autoevaluación general del estado de salud*

| Síntomas depresivos | N | MUY BIEN | | BIEN | | REGULAR | | MALO | | MUY MALO | |
|---------------------|----|----------|----|------|----|---------|----|------|---|----------|---|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 63 | 14 | 22 | 21 | 34 | 24 | 38 | 4 | 6 | 0 | - |
| SI | 34 | 2 | 6 | 11 | 32 | 19 | 56 | 1 | 3 | 1 | 3 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

Finalmente, el análisis entre los resultados de la evaluación de síntomas depresivos y la variable de preocupaciones muestra que el 35% de la PCSD manifestó tener alguna preocupación, frente al 38% de su contraparte. Destaca que mientras el principal motivo de preocupación entre la población sin síntomas depresivos es la salud propia (41%), para la PCSD lo son los problemas económicos con un 32%. (Cuadro 31).

Cuadro 31. Síntomas depresivos vs motivos de preocupación*

| Síntomas depresivos | N | SALUD PROPIA | | SALUD DE OTROS | | PROBLEMAS ECONÓMICOS | | PROBLEMAS FAMILIARES | |
|---------------------|----|--------------|----|----------------|----|----------------------|----|----------------------|----|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| NO | 63 | 26 | 41 | 14 | 22 | 16 | 25 | 10 | 16 |
| SI | 34 | 11 | 32 | 10 | 29 | 13 | 38 | 5 | 15 |

FUENTE. Grupo de investigación 10/66 México, 2007.

* Porcentajes redondeados

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Como ya ha sido mencionado, es difícil determinar con exactitud una cifra que funja como prevalencia esperada de síntomas depresivos en adultos mayores en el contexto de su comunidad. La metodología y los criterios utilizados para el diagnóstico, además de la imprecisión en el grado de depresión son elementos de alta influencia que agudizan la incertidumbre epidemiológica. En este sentido, los diversos estudios marcan un rango de prevalencia que oscila entre el 10% hasta alrededor del 25%. Sin embargo, hay otros en los que se ha reportado un porcentaje mayor -como el 50% reportado por Olmos Rivera⁸⁶-. En esta situación se insertan los resultados del presente estudio al reportar una prevalencia de síntomas depresivos del 35% entre la población anciana evaluada en el pueblo de San Juan Tlacotenco. Evidentemente la prevalencia de síntomas depresivos es mayor en comparación a la prevalencia de depresión mayor, empero, los síntomas depresivos, tanto como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor.^{127:367} De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, el porcentaje de prevalencia de depresión en mujeres mayores de 60 años alcanza el 9%, mientras que en los hombres el 5%.^{84:86} Al igual que en la cifra anterior, en el presente estudio fueron las mujeres evaluadas las que resultaron mayormente afectadas por la sintomatología depresiva, aludiendo al hecho de que la depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, pues aunque los criterios diagnósticos son los mismos para ambos géneros, la presentación y curso de la depresión es un poco diferente en las mujeres.^{75:81} Cambios físicos y hormonales son involucrados a menudo como explicación de dicha situación, no obstante, estos argumentos tienen menos cabida entre la población anciana, dando mayor peso a los factores culturales como importantes condicionantes. Así por ejemplo, el machismo -hecho social característico entre la población rural y más aun entre adultos mayores- seguramente está involucrado en el menor porcentaje de hombres deprimidos y mayor en el caso de mujeres, al categorizar como símbolo de debilidad la aceptación de sentimientos tales como la tristeza o la soledad, o bien, el reporte de padecimientos físicos por temor a colocarse en un espacio opuesto a la imagen de fortaleza normalmente sancionada como positiva.

Cabe mencionar que la población de adultos mayores en San Juan Tlacotenco representó el 6.3% (109 habitantes identificados mediante el estudio poblacional) de su población total, porcentaje ligeramente superior al compararlo con el promedio nacional y estatal de habitantes de 65 años y más reportado en el último censo general de población y vivienda en México, cuyos porcentajes son 4.9% y 5.3% respectivamente. El porcentaje de mujeres de 65 años y más con respecto al de los hombres (mujeres= 57%, hombres= 43%) también fue mínimamente superior en relación a la distribución nacional (mujeres= 53.5%, hombres= 46.5%) y a la estatal (mujeres=53.4%, hombres= 46.5%).

La poca información de estudios referentes a la salud mental de adultos mayores en zonas rurales limita la contrastación de resultados; no obstante, los también insuficientes estudios urbanos refieren una mayor prevalencia de trastornos anímicos en comunidades de escasos

recursos, es decir, en poblaciones cuyas condiciones socioeconómicas son altamente vulnerables debido a situaciones fundamentalmente derivadas de la pobreza. En congruencia con estos hallazgos podría explicarse entonces el alto porcentaje de sujetos con síntomas depresivos encontrado en la comunidad de San Juan Tlacotenco. Refrendando precisamente dicha vulnerabilidad socioeconómica, se encuentra el alto porcentaje de adultos mayores sin instrucción escolar detectado (41%), superando así el 35.9% a nivel nacional según cifras del CONAPO en el año 2003, pero en congruencia con el 40% de habitantes de Morelos de 65 años o más que comparten el mismo rezago escolar. Por su parte, la brecha de género entre los participantes sin instrucción escolar no se hizo esperar y se hace presente con un 8% de diferencia a favor de los varones (45% vs 37%) –nuevamente en congruencia con cifras estatales (44% vs 35%)-.¹²⁶ Aunque la mayoría de los participantes reportó contar con algunos años de educación primaria (5 años o menos) (53%), no debe olvidarse que la calidad educativa del país -máxime en zonas rurales- es por demás deficiente, traduciéndose así la escolaridad de los adultos mayores como un factor desfavorable, pues si bien en el presente estudio no se encontró alguna asociación significativa entre la instrucción escolar y la sintomatología depresiva, lo cierto es que diversos estudios han identificado a la variable educativa como un factor protector de la salud mental de las personas al encontrar entre sus hallazgos que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión.^{84:86}

Ahora bien, los ya descritos resultados referentes al estado conyugal muestran congruencia con las cifras nacionales y estatales, las cuales dejan ver que a nivel nacional el 54.7% de habitantes de 65 años y más son casados al igual que el 54.2% reportado en Morelos, siendo hombres aproximadamente el 73% y mujeres el restante 37%. Los datos anteriores aunados a los descriptivos de la condición de viudez (59% viudas vs 15% viudos) dan soporte a la literatura que señala que sólo un escaso número de hombres permanecen solteros, separados o viudos, puesto que normalmente vuelven a casarse, y en cambio las mujeres solteras, separadas o viudas permanecen en tales estados hasta su muerte.^{83:205} Por otra parte, los resultados del estado conyugal en relación a la sintomatología depresiva muestran un contraste con las tesis que sugieren que la viudez resulta ser un factor de riesgo de la salud mental al provocar soledad en las personas, y por ende, que las relaciones de pareja funcionan como factores protectores, ya que se encontró que la mayoría de las mujeres sin síntomas depresivos (70%) son viudas, a diferencia de las mujeres con sintomatología presente que en su mayoría se encuentran casadas (57%). En el caso de los hombres es menor esta apreciación debido a que en ambas poblaciones la mayoría están casados. Estos resultados podrían estar dando cuenta de las dinámicas de pareja, las cuales corresponderían a relaciones estresantes, sobre todo si se toma en cuenta la alta incidencia de violencia de género en zonas rurales. Además, conviene señalar que a diferencia de zonas urbanas, en comunidades como San Juan Tlacotenco difícilmente se hallará un número importante de separados/as o divorciados/as entre la población de mayor edad, debido principalmente a elementos culturales que fomentan la idea del *matrimonio hasta la muerte* a pesar de que en él se experimenten situaciones desagradables. En este sentido, el estado de viudez estaría representando un estado menos estresante incluso que la propia relación conyugal.

De consideración es que la distribución de la población morelense en hogares, tomando en cuenta el sexo y la edad del jefe del hogar, muestra que en todas las edades hay mayores

porcentajes de población donde el jefe del hogar es hombre. Así, la jefatura del 11.5% de los hogares del estado de Morelos está a cargo de personas de 65 años y más, teniendo que el 70% son de jefatura masculina y el 30% restante corresponde a jefaturas femeninas.¹²⁶ Al respecto, la distribución de los adultos mayores que cumplen con el papel de jefes de hogar en San Juan Tlacotenco, presenta en comparación con estas cifras un ligero aumento en el porcentaje de jefaturas femeninas, pues éstas representan el 35% frente al 65% ocupado por la jefatura masculina. Ahora bien, el análisis de la misma variable refleja lo que a últimas fechas ha sido señalado por diversos autores con respecto al cambio de la estructura familiar en áreas urbanas, pues la información referente al número de corresidentes corrobora precisamente el argumento de que el predominio de las familias extensas decrece a favor de las familias nucleares. Lo anterior, resulta evidente al observar que el municipio de Tepoztlán registra el tercer mayor porcentaje de hogares nucleares en el estado (76.9%), sólo antecedido por los municipios de Huitzilac (77.1%) y Jiutepec (76.9%).¹²⁶ En otras palabras, cambios en la estructura familiar que hasta ahora se juzgaban -si no exclusivos- predominantes de zonas urbanas tales como el incremento de hogares cuya jefatura la detenta una mujer o la conformación familiar nuclear en lugar de la extensa, comienzan a vislumbrarse en contextos rurales, y con ello una serie de implicaciones asociadas a redes sociales, intercambio de conocimientos entre integrantes de distintas generaciones, entre otros que seguramente darán pie a modificaciones culturales.

En relación a la ocupación y a los ingresos económicos de la población estudio, no sorprende el hecho de que prácticamente el 50% de los evaluados sigan realizando actividades laborales, ya que como se ha expuesto previamente, el alejamiento de los quehaceres laborales en este tipo de comunidades se efectúa progresivamente debido por un lado a simbolismos asociados al trabajo, y por otro, a que de ello depende su economía. Esto puede estar asociado al menor número de trabajadores y mayor número de amas de casa detectados/as entre los sujetos con síntomas depresivos con respecto a la otra parte poblacional, aludiendo con esto a los postulados de la teoría de la actividad. Así, básicamente son dos los aspectos decisivos para la continuación o abandono del trabajo, a saber, el estado general de salud y las necesidades económicas. Tampoco sorprende el escaso número de jubilados o pensionados si se considera que el campo, el comercio y las labores no calificadas fueron las principales ocupaciones de los entrevistados. Este hecho en particular, amenaza -como ya ha sido señalado en el primer capítulo- la estabilidad económica de los adultos mayores, quienes ante tal desprotección dependen prácticamente de los apoyos mensuales o bimestrales derivados de programas gubernamentales, que dicho sea de paso, resultan desde luego insuficientes para cubrir las necesidades básicas pero al mismo tiempo fundamentales para la subsistencia de personas que no cuentan con ninguna otra fuente de ingreso. Evidentemente, la precaria situación socioeconómica del pueblo estudio -similar a la de la mayoría de comunidades de menos de 2500 habitantes en el país- afecta a todos los grupos etarios, pudiendo ser esto el principal motivo por el cual sólo un 18% de los entrevistados recibe apoyo económico por parte de su familia. Los conflictos familiares pudieran ser también un motivo que explique las limitadas transferencias familiares, sin embargo, se percibe poco factibles ya que los resultados referentes a las preocupaciones sugieren que no son una constante dentro de sus dinámicas familiares.

Los resultados referentes a la salud muestran una baja relativa en la prevalencia de enfermedades comunes durante la etapa de vejez, tales como la hipertensión arterial, la diabetes

o las del corazón. En este sentido, el 23% de hipertensos detectados se percibe baja si consideramos que la prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 60 años oscila alrededor del 30%, alcanzando en el grupo de 65 a 75 años hasta el 53%, siendo más alta en mujeres, además de que en personas mayores de 80 años puede llegar hasta el 80%.^{128:91} Al respecto, también en este estudio se encontró que el padecimiento se presenta más en las mujeres, pues del total de adultos mayores con hipertensión, el 73% son mujeres y el 27% restante son hombres; el 43% de las mujeres con síntomas depresivos reportó ser hipertensa vs el 18% de hipertensas sin sintomatología presente. De la diabetes se sabe que los ancianos afroamericanos (de 65 a 77 años) tienen una prevalencia 50% mayor de la enfermedad que los de raza blanca (26% en comparación con 17%), en tanto que los grupos de extracción latina también muestran una prevalencia mucho mayor.^{129:109} Por tal motivo, además de hábitos inadecuados de salud reflejados en la nutrición y condición física de la población mexicana, la diabetes es una enfermedad común entre los ancianos, por ejemplo para 2002, representaba la segunda causa de muerte de las mujeres de 60 años o más, sólo superada por las enfermedades cardiovasculares,^{15:74} no obstante, los resultados del estudio señalan que un 12% padece la enfermedad, siendo nuevamente las mujeres las que tienen mayoría en la distribución porcentual por sexo (75% vs 25%). Aún más baja es la prevalencia de enfermedades del corazón con un escaso 3%, a pesar de que las enfermedades cardíacas más frecuentes son propias de etapas tardías de la vida.^{130:203} Así, las bajas prevalencias de estas enfermedades se asocian a los estilos de vida propios de zonas rurales, en los que a diferencia de zonas urbanas, son escasos los ambientes altamente estresantes y el sedentarismo, por mencionar algunas particularidades. Los porcentajes más altos en cuanto a reportes de salud corresponden a problemas de la vista y oído, así como a problemas estomacales o de artritis, aludiendo nuevamente a contextos rurales en los que la desnutrición y el tipo de actividades realizadas a lo largo de su vida juegan un importante elemento asociado a estos padecimientos que evidentemente no causan la muerte, pero si se constituyen como una constante amenaza a la calidad de vida de las personas. Lo anterior se refleja en el hecho de que un importante porcentaje haya manifestado tener algún tipo de dolor, sin ser éste un factor influyente entre la población con síntomas depresivos. En términos generales, el tema de la salud es el principal motivo de las preocupaciones de los entrevistados, ya sea que se preocupen por su estado de salud, o bien por el de alguna otra persona, sin embargo, los problemas económicos también representan una importante fuente de preocupación, sobre todo si se considera que las preocupaciones de salud están inevitablemente ligadas al factor económico que supone el gasto de consulta médica y medicamentos necesarios, ya que los resultados indican que la población estudio, contrario a que normalmente se piensa que en contextos rurales es frecuente la atención tradicional, hace uso de los recursos disponibles en las instancias médicas para la atención de sus padecimientos.

CONCLUSIONES

Durante el proceso de envejecimiento convergen cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que originan situaciones como la presencia de padecimientos crónicos, situaciones de pérdidas, o bien, cambio de roles sociales. En este sentido, el proceso no presenta las mismas características en todos los seres humanos; las distintas experiencias individuales, condiciones de salud, estilos de vida, sucesos históricos, diferencias culturales, etc., condicionan la vejez.

Entre las implicaciones que el proceso de envejecimiento –poblacional e individual- trae consigo, destacan las condiciones de salud y, concretamente, de la salud mental de los adultos mayores, como un aspecto que reclama urgente atención debido a la notable escasez de información sobre el mismo. Al respecto, la depresión es uno de los trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, colocándose así como el principal trastorno mental entre el grupo poblacional de mayor edad. Esta enfermedad puede desencadenar a su vez otros padecimientos, además de estar fuertemente ligada a la calidad de vida, tanto del propio paciente como de su familia o personas que funjan como cuidadores primarios. De ninguna manera deben considerarse los síntomas de este padecimiento como signos propios de la edad, por lo que debe apelarse a la necesidad de información precisa, tanto de la población en general -intervención comunitaria- como de los profesionales de la salud involucrados en la atención geriátrica. La atención individualizada y el trabajo grupal, en términos de procesos psico y socio educativos, se reconocen como opciones metodológicas indispensables para el abordaje profesional en situaciones referentes a la salud mental.

La falta de información limita la posibilidad de establecer cifras exactas acerca de la prevalencia de depresión y síntomas depresivos en los adultos mayores de México. Las condiciones socioeconómicas, el tipo de metodología utilizada y sobre todo la falta de apoyo institucional para realizar proyectos de investigación nutren la vaguedad epidemiológica, el desperdicio de recursos y la inadecuación de servicios de salud. No obstante, los resultados del estudio poblacional a cargo del Grupo de Investigación en Demencias 10/66 apuntan a que la prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores contextualizados en una zona rural es alta, en tanto que se encontró que el 35% de la población estudio -Pueblo de San Juan Tlacotenco- es afectada por dicha sintomatología.

Por otra parte, los resultados del estudio reflejan la vulnerabilidad socioeconómica de una comunidad rural en el país, a pesar de que el pueblo de San Juan Tlacotenco se encuentra muy lejos de presentar las condiciones de miseria que desafortunadamente existen en algunas otras regiones del país. Permiten además dar cuenta de las condiciones desfavorables en las que viven los adultos mayores en este tipo de contextos, en donde el escaso nivel de instrucción escolar, la deficiente infraestructura de servicios públicos, las escuetas fuentes de apoyo económico, así como las casi nulas estrategias en relación a algún sistema de pensiones, se consolidan como amenazas constantes a su bienestar físico y/o emocional. Así pues, las consecuencias negativas de tales situaciones, que al mismo tiempo que afectan la salud y al ambiente inmediato de la persona, afectan también al crecimiento económico y por lo tanto al desarrollo social del país, se constituyen como grandes desafíos para la competencia de las políticas públicas cuyo diseño y operatividad deberá desarrollarse a la luz del trabajo coordinado entre los tres niveles de

gobierno, atendiendo desde luego las necesidades reales de la actual población de mayor edad, pero sobre todo preparando las condiciones necesarias para que los próximos cohortes cuenten con mayores oportunidades y elementos que les permitan experimentar sana y decorosamente su etapa de vejez.

En este orden de ideas lo que cabe someter a discusión son precisamente las estrategias de atención en el ámbito rural, haciendo énfasis en la escasa consideración de la planeación y distribución de recursos dirigidos a la mejora de las condiciones educativas, de vivienda, de servicios públicos, de empleo, sanitarias, entre otras. La prevalencia de síntomas depresivos, es sólo un ejemplo de los tantos padecimientos poco atendidos en este contexto, puesto que la atención a la salud mental está por demás subordinada a la también escasa y deficiente atención a la salud física normalmente atendida en los centros de salud de las comunidades. Es claro que no se considera trascendente la atención social como factor asociado a la salud, lo que responde a la equivocada pero muy arraigada idea de que lo social es sólo un atributo cuyas características son únicamente el escenario donde se presentan situaciones en particular -léase fenómenos y problemas sociales, económicos, políticos y sanitarios, entre otros-. Así, bajo esta perspectiva se minimizan o incluso nulifican las acciones de promoción social, que al estar guiadas bajo la consigna de que lo social va más allá de un simple ambiente inerte al constituirse como un espacio de interacción continua, contemplan no sólo la atención inmediata sino también procesos encaminados a la prevención de problemáticas sociales.

En términos de investigación, es innegable que el estudio del proceso de envejecimiento en general, y el de padecimientos de salud mental en particular, enmarcados en contextos rurales, es una línea poco explorada, y por tanto, ávida de análisis exploratorios, descriptivos y explicativos. Lo anterior, en el entendido de que las condiciones y factores asociados a este tópico guardan particularidades distintas en comparación a las existentes en contextos urbanos. En otras palabras, la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y la diversidad de variables rurales conllevan a la necesidad apremiante de investigaciones cuyo principal eje direccional sea un enfoque que precise la distinción requerida entre los contextos urbano - rural del país, con apego al respeto y consideración de las características de cada ámbito.

Un punto a considerar seguramente para siguientes trabajos similares realizados desde la perspectiva de trabajo social, será contemplar la utilización de métodos cualitativos con el fin de ampliar el margen de información al respecto, sobre todo en ánimo de complementar los datos producto de la aplicación de instrumentos. Conviene mencionar aquí que uno de los fines indirectos del presente trabajo en relación al ámbito de la profesión es justamente propiciar análisis de corte epidemiológico, los cuales son poco abordados debido a las escasas herramientas metodológicas que se brindan durante la formación escolar, pero que indudablemente aluden a nuestras competencias profesionales dentro del área de la salud. No obstante, dicha invitación al tratamiento cuantitativo no demerita ni mucho menos anula las aportaciones de tipo cualitativo que hasta ahora han venido desarrollándose debido a que se reconoce ampliamente su valor, luego entonces lo que realmente se busca es romper un poco con la tajante división que a menudo se hace entre la investigación cuantitativa y la cualitativa.

Resta decir que hasta el momento resulta insuficiente lo estudiado con respecto al tema de la salud mental de los adultos mayores, sobre todo en relación a la problemática social que pudiera presentarse de no atender y preparar las condiciones óptimas para afrontar de manera exitosa el reto que representa la actual y futura distribución poblacional. Sólo a través del conocimiento de dicho fenómeno demográfico, así como de los padecimientos, necesidades y problemas que aquejan a la creciente población, se obtendrán elementos fundamentados para dar alternativas de solución que mejoren la calidad de vida del adulto mayor, así como de sus congéneres inmediatos.

TRABAJO SOCIAL GERONTOLÓGICO

Hablar de trabajo social gerontológico en términos de un concepto global, en el que se integren aportaciones teórico metodológicas a la par de resultados concretos producto de la intervención profesional, es sin duda un tópico reciente y en evidente construcción dentro de la profesión. Esto sin que tal aseveración niegue las experiencias, directas o indirectas, de colegas enmarcadas en instituciones u organizaciones en las que la intervención con ancianos se encuentra dentro de su cobertura de atención. El trabajo social con adultos mayores es reciente sólo en cuanto a aportaciones a la gerontología se refiere, es decir, en cuanto a contribuciones derivadas de investigaciones y/o sistematizaciones sólidas que coadyuven al estudio de la vejez. Tal situación se asemeja totalmente a la realidad teórico práctica del trabajo social en general, en la que la falta de sistematización e investigación se traduce como el principal obstáculo para la generación de conocimientos certeros que permitan, no sólo una aproximación más fidedigna a la realidad social, sino que contribuyan a la comprensión de las diversas problemáticas -que desafían a la sociedad y, por tanto, aluden al quehacer profesional-. Dicha situación sin duda responde al hegemónico carácter práctico que permea a la profesión, el cual no se trata de ningún modo de un carácter negativo *per se*, sino que se inserta en terrenos poco favorables cuando no prospera y entonces la riqueza de conocimientos empíricos, todo lo obtenido luego del contacto directo con la población, no logra traducirse en un cuerpo de conocimientos fundamentados.

En este sentido, las acciones con adultos mayores no es una labor novedosa, tan es así que las actividades dirigidas a la atención de los ancianos han sido consideradas como parte de la función más antigua del trabajador social: la asistencia. Así, en la década de los cuarentas el trabajo realizado en los asilos para ancianos era considerado ya por Saavedra como una de las áreas de acción del trabajo social. Años después, la ancianidad seguía siendo pensada como un área de acción correspondiente, de acuerdo a Kisnerman, a la atención a la familia y a las minorías, pero siempre concebida desde una lógica asistencialista, como lo indica Valero, al contemplar a la protección a los ancianos dentro del trabajo social asistencial.^{131:136} Es hasta en los últimos años que la intervención con adultos mayores busca concebirse ya no sólo como un conjunto de actividades dirigidas a la atención social inmediata de los ancianos, sino como una práctica y una disciplina científica que contribuya al estudio y la intervención sobre el envejecimiento, consolidando así el trabajo social gerontológico.¹³² No debe olvidarse que geriatría es distinto de gerontología, ya que mientras la primera se trata de una rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos y terapéuticos, preventivo y sociales en la salud y la enfermedad de los ancianos, de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad, tras el ingreso en servicios hospitalarios de la geriatría, en condiciones físicas, psíquicas y sociales de autosuficiencia; la segunda es una rama de las ciencias sociales que estudia todos los aspectos del envejecimiento, como son los psicológicos, educativos, sociológicos, económicos, políticos y sanitarios entre otros, por lo que tienen un carácter interdisciplinario.^{24:74} Así, la acción profesional de trabajo social en el campo de la gerontología debe mostrar capacidad para analizar, problematizar situaciones propias de la vejez y generar estrategias de intervención con relación a ellas, por lo que debe sustentarse en procesos de reflexión crítica acerca del proceso de envejecimiento. Asimismo, debe asumir en todo momento que una de las grandes prioridades en la investigación gerontológica es identificar las

consecuencias sociales y de salud de los eventos críticos en la etapa de la vida del adulto mayor.^{132:194} Como en cualquier otra área de intervención, el trabajo social gerontológico al abordar una problemática debe desempeñarse bajo un proceso metodológico, a saber: investigación, diagnóstico, programación, gestión, evaluación y sistematización. De acuerdo a Sánchez Salgado, la intervención puede estar orientada a los tres niveles de atención sin ser mutuamente excluyentes, estableciéndose entonces tres formas de atención:^{132:195}

- *Primaria.* Comprende acciones encaminadas a detener o prevenir algo, reduciendo con esto los factores de riesgo de alguna situación determinada.
- *Secundaria.* La intervención está dirigida al manejo de una condición ya existente para minimizar su progresión o daños que produce.
- *Terciaria.* Pretende aminorar los efectos de una condición incapacitante y ayudar a la persona a recuperar a un máximo su nivel de funcionamiento. Requiere estrategias remediadoras más intensas.

Es así como la intervención social en este rubro, requiere además del perfil profesional del trabajador/a social, de conocimientos referentes al adulto mayor y al proceso de envejecimiento, de manera que el quehacer profesional se caracterice por el abordaje competente de su objeto de estudio con la finalidad de comprenderlo y atenderlo de forma integral, ya que es claro que el análisis debe ir encaminado no sólo al estudio de los adultos mayores considerados como grupo vulnerable, sino como un grupo vulnerado por las desigualdades derivadas de problemas estructurales. Conviene señalar que el objeto de intervención de este ámbito es el mismo que el de trabajo social pero con la particularidad de que se especializa en la etapa de la vejez y todas sus implicaciones -no se olvide que el objeto de estudio del trabajo social es el espacio que se genera en el tránsito entre la necesidad y la satisfacción de la misma, en otras palabras, entre la demanda de la población y la atención que se otorga-.

Al encontrarse en sus inicios el trabajo social gerontológico tiene una lista significativa de retos por cumplir, y sin lugar a duda es grande el número de obstáculos que hay que librar para darle consistencia y solidez a esta emergente pero potencial área de intervención -sobre todo en relación a la disposición de recursos institucionales-. Salud, empleo, recreación, redes de apoyo, organización y participación, educación entre otros, son tan sólo una escasa muestra del amplio trabajo por hacer dentro de los ámbitos político, económico y social que aluden al grupo poblacional de mayor edad. Las políticas públicas han sido hasta ahora las que han albergado la mayor posibilidad de éxito o fracaso en este trabajo -sin embargo, no hay que dejar de lado ámbitos de gran importancia como lo son las organizaciones de la sociedad civil-, y en ese sentido, el desempeño profesional del trabajo social resulta fundamental puesto que su acción está precisamente colocada en el campo de las políticas sociales, ya desde puestos operativos, mandos medios, o bien, desde puestos normativos, que dicho sea de paso, son los que permiten una mayor cobertura de intervención y a los cuales debe estar dirigido el esfuerzo gremial por obtenerlos.

Sin importar los esfuerzos o discursos efectuados en aras de un empoderamiento profesional, la única forma que permitirá la trascendencia, particularmente en el área de la gerontología, es el cumplimiento eficiente de las funciones propias de la profesión considerando en todo momento

la praxis necesaria para abordar situaciones problema desarrolladas bajo un contexto sociocultural en el que el tema de los adultos mayores está confinado al ámbito de lo privado en donde el único rol reconocido es el del abuelo/a. Precisamente lo anterior es lo que a consideración propia constituye el principal reto del trabajo social gerontológico: coadyuvar a la construcción de una nueva imagen e identidad social del adulto mayor, a través, en un primer momento, del conocimiento de sus problemáticas, necesidades y demandas sociales, y posteriormente, mediante el diseño, implementación y evaluación de posibles alternativas de solución. Ciertamente, impulsar un cambio social no es en lo más mínimo una labor sencilla, para lograrlo se debe trabajar desde muchos flancos, evidenciar constantemente las desfavorables condiciones reales en las que viven actualmente los ancianos, repensar su papel social incluyendo expectativas, oportunidades y derechos, así como evaluar la eficacia de las actuales medidas de atención a este grupo etario. Hoy por hoy, la realidad social expuesta a lo largo del presente trabajo es innegable y como tal, debe ser la capacidad profesional que se tenga para hacer frente y responder a los intereses de la creciente población de adultos mayores.

REFERENCIAS

1. Escandón Carrillo, R. “¿Qué es la salud mental? (un panorama de la salud mental en México). En, Castillo Nechar, M. (coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. UAEM. México, 2000: 16-22.
2. *Transición demográfica mundial. El envejecimiento de la población mundial* CONAPO, 2005.
3. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)/Banco Interamericano de Desarrollo (1996), “Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina.” Serie E, No. 45. Santiago, Chile.
4. Chesnais, JC. *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE. Chile, 1990.
5. Salvá Tomás, PA. “Hacia una sociedad de mayores: una aproximación al proceso de envejecimiento de la población”. En, Colom Cañellas, AJ.; Orte Socías, C. (Coords.) *Gerontología educativa y social*. Universitat de les Illes Balears. Palma, 2001: 153-172.
6. Organización de las Naciones Unidas (ONU). “El envejecimiento de la Población Mundial: Informe sobre su situación en 1991” (ST/C SDHA/14) - Nueva York, 1992.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Envejecimiento: ¿qué nos depara el futuro?” Comunicado de prensa. Enero 2002; vol. 01. Citado por, Salgado de Snyder, VN.; et al. “No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales”. *REV Salud Pública de México*. 2005, 47(4): 294-302.
8. Montes de Oca, V. “Envejecimiento y desarrollo: un nuevo reto para gobiernos y sociedades pobres”. En, Vera Bolaños, M. *Problemas contemporáneos de la población mexicana*. COESPO. El colegio mexiquense. México, 2000: 103-139.
9. Rodríguez Wong, L.; De Mello Moreira, M. “Envejecimiento y desarrollo humano: Las transformaciones demográficas anunciadas en América Latina (1950-2050)”. En, Camarena Córdova, RM. *Población, desarrollo social y grupos vulnerables*. UNAM / SOMEDE. México, 2005: 241-275.
10. Schkolnik, S. “El envejecimiento de la población en América Latina. La privatización de la crisis”. En, Chesnais, JC. *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE. Chile, 1990: 105-139.
11. *Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. CONAPO, 2006.
12. Zúñiga Herrera, E. “Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México”. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 31-41.
13. Ortiz Álvarez, MI. “Geografía del envejecimiento en México, 2000”. *REV Trabajo Social Adultos mayores*. UNAM / ENTS. 2003, 8: 64-73.

14. Partida Bush, V. “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2003: 23-29.
15. Zúñiga Herrera, E.; *et al.* “Mortalidad de la población de 60 años o más”. En, *La situación demográfica de México 2003*. CONAPO. México, 2003: 143-153.
16. INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000
17. Ham-Chande, R. (coord.) *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. El Colegio de la Frontera Norte. México, 2003.
18. Salgado de Snyder, VN. “Envejecimiento, género y pobreza en México rural”. En, Wong, R.; Salgado de Snyder, VN. (Coords.) *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. INSP. México, 2003: 37-55.
19. Salas Lizaur, JL. “Sistema alternativo de pensiones”. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 91-97.
20. Gutiérrez Robledo, LM. “La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento”. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 53-70.
21. *Evaluación del Seguro Popular de salud. Informe*. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). México, Octubre, 2002.
22. Salgado de Snyder, VN. “Vejez y pobreza en México: Conclusiones y retos”. En, Wong, R. y Salgado de Snyder, VN. (Coords.) *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. INSP. México, 2003: 199-211.
23. Villa, M.; Rivadeneira, L. *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, CEPAL. Chile, 1999.
24. Cornachione Larrinaga, MA. *Psicología evolutiva de la vejez*. Brujas. Argentina, 2003.
25. Casanova Sotolongo, P.; Casanova Carrillo, P.; Casanova Carrillo, C. “La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico”. *REVNEUROLOGIA* 2004, 38(5): 469-472.
26. Sosa Ortiz, AL. *Prevalencia de síntomas depresivos y alteraciones cognoscitivas en los ancianos de una comunidad del DF*. Tesis de Maestría. FacMed. UNAM. 1997.
27. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Disponible en: http://www.sercuidador.org/ayuda_mayores.htm
28. Belsky, JK. *Psicología del envejecimiento*. Paraninfo Thomson Learning. España, 2001.

29. Ortiz Pedraza JF. *Envejecimiento ¿programa genético o desgaste?*. INAH. México, 1999.
30. Bear, ML.; Millar, DA. *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*. Paidós. España, 1998.
31. Vega Vega, JL. ; Bueno Martínez, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Síntesis. España, 2000.
32. Belsky, JK. *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e interpretaciones*. Masson. España. 1996.
33. Hayflick, L. *Cómo y por qué envejecemos*. Herder. Barcelona, 1999.
34. Willott, JF. (1990). Citado por, Vega Vega, JL.; Bueno Martínez, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Síntesis. España, 2000.
35. Crandall (1980). Citado por, Bear, ML.; Millar, DA. *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*. Paidós. España, 1998.
36. Ryals Simpson, K.; Lancaster, J. *Cambios psicosociales*. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD059.pdf>
37. Pérez Martínez VT. “El deterioro cognitivo: una mirada previsor.” REV Cubana Med Gen Integral. 2005, 21(1-3).
38. Martín García, M. *Trabajo social en gerontología*. Síntesis. España, 2003.
39. Santos Franco, J.; Palacios Ceña, D. *Manual de formación para gerocultores*. Síntesis. España, 2001.
40. Belloch Fuster, A. “Aspectos psicológicos del envejecimiento”. En, Anzola Pérez, E.; et al. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 546. EUA, 1994: 67-73.
41. Algado Ferrer, MT. *Envejecimiento y sociedad. Una sociología de la vejez*. Instituto de Cultura “Juan Gil – Albert”. España, 1997.
42. González Miers, MR. *Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos*. Trillas. México, 2000.
43. Mishara, BL; Riedel, RG. *El proceso de envejecimiento*. Marata. España, 1995.
44. Sáez, N.; Vega, JL. *Acción socio-educativa en la tercera edad*. Ceac. España, 1989.
45. Claver, M. “Aspectos psicosociales del envejecimiento”. En, Agüera Ortiz, L.; Martín Carrasco, M.; Cervilla Ballesteros, J. *Psiquiatría geriátrica*. Masson, España, 2002: 63-97.
46. Izquierdo Martínez, A. “Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos”. REV Complutense de Educación. 2005, 16 (2): 601-619.

47. Ander –Egg, E. *Diccionario del Trabajo Social*. Lumen. Argentina, 1995.
48. Guzmán JM.; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. “Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual.”. *Notas de Población*. No. 77. CELADE, 2003: 35-70.
49. Eroles, C. (coord.). *Glosario de temas fundamentales en trabajo social*. Espacio. Argentina, 2005.
50. Lazos Chavero, E. “Azares y devenires de las familias rurales del sur de Veracruz frente a la pérdida de prácticas colectivas y a su futuro ambiental”. En, Ariza, M.; De Oliveira, O. (Coords.) *Imágenes de la familia en el cambio del siglo*. Instituto de Investigaciones Sociales / UNAM. México, 2004: 429-475.
51. Vega Macías, D. “Arreglos residenciales de los adultos mayores”. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 43-51.
52. Jáuregui Ortiz, B.; Poblete Trujillo, E.; Salgado de Snyder, VN. “El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México.” En, Wong, R.; Salgado de Snyder, VN. (Coords.) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. INSP. México, 2006: 85-96.
53. *Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores. Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores*. Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.AP. FUNBAM – México, 2005.
54. Diario Oficial. Primera sección vespertina. “Secretaría de Desarrollo Social. Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Atención a los Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2007.” Miércoles 28 de febrero de 2007.
55. Chávez Carapia, JC. *La participación social en cuatro delegaciones del Distrito Federal*. UNAM / ENTS. México, 2000.
56. Ocampo, JM. “Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores”. *REV Colomb Med* 2006; 37 (Supl 1): 26-30.
57. Piña Ramírez, JC. “El yo esencial de la ancianidad”. *REV Trabajo Social Desarrollo Humano*. UNAM / ENTS. 2003, 6: 26-33.
58. Reyes Ortiz, CA. “Importancia de la religión en los ancianos”. *REV Colomb Med* 1998; 29 (4): 155-157.
59. Rivera Ledesma, A.; Montero López, M. “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos”. *REV Salud Mental*. 2005, 28 (6): 51-58.
60. ----- “Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos”. *REV Salud Mental*. 2007, 30 (1): 39-47.

61. Puga, D.; Rosero B., L.; Glaser, K.; Castro, T. "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra". REV Electrónica Centro Centroamericano de Población. Población y Salud en Mesoamérica. Número especial. Art. 1 2007, 5 (1): 1-21.
62. Kalish, RA. *La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano*. Pirámide España, 1996.
63. INEGI, 2001. *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*
64. Ocampo Chacón, RA. *Vejez y discapacidad: visión comparativa población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. 2004.
65. Negrete Salas, ME. Citada por, Salgado de Snyder, VN.; *et al.* "No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales". REV Salud Pública de México. 2005, 47(4): 294-302.
66. Negrete Salas, ME. "Envejecimiento y Migración / Distribución geográfica de la población mayor". REV DEMOS. Carta Demográfica sobre México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México, 2001, 14: 18-20
67. Salgado de Snyder, VN.; *et al.* "Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village with high migratory tradition to the United States." Health Soc Work 1998, 24: 136 -148.
68. Palmore, E. "Factores sociológicos de riesgo". En, Rothschild, H. (comp.) *Factores de riesgo en la edad avanzada*. La prensa médica mexicana. México, 1987: 118-135.
69. Sánchez Sánchez, A. "Las personas mayores y el mundo rural". En, Colom Cañellas, AJ.; Orte Socías, C. (Coords,) *Gerontología educativa y social*. Universitat de les Illes Balears. Palma, 2001: 115-122.
70. Tuirán R. "Crecimiento y composición de la población". REV DEMOS. Carta Demográfica sobre México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México, 2000, 13: 6-7.
71. Lehr, U.; Hans T. *Psicología de la senectud. Procesos y aprendizaje de la senectud*. Herder. España, 2003.
72. Treviño - Siller; *et al.* "Experiencias de envejecimiento en el México Rural". REV Salud Pública de México. 2006, 48 (1): 30-38.
73. *Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. GOB DF, SEDESOL. México, 2000.
74. *Primera Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México. Adultos Mayores*. Cuadernos estadísticos sobre discriminación No. 3. SEDESOL / CONAPRED. México, 2005.

75. Zárate Hidalgo, L.; Corona Hernández, F. “Los trastornos depresivos”. En, Rivero Almanzor, LE; Zárate Hidalgo, L. (comp.) *Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana 2005*. México, 2005: 73-122.
76. Bobes, J.; Sáiz, PA.; González, MP; Bousoño, M. *Psicogeriatría*. Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid, 1997.
77. Stokes, G. *On being Old: The psychology of later life*. The falmer press. Great Britain. 1992.
78. Martínez Pascual, B. “Factores de riesgo en la salud mental en ancianos de la Isla de Gran Canaria”. *REV Vector Plus*. 2003, 21: 51-58.
79. Andrés Navia, V.; Bas Ramallo, F. “Tratamiento de la depresión”. En, Montorio, I.; Izal, M. (ed.) *Intervención psicológica en la vejez*. Síntesis. España, 2000: 111-147.
80. González Núñez, M.; et al. *Depresión un enfoque gerontológico*. Fundación española de la tercera edad. Ediciones 2010. España, 2001.
81. Bárcena Álvarez, A; González Montalvo, JI. “Depresión, insomnio y ansiedad”. En, Salgado Alba, A.; et al. *Fundamentos Prácticos de la asistencia al anciano*. Masson. España, 1995: 155-165.
82. Calcedo Barba, A.; Agüera Ortiz, L. “Factores de riesgo de la depresión en el anciano”. En, Ribera, JM.; Gil, P. *Factores de riesgo en la patología geriátrica*. Editores Médicos. Madrid, 1996: 179-193.
83. De la Fuente, R.; et al. *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
84. Bello, M.; et al. “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”. *REV Salud Pública de México*. 2005, 47 (Sup. 1): S4-S11.
85. Berenzon Gorn, S.; et al. “Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos”. *REV Salud Mental*. 2005, 28 (6): 33-40.
86. Olmos Rivera, A.; et al. “Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores del Sureste Veracruzano” *REV Vigilancia Epidemiológica*. Secretaría de Salud. 2003, 41(20): 1-3.
87. Salgado de Snyder, VN.; et al. “No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales”. *REV Salud Pública de México*. 2005, 47(4): 294-302.
88. Fernández Ballesteros, R; Ignacio Montorio, MI; González, JL; Díaz Veiga, P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Martínez Roca. España, 1992.
89. Ferrey, G.; Le Goues, G.; Bobes, J. *Psicopatología del anciano*. Masson. España, 1994.

90. Spar, JE.; La Rue, A. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Publishing. United States of America, 2006.
91. Muñoz Tortosa, J. *Psicología del envejecimiento*. Pirámide. Madrid, 2002.
92. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. DSM-IV. Masson. Barcelona, 1995.
93. Aleixandre Rico, M. “Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad”. En, Yuste Rossell, N.; Rubio Herrera, R.; Aleixandre Rico, M. *Introducción a la psicogerontología*. Pirámide. Madrid, 2004: 195-207.
94. Schneider, LS. “Efficacy of clinical Treatment for Mental Disorder among older persons”. En, Gatz, M. (ed.) *Emerging Issues in Mental Health and Aging*. American Psychiatric Publishing. United States of America, 1995: 19-71.
95. Kalayam, B; Shamoian, CA. “Treatment of depresión: Diagnostic considerations”. En, Salzman, C. *Clinical geriatric psychopharmacology*. Williams & Wilkins. United States of America, 1992: 115-135.
96. Lawrence, J.; Davidoff, D.; Berlow, Y. “Diagnosing Depression in later life”. En, Ellison, JM; Verma, S.(ed.) *Depression in later life. A multidisciplinary Psychiatric Approach*. Marcel Dekker. United States of America, 2003: 55-78.
97. Beck, AT. *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. Merck & Dohme Internacional. United States of America, 1976.
98. Blazer, DG. *Síndromes depresivos en Geriatría*. Doyma, España, 1984.
99. López Trigo, JA. “La depresión en el paciente anciano”. Centro municipal tercera edad. Área de Bienestar social, Ayuntamiento de Málaga. España, 2001.
100. Fernández Ballesteros, R; *et al.* *¿Qué es la psicología de la vejez?*. Biblioteca Nueva. Madrid, 1999.
101. Castro Lizárraga, M.; *et al.* “Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor”. *REV Neurol Neurocir y Psiquiat.* 2006, 39(4): 132-137.
102. Kasl Godley, JE.; Gatz, M.; Fiske, A. “Depression and depressue syntoms in old age”. En, Hilde Nordhus, I.; *et al Clinical geropsychology.* . American Psychiatric Publishing. United States of America, 1998: 211-217.
103. Díaz Palarea, M. D.; *et al.* “Trastornos afectivos en el anciano” *REV Multi Gerontol.* 2002, 12(1): 19-25
104. Kyomen, HH.; Gottlieb, GL. “Barriers to the safe and effective treatment of late life depression”. En, Ellison, JM; Verma, S.(ed.) *Depression in later life. A multidisciplinary Psychiatric Approach*. Marcel Dekker. United States of America, 2003 : 27-53.

105. Salgado de Snyder, VN.; Díaz Pérez, MJ. "Los trastornos afectivos en la población rural". REV Salud Mental. 1999. Número especial: 68-74.
106. Knight, BG.; *et al.* "Community Based. Services for older adults: A role for psychologists?". En, Knight, BG; *et al.* *Mental health services for training and practice in geropsychology*. American Psychiatric Publishing. United States of America, 1995: 21-29.
107. Vera Vera, J. *ABC de la depresión en personas mayores*. Aula médica. España, 2000.
108. Sánchez Ayala, MI. "Depresión, ansiedad e insomnio". En, Guillén Llera, F.; *et al.* *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Masson. Barcelona, 1994: 225-231.
109. Mellow, AM.; Kales, HC.; Maixner, SM. "Depresión y ansiedad en la vejez". En, Mellow, AM. *Psiquiatría geriátrica*. Ars Médica. España, 2004: 1-34.
110. Baldwin, R. "Trastornos depresivos". En, Jacoby, R.; Oppenheimer, C. *Psiquiatría en el anciano*. Masson. España, 2005: 563-604.
111. Zarit, SH.; Zarit, JM. *Mental disorders in older adults. Fundamentals of assessment and treatment*. The Guilford Press. United States of America, 1998.
112. Izquierdo Munuera, E.; *et al.* "Depresión y riesgo de demencia". Originales y revisiones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. España, 2003: 31-52.
113. <http://es.wikipedia.org/wiki/Tepoztl%C3%A1n>
114. *Tepoztlán, Pueblo Mágico*. Cuadernillo Programa Pueblos Mágicos. Secretaría de Turismo. México, 2006.
115. www.cabrillo.edu/.../cuernavacamorelos.html
116. <http://www.elclima.com.mx/tepoztlan.htm>
117. <http://www.tepoz.com.mx/datos.html>
118. *Cuaderno estadístico municipal y delegacional, Tepoztlán*. Morelos. 2005
119. <http://www.visitemexico.com.mx/work/sites/Visitmexico/resources/LocalContent/6553/2/tepoztlanmapcarret.pdf>
120. <http://www.sarar-t.org/tepoztlanTE.htm>
121. <http://www.elocal.gob.mx/work/templates/enciclo/morelos/Municipios/17020a.htm>
122. *Mesas redondas ministeriales. Salud Mental. Factores socioeconómicos*. OMS 54ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 10 del orden del día provisional. A54/DIV/4, 10 de abril de 2001.

123. Salgado de Snyder, VN. "Salud mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas". En, Asunción Lara, M.; Salgado de Snyder, VN. *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito*. La salud mental de las mujeres mexicanas. Pax México. México, 2002: 151-172.
124. Salgado de Snyder, VN.; *et al.* "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México". REV Salud Pública de México. 2003, 45(1): 19-26.
125. *Proyecciones de la población del estado de Morelos y de sus municipios, 2000-2030*. CONAPO, 2002
126. INEGI Morelos XII Censo de Población y Vivienda 2000
127. Ávila Funes, JA; *et al.* "Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores". Salud Pública de México. 2007, 49 (5): 367-375.
128. Macías Núñez, J. "Hipertensión arterial". En, Anzola Pérez, E.; *et al.* *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 546. EUA, 1994: 91-95.
129. Gregerman R.I.; Katz, M.S. "Diabetes mellitus en el anciano". En, Anzola Pérez, E.; *et al.* *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 546. EUA, 1994: 107-120.
130. Jenkins, CD. *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica No. 590. EUA, 2005.
131. Valero Chávez, A. *El trabajo social en México. Desarrollo y perspectivas*. UNAM/ ENTS. México, 1999.
132. Sánchez Salgado, CD. *Gerontología Social*. Espacio. Argentina, 2000.

BIBLIOGRAFÍA

Aleixandre Rico, M. “Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad”. En, Yuste Rossell, N.; Rubio Herrera, R.; Aleixandre Rico, M. *Introducción a la psicogerontología*. Pirámide. Madrid, 2004: 195-207.

Algado Ferrer, MT. *Envejecimiento y sociedad. Una sociología de la vejez*. Instituto de Cultura “Juan Gil – Albert”. España, 1997.

American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. DSM-IV. Masson. Barcelona, 1995.

Ander –Egg, E. *Diccionario del Trabajo Social*. Lumen. Argentina, 1995.

Andrés Navia, V.; Bas Ramallo, F. “Tratamiento de la depresión”. En, Montorio, I.; Izal, M. (ed.) *Intervención psicológica en la vejez*. Síntesis. España, 2000: 111-147.

Ávila Funes, JA; *et al.* “Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores”. *Salud Pública de México*. 2007, 49 (5): 367-375.

Bárcena Álvarez, A; González Montalvo, JI. “Depresión, insomnio y ansiedad”. En, Salgado Alba, A.; *et al.* *Fundamentos Prácticos de la asistencia al anciano*. Masson. España, 1995: 155-165.

Bear, ML.; Millar, DA. *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*. Paidós. España, 1998.

Beck, AT. *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. Merck & Dohme Internacional. United States of America, 1976.

Bello, M.; *et al.* “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”. *REV Salud Pública de México*. 2005, 47 (Sup. 1): S4-S11.

Belloch Fuster, A. “Aspectos psicológicos del envejecimiento”. En, Anzola Pérez, E.; *et al.* *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 546. EUA, 1994: 67-73.

Belsky, JK. *Psicología del envejecimiento*. Paraninfo Thomson Learning. España, 2001.

----- *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e interpretaciones*. Masson. España. 1996.

Berenzon Gorn, S.; *et al.* “Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos”. *REV Salud Mental*. 2005, 28 (6): 33-40.

Blazer, DG. *Síndromes depresivos en Geriatría*. Doyma, España, 1984.

- Bobes, J.; Sáiz, PA.; González, MP; Bousoño, M. *Psicogeriatría*. Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid, 1997.
- Calcedo Barba, A.; Agüera Ortiz, L. “Factores de riesgo de la depresión en el anciano”. En, Ribera, JM.; Gil, P. *Factores de riesgo en la patología geriátrica*. Editores Médicos. Madrid, 1996: 179-193.
- Casanova Sotolongo, P.; Casanova Carrillo, P.; Casanova Carrillo, C. “La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico”. *REVNEUROL* 2004, 38(5): 469-472.
- Castro Lizárraga, M.; *et al.* “Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor”. *REV Neurol Neurocir y Psiquiat.* 2006, 39(4): 132-137.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)/Banco Interamericano de Desarrollo (1996), “Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina.” Serie E, No. 45. Santiago, Chile.
- Chávez Carapia, JC. *La participación social en cuatro delegaciones del Distrito Federal*. UNAM / ENTS. México, 2000.
- Chesnais, JC. *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE. Chile, 1990.
- Claver, M. “Aspectos psicosociales del envejecimiento”. En, Agüera Ortiz, L.; Martín Carrasco, M.; Cervilla Ballesteros, J. *Psiquiatría geriátrica*. Masson, España, 2002: 63-97.
- Cornachione Larrinaga, MA. *Psicología evolutiva de la vejez*. Brujas. Argentina, 2003.
- Crandall (1980). Citado por, Bear, ML.; Millar, DA. *La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores*. Paidós. España, 1998.
- Cuaderno estadístico municipal y delegacional, Tepoztlán*. Morelos. 2005
- De la Fuente, R.; *et al.* *Salud mental en México*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
- Diario Oficial. Primera sección vespertina. “Secretaría de Desarrollo Social. Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Atención a los Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2007.” Miércoles 28 de febrero de 2007.
- Díaz Palarea, M. D.; *et al.* “Trastornos afectivos en el anciano” *REV Multi Gerontol.* 2002, 12(1): 19-25
- Eroles, C. (coord.). *Glosario de temas fundamentales en trabajo social*. Espacio. Argentina, 2005.
- Escandón Carrillo, R. “¿Qué es la salud mental? (un panorama de la salud mental en México). En, Castillo Nechar, M. (coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. UAEM. México, 2000: 16-22.

Evaluación del Seguro Popular de salud. Informe. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). México, Octubre, 2002.

Fernández Ballesteros, R; Ignacio Montorio, MI; González, JL; Díaz Veiga, P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez.* Martínez Roca. España, 1992.

Fernández Ballesteros, R; *et al.* *¿Qué es la psicología de la vejez?.* Biblioteca Nueva. Madrid, 1999.

Ferrey, G.; Le Goues, G.; Bobes, J. *Psicopatología del anciano.* Masson. España, 1994.

González Miers, MR. *Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos.* Trillas. México, 2000.

González Núñez, M.; *et al.* *Depresión un enfoque gerontológico.* Fundación española de la tercera edad. Ediciones 2010. España, 2001.

Gregerman R.I.; Katz, M.S. “Diabetes mellitus en el anciano”. En, Anzola Pérez, E.; *et al.* *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.* Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 546. EUA, 1994: 107-120.

Guía de aprendizaje no formal para adultos mayores. Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores. Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor I.AP. FUNBAM – México, 2005.

Gutiérrez Robledo, LM. “ La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento”. En, *La situación demográfica de México 2004.* CONAPO. México, 2004: 53-70.

Guzmán JM.; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. “Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual.”. *Notas de Población.* No. 77. CELADE, 2003: 35-70.

Ham-Chande, R. (coord.) *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica.* El Colegio de la Frontera Norte. México, 2003.

Hayflick, L. *cómo y por qué envejecemos.* Herder. Barcelona, 1999.

INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000

INEGI Morelos XII Censo de Población y Vivienda 2000

INEGI, 2001. *Indicadores Sociodemográficos de México (1930-2000)*

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Disponible en:
http://www.sercuidador.org/ayuda_mayores.htm

Izquierdo Martínez, A. “Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos”. *REV Complutense de Educación.* 2005, 16 (2): 601-619.

Izquierdo Munuera, E.; *et al.* “Depresión y riesgo de demencia”. *Originales y revisiones.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. España, 2003: 31-52.

Baldwin, R. "Trastornos depresivos". En, Jacoby, R.; Oppenheimer, C. *Psiquiatría en el anciano*. Masson. España, 2005: 563-604.

Jáuregui Ortiz, B.; Poblete Trujillo, E.; Salgado de Snyder, VN. "El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México." En, Wong, R.; Salgado de Snyder, VN. (Coords.) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana*. INSP. México, 2006: 85-96.

Jenkins, CD. *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica y técnica No. 590. EUA, 2005.

Kalayam, B; Shamoian, CA. "Treatment of depression: Diagnostic considerations". En, Salzman, C. *Clinical geriatric psychopharmacology*. Williams & Wilkins. United States of America, 1992: 115-135.

Kalish, RA. *La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano*. Pirámide España, 1996.

Kasl Godley, JE.; Gatz, M.; Fiske, A. "Depression and depressive symptoms in old age". En, Hilde Nordhus, I.; et al *Clinical geropsychology*. . American Psychiatric Publishing. United States of America, 1998: 211-217.

Knight, BG.; et al. "Community Based. Services for older adults: A role for psychologists?". En, Knight, BG; et al. *Mental health services for training and practice in geropsychology*. American Psychiatric Publishing. United States of America, 1995: 21-29.

Kyomen, HH.; Gottlieb, GL. "Barriers to the safe and effective treatment of late life depression". En, Ellison, JM; Verma, S.(ed.) *Depression in later life. A multidisciplinary Psychiatric Approach*. Marcel Dekker. United States of America, 2003 : 27-53.

Lazos Chavero, E. "Azares y devenires de las familias rurales del sur de Veracruz frente a la pérdida de prácticas colectivas y a su futuro ambiental". En, Ariza, M.; De Oliveira, O. (Coords.) *Imágenes de la familia en el cambio del siglo*. Instituto de Investigaciones Sociales / UNAM. México, 2004: 429-475.

Lawrence, J.; Davidoff, D.; Berlow, Y. "Diagnosing Depression in later life". En, Ellison, JM; Verma, S.(ed.) *Depression in later life. A multidisciplinary Psychiatric Approach*. Marcel Dekker. United States of America, 2003: 55-78.

Lehr, U.; Hans T. *Psicología de la senectud. Procesos y aprendizaje de la senectud*. Herder. España, 2003.

López Trigo, JA. "La depresión en el paciente anciano". Centro municipal tercera edad. Área de Bienestar social, Ayuntamiento de Málaga. España, 2001.

Macías Núñez, J. "Hipertensión arterial". En, Anzola Pérez, E.; et al. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 546. EUA, 1994: 91-95.

Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. GOB DF, SEDESOL. México, 2000.

Martín García, M. *Trabajo social en gerontología.* Síntesis. España, 2003.

Martínez Pascual, B. “Factores de riesgo en la salud mental en ancianos de la Isla de Gran Canaria”. *REV Vector Plus.* 2003, 21: 51-58.

Mellow, AM.; Kales, HC.; Maixner, SM. “Depresión y ansiedad en la vejez”. En, Mellow, AM. *Psiquiatría geriátrica.* Ars Médica. España, 2004: 1-34.

Mesas redondas ministeriales. Salud Mental. Factores socioeconómicos. OMS 54ª Asamblea Mundial de la Salud, Punto 10 del orden del día provisional. A54/DIV/4, 10 de abril de 2001.

Mishara, BL; Riedel, RG. *El proceso de envejecimiento.* Marata. España, 1995.

Montes de Oca, V. “Envejecimiento y desarrollo: un nuevo reto para gobiernos y sociedades pobres”. En, Vera Bolaños, M. *Problemas contemporáneos de la población mexicana.* COESPO. El colegio mexiquense. México, 2000: 103-139.

Muñoz Tortosa, J. *Psicología del envejecimiento.* Pirámide. Madrid, 2002.

Negrete Salas, ME. (2001). Citada por, Salgado de Snyder, VN.; *et al.* “No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales”. *REV Salud Pública de México.* 2005, 47(4): 294-302.

Negrete Salas, ME. “Envejecimiento y Migración / Distribución geográfica de la población mayor”. *REV DEMOS.* Carta Demográfica sobre México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México, 2001, 14: 18-20

Ocampo Chacón, RA. *Vejez y discapacidad: visión comparativa población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica.* Universidad de Costa Rica. 2004.

Ocampo, JM. “Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores”. *REV Colomb Med* 2006; 37 (Supl 1): 26-30.

Olmos Rivera, A.; *et al.* “Prevalencia de Depresión en Adultos Mayores del Sureste Veracruzano” *REV Vigilancia Epidemiológica.* Secretaría de Salud. 2003, 41(20): 1-3.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). “El envejecimiento de la Población Mundial: Informe sobre su situación en 1991” (ST/C SDHA/14) - Nueva York, 1992.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Envejecimiento: ¿qué nos depara el futuro?” Comunicado de prensa. Enero 2002; vol. 01. Citado por, Salgado de Snyder, VN.; *et al.* “No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales”. *REV Salud Pública de México.* 2005, 47(4): 294-302.

Ortiz Álvarez, MI. “Geografía del envejecimiento en México, 2000”. *REV Trabajo Social Adultos mayores.* UNAM / ENTS. 2003, 8: 64-73.

- Ortiz Pedraza JF. *Envejecimiento ¿programa genético o desgaste?*. INAH. México, 1999.
- Palmore, E. "Factores sociológicos de riesgo". En, Rothschild, H. (comp.) *Factores de riesgo en la edad avanzada*. La prensa médica mexicana. México, 1987: 118-135.
- Partida Bush, V. "La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2003: 23-29.
- Pérez Martínez VT. "El deterioro cognitivo: una mirada previsor." REV Cubana Med Gen Integral. 2005, 21(1-3).
- Piña Ramírez, JC. "El yo esencial de la ancianidad". REV Trabajo Social *Desarrollo Humano*. UNAM / ENTS. 2003, 6: 26-33.
- Primera Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México. Adultos Mayores*. Cuadernos estadísticos sobre discriminación No. 3. SEDESOL / CONAPRED. México, 2005.
- Proyecciones de la Población de México 2005-2050*. CONAPO, 2006.
- Proyecciones de la población del estado de Morelos y de sus municipios, 2000-2030*. CONAPO, 2002
- Puga, D.; Rosero B., L.; Glaser, K.; Castro, T. "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra". REV Electrónica Centro Centroamericano de Población. Población y Salud en Mesoamérica. Número especial. Art. 1 2007, 5 (1): 1-21.
- Reyes Ortiz, CA. "Importancia de la religión en los ancianos". REV Colomb Med 1998; 29 (4): 155-157.
- Rivera Ledesma, A.; Montero López, M. "Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos". REV Salud Mental. 2005, 28 (6): 51-58.
- "Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos". REV Salud Mental. 2007, 30 (1): 39-47.
- Rodríguez Wong, L.; De Mello Moreira, M. "Envejecimiento y desarrollo humano: Las transformaciones demográficas anunciadas en América Latina (1950-2050)". En, Camarena Córdova, RM. *Población, desarrollo social y grupos vulnerables*. UNAM / SOMEDE. México, 2005: 241-275.
- Ryals Simpson, K.; Lancaster, J. *Cambios psicosociales*. Disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD059.pdf>
- Sáez, N.; Vega, JL. *Acción socio-educativa en la tercera edad*. Ceac. España, 1989.
- Salas Lizaur, JL. "Sistema alternativo de pensiones". En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 91-97.

Salgado de Snyder, VN. "Envejecimiento, género y pobreza en México rural". En, Wong, R.; Salgado de Snyder, VN. (Coords.) *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. INSP. México, 2003: 37-55.

----- "Vejez y pobreza en México: Conclusiones y retos". En, Wong, R. y Salgado de Snyder, VN. (Coords.) *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. INSP. México, 2003: 199-211.

Salgado de Snyder, VN.; Díaz Pérez, MJ. "Los trastornos afectivos en la población rural". *REV Salud Mental*. 1999. Número especial: 68-74.

----- "Salud mental de las mujeres rurales: problemas, necesidades y alternativas". En, Asunción Lara, M.; Salgado de Snyder, VN. *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito*. La salud mental de las mujeres mexicanas. Pax México. México, 2002: 151-172.

Salgado de Snyder, VN.; *et al.* "Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village with high migratory tradition to the United States." *Health Soc Work* 1998, 24: 136 -148.

----- "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México". *REV Salud Pública de México*. 2003, 45(1): 19-26.

----- "No hacen viejos los años, sino los daños: envejecimiento y salud en varones rurales". *REV Salud Pública de México*. 2005, 47(4): 294-302.

Salvá Tomás, PA. "Hacia una sociedad de mayores: una aproximación al proceso de envejecimiento de la población". En, Colom Cañellas, AJ.; Orte Socías, C. (Coords.) *Gerontología educativa y social*. Universitat de les Illes Balears. Palma, 2001: 153-172.

Sánchez Ayala, MI. "Depresión, ansiedad e insomnio". En, Guillén Llera, F.; *et al.* *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Masson. Barcelona, 1994: 225-231.

Sánchez Salgado, CD. *Gerontología Social*. Espacio. Argentina, 2000.

Sánchez Sánchez, A. "Las personas mayores y el mundo rural". En, Colom Cañellas, AJ.; Orte Socías, C. (Coords.) *Gerontología educativa y social*. Universitat de les Illes Balears. Palma, 2001: 115-122.

Santos Franco, J.; Palacios Ceña, D. *Manual de formación para gerocultores*. Síntesis. España, 2001.

Schkolnik, S. "El envejecimiento de la población en América Latina. La privatización de la crisis". En, Chesnais, JC. *El proceso de envejecimiento de la población*. CELADE. Chile, 1990: 105-139.

Schneider, LS. "Efficacy of clinical Treatment for Mental Disorder among older persons". En, Gatz, M. (ed.) *Emerging Issues in Mental Health and Aging*. American Psychiatric Publishing. United States of America, 1995: 19-71.

Spar, JE.; La Rue, A. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. American Psychiatric Publishing. United States of America, 2006.

Stokes, G. *On being Old: The psychology of later life*. The falmer press. Great Britain. 1992.

Sosa Ortiz, AL. *Prevalencia de síntomas depresivos y alteraciones cognoscitivas en los ancianos de una comunidad del DF*. Tesis de Maestría. FacMed. UNAM. 1997.

Tepoztlán, Pueblo Mágico. Cuadernillo Programa Pueblos Mágicos. Secretaría de Turismo. México, 2006.

Transición demográfica mundial. El envejecimiento de la población mundial CONAPO, 2005.

Treviño - Siller; *et al.* “Experiencias de envejecimiento en el México Rural”. REV Salud Pública de México. 2006, 48 (1): 30-38.

Tuirán R. “Crecimiento y composición de la población”. REV DEMOS. Carta Demográfica sobre México. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM. México, 2000, 13: 6-7.

Valero Chávez, A. *El trabajo social en México. Desarrollo y perspectivas*. UNAM/ ENTS. México, 1999.

Vega Macías, D. “Arreglos residenciales de los adultos mayores”. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 43-51.

Vega Vega, JL. ; Bueno Martínez, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Síntesis. España, 2000.

Vera Vera, J. *ABC de la depresión en personas mayores*. Aula médica. España, 2000.

Villa, M.; Rivadeneira, L. *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*. Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, CEPAL. Chile, 1999.

Willott, JF. (1990). Citado por, Vega Vega, JL.; Bueno Martínez, B. *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Síntesis. España, 2000.

Zárate Hidalgo, L.; Corona Hernández, F. “Los trastornos depresivos”. En, Rivero Almanzor, LE; Zárate Hidalgo, L. (comp.) *Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana 2005*. México, 2005: 73-122.

Zarit, SH.; Zarit, JM. *Mental disorders in older adults. Fundamentals of assessment and treatment*. The Guilford Press. United States of America, 1998.

Zúñiga Herrera, E. “Tendencias y características del envejecimiento demográfico en México”. En, *La situación demográfica de México 2004*. CONAPO. México, 2004: 31-41.

Zúñiga Herrera, E.; *et al.* “Mortalidad de la población de 60 años o más”. En, *La situación demográfica de México 2003*. CONAPO. México, 2003: 143-153.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Tepoztl%C3%A1n>

<http://www.elclima.com.mx/tepoztlan.htm>

<http://www.tepoz.com.mx/datos.html>

<http://www.sarar-t.org/tepoztlanTE.htm>

<http://www.elocal.gob.mx/work/templates/enciclo/morelos/Municipios/17020a.htm>

www.cabrillo.edu/.../cuernavacamorelos.html

<http://www.visitmexico.com.mx/work/sites/Visitmexico/resources/LocalContent/6553/2/tepoztlanmapcarret.pdf>