



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

*RELACIÓN ENTRE REDES DE APOYO SOCIAL,
AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO
EN ADULTOS MAYORES*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLÓGIA
P R E S E N T A :
GUADALUPE SUÁREZ SOTO

JURADO DEL EXAMÉN:

TUTOR: DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ

TUTOR ADJUNTO: PSIC. VIRGINIA AMALIA VÁZQUEZ TÉLLEZ

PSIC. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

PSIC. EDUARDO ARTURO CONTRERAS RAMÍREZ

PSIC. LEONEL ROMERO URIBE



OCTUBRE DE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA

A la memoria de mi más grande amiga: Susana Salas García

(Susanita-ita)...

Por los momentos vividos, por su apoyo incondicional hasta el último momento... Por todos los castillos de arena construidos... los planes, metas, sueños y más...

¡GRACIAS!

“Con el tiempo te das cuenta de que aunque eres feliz con los que están a tu lado, añoras terriblemente a los que ayer estaban contigo y ahora se han marchado” ...

Te extraño amiga, pero siempre estas presente en mi pensamiento y corazón, T.Q.M.

Esta tesis es de ambas

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme llegar hasta aquí.

Al motor principal de mi existir: MI FAMILIA, por toda una maravillosa vida a su lado, por su cariño, confianza, comprensión, paciencia y apoyo incondicional... LOS AMO.

Papis, siempre al pie del cañón, gracias por sus consejos, por consentirme, por estar en todo momento... por darme la vida.

Inge, eres un ejemplo a seguir, te admiro y respeto por ser ese gran ser humano que eres, gracias por tu apoyo siempre en cada momento.

Will, gracias por darme ánimos siempre que me veías flaquear, eres un ser excepcional.

A mis Tíos: Beatriz, Mario, Guille y Pepe, por su hospitalidad, por abrirme las puertas de su hogar y hacerme sentir una hija más para ustedes, por su cariño y apoyo, mi infinito agradecimiento.

A mis primos hermanos Wicho, Miguel, Héctor y Beto, por su amistad y apoyo.

A mis primas y amigas: Cynthia y Alma, por todo su apoyo, porque a cada momento de flaqueo siempre están ahí apoyándome... por ser las hermanas que no tuve... Las quiero, gracias por todo.

Jani, que hermoso y maravilloso es el momento en que descubres que tienes un amigo, bendita la hora en que coincidimos en esta vida, gracias por caminar a mi lado y compartir momentos difíciles y de dicha... Simplemente GRACIAS POR SER MI MEJOR AMIGA, ¡ISKAM-TE!

Klaus, gracias por los momentos compartidos y el camino que recorrimos juntas, por tu apoyo en la realización de este trabajo y por tu amistad.

Bandita túleña (Chío, Diana, Amiguí, Oscar, Tirso, Daniel, Leo, Beto, Omar, Pamela y Nancy), a todos les agradezco por su amistad, por el apoyo que hasta hoy me han brindado, por todos y cada uno de los momentos vividos y por vivir... Por enseñarme el verdadero valor de la amistad, las personas importantes siempre dejan huella en tu vida, como ustedes. ¡Los quiero!

A mis amigos, Verox, Sol, Sendy, Richard y Christian, que aunque lejos siempre estuvieron y están al pendiente de mí, gracias por su amistad y apoyo.

Yuli, Carmén, Marlen, Sandy y Cintia, por su amistad, compañía y apoyo durante y después del servicio social, un muy buen equipo multidisciplinario amigas.

A Lucy, Eli y Ro, que a pesar del poco tiempo de conocerme me han ofrecido su apoyo, amistad y aliento para seguir caminando hasta llegar al final de este trabajo... Gracias!

Al Psic. Eduardo Cortés Martínez, por cada una de las enseñanzas desde el aula de clases hasta hoy en día, por su confianza, aliento, tiempo y esfuerzo en la realización de este proyecto, pero principalmente por su amistad.

A la Psic. Virginia Amalia Vázquez Téllez, gracias por su asesoría y dedicación a este trabajo. Pero ante todo, gracias por darme la oportunidad de tratarle un poco más allá de la relación maestra-alumna, por su amistad.

Al Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez, por sus enseñanzas y guía en la elaboración de este trabajo, gracias.

Al Psic. Eduardo Arturo Contreras Ramírez, por tomarse el tiempo para hacer posible la realización de esta tesis, gracias.

Al Psic. Leonel Uribe Romero por ser parte de los revisores de este proyecto, gracias.

A la Dra. Irma Martínez Zambrano, gracias por las palabras de aliento y todo el apoyo, pero sobre todo por su amistad.

A la Psic. Alicia Arronte Rosales, gracias por su asesoría y amistad durante el servicio social.

A la Unidad de Investigación en Gerontología, a todo el equipo multidisciplinario que apoyo en la realización de este proyecto.

Finalmente, un agradecimiento especial a todos y cada uno de los adultos mayores que participaron e hicieron posible este trabajo, por su tiempo y esfuerzo.

A todos GRACIAS por compartir conmigo este momento, esperando no haber olvidado a nadie.

Atte: Lupita

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
III. MARCO TEÓRICO.....	4
III. 1 Síndrome Metabólico.....	4
III. 1.1 Aspectos Biológicos.....	4
III. 1.2 Aspectos Psicosociales.....	9
III. 2 Redes de Apoyo Social.....	12
III. 2.1 Redes de Apoyo Social Formales.....	16
III. 2.2 Redes de Apoyo Social Informales.....	18
III. 2.3 Redes de Apoyo Social y Calidad de vida.....	21
III. 3 Autoestima.....	25
III. 3.1 Autoestima y Vejez.....	26
III. 4 Depresión.....	30
III. 4.1 Factores Biológicos.....	31
III. 4.2 Factores Psicosociales.....	33
IV. PROBLEMA.....	37
V. HIPÓTESIS.....	38
VI. OBJETIVOS.....	38
VII. SUJETOS Y METODOS.....	39
VII. 1 Tipo de estudio.....	39
VII. 2 Universo de estudio.....	39
VII.2.1 Criterios de inclusión.....	40
VII.2.2 Variables.....	41

VII.2.2.1 Operacionalización de las variables.....	42
VII.2.3 Técnicas e Instrumentos.....	44
VII.2.4 Análisis estadístico.....	49
VIII. RESULTADOS.....	50
VIII. 1 Cuantitativos.....	50
VIII. 2 Cualitativos.....	63
IX. DISCUSIÓN.....	68
X. CONCLUSIONES.....	81
XI. PERSPECTIVAS.....	83
XII. REFERENCIAS.....	84
ANEXOS.....	98

I. RESUMEN

Antecedentes. Uno de los problemas de salud más frecuentes en la vejez es el *Síndrome Metabólico* (SM), en el cual los individuos mayores de 60 años tienen una probabilidad de tenerlo casi 5 veces mayor en comparación con sujetos de entre 20 y 34 años debido a los cambios inherentes al envejecimiento y a los estilos de vida, de ahí la importancia de su estudio en población adulta mayor. Asimismo existen diversas investigaciones acerca de la etiología del SM sin embargo son escasos los estudios en relación a esta problemática y los factores psicosociales que se ven involucrados en la misma, tales como las redes sociales, la autoestima y la depresión.

Objetivo. Determinar la relación entre redes de apoyo social, autoestima, depresión y percepción del estado de salud con el diagnóstico de síndrome metabólico en adultos mayores.

Método. Se realizó un estudio de campo, observacional, transversal y comparativo en una población de 93 adultos mayores de 60 años y más, ambos sexos, pertenecientes al Club Ecológico de la tercera edad Aragón, de la delegación Gustavo A. Madero de la ciudad de México. De acuerdo a los criterios del 3er Panel para el Tratamiento de Adultos (ATP III) del Programa Nacional de Educación en Colesterol, se diagnosticaron 44 AM con SM y 49 como sanos, para lo cual fue necesario tomar muestras de sangre y ver los niveles de HDL, triglicéridos y glucosa, además se les tomaron las medidas antropométricas de cintura, cadera y presión arterial. También se les aplicó la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM), el Inventario de Autoestima de Coopersmith, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), el instrumento WHOQoL-bref versión en español y una entrevista a profundidad. Los datos fueron analizados a través de medidas descriptivas (media, desviación estándar), t de student, correlación de Pearson y χ^2 cuadrada con un intervalo de confianza al 95%, utilizando el paquete estadístico SPSS V.13.0 (SPSS Inc.). Para el análisis cualitativo se realizó un análisis de contenido.

Resultados. Los datos más importantes de la investigación muestran que no existe relación estadísticamente significativa entre el SM, las redes sociales, la autoestima y la depresión. Asimismo la percepción del estado de salud no se ve afectada independientemente de padecer o no SM, lo cual a su vez no repercute en la calidad de vida del adulto mayor. De las variables psicosociales, se encontró una asociación negativa entre el puntaje del GDS y la presión arterial sistólica ($r = -0.208$, $p < 0.05$). Otras asociaciones negativas estadísticamente significativas fueron el puntaje de la GDS con la escala de autoestima ($r = -0.578$, $p < 0.01$), con la escala de calidad de vida ($r = -0.679$, $p < 0.01$), y con el inventario las redes de apoyo social ($r = -0.213$, $p < 0.05$). Se observó una relación positiva estadísticamente significativa entre el puntaje de la escala de autoestima con el puntaje de la escala de calidad de vida ($r = 0.408$, $p < 0.01$), y el inventario de las redes de apoyo social ($r = 0.350$, $p < 0.01$). Entre los componentes del SM, se encontró una asociación positiva estadísticamente significativa entre la circunferencia de la cintura y los niveles de triglicéridos ($r = 0.231$, $p < 0.05$), y una relación inversa entre la circunferencia de cintura con los niveles de HDL ($r = -0.227$, $p < 0.05$).

Conclusión. Nuestros hallazgos sugieren que las redes de apoyo social no tienen un impacto en la prevención y control del SM en los adultos mayores estudiados. Asimismo, los ancianos con SM que participaron en el estudio no tienen el conocimiento suficiente sobre la enfermedad, lo cual determina que no participen activamente en la prevención y control de dicha alteración. Por otro lado, al no reconocerse como enfermos no hay una repercusión en la autoestima y en el estado afectivo.

II. INTRODUCCIÓN

La Unidad de investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, define al envejecimiento como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado.

Con relación a ello, uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y crucial en la construcción de la historia del siglo XXI en México, es el incremento de la población adulta mayor, lo que repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de la sociedad, debido a que es en la tercera edad donde se presentan en mayor grado las enfermedades crónico degenerativas, las cuales se han incrementado de manera significativa en todo el mundo, convirtiéndose en un serio problema de salud pública, ya que representa una proporción importante de la carga de enfermedad. En México estas enfermedades se ubican entre las primeras causas de mortalidad (González, 2006); entre éstas se encuentra la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial y la obesidad, las cuales son componentes y factores de riesgo para el síndrome metabólico. En este sentido, cabe resaltar la importancia de los factores psicológicos que se pueden ver asociados a dicha problemática. Al respecto, es fundamental abordar los aspectos psicosociales en los estudios relativos a las enfermedades crónicas en la vejez, para que las acciones preventivas y terapéuticas además de ser efectivas tengan un impacto sobre el bienestar y la calidad de vida de los individuos que las padecen.

Sin embargo, cabe resaltar que aunque hay evidencia científica que ha demostrado que el envejecimiento está asociado con la aparición del síndrome metabólico y que existen diferentes factores de riesgo para que éste se presente y donde los estilos de vida son significativos, no existen estudios científicos determinantes que demuestren la importancia de dichos factores psicosociales en el SM.

Por tal motivo, la finalidad de la presente investigación fue analizar la relación que existe entre el estado de salud objetivo y subjetivo, así como la influencia de las redes de apoyo social, la autoestima y la depresión con el síndrome metabólico en el adulto mayor.

Enseguida se presenta la información teórica relevante sobre dichos tópicos, con el fin de precisar el problema y la hipótesis. La estructura del trabajo presenta en primer lugar el apartado de marco conceptual en el que se incluye todos los aspectos teóricos que permitieron fundamentar la investigación, posteriormente se presenta el planteamiento del problema, hipótesis, objetivos, métodos, resultados y discusión, con lo cual se muestra el desarrollo metodológico del estudio.

III. MARCO TEÓRICO

III. 1 Síndrome Metabólico

El *síndrome metabólico (SM)* es un conjunto de alteraciones bioquímicas y clínicas caracterizadas por la resistencia a la insulina, dislipidemia, inflamación, alteraciones de la coagulación, hipertensión arterial y obesidad (Opie 2007); además ha sido reconocido como un factor de riesgo múltiple para enfermedad cardiovascular (Chávez-Tapia, Almeda, Motola, Sánchez y Méndez-Sánchez 2004; González, et al. 2004; Zimmet, Alberti y Serrano 2005; Gómez, Ríos, Aguilar-Salinas, Lerman y Rull 2005; Gans 2006 y Romero 2006).

El SM surge a comienzos de los 80's, sin embargo su impacto en el ámbito internacional no ocurrió hasta fines de los 90's. Kylin (1923), Himsworth (1936), Vague (1956), Albrink (1964) y Avogaro (1966), fueron los precursores del estudio e investigación del SM (Quibrera, 2004). Sin embargo es hasta 1988 cuando Gerald Reaven introdujo el concepto de síndrome X, como la aglomeración de factores de riesgo cuya patogenia radica en la resistencia a la insulina (Trejo-Gutiérrez, 2004).

III. 1.1 Aspectos Biológicos

Aunque existen múltiples criterios diagnósticos para el SM los más utilizados son los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el tercer panel para el

tratamiento de adultos del programa nacional de educación en colesterol (ATP III/NCEP) (cuadro 1). En este sentido, los criterios del ATP III son los más utilizados en los estudios epidemiológicos, debido a que son más sensibles que los de la OMS, lo que permite anticiparnos en las acciones preventivas, motivo por cual en esta investigación se utilizaron dichos criterios.

Gómez et al. (2005) refieren que aunque los componentes del SM se consideran en conjunto, es probable que exista una relación causal entre ellos, es decir que mientras algunos de los componentes pueden ser la causa del síndrome, otros probablemente sean la consecuencia de los primeros.

Cuadro1. Criterios de la OMS y de la ATP III para el diagnóstico de síndrome metabólico

TERCER PANEL PARA EL TRATAMIENTO DE ADULTOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN EN COLESTEROL (ATP III/NCEP)	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
<p>Al menos 3 de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Circunferencia de cintura > 102 cm hombres > 88 cm en mujeres ➤ Triglicéridos en plasma \geq 150 mg/dL ➤ Colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) < 40 mg/dL en hombres, y < 50 mg/dL en mujeres ➤ Presión arterial: sistólica \geq 130 mmHg o diastólica \geq 85 mmHg ➤ Glucosa plasmática en ayunas \geq 110 mg/dL 	<p>A. Diabetes, anormalidad de la glucosa en ayunas (AGA), intolerancia a la glucosa (ITG), resistencia a la insulina medida por el modelo homeostático (HOMA), y</p> <p>B. Al menos 2 de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relación cintura/cadera > 0.9 en hombres, > 0.85 en mujeres. ➤ Triglicéridos \geq 150 mg/dL o colesterol de HDL < 35 mg/dL en hombres y < 40 mg/dL en mujeres. ➤ Tasa de excreción de albúmina en orina > 20 μg/min. ➤ Presión arterial \geq 140/90 mmHg.

Su prevalencia es variable dependiendo de los criterios diagnósticos empleados, con una prevalencia general de 23.7%, que puede variar ampliamente en análisis poblaciones siendo de hasta 58.3% en mujeres México-americanas entre 40 y 74 años de edad. Mientras que la prevalencia de SM en población mexicana es de 26.6% (Chávez-Tapia et al., 2004). Lerman et al. (2004) mencionan que este síndrome afecta cerca de una cuarta parte de la población mayor de 40 años. En tanto, Rosas (2005) señala que éste ha sido catalogado como la pandemia del siglo.

Es esencial resaltar que los sujetos mayores de 65 años tienen una probabilidad de tener SM cinco veces mayor en comparación con sujetos entre 20 y 34 años. De hecho se observa que la prevalencia de este síndrome alcanza su valor máximo en hombres de 50 a 70 años y en mujeres de 60 a 80 años (Chávez-Tapia et al., 2004).

Por otro lado, como se ha señalado uno de los factores principales del SM es la obesidad, problemática que en México ha ido aumentando en los últimos años, y que en los ancianos es un problema común debido a la disminución de la actividad física así como de su gasto energético que predispone la acumulación de grasa y su redistribución (Almeida, 2006). Al respecto, García-García et al. (2008) explica que existe un desequilibrio energético, es decir, se consume más energía de la que se gasta.

González (2006) refiere que la epidemia mundial de obesidad, en su aumento producirá a su vez el crecimiento simétrico de la epidemia de otras enfermedades crónicas derivadas del SM particularmente la diabetes mellitus (DM), en este sentido, Cordero, Moreno y Alegría (2005) señalan que la obesidad ha ido ganando interés por su vinculación con la

mayoría de los factores de riesgo cardiovascular, y más especialmente con la DM, la hipertensión arterial (HTA) y el SM. En la figura 1 se puede observar como la obesidad y la resistencia insulínica, de forma conjunta e independiente, activan múltiples mecanismos de HTA. En uno de los primeros resultados del Registro Nacional de Síndrome Metabólico (Registro MESYAS) se ha demostrado que el SM es más prevalente en los pacientes con HTA que en los que tienen obesidad, pero que la presencia de ambos potencia la aparición de SM.

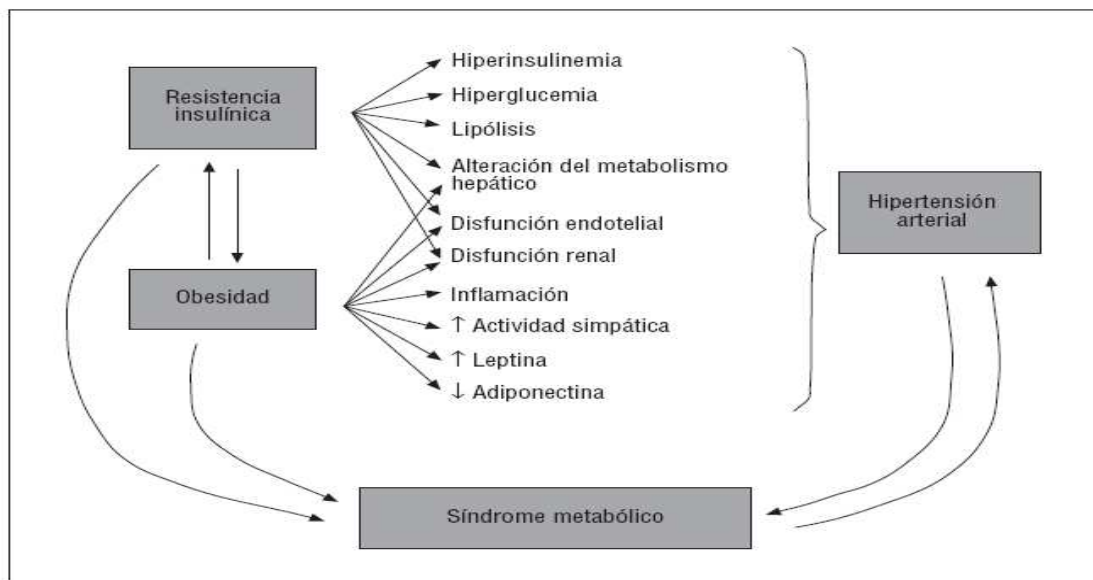


Figura 1. Fisiopatología de los mecanismos comunes a la hipertensión arterial y el síndrome metabólico. (Tomado de Cordero, Moreno y Alegría, 2005)

Gans (2006), menciona que existen diversas investigaciones científicas que evidencian una asociación entre la DM, enfermedades cardiovasculares, y recientemente el SM y la aparición de la depresión; además que la prevalencia de SM en las mujeres que tienen una historia de depresión es dos veces más alta que entre las mujeres que no tienen historia de depresión.

III. 1.2 Aspectos Psicosociales

Se ha observado que al SM le precede una fuerte agregación familiar, es decir que afecta a varios miembros de la misma familia; además que se puede presentar con mayor frecuencia en individuos expuestos al mismo medio ambiente. Todo esto sugiere una compleja interacción entre factores adquiridos desencadenantes y una susceptibilidad genética variable para desarrollar el síndrome. Los factores adquiridos que inician la sucesión de eventos que culminan en el SM y sus complicaciones son consecuencia de un estilo de vida impuesto por el ambiente cultural, tanto social como familiar. El estilo de vida que favorece la aparición del síndrome es el que incluye poca actividad física y hábitos alimenticios inadecuados (Gómez et al., 2005).

Es así como los estilos de vida son determinantes para que se desarrollen problemas de salud tales como la obesidad, que como ya se ha mencionado es un factor que no determina el SM, sin embargo, es significativo en dicho padecimiento y aunque los factores genéticos probablemente establezcan el escenario de la misma, los hábitos alimenticios, el ejercicio, entre otros, son los que determinan la magnitud del problema. (Hernández-Jiménez, 2004).

De hecho Christakis y Fowler (2007) manejan que la obesidad es “contagiosa”, debido a la propagación de los factores sociales que propician dicha alteración, donde el peso genético es menor que el social.

Con lo anterior, se resalta la importancia de la relación que existe entre la presencia del SM, los estilos de vida y el ambiente social en que se desenvuelve la persona, es decir, factores psicosociales determinantes en la salud de los AM. Ante esto, Serrano (2005), refuerza el supuesto de que los factores familiares, personales, ambientales, laborales, entre otros, pueden ser predisponentes para el desarrollo de la obesidad y/o de uno o varios de los componentes de este síndrome, además que la ansiedad y depresión son determinantes para la aparición del mismo.

Es imprescindible destacar la importancia de dichos factores que pueden conllevar a resultados que se relacionan claramente con ciertas situaciones personales, como la autoestima, la depresión, las redes de apoyo social, la percepción de salud y calidad de vida, sin olvidar la estrecha relación que pudiera existir con el SM.

En este sentido, se ha relacionado que al tener SM la percepción de la salud se manifiesta como pobre (Ford y Li, 2008). Además que existe asociación estadísticamente significativa entre el SM y la CV (Chedraui et al., 2007 y Ford y Li, 2008).

Candrea y Paladino (2004), expresan que los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados y por las representaciones

sociales, que tienen un carácter dinámico y que se van construyendo en las diferentes etapas de la vida. Con relación al cuidado de la salud, las personas lo construyen en función del contexto, es decir, de los estímulos sociales que reciben, y en función de valores, ideologías y creencias de su grupo de pertenencia.

Dicho lo anterior, dentro del enfoque sistémico, el construccionismo social refiere que las ideas, imágenes mentales y los recuerdos surgen del intercambio social y se transmiten por medio del lenguaje (Gergen y McNamee, 1996), de acuerdo a este enfoque, es así como se elaboran los constructos respecto de la salud, en este caso, específicamente del SM, donde el apoyo social es una pauta importante en la construcción del significado del mismo.

III. 2 Redes de Apoyo Social

Con la creciente intensificación de la población adulta mayor se vincula la necesidad de gozar de soportes que favorezcan la integración de este grupo etario, ya que se debe tener presente que el envejecimiento transcurre en un ámbito social, donde se ven involucrados amigos, compañeros de trabajo, vecinos y familiares, así como se requiere de instituciones, principalmente de salud, debido a los cambios biopsicosociales que conlleva el envejecer. De ahí que el paradigma del envejecimiento activo considere la interdependencia y la solidaridad intergeneracional como elementos fundamentales, estableciendo que el niño de ayer es el adulto de hoy y será el anciano de mañana. Motivo por el que la calidad de vida (término que se desarrollara más adelante) que disfrutaran como ancianos dependerá de los riesgos y oportunidades que experimentan a través de toda su vida, así como del apoyo de las futuras generaciones.

Antes de llegar a una definición de las redes de apoyo social (RAS) para la presente investigación, es necesario enunciar diversas concepciones de acuerdo a diferentes investigadores sobre el área.

Montes de Oca (2001) describe los apoyos sociales como todos aquellos recursos de la sociedad para continuar la reproducción material, cultural y psicológica de todos sus miembros.

Arronte y Hernández (2004) señalan que una red social es la estructura de elementos capaces de ofrecer, en un momento dado, satisfactores para las necesidades de salud, afectiva, sociales y económicas de los individuos.

Para la presente investigación se retoma la definición que dan Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002), donde señalan que las RAS son una práctica simbólica-cultural que incluye el 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 evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto, en este caso al AM.

Es elemental tomar en cuenta que la importancia de las RAS varía en el tiempo y en el espacio, debido a que el envejecimiento es un proceso individualizado, así como la identidad y personalidad de cada AM es única, motivo por el cual cada uno de ellos percibe de manera diferente el apoyo recibido. Además de señalar que la motivación principal para formar parte de RAS no son sólo las necesidades materiales, ya que las de orden emocional y cognitivo también cumplen un papel primordial, sobre todo en el caso de los AM.

Dicho lo anterior, según Guzmán et al. (2002) se pueden considerar cuatro necesidades que se deben cubrir por medio de las RAS, éstas son: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos (Figura 2).



Figura 2. Necesidades que se deben cubrir por medio de las redes de apoyo social (Tomado de Guzmán et al., 2002).

Estas necesidades son básicas para el AM debido a que como ya se ha mencionado, éste requiere cubrir aspectos psicosociales que le permitan funcionar de manera óptima en su vida, y lo hace por medio de las RAS. Es así como los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios (dinero en efectivo) y no monetarios (comida, ropa, pago de servicios, etc.); los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento; los apoyos emocionales se expresan, por ejemplo, por la vía del cariño, confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro; Por último los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, la transmisión de información (significado), los consejos que permiten entender una situación, entre otros.

Al respecto, si dichos apoyos se presentan de forma óptima en el AM, esto le permitirá sentirse un ser valioso e importante.

Belloch, Sandín y Ramos (1995) señalan que los efectos directos del apoyo social sobre la salud se han postulado porque el hecho de estar involucrados en grupos de redes sociales (de amigos, familia, etc.) facilita experiencias individuales positivas como la autoestima, el efecto positivo, la sensación de control sobre el medio ambiente, etc., sugiriéndose que estas experiencias personales protegen al individuo de trastornos físicos y mentales.

Por su lado, Vega–Franco (2001), menciona que las ideas, creencias, percepciones, comportamientos y practicas acerca de la salud y de la enfermedad son determinadas por aspectos culturales, sociales, económicos, políticos y personales, por lo que el significado de salud y enfermedad difiere entre países, entre grupos y entre personas.

Al respecto, Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez (2002), señalan que estudios científicos recientes han mostrado una asociación entre las relaciones sociales y la salud, y se ha encontrado que las personas aisladas tienen menor salud psicológica.

Resaltado lo anterior, corresponde señalar que existen diversas instituciones, recursos y elementos destinados a apoyar de manera directa y específica o potencial a los AM en la satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, es frecuente que al llegar a la tercera edad se desconozca la mayor parte de las instancias, procedimientos y normatividad que les permita acceder a los servicios y atenciones.

Las RAS se clasifican en dos: Formales e Informales (Arronte y Hernández, 2004).

III. 2.2 Redes de Apoyo Social Formales

Las redes de apoyo social formal (RASf) integran básicamente organismos políticos públicos o privados (gubernamentales y no gubernamentales) dedicados 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.

En éstas destaca el papel de los sistemas de seguridad social, están constituidas por instituciones públicas y privadas y asociaciones civiles reconocidas como organizaciones no gubernamentales (ONGs), con objetivos específicos que buscan contribuir en la calidad

de vida de los AM. Estas instituciones brindan atención con el apoyo activo de la familia y la comunidad; entre las más conocidas en México tenemos las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, MARINA, EJÉRCITO, etc.), los hospitales y centros gubernamentales, el Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM), residencias y centros de atención para el Adulto Mayor del Instituto para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y entre la ONGs la más conocida es CARITAS (Arronte y Hernández, 2004).

La Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor (2005) señala que las instituciones públicas o gubernamentales, han sido creadas para atender una diversidad de necesidades de los AM en situación de indigencia, abandono parcial, sufrimiento, vulnerabilidad y pobreza; es evidente que sin los apoyos proporcionados desde la red formal, las familias, los vecinos e incluso algunas organizaciones comunitarias, difícilmente podrían facilitar los diferentes servicios que esta red de apoyo proporciona.

Guzmán et al. (2002) señalan que de alguna manera, la existencia de las RAS demuestra que no hay igualdad de oportunidades para todos los grupos sociales y que en la búsqueda de beneficios, incluso entre los más desposeídos, las redes se estructuran y reestructuran para conservar o aumentar los recursos. Además mencionan que en los países en desarrollo, donde el proceso de envejecimiento ha sido más rápido y reciente, las condiciones socioeconómicas históricas no han permitido adoptar medidas suficientes para cubrir las necesidades de la población en cuestión. En muchos países la escasez de los servicios de salud, la reducida cobertura de los planes de pensión y la exclusión del mercado laboral

formal alertan sobre la existencia de un segmento de la población envejecida que no tiene acceso a mecanismos institucionales para satisfacer sus necesidades y que “aparentemente” depende de su familia para la supervivencia cotidiana, pero también se perciben otras expresiones de las RAS, que ayudan a mantener vínculos afectivos, obtener información estratégica en la vida diaria y, en conjunto, a preservar cierta calidad de vida.

III. 2.3 Redes de Apoyo Social Informales

Las redes de apoyo social informales (RASI) se refieren a la función de las redes sociales estudiada a través de los vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo, entre otros; este apoyo se origina en las relaciones sociales que conllevan lazos de afecto y representan el 80% de sus apoyos totales (Arronte y Hernández, 2004).

Los amigos y vecinos pueden ser una fuente de apoyo importante, debido a que los lazos que se unen entre el AM y ellos están regidos por metas u objetivos comunes, lo cual le permite sentirse de cierta forma comprendido por otras personas que no necesariamente son sus familiares. Al respecto, Pinguart y Sorensen (2000) en un meta-análisis que realizaron, reportan mayores asociaciones entre la amistad y el bienestar subjetivo, que entre el contacto con la familia y el bienestar subjetivo. Por su parte, Concha, Olivares y Sepúlveda (2000), mencionan que la amistad suele ser una relación única porque las personas eligen a sus amigos, y al compartir vivencias comunes, les ayuda a sentir cierto control sobre sus propias vidas.

Por otro lado, Engler (2005) señala que como es bien sabido la baja prioridad que se da a la vejez en las políticas nacionales obliga a los AM a depender más de su propio esfuerzo, organización y protagonismo, así como del apoyo solidario de la familia y de la comunidad, para satisfacer sus necesidades básicas.

El énfasis reciente en los apoyos sociales a las personas mayores se debe al hecho de que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud (física o mental), pero también al reconocimiento de que se trata de una etapa de la vida en la cual existen mayores probabilidades de ser afectado por el debilitamiento de las redes sociales como consecuencia de la pérdida de la pareja, los amigos y los compañeros. Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores reporta más aspectos positivos que negativos en relación a las redes sociales (Pinquart y Sorensen, 2000).

De esta manera los AM utilizan las redes formales e informales en diferentes proporciones, debido a que influyen diferentes factores psicosociales como lo son los roles que de desempeñan a lo largo de la vida, el género y el tipo de familia.

Por otra parte, Ham-Chande, Ybáñez y Torres (2003) señalan que no se puede dejar de lado que el envejecimiento demográfico de México viene acompañado de una atención deficiente a la seguridad social, insuficiencia en el pago de pensiones, necesidades crecientes frente a enfermedades crónicas e incapacidades y un retiro paulatino de los programas públicos de atención. Así, las responsabilidades sociales se trasladan a las capacidades individuales, la solidaridad dentro del hogar y los lazos de parentesco.

Según Casey y Yamada, (2002, citados por Saad, sf) en un contexto en que los AM viven solos suelen representar un grupo de natural preocupación en términos de políticas sociales, la habitación solitaria ha merecido una atención especial. Por lo general, las personas mayores que viven solas necesitan asistencia externa en casos de enfermedad y/o discapacidad, se encuentran bajo mayor riesgo de aislamiento social y (aun en países con sistemas de seguridad social más desarrollados) son relativamente más pobres que otros grupos.

Referente a las diferencias de género respecto a las relaciones interpersonales, Matud et al. (2002), refieren que éstas son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital, lo que sugiere que las mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones.

Lo anterior, puede explicar la diferencia de que sean las mujeres las que en mayor proporción asisten a los diversos centros, clubs o instituciones a realizar alguna actividad recreativa, lo cual les permite socializar más que los hombres, que en su minoría asisten a dichos lugares, tal como ocurrió en la presente investigación.

Respecto a la cohabitación con la familia, Guzmán et al. (2002) mencionan que ésta es considerada como una de las formas más comunes de apoyo a las personas mayores, aunque puede darse también sin ella, especialmente en apoyo material y emocional. En este sentido, Pinguart y Sorensen (2000) refuerzan con su meta-análisis que las relaciones

familiares siguen siendo una importante influencia en el bienestar subjetivo en la vejez. En tanto que Vera y Sotelo (2004) refieren haber encontrado en su estudio respecto al bienestar y las RAS que la pareja, los hijos y familiares son los proveedores de apoyo más frecuente en la vida de las personas añosas.

Por otro lado, Concha, Olivares y Sepúlveda (2000), en un estudio que realizaron, reportan que las relaciones sociales se mantienen o aumentan en la tercera edad en un 51.8%, y disminuyen en un 48.2%, la diferencia entre ambas tendencias no es significativa, ya que la diferencia es solo de un 3.6%, por lo cual concluyen que una gran cantidad de AM siguen manteniendo sus RAS.

III. 2.4 Redes de Apoyo Social y Calidad de vida

Una vez que se han aclarado las RAS, se puede observar que éstas son de suma importancia para el óptimo desarrollo del AM, y que esto a su vez se ve reflejado en su calidad de vida (CV), cuyo término hace referencia a aspectos objetivos y subjetivos que representan el grado de satisfacción y bienestar en la vida de una persona.

Mendoza-Núñez (2002) señala que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1961 propuso nueve componentes para determinar el nivel de vida: Salud, alimentación y nutrición, educación, vivienda, empleo y condiciones de trabajo, vestido, recreo y esparcimiento, seguridad social y libertades humanas.

Con lo anterior, es importante señalar que al hablar de CV no se refiere a la obtención de bienes materiales o poder salir de vacaciones frecuentemente, tener servidumbre o comer alimentos costosos, sino el aspecto fundamental es que los AM sean autónomos e independientes, inmersos en su ambiente familiar y social de forma activa y en el momento en que por su salud o situación familiar, se vean obligados a institucionalizarse conozcan a dónde acudir. En resumen la CV se refiere a disfrutar al máximo lo que se tiene y no anhelar lo inalcanzable (Arronte y Hernández, 2004).

Sánchez y González (2004) señalan que una vida socialmente activa en la tercera edad, en comparación con la de aquellas personas que mantienen escasos contactos sociales, se encuentra asociada a una mayor satisfacción con la propia vida, así como una mayor capacidad funcional. Además la ausencia o desconocimiento de apoyo social por parte del AM se ha asociado con la aparición de diferentes formas de malestar y enfermedad, mientras que un buen nivel de apoyo social se relaciona con mejor salud y bienestar psicosocial, como indicadores de CV.

Dicho lo anterior, es preciso señalar que la calidad y consistencia de las ayudas otorgadas y recibidas, así como las necesidades que se cubran, tienen relación directa con la CV del anciano (Ham-Chande et al., 2003 y Pinquart y Sorensen 2000).

Los factores psicosociales relacionados con la autopercepción de CV de los AM considerados por la literatura gerontológica se centran en la familia, los amigos, los

estudios realizados, el trabajo desempeñado, el estado de salud, la disponibilidad económica, la vivienda y el entorno donde vive.

Por otro lado, como se ha mencionado el envejecimiento conlleva a un incremento de riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad, por lo cual los AM discapacitados tales como los que sufren las secuelas de accidentes cerebro vasculares ocasionados por un control inadecuado de la HTA, necesitan ayuda incluso para poder realizar actividades básicas de la vida diaria, y esa ayuda suele proporcionarla familiares con tiempo y recursos bastante limitados. Ante tal realidad, Honkins, Kalache y Mende (2005) sugieren que para prepararse desde ahora para un envejecimiento poblacional sin precedentes, es de vital importancia que los sistemas de salud de los países en desarrollo estén listos para enfrentar las consecuencias de estas tendencias demográficas.

Mencionado lo anterior, es de suponerse que un AM que no cuenta con las RAS necesarias, es posible que se aisle voluntaria o involuntariamente de su medio social, lo cual conlleva a la soledad, una percepción pobre de sí mismo, posible depresión, problemas de salud, desesperanza, deseos de muerte y en algunos casos suicidio. De esta manera, Schwartzmann (2003) señala que en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social, por lo que es evidente que dichos aspectos son los que más influyen a la hora de que las personas evalúan su CV.

Por tal motivo la CV de los adultos mayores se puede ver afectada por las pocas RAS con las que cuenta, debido a que en esta etapa de la vida éstas son importantes condicionantes del estado de salud de los AM. Estudios han demostrado que la falta de apoyo, sobre todo por parte del familiar, incrementa aun más el riesgo de aparición de enfermedad y que las pobres RAS acentúan el riesgo de diversos trastornos psicológicos (Aranda, Pando, Flores y García, 2001).

Engler (2005), menciona que la sociedad debería comprometerse a conocer mejor a los AM, a apreciarlos, tratarlos y aceptarlos como una fuerza social, económica, cultural, educativa, ética y política, y a eliminar la discriminación por razones de edad, lo cual traería consigo una nueva cultura de vida para todos y una vejez fructífera, digna, activa, productiva y saludable para todas las personas.

III. 3 Autoestima

El término “autoestima” es la traducción del concepto “self-esteem” que inicialmente se introdujo en el ámbito de la psicología social y de la personalidad. Coopersmith (1959, 1967 y 1981 citado en Polaino-Lorente, 2000) la define como la evaluación que hace el individuo respecto de sí mismo, lo que expresa una actitud de aprobación o desaprobación y pone de manifiesto el grado en que el sujeto se considera importante, capaz, con éxito y valioso.

Por su parte, Papalia (2001), la define como el juicio que una persona hace respecto a su propio valor; Concordando con ello, Aguilar-Ye, et al. (2002) y Rojas (2001) quién además añade que éste juicio es construido en cuatro elementos básicos del ser humano: físicos, psicológicos, sociales y culturales.

Aunado a lo anterior, Polaino-Lorente (2000), expresa que la autoestima atraviesa por la trayectoria biográfica de la persona a lo largo de su vida. De ahí, que sea un rasgo, ciertamente vinculado a la personalidad.

Por otro lado, es necesario señalar tres aspectos importantes en la vejez, los cuales pueden influir en la autoestima del AM:

- *Identidad:* Carulla, Cano y Cabo (2004) señalan que es un patrón que permite reconocer a un individuo tanto como parte de uno o más grupos (identidad social),

como sujeto diferenciado dentro del grupo (identidad individual). Se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus ideas, motivos, objetivos, roles sociales y limitaciones. El temperamento y el carácter forman parte de la identidad.

- *Autoconcepto*: Suele definirse, como el conjunto de imágenes, pensamientos y sentimientos, en relación con lo que él mismo y los demás piensan sobre su persona, adquirido en el proceso de desarrollo de la identidad y que filtra y da sentido a las experiencias vitales (Moragas, 1998; Papalia, 2001; Carulla et al., 2004)
- *Imagen corporal*: Fernández-Ballesteros, (2000) y Papalia (2001) señalan que son todas aquellas creencias descriptivas y evaluativas acerca de la propia apariencia, es decir, se refiere al aspecto físico y corporal, sensaciones, gestos y expresiones.

III. 3.1 Autoestima y Vejez

Uno de los aspectos impactantes en el AM es el cambio de la apariencia física que conlleva el envejecer, es decir la aparición de arrugas y canas por mencionar algunos, lo cual para varios de ellos es difícil de aceptar. En este sentido, Salvarezza (2000) manifiesta que las personas de edad avanzada se perciben menos adecuadamente en lo referente al aspecto físico que las personas de edades más jóvenes, sin embargo esto no está determinado solo en función de la edad, sino que tiene influencias ambientales, sociales y culturales; entre lo cual se ve relacionado el estado de salud ya que éste ejerce una gran

influencia sobre la percepción que puede tener el sujeto de su propio aspecto físico, lo que justifica el hecho de que fuese esperable que la imagen corporal se vaya convirtiendo en negativa a medida que van apareciendo las enfermedades (Salvarezza, 2000).

Purón y Couso (1999) refieren que la autoestima desempeña un eslabón más en la obtención del objetivo de lograr un envejecimiento exitoso, pues previene la incapacidad y el reconocimiento inadecuado sin menoscabar la salud en su sentido positivo; el tener en cuenta las limitaciones cuando se toma una decisión, indica el conocimiento de sí mismo y además de salud moral, pues el anciano podrá discernir entre aquello que le propicia salud en correspondencia con su edad, y lo que no se la condiciona. Por tal motivo es importante fortalecer las redes de apoyo, cuidar de la salud física y aceptar los cambios de la vejez con tolerancia, adaptándose paulatinamente y así fomentar el autocuidado y la autonomía.

Respecto a lo anterior, Zabala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) señalan que en la medida que el anciano mantenga su autoestima y un rol social incidirá en la manutención de una salud física y mental.

A nivel de salud, la autoestima se convierte, en el caso de los ancianos, no sólo en el parámetro fundamental en función del cual tienden a elaborar su autoconcepto físico, sino que esta forma de percepción de sí mismo también interactúa con su propio funcionamiento a niveles cognitivo y social. Así, el nivel de salud percibido va a determinar en gran parte el autoconcepto y la valoración de su propia capacidad para afrontar los problemas que el sujeto pueda tener. En definitiva, esta percepción del estado físico va a construir una

variable decisiva, en función de la cual el anciano establecerá no solo su propia identidad sino también su bienestar (Mishara, 1986).

Con relación al SM, cabe señalar que no existe información teórica científica que respalde una asociación directa entre éste y la autoestima, lo más próximo a ello, es la obesidad, factor de riesgo que juega un papel importante en dicho padecimiento. De ahí la importancia de investigar acerca de la autoestima en relación al SM, lo que nos lleva a analizar las RAS y una probable depresión.

Por otro lado, respecto a los factores psicosociales que pueden influir en la autoestima durante el envejecimiento y la vejez se encuentran ligadas las pérdidas físicas, de estatus, exclusiones o falta de oportunidades sociales (Arronte y Sandoval, 2008), lo cual aterriza en la percepción de la CV.

Aunado a lo anterior, se han realizado estudios que reportan los beneficios no solo físicos sino también psicológicos que da el realizar actividades físicas, ante esto Barrantes, Berrocal, Jiménez, Solís y Solís (2004) al llevar a cabo un programa de actividad físico recreativo encontraron que las adultas mayores de 60 años mejoraron significativamente la autoestima después de realizar el programa. Por su parte, Mora, Villalobos, Araya y Ozols (2004) encontraron que los AM entre más actividad física por semana realizan, su nivel de autonomía es mejor, destacando que al asistir a centros diurnos son más independientes, participativos y activos, además que esto tiende a mejorar su nivel de CV.

Por otro lado, Canto y Castro (2004) hallaron una correlación entre el nivel de autoestima y los niveles de depresión, indicando que probablemente entre mayor sea el nivel de autoestima habrá menor depresión. Pues no se debe perder de vista que el depresivo tiene poco aprecio por sí mismo y dispone de una memoria selectiva con un recuerdo enfatizado de lo negativo de su vida. La baja autoestima provoca conflictos en el ambiente familiar, laboral y social; tal como lo refiere Polaino-Lorente (2000). Al respecto, Aguilar-Ye et al. (2002) mencionan que una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, de timidez y ansiedad social. Sin embargo, se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativos, se conservan óptimas condiciones psicológicas y, de esta manera, supera más fácilmente las tensiones o la propia enfermedad. En tanto que Purón y Couso (1999) señalan que la salud del anciano estará relacionada con el sentimiento de percibir que sus familiares se ocupan de él, pues constituye un momento importante en el reajuste de valores que le son imprescindibles a la tercera edad.

III. 4 Depresión

La depresión es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia, en la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diversos países y en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia gama de manifestaciones. Éste trastorno oscila desde las formas leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicida (Tapia-Mejía, Morales-Hernández, Cruz-Ortega y De la Rosa-Morales, 2000).

Gayoso (2004), señala que la depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada y profunda, abarcando la totalidad del ser.

En este sentido, Arronte (2004) enuncia que todos hemos experimentado la tristeza en diversas ocasiones, principalmente ante la pérdida de un ser querido, un objeto o alguna situación especial. Esta reacción es normal y tiende a desaparecer en un tiempo razonable, sino es así, entonces afecta la realización de las actividades de la vida diaria y es probable que se haya desarrollado la enfermedad depresiva.

Martínez (1998), refiere que la depresión tiene signos y síntomas definidos, y básicamente se caracteriza por: humor depresivo, desinterés, baja autoestima, pesimismo,

sentimiento de culpa, anhedonia, deseos de muerte y/o ideación suicida, disminución de la energía o anergia, astenia o fatiga, retardo o agitación psicomotora, disminución o incremento del apetito, disminución o incremento de peso, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), dificultad para concentrarse y nerviosismo o ansiedad.

Las formas clínicas en las que se cataloga la depresión varían según los autores y manuales de diagnóstico. Para la clasificación de los trastornos psiquiátricos existen el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud, sin embargo, éstos no incluyen diagnósticos que se apliquen de forma específica a la depresión del anciano, por tal motivo en éste trabajo se nombrarán únicamente las formas clínicas en la tercera edad, según Gayoso (2004): depresión mayor, distimia, depresión bipolar y trastorno adaptativo (Ver anexo 1).

En la tercera edad los trastornos adaptativos son los que más se identifican y presentan, seguidos por la distimia (Gayoso, 2004).

III. 4.2 Factores Biológicos

La depresión además de la predisposición genética, se caracteriza por cambios bioquímicos y metabólicos cerebrales secundarios al descenso de los neurotransmisores entre los que predominan la serotonina, dopamina y noradrenalina (Gayoso, 2004).

En este sentido, Belsky (1996) menciona que en contraposición con las explicaciones psicológicas de la depresión, existen una serie de explicaciones de las posibles causas fisiológicas. Los estudios farmacológicos sugieren que niveles bajos de noradrenalina desempeñan un papel primordial en la producción de las depresiones mayores. Los fármacos y procedimientos médicos que disminuyen la cantidad de este neurotransmisor en el cerebro a menudo provocan síntomas depresivos.

Arronte (2004) señala que es importante tener claro que la depresión no es capricho o cambio de ánimo deseado, ya que a nivel cerebral disminuye la producción de serotonina, la cual interviene en el funcionamiento cerebral y permite que una persona se sienta bien ante estímulos que considera agradables, por tal motivo, no es suficiente recomendarles a las personas que hagan todo lo posible por sentirse bien, ya que no sólo depende de ellos y probablemente requieran la administración de antidepresivos, además de psicoterapia, en la cual su participación es fundamental.

Cabe mencionar que la pérdida de la salud es un factor de riesgo asociado a depresión en el anciano y en un porcentaje de casos los síntomas depresivos aparecen después de una enfermedad grave, entre las cuales se encuentran la HTA y la DM (Gayoso, 2004). Al respecto, Staab, Evans y Musselman (2007) señalan que la DM puede contribuir al desarrollo de trastornos depresivos como consecuencia de la carga de enfermedad y refieren estudios que reportan haber encontrado que la CV es peor en las personas donde coexisten la DM y la depresión, que en cualquiera de las dos enfermedades de forma aislada.

Gans (2006), señala que la depresión se asocia con un aumento en la incidencia de la diabetes mellitus, que a su vez parece ser por la obesidad y cuando éstas se complican, existe una relación significativa con la adhesión a la medicación y el auto-cuidado. En tanto que, Aguilar-Navarro y Ávila-Funes (2007) refieren que la depresión se asocia con la mala autopercepción de la salud.

Gans 2006; Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006; Carranza y López 2008 y Montes de Oca, Loría y Chavarría (2008) reportan que existen estudios que han encontrado asociación entre el SM y la depresión. Concordando con ellos, Florez, Palacio y Tamariz (2008) quienes agregan también el riesgo de alteraciones cognitivas.

III. 4.3 Factores Psicosociales

La vejez puede ser una etapa de la vida de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos. Sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud mental, como lo es con mayor frecuencia la depresión.

Kanen, Ouslander y Abrass (2001) señalan que existen factores biológicos, físicos, psicológicos y sociológicos que ponen al AM en riesgo de padecer depresión, estos son: vivir con una enfermedad crónico-degenerativa que obliga a modificar su independencia y formas de vida activa; la pérdida de la pareja, de algún amigo o de algún miembro de la familia; aislamiento y soledad; un escaso ingreso económico; modificaciones del lugar que

ocupa en la familia, como pareja, líder o proveedor, entre otros. En este sentido, Alcántara, Ortiz, Idini, Sánchez y Bustos (2007) refieren que los factores psicosociales tienen un papel fundamental en la aparición de la enfermedad depresiva en el anciano.

Por su parte Gayoso (2004) señala que los factores psicosociales demostrados en el anciano son: muerte del cónyuge o ser querido (riesgo mayor en el primer año, mantenido 3 años); enfermedad médica o quirúrgica; mala autopercepción de la salud; incapacidad y pérdida de funcionalidad y escaso soporte social. Además alude a que las pérdidas que afectan al AM, repercuten no solo en el ámbito emocional, sino también en la condición física y a su situación social, de esta manera, el anciano debe adaptarse progresivamente al cambio. A lo cual concuerda con Alcántara et al. (2007) quienes agregan que la personalidad previa está relacionada con la predisposición a padecer depresión. Al respecto, Belsky (1996) menciona que después de una serie de pérdidas, fracasos o desventuras, los individuos desarrollan de una manera natural la idea de que son impotentes e incapaces de hacer algo para controlar su destino, se vuelven deprimidos. Así, la gente interpreta los mismos acontecimientos de forma diferente y las conclusiones negativas poco realistas sobre ellos son los que de manera característica causa la depresión, lo cual hace referencia a una incapacidad aprendida.

Jauregui (2008), menciona que la vejez es un concepto ante todo cultural y, por ende, relativo a las sociedades que lo han construido. Ante ello, cabe señalar la asociación que se le da con la depresión como una enfermedad normal en esta etapa de la vida. Sin embargo, al contrario de la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento;

aunque ésta es común en la edad mayor, afectando a más del 15% de los AM. También se estima que más del 43% de los AM que reciben atención primaria y los que residen en hogares de ancianos o casas de reposo la padecen. A menudo es reversible con tratamiento oportuno y apropiado, pero si no se trata, puede resultar en el deterioro físico, cognitivo, social y puede impactar en la recuperación tardía de enfermedades, así como en la mayor utilización de atención de salud. Además, parece un hecho que los ancianos tienden a comunicar la sintomatología depresiva a su médico en menor medida que los adultos jóvenes (García-Solano, 2001). Al respecto, Saiz (2002) menciona que la depresión se esconde frecuentemente detrás de síntomas somáticos, ya sea porque estos son manifestaciones del trastorno depresivo o porque a causa de éste se acentúan síntomas de otras enfermedades concomitantes, motivo por el cual en una gran parte de estos enfermos, el trastorno depresivo pasa inadvertido y no reciben, por tanto, un tratamiento adecuado para el mismo.

Según Barbato (2005), el porcentaje de adultos que sufren depresión grave en el curso de la vida es aproximadamente del 5% en los varones y del 10% en las mujeres. Mientras que Mendoza-Núñez (2008) refiere que la prevalencia detectada en la encuesta SABE en la ciudad de México a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage fue del 23.2%.

Por último, cabe resaltar que la presencia de sintomatología depresiva interfiere gravemente en la CV del AM (Gayoso, 2004 y Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2007), debido a que se van relacionando otros aspectos como la autoestima y el apoyo social. Con relación a esto, Lucero y Casali, 2006 y Canto y Castro 2004, mencionan que la depresión

se relaciona negativamente con la autoestima. En tanto que, González y Landero (2006) reportan que cuando se cuenta con poca interacción social positiva, la probabilidad de que se presente depresión aumenta. Asimismo, Lara, Navarro y Navarrete (2004) enuncian que a menor número de apoyos sociales se incrementa la severidad en los síntomas de depresión. En tanto que Alcántara et al. (2007) mencionan que la influencia de los acontecimientos vitales va a ser menor si el soporte social es mejor.

IV. PROBLEMA

Se ha observado que los sujetos mayores de 65 años tienen una probabilidad de tener síndrome metabólico casi 5 veces mayor en comparación con sujetos de entre 20 y 34 años debido a los cambios inherentes al envejecimiento y a los estilos de vida; sin embargo a pesar de que en investigaciones recientes se ha reportado que esta alteración metabólica es uno de los problemas de salud más frecuente en las personas adultas mayores, no existen reportes precisos con población mexicana que aporten datos sobre el rol de los aspectos psicológicos, es por ello que consideramos de suma importancia determinar cuál es la relación entre las redes de apoyo social, la autoestima y la depresión con dicho padecimiento en una población de adultos mayores de la Delegación Gustavo A. Madero con el propósito de establecer estrategias de intervención bajo el paradigma del envejecimiento activo promoviendo una mejor calidad de vida. Por tal motivo nos hacemos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la relación de las redes de apoyo social, autoestima y depresión con el SM en adultos mayores?

¿Cuál es la relación entre el diagnóstico de SM y la percepción objetiva y subjetiva del estado de salud?

V. HIPÓTESIS

Considerando que las redes de apoyo social constituyen un elemento fundamental para la adopción de estilos de vida saludables repercutiendo positivamente en el estado afectivo y la autoestima, suponemos, que los adultos mayores con SM tendrán menor gradiente y grado de las redes de apoyo social, asociados a una mayor prevalencia de depresión y menor autoestima.

Tomando en cuenta que el reconocimiento y significado de una enfermedad afecta la percepción del estado de salud, suponemos que los adultos mayores con SM, percibirán una condición de salud objetiva y subjetiva menos favorable que los adultos mayores sanos de su misma edad.

VI. OBJETIVOS

General:

- Determinar la relación entre redes de apoyo social, autoestima, depresión y percepción del estado de salud con el diagnóstico de síndrome metabólico en adultos mayores.

Específicos:

- Evaluar el gradiente y tipo redes de apoyo social en adultos mayores con SM vs. sanos.
- Evaluar el grado de satisfacción y tipos de apoyo recibidos en adultos mayores con SM vs. sanos.
- Determinar la relación del estado afectivo en adultos mayores con SM vs. sanos.
- Determinar el grado de autoestima en adultos mayores con SM vs. sanos.
- Determinar la percepción objetiva y subjetiva del estado de salud en adultos mayores con SM vs. sanos.

VII. SUJETOS Y METODOS

VII. 1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de campo, observacional, transversal y comparativo.

VII. 2 Universo de estudio

Se obtuvo una muestra a conveniencia no probabilística de 93 adultos mayores de 60 años y más, de los cuales 44 fueron diagnosticados con SM y 49 como sanos, sin importar sexo, adscritos al Club Ecológico de la tercera edad Aragón, de la Delegación Gustavo A. Madero de la ciudad de México.

VII.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

- Edad de 60 años y más, sin importar sexo.
- Sanos o con diagnóstico de síndrome metabólico.
- Sin limitaciones físicas ni cognitivas.
- Aceptar participar en el estudio.

VII.2.2 Variables

- Redes de apoyo social
- Autoestima
- Depresión
- Síndrome Metabólico
- Percepción de estado de salud
- Calidad de vida

VII.2.2.1 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Nivel de Medición	Categoría
Síndrome metabólico	Alteración metabólica diagnosticada acorde con los criterios de diagnóstico del 3er Panel para el Tratamiento de Adultos del Programa Nacional de Educación en Colesterol	Cualitativa Nominal	Con SM Sano
Redes de apoyo social	Amalgama de apoyos informales provistos por familiares, amigos, vecinos y compañeros; y formales provistos por instituciones públicas y privadas. Medido a través de la Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM).	Cuantitativa Discreta	Puntaje global obtenido con el instrumento: Puntaje de la sub-escala Apoyo social familiar. Puntaje de la sub-escala Apoyo social extrafamiliar. Puntaje de la sub-escala Apoyo social institucional.
Autoestima	Juicio sobre uno mismo, basado en elementos físicos, psicológicos, sociales y culturales, medido por el Inventario de Autoestima de Coopersmith versión para adultos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantitativa Discreta ▪ Cualitativa Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Del puntaje obtenido con el instrumento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveles de autoestima Autoestima Baja Autoestima Media Autoestima Alta

Depresión	Estado emocional marcado por la inactividad, la irritabilidad, el aislamiento, pensamientos angustiosos, juicios negativos (no incluye síntomas somáticos). Se centra en aspectos cognitivos-conductuales relacionados con características específicas en el anciano. Medido por la escala de Depresión geriátrica de Yesavage (GDS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantitativa Discreta ▪ Cualitativa Nominal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puntaje obtenido en la escala ▪ Diagnóstico presuntivo de depresión: Deprimido: $GDS \geq 11$ No deprimido: GDS 0-10
Percepción de estado de salud	Autopercepción que reporta el individuo del estado de salud de sí mismo y en comparación con personas de su misma edad, nivel socioeconómico y lugar de residencia.	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepción de sí mismo: Excelente Bueno Regular Malo Muy malo ▪ Comparación con otras personas: Mejor Igual Peor
Calidad de vida	Término multidimensional, objetivo y subjetivo que se refiere al grado de satisfacción y bienestar en la vida del sujeto. Medido por el instrumento <i>WHOQoL breve versión en español</i> .	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantitativa Discreta ▪ Cualitativa Ordinal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puntaje obtenido con el instrumento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de calidad de vida Mala Promedio Alta

VII.2.3 Técnicas e Instrumentos

Procedimiento

Para la aplicación de la evaluación gerontológica se contó con la colaboración de personal capacitado que labora en la Unidad de Investigación en Gerontología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, con el objetivo de garantizar datos confiables y fidedignos. Se informó a los ancianos participantes la forma en que se llevaría a cabo las aplicaciones de las muestras de sangre e instrumentos.

La evaluación se llevó a cabo en tres etapas: en la primera se tomaron muestras de sangre para determinar si los adultos mayores tenían SM o no. En la segunda etapa, se les aplicó la batería de instrumentos en el siguiente orden: instrumento WHOQoL breve en español, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Inventario de Autoestima de Copersmith y por último la escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores. Finalmente, se aplicó la entrevista cualitativa a 5 personas.

Los instrumentos y criterios que se utilizaron en el estudio fueron los siguientes:

- Para determinar si los sujetos presentaban SM se les diagnosticó de acuerdo a los criterios del 3er Panel para el Tratamiento de Adultos (ATP III) del Programa Nacional de Educación en Colesterol (National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III, 2002), para lo cual fue necesario tomar muestras de sangre y ver los niveles de HDL, triglicéridos y glucosa, lo cual

fue realizado por el equipo bioquímico, al mismo tiempo que el equipo de enfermería realizó las medidas antropométricas de cintura, cadera y presión arterial.

- *Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM)*. Es un cuestionario que a partir de preguntas sencillas permite detectar el tipo de apoyo y grado de satisfacción de las redes de apoyo social, con el fin de fortalecerlas o complementarlas; incluye tres secciones en el que se explora los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo) y el nivel de satisfacción en los ámbitos familiar, extrafamiliar e institucional (Arronte et. al, 2007). El Alfa de Cronbach de ésta escala es de 0.93 (Mendoza-Núñez y Martínez-Maldonado, 2009) Se aplicó en un tiempo aproximado de 15 minutos, donde se les proporcionó a los AM el cuestionario y un lápiz, indicándoles el objetivo y relevancia del mismo, asimismo se fueron resolviendo las dudas que surgieron durante el proceso. Finalmente para su calificación se obtuvieron los puntajes crudos de cada tipo de apoyo y grado de satisfacción, y posteriormente ponderaron en las tablas correspondientes (Ver anexo 2).
- *Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)*. Es una escala de escrutinio y autoaplicación que permite detectar de manera presuncional depresión en los adultos mayores. Fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982. Consta de 30 preguntas dicotómicas (si/no). Se aplicó en un tiempo aproximado de 15 minutos, donde se aseguró que los ancianos no presentaran problemas visuales y en su defecto contaran con sus anteojos a la hora de la evaluación, asimismo no tuvieran problemas de audición y/o comprensión que les dificultara la realización de la

actividad, en algunos casos se requirió apoyar algunos AM. Se les explicó el objetivo y relevancia del cuestionario

Se interpreta obteniendo una puntuación única, al sumar el puntaje de cada ítem, el cual puntúa entre 1 y 0, así la calificación total fluctúa entre 0 y 30. Las respuestas afirmativas de los ítems 2-4, 6, 8, 10-14, 18, 20, 22-26 y 28 valen 1 punto, la respuesta negativa de los ítems 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 también valen un punto. Se califica con los puntos de corte: 0 - 10 = Normal y > 11 = posible depresión (Arronte et. al, 2007) (Ver anexo 2).

La escala GDS ha mostrado una excelente confiabilidad (Coeficiente de Correlación Intraclase interjuez de 0.80 a 0.95 y $r = 0.85$ a 0.98 para la prueba contra prueba) (Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2007); la sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnóstico. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos se obtuvo una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Sheikh & Yesavage, 1986 citado en Kurlowics, L. & Greenberg, 2007).

- *Inventario de Autoestima de Coopersmith*. Es un cuestionario utilizado desde la década de los 60's, estandarizado, con una validez de constructo desarrollada por Coopersmith. El coeficiente de confiabilidad al usar alfa de Cronbach fue 0.81. Se conforma de 25 preguntas dicotómicas (si/no) con un valor de 4 puntos, para las afirmaciones acordes con una alta autoestima y puede ser de autoaplicación, permite detectar los niveles de autoestima del adulto mayor. El puntaje máximo es de 100 puntos. Baja autoestima de 0 a 25 puntos, autoestima media: 26 a 49 puntos y alta

autoestima: 50 o más puntos (Arronte et. al, 2007). (Ver anexo 2). Se aplicó en aproximadamente 10 minutos, donde se requirió del cuestionario y un lápiz para que los ancianos respondieran, a pesar de ser un instrumento de autoaplicación, en algunos casos fue necesario apoyar a algunas personas. Asimismo, de inicio se les explico el objetivo y relevancia del porque la aplicación del mismo.

- *WHOQoL breve versión en español*. Es un cuestionario que evalúa la percepción de calidad de vida tomando como indicadores a la salud física, aspectos psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente. Está conformado por 2 apartados que en conjunto suman 26 reactivos en formato likert, con 5 opciones de respuesta y puede ser de autoaplicación (Arronte et. al, 2007). El Alfa de Cronbach de éste cuestionario es de 0.96 (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003) (Ver anexo 2). Se aplicó en un tiempo aproximado de veinte minutos, donde se les indicó a los AM el objetivo y relevancia del mismo, se solventaron dudas y se apoyo cuando fue necesario. Para su calificación, de las 26 preguntas, las dos primeras corresponden a calidad de vida en general y percepción del estado de salud en general, con una puntuación cada uno de 1 a 5 puntos. Las preguntas del 3 al 24 corresponden a las 4 áreas: Salud Física (3, 4, 10, 15,16, 17 y 18) donde el puntaje crudo máximo es 35, el cual se pondera a una escala de 100; Aspectos Psicológicos (5, 6, 7, 11, 19 y 26) en donde el puntaje total crudo máximo es 30 y se pondera a una escala de 100; Relaciones Sociales (20, 21 y 22) en el que el puntaje total crudo máximo es 15, el cual se pondera a una escala de 100; Medio Ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25) en donde el puntaje total crudo máximo es de 40 y se pondera a una escala de 100. Finalmente el puntaje global es de 130 puntos el cual se pondera a una escala de

100. (Ver anexo 2). Todas las preguntas se califican otorgando: 1=1, 2=2, 3=3, 4=4 y 5=5 puntos en orden positivo; excepto los reactivos (3, 4 y 26), que se recodifican de la siguiente manera: 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 y 5=1 puntos, a partir de las respuestas que dé la persona. Se califica el instrumento para catalogar la calidad de vida mala, promedio y buena considerando el puntaje por área y global.

- *Entrevista.* Se llevó a cabo una entrevista a profundidad de manera directa, donde se recabaron datos relacionados con el estado de salud y el sobrepeso; La entrevista que se utilizó consta de 21 preguntas (Ver anexo 2), las cuales fueron transcritas y analizadas de acuerdo al esquema propuesto por Huberman y Miles (1994): lectura, codificación, presentación, reducción e interpretación.

La Información fue cifrada en las categorías siguientes en cuanto a:

- a) Significado de sobrepeso
- b) Sobrepeso y salud
- c) Sobrepeso y estilo de vida
- d) Sobrepeso y cuidados
- e) Autocuidado y envejecimiento activo

II.2.4 Análisis estadístico

Para el apoyo de los elementos de corte cuantitativo, las variables cuantitativas se analizaron a través de medidas descriptivas (media, desviación estándar). El análisis comparativo se hizo a través de la prueba *t de student* y *correlación de Pearson* para determinar si existía relación entre los diferentes factores. Se considero una significancia estadística con valor de p menor que 0.05. Las variables dicotómicas se analizaron con *ji* cuadrada. Todos los datos fueron analizados con base en el programa SPSS V.13.0 (SPSS Inc.).

Por último, para el análisis cualitativo también se realizo un análisis de contenido.

VIII. RESULTADOS

VIII. 1 Cuantitativos

De los 93 adultos mayores estudiados 44 (47%) fueron detectados con SM. Así mismo, no se encontró relación estadísticamente significativa en el puntaje promedio obtenido de los instrumentos utilizados (Cuadro 1).

Cuadro 1. Puntaje de las escalas de calidad de vida, redes de apoyo social, depresión y autoestima en ancianos sanos y con SM

Variable	Síndrome Metabólico	Sano
Redes de Apoyo Social	44.3±13	42.0±16
Autoestima	63.3±23	63.4±22
Depresión	9.6±7	9.9±7
Calidad de Vida	90.5±15	88.7±14

T de student, $p > 0.05$. Los valores corresponden a media \pm desviación estándar.

Por otro lado, al analizar la relación de los tipos de redes de apoyo social respecto al diagnóstico de SM se observó un puntaje promedio similar de las RAS formales e informales ($p > 0.05$), no obstante llama la atención el bajo puntaje de las RAS institucional en ambos grupos (SM: 6.5±4 vs. Sanos 6.3±5, $p > 0.05$) en contraste con lo reportado en las RAS informales relativas al apoyo familiar (SM: 22.5±9 vs. Sanos: 22.1±10, $p > 0.05$) y extrafamiliar (SM: 15.2±6 vs. Sanos: 13.7±8, $p > 0.05$) (Cuadro 2).

Cuadro. 2 Puntaje de las redes de apoyo social en ancianos sanos y con SM

Redes	Síndrome Metabólico	Sano
Formales		
Apoyo Institucional	6.5 ±4	6.3 ±5
Informales		
Apoyo Familiar	22.5 ±9	22.1 ±10
Apoyo Extrafamiliar	15.2 ±6	13.7 ±8

T de Student, $p > 0.05$. Los valores corresponden a media \pm desviación estándar.

En cuanto a los apoyos recibidos de las redes de apoyo social y grado de satisfacción, el 43% del grupo de adultos mayores sanos reportó recibir apoyo emocional del cónyuge, de los cuales el 90% manifestó estar regular o muy satisfecha con dicho apoyo, en contraste con el 34% del grupo con SM que reportaron recibir dicho apoyo, de los cuales sólo el 73% señaló estar regular o muy satisfecho. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Tipo de apoyo recibido del cónyuge y grado de satisfacción en ancianos sanos y con SM

Tipos de apoyo	No reciben apoyo (%)	Reciben apoyo (%)	Grado de satisfacción			
			Nada (%)	Poco (%)	Regular (%)	Mucho (%)
Apoyo emocional						
Sano n=49	28 (57)	21 (43)	1 (5)	1 (5)	5 (24)	14 (66)
SM n=44	29 (66)	15 (34)	1 (7)	3 (20)	4 (26)	7 (47)
Apoyo instrumental						
Sano n=49	37 (76)	12 (24)	2 (17)	0 (0)	3 (25)	7 (58)
SM n=44	33 (75)	11 (25)	0 (0)	5 (46)	4 (36)	2 (18)
Apoyo material						
Sano n=49	32 (65)	17 (35)	1 (6)	3 (18)	5 (29)	8 (47)
SM n=44	29 (66)	15 (34)	2 (13)	5 (33)	4 (27)	4 (27)
Apoyo informativo						
Sano n=49	37 (76)	12 (24)	1 (8)	1 (8)	3 (25)	7 (59)
SM n=44	33 (75)	11 (25)	0 (0)	3 (27)	3 (27)	5 (46)

Respecto al apoyo recibido de los hijos, tanto el grupo de adultos mayores sanos como los diagnosticados con SM reportaron un alto porcentaje de satisfacción en todos los tipos de apoyo (emocional, material, instrumental e informativo), cuya relación no fue estadísticamente significativa ($p>0.05$) (Cuadro 4).

Cuadro 4. Tipo de apoyo recibido de los hijos y grado de satisfacción en ancianos sanos y con SM

Tipos de apoyo	No reciben apoyo (%)	Reciben apoyo (%)	Grado de satisfacción			
			Nada (%)	Poco (%)	Regular (%)	Mucho (%)
Apoyo emocional						
Sano n=49	6 (12)	43 (88)	2 (5)	4 (9)	10 (23)	27 (63)
SM n=44	4 (9)	40 (91)	1 (2)	3 (8)	6 (15)	30 (75)
Apoyo instrumental						
Sano n=49	29 (59)	20 (41)	0 (0)	0 (0)	2 (10)	18 (90)
SM n=44	20 (45)	24 (55)	2 (8)	0 (0)	3 (13)	19 (79)
Apoyo material						
Sano n=49	23 (47)	26 (53)	0 (0)	1 (4)	7 (27)	18 (69)
SM n=44	19 (43)	25 (57)	0 (0)	2 (8)	4 (16)	19 (76)
Apoyo informativo						
Sano n=49	27 (55)	22 (45)	1 (4)	1 (4)	5 (23)	15 (68)
SM n=44	21 (48)	23 (52)	2 (9)	2 (9)	0 (0)	19 (82)

Con relación al tipo de apoyo recibido de los familiares, se puede observar en el apoyo de tipo instrumental que aunque son pocos los que reportaron recibir este tipo de apoyo (sanos, 10%, vs. SM 16%, $p>0.05$), llama la atención que el 100% de los sanos que reciben este apoyo lo consideran como muy satisfactorio, en contraste con el 43% de los ancianos

con SM. Asimismo, el 100% del grupo de ancianos sanos manifestó estar regular o muy satisfecho con el apoyo material recibido en comparación con 67% en el grupo de ancianos con SM (Cuadro 5).

Cuadro 5. Tipo de apoyo recibido de familiares y grado de satisfacción en ancianos sanos y con SM

Tipos de apoyo	No reciben apoyo (%)	Reciben apoyo (%)	Grado de satisfacción			
			Nada (%)	Poco (%)	Regular (%)	Mucho (%)
Apoyo emocional						
Sano n=49	14 (29)	35 (71)	2 (6)	3 (8)	10 (29)	20 (57)
SM n=44	6 (14)	38 (86)	2 (5)	3 (8)	14 (37)	19 (50)
Apoyo instrumental						
Sano n=49	44 (90)	5 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
SM n=44	37 (84)	7 (16)	2 (28)	0 (0)	2 (28)	3 (43)
Apoyo material						
Sano n=49	45 (92)	4 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	3 (75)
SM n=44	38 (86)	6 (14)	2 (33)	0 (0)	0 (0)	4 (67)
Apoyo informativo						
Sano n=49	33 (67)	16 (33)	1 (6)	2 (13)	4 (25)	9 (56)
SM n=44	23 (52)	21 (48)	2 (9)	0 (0)	9 (43)	10 (48)

Referente a los principales tipos de apoyo recibido de los amigos sobresale el apoyo afectivo (sanos, 86% vs. SM 95%, $p>0.05$), del cual el 81% de los ancianos con SM manifestó estar muy satisfecho con dicho apoyo en contraste con el 69% de los sanos; seguida del apoyo informativo (sanos, 47% vs. SM, 66%, $p<0.5$), del cual el 70% del grupo de sanos y el 80% del grupo con SM reportó estas muy satisfecho. Así mismo, es

importante resaltar que aunque el apoyo material recibido es bajo (sanos, 10% vs. SM 11%, $p>0.05$), el 100% del grupo de los sanos reportó estar muy satisfecho con dicho apoyo a diferencia del 60% del grupo de ancianos con SM (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tipo de apoyo recibido de los amigos y grado de satisfacción en ancianos sanos con SM

Tipos de apoyo	No reciben apoyo (%)	Reciben apoyo (%)	Grado de satisfacción			
			Nada (%)	Poco (%)	Regular (%)	Mucho (%)
Apoyo emocional						
Sano n=49	7 (14)	42 (86)	2 (5)	1 (2)	10 (24)	29 (69)
SM n=44	2 (5)	42 (95)	1 (2)	3 (7)	4 (10)	34 (81)
Apoyo instrumental						
Sano n=49	44 (90)	5 (10)	0 (0)	0 (0)	1 (20)	4 (80)
SM n=44	36 (82)	8 (18)	2 (25)	0 (0)	0 (0)	6 (75)
Apoyo material						
Sano n=49	44 (90)	5 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (100)
SM n=44	39 (89)	5 (11)	2 (40)	0 (0)	0 (0)	3 (60)
Apoyo informativo						
Sano n=49	26 (53)	23 (47)	1 (4)	0 (0)	6 (26)	16 (70)
SM n=44	15 (34)	29 (66)	3 (10)	0 (0)	3 (10)	23 (80)

Con relación al tipo de apoyo recibido a nivel comunitario, sobresale igualmente el de tipo emocional (sanos, 57% vs. SM 59%, $p>0,05$), el cual contrasta con el porcentaje significativamente mayor que reciben de parte de los amigos en lo individual (cuadros 6 y 7).

Cuadro 7. Tipo de apoyo recibido por grupos comunitarios y grado de satisfacción en ancianos sanos y con SM

Tipos de apoyo	No reciben apoyo (%)	Reciben apoyo (%)	Grado de satisfacción			
			Nada (%)	Poco (%)	Regular (%)	Mucho (%)
Apoyo emocional						
Sano n=49	21 (43)	28 (57)	1 (4)	0 (0)	6 (21)	21 (75)
SM n=44	18 (41)	26 (59)	2 (8)	0 (0)	5 (19)	19 (73)
Apoyo instrumental						
Sano n=49	45 (92)	4 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	3 (75)
SM n=44	37 (84)	7 (16)	2 (28)	0 (0)	2 (28)	3 (43)
Apoyo material						
Sano n=49	45 (92)	4 (8)	0 (0)	1 (25)	0 (0)	3 (75)
SM n=44	40 (91)	4 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100)
Apoyo informativo						
Sano n=49	30 (61)	19 (39)	0 (0)	0 (0)	4 (21)	15 (79)
SM n=44	23 (52)	21 (48)	2 (10)	0 (0)	4 (19)	15 (71)

En cuanto al tipo de apoyo recibido a nivel institucional, el principal apoyo que reciben ambos grupos es el informativo (sanos, 47% vs. SM 50%, $p>0.05$), seguida del apoyo material (sanos, 39 vs. SM 36%, $p>0.05$) (Cuadro 8).

Cuadro 8. Tipo de apoyo recibido por las instituciones y grado de satisfacción en ancianos sanos y con SM

Tipos de apoyo	No reciben apoyo (%)	Reciben apoyo (%)	Grado de satisfacción			
			Nada (%)	Poco (%)	Regular (%)	Mucho (%)
Apoyo emocional						
Sano n=49	30 (61)	19 (39)	1 (5)	1 (5)	4 (21)	13 (68)
SM n=44	30 (68)	14 (32)	0 (0)	0 (0)	2 (14)	12 (86)
Apoyo instrumental						
Sano n=49	42 (86)	7 (14)	0 (0)	1 (14)	2 (29)	4 (57)
SM n=44	30 (68)	14 (32)	0 (0)	2 (14)	5 (36)	7 (50)
Apoyo material						
Sano n=49	30 (61)	19 (39)	1 (5)	3 (16)	4 (21)	11 (58)
SM n=44	28 (64)	16 (36)	0 (0)	5 (31)	3 (19)	8 (50)
Apoyo informativo						
Sano n=49	26 (53)	23 (47)	2 (9)	1 (4)	3 (13)	17 (74)
SM n=44	22 (50)	22 (50)	0 (0)	2 (9)	6 (27)	14 (64)

Por otro lado, respecto a la evaluación de la autoestima, el porcentaje de autoestima alta fue muy similar en ambos grupos (sanos, 65% vs. SM 67%, $p>0.05$) (Cuadro 9).

Cuadro 9. Frecuencia de grado de autoestima en ancianos sanos y con SM

	Síndrome Metabólico	Sano	Total
Autoestima Alta	30 (68%)	32 (65%)	62 (67%)
Autoestima Media	11 (25%)	12 (25%)	23 (25%)
Autoestima Baja	3 (7%)	5 (10%)	8 (8%)
Total	44 (47%)	49 (53%)	93 (100%)

Ji cuadrada, $p > 0.05$

Asimismo, respecto a la detección de depresión se encontró una prevalencia similar en ambos grupos (SM, 43% vs. Sanos, 47%, $p > 0.05$) (Cuadro 10).

Cuadro 10. Prevalencia de depresión en ancianos con y sin SM

	Síndrome Metabólico	Sano	Total
Con Depresión	19 (43%)	23 (47%)	42 (45%)
Sin Depresión	25 (57%)	26 (53%)	51 (55%)
Total	44 (47%)	49 (53%)	93 (100%)

Ji cuadrada, $p > 0.05$

Respecto a la percepción subjetiva del estado de salud no se encontró relación estadísticamente significativa, no obstante llama la atención que el 18% de los AM diagnosticados como sanos percibe su estado de salud como malo o muy malo, en contraste con el 7% de los AM con SM que se catalogan en dichas categorías (Cuadro 11).

Cuadro 11. Percepción del estado de salud en ancianos sanos y con SM

	Síndrome Metabólico	Sano	Total
Excelente	3 (7%)	5 (10%)	8 (9%)
Bueno	14 (32%)	12 (25%)	26 (28%)
Regular	24 (54%)	23 (47%)	47 (50%)
Malo	2 (5%)	6 (12%)	8 (9%)
Muy malo	1 (2%)	3 (6%)	4 (4%)
Total	44 (47%)	49 (53%)	93 (100%)

Ji cuadrada, $p > 0.05$

Asimismo, al analizar la percepción del estado de salud en comparación con personas de su misma edad, el 68% de los AM con SM reportó sentirse mejor que otros ancianos de su misma edad en contraste con el 61% del grupo de AM sanos, asimismo, el 12% del grupo de AM sanos manifestó sentirse peor que los ancianos de su misma edad, en tanto que sólo el 7% de los AM con SM se ubicó en esa categoría (Cuadro 12).

Cuadro 12. Percepción del estado de salud en ancianos sanos y con SM en comparación con otros ancianos de la misma edad

	Síndrome Metabólico	Sano	Total
Mejor	30 (68%)	30 (61%)	60 (64%)
Igual	11 (25%)	13 (27%)	24 (26%)
Peor	3 (7%)	6 (12%)	9 (10%)
Total	44 (47%)	49 (53%)	93 (100%)

Ji cuadrada, $p > 0.05$

Con relación a la percepción de calidad de vida se encontró que el 34% de los AM con SM y el 37% del grupo de sanos consideran que tienen una calidad de una vida alta ($p>0.05$) (Cuadro 13).

Cuadro 13. Percepción de calidad de vida en ancianos sanos y con SM

Calidad de vida	Síndrome Metabólico	Sanos	Total
Alta	15 (34%)	18 (37%)	33 (36%)
Promedio	27 (61%)	29 (59%)	56 (60%)
Baja	2 (5%)	2 (4%)	4 (4%)
Total	44 (47%)	49 (53%)	93 (100%)

Ji cuadrada, $p>0.05$

Por otro lado, al realizar el análisis de calidad de vida por dominio, aunque no hay relación estadísticamente significativa entre los puntajes, se puede observar que el puntaje promedio es mayor en los AM con SM en algunos dominios sobre todo en el ambiental (SM: 77.0 ± 15 vs. Sanos: 72.6 ± 13 , $p>0.5$) (Cuadro 14).

Cuadro 14. Puntajes por dominio en la escala de calidad de vida en ancianos sanos y con SM

Dominio	Síndrome Metabólico	Sano
Físico	76.5 ± 13	75.9 ± 14
Psicológico	74.7 ± 14	73.9 ± 14
Social	75.4 ± 15	74.6 ± 13
Ambiental	77.0 ± 15	72.6 ± 13

T de Student, $p>0.05$. Los valores corresponden a media \pm desviación estándar.

En el análisis de correlación entre los componentes del síndrome metabólico con las variables psicosociales, no se encontró ningún dato relevante. Asimismo, entre las variables psicosociales se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre el puntaje de la escala de depresión geriátrica con el puntaje de la escala de autoestima ($r = -0.578$, $p < 0.01$), la escala de calidad de vida ($r = -0.679$, $p < 0.01$), y del inventario las redes de apoyo social ($r = -0.213$, $p < 0.05$). También se observó una relación positiva estadísticamente significativa entre el puntaje de la escala de autoestima con el puntaje de la escala de calidad de vida ($r = 0.408$, $p < 0.01$), así como entre el puntaje de la escala de la autoestima con el puntaje del inventario las redes de apoyo social ($r = 0.350$, $p < 0.01$). Respecto a la relación entre los componentes del síndrome metabólico, se observó una asociación positiva estadísticamente significativa entre la circunferencia de la cintura y los niveles de triglicéridos ($r = 0.231$, $p < 0.05$), y una relación inversa entre la circunferencia de cintura con los niveles de HDL ($r = -0.227$, $p < 0.05$) (Cuadro 15).

Cuadro 15. Correlación de los puntajes de las escalas de depresión, autoestima, calidad de vida y RAS con los componentes de síndrome metabólico

		GDS	AUTOESTIMA	CV	RAS	CINTURA (cm)	GLUCOSA (mg/dL)	TG (mg/dL)	HDL (mg/dL)	TAS (mm Hg)	TAD (mm Hg)	IMC
VALORES	GDS	1	-0.578**	-0.679**	-0.213*	0.083	0.133	-0.102	-0.013	-0.208*	-0.170	0.120
	AUTOESTIMA		1	0.408**	0.350**	-0.141	-0.044	0.064	-0.059	-0.008	0.032	-0.036
	CV			1	0.131	-0.078	-0.011	0.145	0.012	0.186	0.111	-0.158
	RAS				1	0.029	-0.009	0.033	-0.039	0.083	0.019	-0.053
	CINTURA					1	0.147	0.231*	-0.227*	0.037	-0.037	0.725**
	GLUCOSA						1	0.275**	-0.068	0.027	0.004	0.100
	TG							1	-0.288**	-0.012	-0.065	0.003
	HDL								1	0.046	0.025	-0.050
	TAS									1	0.613**	0.074
	TAD										1	0.058
	IMC											1
	SIGNIFICANCIA	GDS		0.001	0.001	0.048	0.432	0.210	0.337	0.906	0.048	0.106
AUTOESTIMA				0.001	0.002	0.205	0.696	0.568	0.603	0.940	0.778	0.747
CV					0.221	0.460	0.914	0.167	0.911	0.074	0.290	0.130
RAS						0.788	0.930	0.763	0.724	0.437	0.863	0.622
CINTURA							0.161	0.027	0.032	0.728	0.725	0.001
GLUCOSA								0.008	0.527	0.797	0.973	0.341
TG									0.006	0.912	0.540	0.975
HDL										0.670	0.816	0.642
TAS											0.001	0.480
TAD												0.580

*Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral)

**Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral)

VIII. 2 Cualitativos

Inicialmente se tenía planeado hacer una entrevista a profundidad respecto al síndrome metabólico, sin embargo, considerando que las personas detectadas con síndrome metabólico no reconocieron esta alteración como enfermedad, se decidió orientar la entrevista hacia el significado de la obesidad.

Los resultados presentados corresponden a cinco personas ancianas del sexo femenino, de las cuales tres tenían obesidad y fueron diagnosticadas con SM y dos sanas. Para fines de la discusión se nombrarán: persona con obesidad 1, persona con obesidad 2 y persona con obesidad 3, en tanto que las personas sanas se les llamará como persona sana 1 y persona sana 2. A continuación se presentan las características generales de las mismas.

- **Persona con obesidad 1:** mujer de 60 años, casada, dedicada al hogar y considera que su estado de salud es regular.
- **Persona con obesidad 2:** mujer de 69 años, viuda, dedicada a las labores del hogar y percibe su estado de salud como regular.
- **Persona con obesidad 3:** mujer de 75 años, viuda, dedicada a las actividades del hogar y percibe su estado de salud como regular.
- **Persona sana 1:** mujer de 60 años, viuda, dedicada a las actividades del hogar y percibe su estado de salud como bueno.

- **Persona sana 2:** mujer de 60 años, viuda, dedicada a las actividades del hogar y percibe su estado de salud como bueno.

Respecto al significado de sobrepeso tanto las mujeres con SM y las sanas manifiestan y reconocen las complicaciones que acarrea el mismo, de igual forma se puede observar el rechazo por tener obesidad o la posibilidad de adquirirla. De igual forma al cuestionarles sobre el sobrepeso y la salud, dos de las AM con SM refieren tener hipertensión, no obstante, las cinco entrevistadas concuerdan en que al tener sobrepeso se corre el riesgo de tener otras enfermedades, entre las que sobresale la diabetes mellitus y la presión arterial.

Con relación al estilo de vida a partir de tener obesidad, dos de las ancianas con SM exteriorizan que éste ha cambiado de manera negativa, ya que anteriormente realizaban actividades que ahora se les dificultan a causa del mismo.

Al indagar lo concerniente a sobrepeso y cuidados, ninguna de las tres ancianas con SM refieren tener cuidados explícitos, al contrario mencionan tener flojera o falta de voluntad, respuestas que sugieren la aceptación o incapacidad para poder resolver dicha problemática.

Por último, respecto al autocuidado en las ancianas sanas, se puede notar que ambas realizan ejercicio y tienen cuidado en su alimentación.

Los aspectos más relevantes de las entrevistas se presentan a continuación.

Persona con obesidad 1, señaló:

“Cuando estoy bajita de peso me siento más ligera, me siento mejor, me puedo agachar, puedo caminar, hago mejor las cosas, y cuando estoy subida de peso me da coraje que no puedo agacharme, no hacer las cosas como debería de ser”.

“...tengo Diabetes mellitus... Siempre salgo con el colesterol alto... Me han dicho que soy hipertensa”.

“...pues es que ya no es lo mismo, porque antes hasta me iba yo a nadar o andaba yo, para allá y para acá y no me cansaba y ahora me canso con facilidad, y me siento a veces muy mal”

“...últimamente me ha dado mucha flojera... me gana el sueño, me gana aquel cansancio”.

Persona con obesidad 2, señaló:

“...principalmente mi corazón tiene que trabajar más de lo debido... y me puedo provocar otras enfermedades... en primer lugar me afecta la salud, en segundo lugar yo me veo fea”.

“...no tengo libertad para caminar, me canso...ese sobrepeso me lastima más las piernas y hace trabajar más el corazón, entonces estoy sofocada para caminar, y emocionalmente no me siento a gusto con mi figura”.

“He tratado un poquito de suprimir el refresco, algo de pan y grasas, pero a veces me gana la voluntad... y luego me cuesta trabajo retomar otra vez”.

Persona con obesidad 3, señaló:

“Si tengo sobrepeso me siento pesada, me siento mal, me siento agitada, no me siento bien, no me veo bien, y no tener sobrepeso, me siento ligerita”.

“...es el camino para la diabetes y para muchas enfermedades... ya ni me acuerdo cuantos años tengo de hipertensión”.

“... pienso en mi antojo no pienso en que estoy enferma y que necesito bajar de peso”.

Persona sana 1, señaló:

“...si no tenemos sobrepeso estamos al nivel de la vida y estamos más sanos. Si tuviera sobrepeso, tuviera yo cansancio, no podría hacer mi ejercicio, no podría correr, yo participo en carrera, entonces me agitaría mucho”.

“Si tenemos más kilos, nos afecta mucho nuestra salud, sobre todo nuestra parte osamenta, por las rodillas que sostiene el peso, por la columna...nos afecta porque nuestro corazón trabaja diferente, podemos padecer de la presión y se pueden generar muchas enfermedades”.

“Cuidar mi alimentación y haciendo ejercicio. No comiendo grasas, no comiendo en exageración, teniendo una dieta balanceada sobre todo no grasas, refrescos, golosinas, comida chatarra. Comer de todo pero que sea balanceado. Hago yoga, tai-chi, bicicleta, corro... Me gusta despertar temprano, arreglar mi casa, arreglarme yo, hacer mi ejercicio”

Persona sana 2, señaló:

“...si yo tuviera sobrepeso me iba a sentir hasta perezosa, inmóvil; no es lo mismo tener tu peso normal a estar con más peso porque nos hacemos inmóviles, el mismo peso no nos deja movernos, es importante, todo cambia, con nuestro peso todo cambia... mi autoestima porque no es lo mismo lucir un vestido en una talla normal a una talla extra, de que ya ciertas cosas no se pueden lucir”.

“Si nos pasamos de peso somos obesos, entonces ahí nos perjudican muchas cosas, se nos viene la diabetes, la presión, entonces es malo tener sobrepeso”.

“Hago ejercicio y cuido mi alimentación... no porque tenga 60 años, ya no voy a salir de mi casa, yo tengo que ser activa en todos los modos y quiero seguir igual, ya cuando mi cuerpo diga siéntate, entonces sí, y todavía me dan ganas de trabajar, porque todavía me siento con energía, de salir yo adelante”

IX. DISCUSIÓN

Uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en la vejez es el síndrome metabólico (SM), cuya alteración está vinculada con la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la obesidad. Estas enfermedades a su vez tienen un efecto directo sobre el estado afectivo, autoestima y la percepción de la calidad de vida, sobre todo cuando la persona tiene consciencia de las posibles complicaciones físicas y cognitivas. Así mismo, existen factores psicosociales implicados en dicha asociación, de ahí la importancia de evaluar la relación del SM con la depresión y autoestima con relación a sus redes de apoyo social y la percepción de la calidad de vida.

En el ámbito gerontológico el SM tiene gran relevancia epidemiológica, ya que su prevalencia es superior al 40%, en contraste con el 26% reportado para población joven (Chávez-Tapia et al., 2004). En este sentido, en nuestro estudio se encontró una prevalencia similar (47%), reforzando la propuesta de que el SM se presenta con mayor frecuencia en esta etapa de la vida, debido probablemente a los cambios metabólicos y a los estilos de vida, ya que se ha observado que la mayoría de los ancianos con SM son sedentarios y tienen un balance gasto energético positivo (mayor ingesta calórica que gasto).

Dentro de los factores psicosociales, las redes de apoyo social (RAS) tienen un vínculo directo con la calidad de vida de los adultos mayores (AM), ya que existe evidencia científica de que las RAS afectan la percepción de la CV sobre todo en el dominio psicológico. En este sentido, Arronte y Hernández (2004) señalan que a través de la red

social se cubren necesidades de salud, afectivas, sociales y económicas de los individuos, lo cual es de suponerse que va a influir en las condiciones y vida de la población, de ahí que se hayan realizado estudios para saber que tanto influyen al respecto. En el presente trabajo no se encontró relación estadísticamente significativa en cuanto al gradiente, tipo y grado de satisfacción de las RAS entre los adultos mayores con y sin SM, lo cual sugiere que este factor no es determinante para la prevalencia del SM, ni para la percepción de calidad de vida, no obstante, debemos tener presente, que el impacto de las RAS está vinculado con el reconocimiento de los problemas sociales y de salud, para lo cual el apoyo informativo y el empoderamiento son indispensables. En este sentido, es fundamental establecer acciones que propicien y fortalezcan el empoderamiento de los adultos mayores considerando el contexto sociocultural de la población, de ahí que no es suficiente la existencia de las redes de apoyo social sino están enmarcadas en programas formales y sistemáticos de promoción de la salud y desarrollo social, para lo cual el paradigma del envejecimiento activo representa una opción factible (World Health Organization 2002).

Algunos estudios han demostrado una relación estrecha entre el estado de salud y las RAS (Matud et al., 2002), sin embargo, en el presente estudio no se encontró dicha asociación, debido probablemente a la falta de programas específicos encaminados a fortalecer o mantener la salud a través de la implementación de modelos de atención comunitaria enmarcados en el autocuidado, ayuda mutua y autogestión (Martínez-Maldonado, Correa-Muñoz y Mendoza-Núñez, 2007).

Por otro lado, la influencia de factores de índole social intervienen en los constructos respecto de la salud y los apoyos que se reciben, tal como lo señala Vega–Franco (2001), de tal manera que si no se tiene conocimiento de las complicaciones que genera el SM, y si las RAS no tienen considerado entre sus objetivos prevenir las enfermedades o sus complicaciones, no debemos esperar resultados positivos por el simple contacto social.

En relación al apoyo institucional, no se observó una influencia significativa respecto a este tipo de apoyo y la prevalencia de SM, lo cual sugiere que las instituciones no están respondiendo de manera eficaz a esta problemática de salud pública. En este sentido, se puede señalar, que aunque las instituciones tienen la información epidemiológica respecto a la magnitud del SM en la vejez, no han implementado programas específicos de índole interdisciplinaria, en los cuales la psicología social juega un papel preponderante. Ejemplo de ello, son las entrevistas realizadas a ancianas con SM, donde ellas le dan mayor peso a “sus antojos” o “flojera”, que a las dificultades que se presentan respecto a su salud, lo que podría verse vinculado con la pobre e inadecuada información que reciben de las instituciones, además del significado de índole psicosocial que le dan a dicha alteración. En este sentido, se ha reconocido que el envejecimiento en México viene acompañado de una atención deficiente a la seguridad social (Ham-Chande et. al, 2003) y de recursos humanos. Al respecto, es importante resaltar la importancia de la formación de recursos humanos profesionales en el campo de la gerontología social y comunitaria, que implementen programas con acciones acordes a las necesidades y condiciones socioculturales de la población que tengan un impacto sobre la conducta, estilos de vida y envejecimiento saludable de los adultos mayores.

Respecto al apoyo de la familia, diversos estudios señalan que éste es uno de los principales apoyos para los AM (Guzmán, et al. 2002; Pinguart y Sorensen, 2000 y Vera y Sotelo, 2004), no obstante, es importante no perder de vista que en la actualidad se promueve que los AM sean más autónomos y participativos con la familia y la comunidad, tal como lo refiere Engler (2005). Sin embargo, esta red de apoyo, será de suma importancia y puede constituir un gran capital social, en la medida que se logre el empoderamiento de los adultos mayores, lo cual tendrá un efecto significativo en el estado afectivo y la autoestima, que a su vez se reflejará en la percepción de la salud y calidad de vida (Sánchez y González, 2004; Ham-Chande et al., sf; Pinguart y Sorensen, 2000 y Schwartzmann, 2003).

Se ha reportado que la pareja, los hijos y familiares son los proveedores de apoyo más frecuente en la vida de los ancianos (Vera y Sotelo, 2004). Al respecto, en el presente estudio se encontró que los AM sanos reciben más apoyo del cónyuge que los que tienen SM, y sólo algunos casos se manifiestan nada o poco satisfechos respecto al apoyo emocional que reciben del mismo, lo cual podría deberse a que no se reconoce el SM como enfermedad, quizás por la falta de conocimiento difundido en los programas de salud pública, de ahí que al no reconocerse dicha problemática no se demanda el apoyo emocional por parte del AM.

En la satisfacción del apoyo de los hijos, ambos grupos de estudio se mostraron altamente satisfechos en todos los apoyos, lo cual concuerda con que los hijos son una fuente primordial de apoyo social en esta etapa de la vida. En tanto que el apoyo

instrumental y material por parte de los familiares, muestra al 100% de los ancianos sanos totalmente satisfechos con estos apoyos, y en menor porcentaje los que tienen SM, lo que sugiere que la falta de conocimiento de la problemática del SM no amerita una respuesta específica del apoyo familiar, motivo por el cual no se percibe relación significativa.

Pinquart y Sorensen (2000) y Concha, Olivares y Sepúlveda (2000) señalan la importancia de la amistad para evitar problemas afectivos en la vejez, ya que ésta es una relación única, que ayuda a los viejos a sentirse mejor. En el presente trabajo se encontró que ambos grupos se sienten muy satisfechos con los diferentes apoyos recibidos de sus amistades, sin embargo en el apoyo material se nota que algunos casos de los AM con SM se muestran nada satisfechos, aunque no debemos perder de vista que al no reconocer como problema el SM, la relación sea aleatoria.

El apoyo comunitario, es una red importante para los ancianos, debido a que muchas veces en éste se puede tener acceso a otras redes, al respecto, encontramos que ambos grupos de estudio se muestran muy satisfechos con este apoyo, lo cual demuestra la importancia del apoyo comunitario en el bienestar de los adultos mayores, ya que el contacto social periódico con personas de su mismo grupo de edad les permite intercambiar experiencias vividas, haciendo con ello su vida más placentera, lo que se ve reflejado en su estado de salud afectivo.

Por otra parte, la autoestima en la vejez es un tópico de gran relevancia, debido al papel fundamental que ésta juega en el funcionamiento íntegro del AM, es así como Larrínaga,

Urrutía y Ferragut (2005) señalan que a pesar de que su disminución es frecuente en el anciano, también es posible desarrollar distintos mecanismos de respuesta ante la situación de la vejez, lo que depende entre otros, de las vivencias acumuladas y recursos personales, un ejemplo de ello son los AM que buscan alternativas y actividades provechosas que les ayudan a sentirse útiles y potenciar su autoestima. Al respecto, se observó en la población estudiada que la mayoría de adultos mayores tiene una autoestima alta, lo que se debe probablemente a la interacción social y afectiva que se logra al estar adscritos a un grupo recreativo y de ayuda mutua, en donde realizan diversas actividades (ejercicio físico, artesanías y recreación), aunque no tienen un programa con objetivos y metas concretas, lo cual en cierta medida es una limitante para que el grupo represente un capital social más eficiente que responda a sus necesidades (Gray, 2009). En este sentido, Mora et al. (2004) observó que los AM que asisten a centros diurnos son más participativos y activos, además de que la frecuencia en la actividad física se asocia con un mayor nivel de salud mental; asimismo, Zabala et al. (2006) reportan una asociación significativa entre la participación social y la autoestima.

Con respecto a la depresión, se ha demostrado un vínculo de dicho padecimiento con el SM durante la vejez (Gans, 2006; Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006; Carranza y López, 2008 y Montes de Oca, Loría y Chavarría, 2008), no obstante, en el presente estudio se encontró una prevalencia similar de depresión entre los grupos de AM sanos y con SM, debido probablemente a que la mayoría de ancianos con SM desconocen la enfermedad y su significado, e incluso un alto porcentaje se consideraba sano. Por tal motivo, se deben establecer programas preventivos con un abordaje holístico y multidisciplinario bajo el

enfoque del envejecimiento activo considerando los aspectos psicosociales además de lo biológico, para lo cual es indispensable que los AM tengan el conocimiento suficiente sobre el significado e importancia del SM, para que participen activamente en la prevención y control de dicha alteración.

Por otro lado, se ha relacionado al SM con una percepción pobre del estado de salud (Ford y Li, 2008), sin embargo, en nuestro estudio un porcentaje muy bajo reportó una percepción de salud mala o muy mala, lo que demuestra como se había señalado anteriormente la falta de conocimiento de lo que es el SM y las complicaciones que trae consigo.

Respecto a la percepción del estado de salud en comparación con otros ancianos de la misma edad, la mayoría de los participantes considera su estado de salud como mejor, independientemente de tener o no SM, y sólo un porcentaje muy bajo lo reportó como peor. En este sentido, es de llamar la atención que son los AM con SM los que en menor porcentaje perciben un mal estado de salud. Por tal motivo, será fundamental establecer programas de promoción de la salud sobre esta problemática enmarcados en el envejecimiento activo en el que el empoderamiento es fundamental.

La CV es una percepción individualizada que involucra elementos de bienestar y autoestima vinculados con el estado de salud (Mendoza-Núñez, 2003), al respecto se ha reportado una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de CV y el SM (Chedraui et al., 2007 y Ford y Li, 2008), sin embargo en el presente estudio, no se

encontró relación significativa en la percepción de CV. En este sentido, la percepción de CV de un individuo depende en gran medida del grupo social al que pertenece, considerando las expectativas, las capacidades y las necesidades, por tal motivo, si la persona no reconoce como problema de salud el SM y sus repercusiones, dicha alteración metabólica no afecta la percepción de su calidad de vida (Mendoza-Núñez, 2003), tal como se observó en la presente investigación. Al respecto, en la entrevista a profundidad se confirma el desconocimiento de dicha alteración, además de cierta actitud de aceptación o incapacidad de resolver el problema de obesidad, ya que aunque la persona entrevistada reconoce que la obesidad es un riesgo o problema de salud, sus respuestas denotan poca participación activa con empoderamiento para resolver el problema.

Por otro lado, se ha señalado que los aspectos sociales pueden tener mayor peso que los genéticos para la presencia de obesidad e incluso se ha sugerido que la obesidad es “contagiosa”, debido a la propagación de los factores sociales que propician dicha alteración (Christakis y Fowler, 2007). En este sentido, algunos adultos mayores consideran como “normal” el sobrepeso durante la vejez, lo que apunta a que si la persona no reconoce el problema no implementará ninguna acción para resolverlo.

Con relación a las asociaciones encontradas entre la depresión con la calidad de vida, la autoestima y las redes de apoyo social, nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por Canto y Castro (2004) y Lucero y Casali (2006) quienes encontraron que la depresión se correlaciona negativamente con la baja autoestima, además de asociarse con la CV (Gayoso, 2004 y Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2007), asimismo, se ha reportado una

relación negativa entre la depresión y las redes de apoyo social (Lara, Navarro y Navarrete 2004, González y Landero, 2006 y Jiménez et al., 2007). Así también, en nuestro estudio se encontró una asociación positiva entre el puntaje de la autoestima con el de calidad de vida y las redes de apoyo social, tal como ha sido reportado en otras investigaciones (Canto y Castro, 2004). Con lo anterior es de suponer que si se presenta una autoestima alta influye directamente en el estado afectivo y por lo tanto no se presenta depresión, lo cual influye significativamente en la percepción de la calidad de vida, lo cual también se asocia con la satisfacción de los apoyos recibidos de las RAS.

Es importante resaltar, como hallazgo relevante de nuestro estudio el que no exista relación estadísticamente significativa entre los grupos de adultos mayores con y sin SM respecto a la percepción de calidad de vida, autoestima y RAS, lo cual sugiere que no se reconoce como problema de salud el SM, de ahí que no tiene un significado para la persona que lo padece y no repercute en su comportamiento y en su estilo de vida. Ante esta situación, el riesgo para la salud es mucho mayor, ya que la persona no está consciente de que tiene un problema, y por lo tanto no intentará modificar su estilo de vida ante un problema no reconocido.

Por lo anterior, inferimos un fracaso de los programas de promoción de la salud que se limitan a dar información general a toda la población, sin considerar las diferencias de grupos de edad, nivel socioeconómico y los medios de información accesibles. En contraste, lo que podríamos denominar como “programas sociales de antipromoción de la salud” que promueven el consumo de productos nocivos y estilo de vida no saludables,

tales como el consumo de “alimentos chatarra” y “alimentos ricos en grasas saturadas”, así como la adopción de “estilos de vida sedentarios” que promueven las limitaciones físicas durante la vejez, influyen sobre los aspectos psicológicos de la población, ya que de manera explícita y sobretodo subliminal sugieren un efecto gratificante y de bienestar, lo cual tiene un impacto psicológico permanente a lo largo del ciclo vital humano, de ahí que en la vejez los ancianos han estado expuestos a estos programas por mucho más tiempo. En este sentido, cabría señalar la limitada participación de la psicología en los medios de comunicación y en el diseño y contenido del material para la promoción de la salud.

Para el análisis cualitativo, se decidió sustituir el SM por la obesidad, dado que no se reconoce como una alteración al SM, sin embargo la obesidad socialmente se reconoce por lo menos como una condición de riesgo para la salud. No obstante, es de llamar la atención que aunque en las entrevistadas se reconoce que la obesidad es un riesgo o problema de salud sus respuestas sugieren que no actúan de manera activa por solucionar dicha problemática y que sus estilos de vida responden a lo que denominamos “antipromoción de la salud”, lo que favorece la prevalencia de la obesidad. Al respecto, Candreva y Paladino (2004), señalan que los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, que tienen un carácter dinámico y que se van construyendo en las diferentes etapas de la vida.

Al observar que los AM tienen la información básica de que el sobrepeso es algo negativo y sin embargo éste conocimiento no los motiva a un cambio en su estilo de vida, sugiere que dicha información no tiene los elementos psicológicos y significado social y

por la tanto no repercute en la conducta. Acorde con estos hallazgos, consideramos que es necesario implementar programas de promoción de la salud con un enfoque interdisciplinario, que respondan a las condiciones socioculturales de la población, incluyendo elementos psicológicos que favorezcan la adopción de estilos de vida saludables.

Cabe resaltar que la sola información no es suficiente, si ésta no tiene un significado sociocultural que prevenga las enfermedades, promueva la salud e impacte en la conducta de manera favorable. Por tal motivo es necesario indagar los “porqués” de las conductas de las personas y de los significados de su estado de salud, ¿porqué razón si la persona sabe que es dañino lo sigue haciendo?, ¿qué significado tiene, cómo lo racionaliza, porqué no lo hace?.

Así el papel del psicólogo, en el ámbito de la psicología de la salud, es trabajar en formar un significado en pro de la promoción de la salud, donde haya acciones relativas a conductas favorables con respecto a la problemática, en lo cual es importante resaltar que ésta no es responsabilidad única del área médica, ya que ésta se limita a dar información, suponiendo que con el sólo hecho de tener el conocimiento el individuo cambia de conducta.

Ante este escenario, los psicólogos tenemos un reto de enormes dimensiones, ya que debemos trabajar a nivel comunitario bajo el paradigma del envejecimiento activo con un abordaje interdisciplinario y transdisciplinario (Espina, 2007), para lo cual el enfoque

teórico del construccionismo social es una de las opciones más adecuadas, debido a que cuando se observa un cambio, éste provoca un desajuste psicológico con suficiente intensidad y duración, que permitirá reflexionar para matizar la vida de una persona (Balk, 1999).

La terapia como una construcción social constituye una opción más ante las terapias tradicionales, ya que se presenta como una terapia que valora, se enfoca y se sustenta en la idea de un locus de control interno, donde las intervenciones están encaminadas a generar la reflexión (Hernández, 2009). En este sentido, el construccionismo tiene como objetivo para los profesionistas lograr la re-significación (modificando su ejercicio profesional) y para los AM reconocer su condición de salud que les permita la adopción de hábitos de estilos de vida saludable. Así cuando el psicólogo funge como terapeuta se encuentra en la construcción del mundo, por lo tanto de significados, motivo por el cual es fundamental la adopción de una postura interdisciplinaria misma que nos exhorta al intercambio colaborativo entre los distintos dominios del saber (Hernández, 2009).

De este modo, considerando que el construccionismo social se sustenta en el principio de que las ideas, los conceptos, imágenes mentales y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje, es importante la reconstrucción de significados en el reconocimiento de problemas de salud, logrando así mejorar la CV. Al respecto, y específicamente en el AM con SM, se requiere de esta re-significación que permita reconocer tanto el SM como la obesidad como un problema de salud, a fin de lograr lo ya mencionado.

La terapia como construcción social, entre otros objetivos, intenta configurar un sistema de aprendizaje para la adquisición de nuevos significados originados por la acción social y la interrelación (Swim, Helms, Plotkin y Bettye, 1998). En este sentido, para que el AM reconozca el SM y a la obesidad como un problema de salud, estas alteraciones deben tener un significado que puede ser construido desde diferentes sistemas, como los son la familia y los grupos o contactos sociales con los que el AM tiene trato, entre los cuales se encuentran los profesionales de la salud; así la interrelación de todos ellos (grupos comunitarios) puede lograr re-definir dichas problemáticas a través del lenguaje, formándose como una construcción compuesta de narrativas y significados nuevos, donde todos son responsables y contribuyentes (Hernández, 2009).

Finalmente no debemos olvidar que el proceso de construcción de significados y de entendimiento, depende de ciertas condiciones como la biografía, el tiempo y la ubicación (Illingworth, 2006), motivo por lo cual será necesario contextualizar al AM en la problemática de salud y sus implicaciones.

X. CONCLUSIONES

Hipótesis

Considerando que las redes de apoyo social constituyen un elemento fundamental para la adopción de estilos de vida saludable repercutiendo positivamente en el estado afectivo y la autoestima, suponemos, que los adultos mayores con SM tendrán menor gradiente y grado de las redes de apoyo social, asociados a una mayor prevalencia de depresión y menor autoestima.

Se concluye que:

- No existe una relación estadísticamente significativa entre el gradiente de las redes de apoyo social de los adultos mayores con SM en comparación con los sanos, debido probablemente a que el sistema de redes de apoyo social no está enmarcado en programas de promoción de la salud.
- No se encontró relación estadísticamente significativa en la prevalencia de depresión ni en la frecuencia de baja, entre el grupo de adultos mayores con SM en comparación con los sanos, debido a que no se reconoce la enfermedad y por lo tanto el diagnóstico de SM no repercute en el estado afectivo ni en la autoestima.

Hipótesis

Tomando en cuenta que el reconocimiento y significado de una enfermedad afecta la percepción del estado de salud, suponemos que los adultos mayores con SM, percibirán una condición de salud objetiva y subjetiva menos favorable que los adultos mayores sanos de su misma edad.

- No se encontró relación estadísticamente significativa en la percepción objetiva y subjetiva de salud de los adultos mayores con SM en comparación con los sanos, sugiriendo que no existe el conocimiento suficiente sobre la enfermedad y por lo tanto su significado no afecta la percepción del estado de salud.
- El no reconocer los adultos mayores estudiados al SM como una enfermedad representa un riesgo de enormes dimensiones, ya que no buscan la atención médica ni procuran adoptar estilos de vida saludables.

XI. PERSPECTIVAS

- Es conveniente continuar con esta línea de investigación, incrementando el tamaño de la muestra e incluir proporcionalmente AM del sexo masculino. Así como el realizar estudios longitudinales de intervención comunitaria bajo el paradigma del envejecimiento activo que permitan corroborar los resultados obtenidos en este trabajo.

- Los resultados justifican implementar de manera inmediata programas de promoción de la salud que garanticen el reconocimiento de la enfermedad, con una participación activa (con empoderamiento) de los adultos mayores, para lo cual la participación del psicólogo es fundamental.

- Dado que se vive en un contexto social será necesario establecer un sistema de aprendizaje bajo el enfoque del construccionismo social, que permita reconstruir significados respecto de salud y enfermedad, así como de la vejez, donde se involucre a la familia y los grupos de contacto social, logrando con ello alcanzar un envejecimiento activo donde los AM se vean beneficiados en su calidad de vida.

XII. REFERENCIAS

Aguilar-Navarro, S. y Ávila-Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica en México*, 2 (143), 141-148.

Aguilar-Ye, A., Puing-Sosa, P.J., Luna, L.A., Sánchez, P., Rodríguez, R. y Rodríguez, L.M. (2002). La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 5 (69), 190-193.

Alcántara, S., Ortiz, A., Idini, E., Sánchez, M.J. y Bustos, P. (2007). Depresión y Ancianidad. En J. Guerrero (Ed.), *Salud mental en el anciano* (2ª ed.) (pp. 153-172). México: Formación Alcalá.

Almeida, J. (2006). Obesidad. En C. D'Hyver de los Deses y L.M Gutiérrez (Eds.). *Geriatría* (pp.181-184). México: Manual Moderno.

Aranda, C., Pando, M., Flores, Ma. E. y García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Bama*, 2 (28), 69-74.

Arronte, A. y Hernández, L. (2004). Redes de apoyo social. En V.M. Mendoza, M. Martínez y L.A. Vargas (Eds.). *Gerontología Comunitaria* (pp.423-429). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Arronte, A. y Sandoval, C.R. (2008). Autoestima en la vejez. En V.M. Mendoza-Núñez, M.A. Sánchez-Rodríguez y E. Correa-Muñoz (Eds.). *Estrategias para el control de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario* (pp. 129-143). México: Impresiones Torres, S.A. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Arronte, A., Beltrán, N., Correa, E., Martínez, M., Mendoza, V.M., Rosado, J., Sánchez, M., Vargas, L.A. y Vélez, F. (2007). *Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Arronte-Rosales, A. (2004). Depresión. En V.M. Mendoza, M. Martínez y L.A. Vargas (Eds.). *Gerontología Comunitaria* (pp.179-185). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Balk, D.E. (1999). Bereavement and spiritual change. *Death Studies*, 23, 485-493.

Barbato, A. (2005). Abordaje de los trastornos mentales graves desde el marco de la salud pública. *Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial*, 2 (2), 41-43.

Barrantes, Y., Berrocal, G., Jiménez, E., Solís, N. y Solís, J.P. (2004). *Elaboración e implementación de un programa de actividad físico recreativa para mejorar la autoestima en el adulto mayor*. Seminario de Graduación sometido a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación, para optar por el título de licenciatura en

Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología Vol.2*. Madrid: McGraw-Hill.

Belsky, J.K. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigación e intervenciones*. Barcelona, España: Masson.

Candрева, A. y Paladino, C. (2005). Cuidado de la salud: El anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo. *Universitas Psychologica*, 4 (1), 55-62.

Canto, H.G. y Castro, E.K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: Un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2 (9), 257-270.

Carranza, J. y López, S.M. (2008). El síndrome metabólico en México. *Medicina Interna de México*, 4 (24), 251-261.

Carulla, S., Cano, A. y Cabo, J. (2004). *Longevidad. Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida*. Barcelona: Panamericana.

Chávez-Tapia, N.C., Almeda, P., Motola, D., Sánchez, K. y Méndez-Sánchez N. (2004). Síndrome Metabólico. Aspectos Fisiopatológicos e importancia epidemiológica. *Médica Sur*, 3 (11), 160-169.

Chedraui, P., Hidalgo, L., Chávez, D., Morocho, M., Alvarado, M. and Huc, A. (2007). Quality of life among post-menopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program, *Maturitas*, 56, 45–53.

Christakis, N.A and Fowler, J.H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years, *The New England and Journal of Medicine*, 357, 370–379.

Concha, A., Olivares, L. y Sepúlveda, M. (2000). Redes sociales en la tercera edad.

Cordero, A., Moreno, J. y Alegría, E. (2005). Hipertensión arterial y síndrome metabólico. *Revista Española de Cardiología*, 5, 38-45.

Cornachione, M.A., Urrutía, A. y Ferragut, L. (2005). *Guía para el cuidado de ancianos con problemas*. México: Editorial Brujas.

Engler, T. (2005). El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tlempos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5/6), 438-443.

Espina, P.M.P. (2007). Complejidad, transdisciplina y metodología de la investigación social. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12 (38), 29 - 43.

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide. Colección Psicología.

Florez, H., Palacio, A. y Tamariz, L. (2008). Síndrome metabólico, diabetes y enfermedades cardiovasculares: seriamente vinculados. *Diabetes Voice*. 53, Número especial.

Ford, E.S. and Li, C. (2008). Metabolic syndrome and health-related quality of life among U.S. adults. *Annals of Epidemiology*, 18, 165–171.

Fundación Caritas para el bienestar del Adulto Mayor I.A.P (2005) México: FUNBAM.

Gans, R.O.B. (2006). The metabolic syndrome, depression, and cardiovascular disease: interrelated conditions that share pathophysiologic mechanisms. *The Medical Clinics of North America*, 90, 573–591.

García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M.T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., Barquera-Cervera, S., Caballero-Romo, A.J., Orozco, L., Velásquez-Fernández, D., Rosas-Peralta, M., Barriguete-Meléndez, A., Zacarías-Castillo, R. y Sotelo-Morales, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Archivos de Cardiología de México*, 3 (28), 318-337.

García-Solano, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36 (3) ,127-130.

Gayoso, Ma. J. (2004). Epidemiología y clínica. En P.G. Gregorio y M.M. Carrasco (Coord.), *Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad*. (pp.13-32). España: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Gómez, F.J, Ríos, J.M., Aguilar-Salinas, C.A., Lerman, I. y Rull, J.A. (2005) Posición de la SMNE sobre el manejo del Síndrome Metabólico (2ª parte). *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 1 (13), 9-23.

González, M.T. y Landero, R. (2006). Variables asociadas a la depresión: Un modelo de regresión logística. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 11 (1), 16-30.

González, R. (2006). Síndrome metabólico: Algunos aspectos biológicos y epidemiológicos. *Educación Permanente en Salud*, 30, 1-9.

Gray, A. (2009). The social capital of older people. *Ageing & Society*, 29, 5–31.

Guzmán J.M, Huenchuan S. y Montes de Oca V. (2002). Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores: Marco Conceptual. Santiago de Chile: CEPAL. Extraído el 20 febrero de 2008 de: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

Ham-Chande, R., Ybáñez, E. y Torres, A.L. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la ciudad de México.

Hernández, J.A. (2009). *Terapia Posmoderna y Muerte*. Tesina para obtener el título de Psicólogo, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. México. Manuscrito no publicado.

Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica Mexicana*, 2 (140), 27-32.

Hoskinns, I., Kalache, A. y Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17 (5/6), 444-451.

Huberman, A.M and Miles, M.B. (1994). Data management and analysis methods. In N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (Edited.). *Handbook on qualitative research* (pp. 428-444). Thousand Oaks, CA.

Illingworth, N. (2006). Content, context, reflexivity and the qualitative research encounter: Telling stories in the virtual realm. *Sociological Research Online*, 11 (1).

Jauregui, I. (2008). Vejez y depresión: una visión sociocultural. *Ekaina*, Junio, 133-142.

Kanen, R.L., Ouslander, J.G. y Abrass, I.B. (2001). *Geriatría Clínica* (4ª ed.). México, D.F: Mc Graw-Hill Interamericana.

Kurlowics, L. & Greenberg, S. A. (2007). La escala de depresión geriátrica. *Try this: Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores*, 4. Extraído el 23 Noviembre, 2008 de <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>.

Lara, Ma. A., Navarro, C. y Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, 5 (46), 378-387.

Lerman, I., Aguilar-Salinas, C.A., Gómez-Pérez, F.J., Reza, A., Hernández, S., Vázquez, C. y Rull J.A. (2004). El síndrome metabólico. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, sobre la definición, fisiopatología y diagnóstico. Características del síndrome metabólico en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 3 (12), 109-122.

Lucero, R. y Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 2 (70), 151-166.

Martínez, F. (1998). La evaluación integral del adulto mayor. En F. Martínez. (Ed.), *Academia 2. Tópicos en Gerontología*. (pp. 71-79). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Martínez-Maldonado, M.L., Correa-Muñoz, E., Mendoza-Núñez, V.M. (2007). Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 7, 276.

Matud, P., Caballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: Un análisis de género. *Salud Mental*, 2 (25), 32-37.

McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

Mendoza-Núñez, V. M. y Martínez-Maldonado, M. L. (2009). En R. A. L. González Celis, *Evaluación en Psicogerontología*. México: Manual Moderno (En prensa).

Mendoza-Núñez, V.M (2002). Calidad de vida para los adultos mayores en la comunidad. *Archivo Geriátrico*, 4 (5), 109-116.

Mendoza-Núñez, V.M. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez, en el contexto de pobreza. En V.N. Salgado de Snyder y R. Wong (Eds.). *Envejeciendo en la Pobreza: Género, salud y Calidad de Vida* (pp. 57-80). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Mendoza-Núñez, V.M. (2008). Enfermedades crónicas en la vejez. En V.M. Mendoza-Núñez, M.A. Sánchez-Rodríguez y E. Correa-Muñoz (Eds.). *Estrategias para el control*

de enfermedades crónico-degenerativas a nivel comunitario (pp. 9-22). México: Impresiones Torres, S.A. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Mishara, B.L. y Reidle, R.G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

Montes de Oca, E., Loría, J. y Chavarría, R.A. (2008). Prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo del síndrome metabólico en personal médico de un servicio de urgencias. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(3), 1260-1272.

Montes de Oca, V. (2001). Apoyos sociales, arreglos residenciales y bienestar de la población con 60 años y más en México.

Mora, M., Villalobos, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MHSalud*, 1 (1).

Moragas, R. (1998). *Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de vida*. Barcelona: Herder.

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). (2002). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP)

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 106, 3143-3421.

Opie, L.H. (2007). Metabolic syndrome. *Circulation*, 115, 232-235. Extraído el 16 octubre de 2008 de <http://www.circulationaha.org>.

Papalia, D.E., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001). *Desarrollo humano* (8ª ed.). Bogotá: Mc Graw Hill.

Pinquart, M. and Sorensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 2 (15), 187-224.

Polaino-Lorente, A. (2000). Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educación*, 1 (11), 105-136.

Purón, I. y Couso, C. (1999). Cualidades morales de salud en el adulto mayor. *MEDISAN*, 3 (4), 30-37.

Quibrera, R. (2004). Concepto e historia del síndrome metabólico. En A. González, F.J. La Valle y J. Ríos (Eds.), *Síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular. Intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia y resistencia a la insulina* (pp.1-10). México: Editores Intersistemas.

Rojas, E. (2001). *¿Quién eres? De la personalidad a la autoestima* (11ª ed.). España: Ediciones Temas de Hoy. Colección: Vivir Mejor.

Romero, C.E. (2006). El síndrome metabólico. *Revista Médica del Uruguay*, 2 (22), 108-121.

Rosas, M. (2005). Definición de síndrome metabólico: La torre de Babel. *Archivos de Cardiología de México*, 2 (75), 230-233.

Saad, P. (s.f). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales.

Saiz, J. e Ibáñez, A. (2002). Diagnóstico de equivalentes depresivos. *Revista Clínica Española*, 202 (2), 88-90.

Salvarezza, L., Agric, L., Gutmaun, D., Andrés, H., & et al. (2000). La vejez. Una mirada gerontológico actual. Buenos Aires: Paidós. Colección: Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia 181.

Sánchez, M. y González, A.J. (2004). Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *MAPFRE MEDICINA*, 3 (15), 177-185.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2 (IX), 9-21.

Serrano, M. (2005). El síndrome metabólico: ¿una versión moderna de la enfermedad ligada al estrés?. *Revista Española de Cardiología*, 7 (58), 768-771.

Staab, J.P., Evans, D.L. y Musselman, D.J. (2007). Depresión y diabetes. En D.L. Evans, D.S. Charney y L. Lewis (Eds.), *Guía para el médico. Depresión y trastornos bipolares*. España: McGraw-Hill.

Swim, S., Helms, S., Plotkin, Sh. y Bettye, (1998). Multiple voices: Stories of rebirth, heroines, new opportunities and identities. *Journal of Systemic Therapies*, 17 (4), 72-85.

Tapia-Mejía, M.S., Morales-Hernández, J.J., Cruz-Ortega, R.M. y De la Rosa-Morales, V. (2000). Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de Enfermería IMSS*, 8 (2), 87-90.

Trejo-Gutiérrez, J.F. (2004). Epidemiología del síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2: ¿El diluvio que viene?. *Archivos de Cardiología de México*, 2 (74), 267-270.

Vega-Franco L. (2001). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Una reseña histórica. *Salud Pública de México*, 44, 258-265.

Vera, J.A. y Sotelo, T.I. (2004). Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. *La psicología Social en México*, X, 95-102.

Villaseñor, S.G., Ontiveros, C. y Cardenas, K.V. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 2 (VIII), 86-90.

World Health Organization (2002). Active aging: a policy framework. Geneva: WHO. Extraído el 16 de octubre de 2008 de: <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>.

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, P. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería XII*, 2, 53-62.

Zimmet, P., Alberti, K.G. y Serrano, M. (2005). Una nueva definición del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Revista Española de Cardiología*, 12, 1371-1376.

ANEXO 1

FORMAS CLINICAS DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO

Ψ DEPRESIÓN MAYOR

También llamada depresión endógena, primaria o no reactiva, es la melancólica clásica. Siguiendo criterios diagnósticos puramente descriptivos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), un “síndrome depresivo mayor” se define por la presencia, durante al menos dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, siendo obligada la presencia de los dos primeros:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. Puede ser referido por el propio paciente en forma de tristeza, o sentimientos de vacío (lo que va a ser menos frecuente en el anciano) u objetivarse por la presencia, por ejemplo, de llanto.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días (referido por el propio paciente u observado por otros). Esta anhedonia, acompañada generalmente de apatía, no siempre resulta fácil de valorar en ancianos arrinconados o privados de estimulación en su entorno.
3. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen y/o aumento o pérdida de apetito, casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnía casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no mera sensación de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una percepción subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Para poder diagnosticar una depresión mayor siguiendo estos criterios, no deben incluirse los síntomas que sean claramente debidos a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo) o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento). Esta salvedad no siempre es fácil de establecer en el anciano, sobre todo con los síntomas físicos, como la pérdida de apetito o el insomnio, que pueden deberse tanto a enfermedades como a la depresión. Las ideas delirantes son más frecuentes en los pacientes mayores y deben ser congruentes con el estado de ánimo deprimido (delirios de ruina, de muerte, de enfermedad).

Si los síntomas son debidos a un duelo, no cumplirían criterios para depresión mayor. Tampoco debe haberse presentado nunca un episodio maníaco o hipomaníaco ni evidenciarse características que puedan explicarse mejor por un trastorno esquizoafectivo.

La clínica persiste durante más de **dos meses** o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. Podrá presentarse como un episodio único o ser recidivante, si se presentan dos o más episodios. Puede tener o no patrón estacional o tender a la cronicidad sin períodos asintomáticos. La intensidad abarcará desde episodios leves a los más graves con síntomas psicóticos.

Ψ DISTIMIA

El trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves pero crónicos, mantenidos incluso durante años. Es otro tipo de depresión de las consideradas endógenas y los criterios DSM-IV para su diagnóstico incluyen:

1. Estado de ánimo crónicamente deprimido, la mayor parte de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.
2. Debe presentar dos o más de los siguientes síntomas:
 - a) Pérdida o aumento de apetito.
 - b) Insomnio o hipersomnia.
 - c) Astenia.
 - d) Baja autoestima.
 - e) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - f) Sentimientos de desesperanza.
3. Durante ese período de dos años, el individuo no ha de estar sin síntomas durante más de dos meses seguidos.

Además debe cumplirse que no haya existido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración y que nunca haya habido un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Las alteraciones no deben aparecer, exclusivamente, en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o un trastorno delirante. Ha de descartarse que los síntomas sean debidos a enfermedad médica o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento). Para cumplir todos los criterios, los síntomas han de causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En ocasiones es difícil distinguir un trastorno distímico de las formas de depresión mayor que evolucionan a la cronicidad y, con frecuencia, las personas mayores cumplen simultáneamente criterios de trastorno distímico y de episodio depresivo. Tampoco es infrecuente que pacientes que empiezan sufriendo un trastorno distímico acaben posteriormente desarrollando un episodio depresivo mayor. En muchas ocasiones, la diferencia entre distimia y depresión mayor en ancianos, que además presentan lesiones vasculares cerebrales, puede ser una verdadera entelequia. Según el DSM-IV, los síntomas más característicos del trastorno distímico son los somáticos (afectación del apetito, sueño y nivel de energía) además de los cognoscitivos e interpersonales. Para una mejor aproximación ha incluido un criterio B alternativo, donde se amplían los posibles síntomas de presentación que, por otra parte, no son tan infrecuentes en el anciano:

Presencia durante el estado depresivo de tres o más de los siguientes síntomas:

1. Baja autoestima o autoconfianza o sensación de inadecuación.
2. Pesimismo, desesperanza.
3. Pérdida generalizada del interés o del placer.
4. Aislamiento social.
5. Fatiga o cansancio crónicos.
6. Sentimientos de culpa, rumiación por el pasado.
7. Sensación subjetiva de irritabilidad o ira excesiva.

Ψ DEPRESIÓN BIPOLAR

Este tipo de depresión se incluye en los trastornos bipolares, que son aquellos en los que la alteración del estado de ánimo se ve afectada en sus dos polaridades, alternando períodos depresivos y maníacos en una misma persona, a diferencia de las depresiones anteriores o “unipolares” con afectación única del polo depresivo. Por lo demás, las características de la depresión son las descritas previamente.

La manía es el estado opuesto a la depresión y en ella existe un ánimo expansivo, con euforia, hiperactividad, aceleración del pensamiento, verborrea, irritabilidad y conductas impulsivas. En los cuadros más graves pueden existir, además de alteraciones del curso, alteraciones del contenido del pensamiento con ideación megalomaniaca, en ocasiones delirante.

Algunas causas de manía secundaria en el anciano son:

- Patología vasculocerebral
- Enfermedad de Parkinson
- Tumores y metástasis cerebrales
- Epilepsia del lóbulo temporal
- Traumatismos craneales
- Trastornos endocrinos (hipertiroidismo)
- Déficit de vitamina B12 y ácido fólico
- Insuficiencia renal
- Anemia.

Fármacos relacionados con síntomas maniformes en ancianos:

- Corticoides
- Antiarrítmicos
- Antidepresivos
- Broncodilatadores.
- Algunos neurolepticos (risperidona)
- Fármacos dopaminérgicos.
- Benzodiacepinas (alprazolam)
- Hormonas tiroideas.

Los rasgos maniformes en el anciano adquieren ciertas peculiaridades y en ellos parecen ser más característicos la presencia de rasgos paranoides, de actitudes querulantes y la agresividad, fundamentalmente en situaciones de confrontación. El ánimo suele ser disfórico, irritable, más que festivo o exaltado. En ocasiones, el tiempo de latencia entre el primer episodio maníaco y el primer episodio depresivo puede ser muy largo. La presentación como formas mixtas, coexistiendo síntomas de depresión y de manía, también es frecuente en el anciano, lo que dificulta el diagnóstico. En ancianos con trastornos bipolares son más frecuentes los síntomas psicóticos y la alta incidencia de factores de riesgo vascular. Algunas formas de presentación tardía de trastorno bipolar se acompañan de déficits cognitivos y pruebas de neuroimagen patológicas, con lesiones estructurales de sustancia blanca. En estos casos la incidencia familiar del trastorno bipolar es menor.

Ψ TRASTORNO ADAPTATIVO

Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno adaptativo son los siguientes:

1. Síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estrés identificable que aparecen dentro de los 3 meses siguientes a este estrés.
2. Síntomas que producen malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante y deterioro de la actividad laboral o social.
3. La alteración no es un trastorno específico ni es una exacerbación de un trastorno preexistente.
4. Los síntomas no responden a un duelo.
5. Una vez desaparecido el estrés o sus consecuencias, los síntomas no persisten **más de 6 meses**.

En el anciano son frecuentes desencadenantes la enfermedad física, sobre todo si se acompaña de pérdida funcional y dependencia, los ingresos hospitalarios, la institucionalización, además de las pérdidas que actúan como factor estresante identificable que desestabiliza y rompe el equilibrio psíquico del anciano, apareciendo ansiedad (más frecuente) o clínica depresiva. Se considera que la reacción emocional debe ser desproporcionada a lo esperado y al desencadenante identificable en los tres meses previos. La recuperación puede ocurrir en 6 meses o evolucionar hacia la cronicidad, situación que estaría favorecida en muchos ancianos. Debe diferenciarse el trastorno adaptativo del duelo normal, que es la reacción emocional frente a una pérdida. Las manifestaciones pueden incluir sentimientos de culpa, ansiedad con síntomas corporales como falta de aire, opresión en el pecho, falta de apetito, mayor irritabilidad, etc. Clásicamente, el duelo se divide en distintas fases o etapas, que incluyen básicamente: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Si el duelo se elabora satisfactoriamente, debe evolucionar hacia la resolución en un plazo menor de seis meses. Estas características no son siempre de obligado cumplimiento en el anciano, el cual puede presentar, en determinadas circunstancias, tendencia al duelo patológico. En este sentido, las reacciones de duelo en el anciano tienden a ser más sostenidas en el tiempo. En muchas ocasiones aparecen duelos retrasados o ausentes de pena, con negaciones prolongadas de la pérdida. El duelo patológico puede acompañarse de síntomas delirantes o hipocondríacos con enfermedad psicósomática franca, de hostilidad manifiesta e incluso de depresiones graves con cuadros de agitación, que requieren intervención farmacológica obligada.

Tomado de Gayoso, 2004.

ANEXO 2

Entrevista

*Presentación

*Autorización

1. ¿Cual es su nombre?

2. Cuénteme su vida

(Como usted sabe, el ser humano pasa por etapas muy importantes en su vida como lo son: la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez, dígame...)

3. ¿Qué es el envejecimiento para usted? o ¿Qué significa para usted el ser viejo?

4. Cuénteme, ¿Cómo se encuentra de salud?

5. ¿Qué sabe acerca del sobrepeso y/o hipertensión arterial? [preguntar independientemente de que reconozca ó no la alteración]

6. ¿Tiene usted sobrepeso o hipertensión arterial?

7. ¿Cómo fue que se enteró que tenía sobrepeso o hipertensión arterial? [preguntar en el caso que reconozca que tiene la enfermedad.]

8. ¿Qué diferencia encuentra usted entre tener sobrepeso y no tenerlo? [Preguntar a todas las personas reconozcan ó no la alteración]

9. ¿Qué diferencia encuentra usted entre hipertensión arterial y no tenerla? [Preguntar a todas las personas reconozcan ó no la alteración]

10. ¿Qué ha hecho para controlarse? [preguntar en el caso que reconozca que tiene la enfermedad].

11. ¿Ha cambiado su estilo de vida a partir de que se enteró que tenía sobrepeso o hipertensión arterial? [preguntar en el caso que reconozca la enfermedad]. Cualquiera que sea su respuesta preguntar ¿Por qué? ¿Cómo?

12. ¿Por qué sabiendo lo que implica el tener hipertensión o sobrepeso no hacer algo para controlarse y mantenerse en la medida posible saludable? [preguntar en el caso de que reconozca la enfermedad y señale las implicaciones de la hipertensión y el sobrepeso]

13. ¿Recibe apoyo moral y/o económico de familiares y/o amigos? ¿De quien?

14. ¿El apoyo se relaciona con su problema de salud? [en caso de reconocer problemas de salud]

15. ¿Cómo le ayuda esto? ¿Le hace sentir mejor? ¿Por qué?

16. ¿Qué significa para usted calidad de vida?

17. ¿Cómo es su calidad de vida?

18. ¿Cómo se visualiza usted mismo (a) actualmente?

19. ¿Y en el futuro?

20. ¿Ha oído hablar de SM?

21. ¿Qué es lo que sabe de él? (Solo si la respuesta fue si)

*Agradecimiento



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL
PARA ADULTOS MAYORES

Clave: _____

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo/a _____

Marque con una cruz (X) la respuesta en el espacio que corresponda.

	SI	NO
¿Tiene esposo(a)?		
¿Tiene hijos(as)?		
¿Tiene "parientes": sobrinos(as), hermanos(as), primos(as), etc.?		
¿Tiene amigos(as)?		
¿Pertenece a algún grupo de apoyo comunitario?*		
¿Cuenta usted con seguridad social o apoyo institucional?**		

* ¿Cuál(es)? _____

** ¿Cuál(es)? _____

I. RED INFORMAL FAMILIAR (Marque con una X el número correspondiente)

Cónyuge	No lo(a) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ¹ (1)	Apoyo Material ² (1)	Apoyo Informativo ³ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona su cónyuge?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3

Hijos(as) ¿Cuántos hijos tiene? () Anote el número

	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos(as)?				
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos(as)?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus hijos(as)?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3

¹ **Apoyo emocional:** Afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha.

¹ **Apoyo instrumental:** Cuidado, transporte, labores del hogar.

² **Apoyo material:** Dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios.

³ **Apoyo informativo:** Orientación, Información, Intercambio de experiencias.

Familiares próximos ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla con sus familiares o parientes?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus familiares o parientes?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3

II. RED INFORMAL EXTRAFAMILIAR

Amigos (as) ¿Cuántos tiene? () Anote el número

1. ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos(as)?	No los(as) veo y/o hablo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporcionan sus amigos(as)?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3

Apoyo comunitario

1. ¿Con qué frecuencia acude usted al grupo comunitario?	No acudo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo le proporciona este(os) grupo(s)?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que le proporciona el grupo con el que acude?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3

III. RED FORMAL INSTITUCIONAL

Marque con una cruz (X)

1. ¿Con qué frecuencia recibe este apoyo?	No recibo apoyo. (0)	Menos de una vez al mes. (1)	1 o dos veces al mes. (2)	1 vez a la semana o más. (3)
2. ¿Qué tipo de apoyo(s) le proporciona la institución?	Apoyo Emocional ¹ (1)	Apoyo Instrumental ² (1)	Apoyo Material ³ (1)	Apoyo Informativo ⁴ (1)
3. ¿En qué grado está satisfecho(a) con el(los) tipo(s) de apoyo que recibe?	Nada 0	Nada 0	Nada 0	Nada 0
	Poco 1	Poco 1	Poco 1	Poco 1
	Regular 2	Regular 2	Regular 2	Regular 2
	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3	Mucho 3

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
ESCALA DE REDES DE APOYO SOCIAL PARA ADULTOS MAYORES
FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Nombre: _____

FAMILIAR			EXTRAFAMILIAR			INSTITUCIONAL			TOTAL		
<i>Contacto social</i>		<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Contacto social</i>		<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Contacto social</i>		<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Contacto social</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución					
Hijos			Apoyo comunitario								
Familiares											
Suma			Suma							<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Apoyos recibidos</i>		<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Apoyos recibidos</i>		<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Apoyos recibidos</i>		<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Apoyos recibidos</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución					
Hijos			Apoyo comunitario								
Familiares											
Suma			Suma							<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>		<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>		<i>Puntaje Crudo</i>	<i>Satisfacción de apoyos recibidos</i>		<i>Puntaje Crudo</i>		<i>Puntaje Satisfacción de apoyos recibidos</i>	
Cónyuge			Amigo(s)			Institución					
Hijos			Apoyo comunitario								
Familiares											
Suma			Suma							<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
<i>Total apoyo Familiar</i>		<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	<i>Total apoyo extrafamiliar</i>		<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	<i>Total apoyo social institucional</i>		<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>
Puntaje Global									<i>Crudo</i>	<i>Ponderado</i>	

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros que están incluidos en el apartado de Redes de Apoyo Social.

TABLAS PARA PONDERAR RESULTADOS

Apoyo social familiar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	2	16	28	31	54	46	81
2	4	17	30	32	56	47	83
3	5	18	32	33	58	48	84
4	7	19	33	34	60	49	86
5	9	20	35	35	61	50	88
6	11	21	37	36	63	51	89
7	12	22	39	37	65	52	91
8	14	23	40	38	66	53	93
9	16	24	42	39	68	54	95
10	18	25	44	40	70	55	96
11	19	26	46	41	72	56	98
12	21	27	47	42	74	57	100
13	23	28	49	43	75		
14	25	29	51	44	77		
15	26	30	53	45	79		

Apoyo social extrafamiliar (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	3	11	29	21	55	31	82
2	5	12	32	22	58	32	84
3	8	13	34	23	61	33	87
4	11	14	37	24	63	34	89
5	13	15	39	25	66	35	92
6	16	16	42	26	68	36	95
7	18	17	45	27	71	37	97
8	21	18	47	28	73	38	100
9	24	19	50	29	76		
10	26	20	53	30	79		

Apoyo social institucional (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)	Puntaje Crudo	Calificación Ponderada (%)
1	5	6	32	11	58	16	84
2	11	7	37	12	63	17	89
3	16	8	42	13	68	18	95
4	21	9	47	14	74	19	100
5	26	10	53	15	79		

Magnitud de contactos sociales y comunitarios (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	6	7	39	13	72
2	11	8	44	14	78
3	17	9	50	15	83
4	22	10	56	16	89
5	28	11	61	17	94
6	33	12	67	18	100

Magnitud de apoyos sociales recibidos (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	4	7	29	13	54	19	79
2	8	8	33	14	58	20	83
3	13	9	38	15	63	21	88
4	17	10	42	16	67	22	92
5	21	11	46	17	71	23	96
6	25	12	50	18	75	24	100

Grado de satisfacción (Puntaje crudo y ponderado).

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	16	22	31	43	46	64	61	85
2	3	17	24	32	44	47	65	62	86
3	4	18	25	33	46	48	67	63	88
4	6	19	26	34	47	49	68	64	89
5	7	20	28	35	49	50	69	65	90
6	8	21	29	36	50	51	71	66	92
7	10	22	31	37	51	52	72	67	93
8	11	23	32	38	53	53	74	68	94
9	13	24	33	39	54	54	75	69	96
10	14	25	35	40	56	55	76	70	97
11	15	26	36	41	57	56	78	71	99
12	17	27	38	42	58	57	79	72	100
13	18	28	39	43	60	58	81		
14	19	29	40	44	61	59	82		
15	21	30	42	45	63	60	83		

Apoyo social global (Puntaje crudo y ponderado).

PC	PP (%)	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP %	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)	PC	PP (%)
1	1	16	14	31	27	46	40	61	54	76	67	91	80	106	93
2	2	17	15	32	28	47	41	62	54	77	68	92	81	107	94
3	3	18	16	33	29	48	42	63	55	78	68	93	82	108	95
4	4	19	17	34	30	49	43	64	56	79	69	94	82	109	96
5	4	20	18	35	31	50	44	65	57	80	70	95	83	110	96
6	5	21	18	36	32	51	45	66	58	81	71	96	84	111	97
7	6	22	19	37	32	52	46	67	59	82	72	97	85	112	98
8	7	23	20	38	33	53	46	68	60	83	73	98	86	113	99
9	8	24	21	39	34	54	47	69	61	84	74	99	87	114	100
10	9	25	22	40	35	55	48	70	61	85	75	100	88		
11	10	26	23	41	36	56	49	71	62	86	75	101	89		
12	11	27	24	42	37	57	50	72	63	87	76	102	89		
13	11	28	25	43	38	58	51	73	64	88	77	103	90		
14	12	29	25	44	39	59	52	74	65	89	78	104	91		
15	13	30	26	45	39	60	53	75	66	90	79	105	92		

PC= puntaje crudo
PP= puntaje ponderado

Escala de evaluación:

Pregunta 1. Frecuencia de contacto social y comunitario. El puntaje máximo de 3 corresponde al 100%; 2= 66%; 1= 33% y 0 = 0%.

Pregunta 2. Tipo de apoyos que recibe. Sí recibe los 4 tipos de apoyo se califica como 100%; 3 =75%; 2 = 50%; 1= 25% y 0=0%.

Pregunta 3. Satisfacción del apoyo recibido. El puntaje máximo de 12 corresponde al 100%; 11=92%; 10=83%; 9=75%; 8= 67%; 7=58%; 6=50% 5=42%; 4=33%; 3=25%; 2=17%, 1= 8% y 0=0%.

Apoyo social familiar: El puntaje crudo máximo es de 57, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado. Ejemplo: si una persona tiene un puntaje crudo de 21, correspondería al 37% de apoyo (cuadro I).

Apoyo social extrafamiliar: El puntaje crudo máximo es de 38, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro II).

Apoyo social institucional: El puntaje máximo es de 19, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro III).

Magnitud de contactos sociales y comunitarios: El puntaje crudo máximo es de 18, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro IV).

Magnitud de apoyos sociales recibidos: El puntaje crudo máximo es de 24, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro V).

Grado de satisfacción: El puntaje crudo máximo es de 72, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones. Cada puntaje crudo tiene su correspondiente ponderado (cuadro VI).

Apoyo social global: El puntaje máximo es de 114, debe escalarse a 100 con el fin de ponderar y llevar a cabo comparaciones (cuadro VII). Cuadro I. Apoyo social familiar (Puntaje crudo y ponderado).

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

Clave: _____

5.2 INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH*
(Versión para adultos)

Nombre: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de evaluación: _____

Instrucciones: A continuación se muestran unas frases, las cuales describen los sentimientos de las personas. Elija si son características tuyas marcando con una "X" en Si o NO, dependiendo de su sentir en este momento. No existen respuestas buenas ni malas.

1. Generalmente los problemas me afectan poco	Si	No
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	Si	No
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi	Si	No
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	Si	No
5. Soy una persona simpática.	Si	No
6. En mi casa me enojo fácilmente.	Si	No
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	Si	No
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	Si	No
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	Si	No
10. Me doy por vencido muy fácilmente.	Si	No
11. Mi familia espera demasiado de mi	Si	No
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	Si	No
13. Mi vida es muy complicada.	Si	No
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	Si	No
15. Tengo mala opinión de mi mismo.	Si	No
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	Si	No
17. Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.	Si	No
18. Soy menos bonita que la mayoría de las personas.	Si	No
19. Si tengo que decir algo, generalmente lo digo.	Si	No
20. Mi familia me comprende.	Si	No
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	Si	No
22. Siento que mi familia me presiona.	Si	No
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	Si	No
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	Si	No
25. Se puede confiar muy poco en mí.	Si	No

Puntuación total _____

Fuente: Coopermith S. San Francisco, California: WH FREEAB AND COMPANY; 1967.

Evaluador(a): _____

Supervisor(a): _____

Diagnóstico probable:
0-25 Baja autoestima _____ 26-49 Autoestima media _____ 50 y más Alta autoestima _____

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

Clave:

5.2 INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH*
(Versión para adultos)

CLAVE PARA CALIFICACIÓN

1. Generalmente los problemas me afectan poco	4	0
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	0	4
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mi	0	4
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	4	0
5. Soy una persona simpática.	4	0
6. En mi casa me enoja fácilmente.	0	4
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	0	4
8. Soy popular entre las personas de mi edad.	4	0
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.	4	0
10. Me doy por vencido muy fácilmente.	0	4
11. Mi familia espera demasiado de mi	0	4
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy	0	4
13. Mi vida es muy complicada.	0	4
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.	4	0
15. Tengo mala opinión de mi mismo.	0	4
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	0	4
17. Con frecuencia me siento a disgusto con mi trabajo.	0	4
18. Soy menos bonita que la mayoría de las personas.	0	4
19. Si tengo que decir algo, generalmente lo digo.	4	0
20. Mi familia me comprende.	4	0
21. Los demás son mejor aceptados que yo.	0	4
22. Siento que mi familia me presiona.	0	4
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.	0	4
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.	0	4
25. Se puede confiar muy poco en mí.	0	4



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
DE YESAVAGE*

Clave:

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?		
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?		
11	¿Está a menudo intranquilo(a) e inquieto(a)?		
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?		
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?		
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?		
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?		
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?		
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21	¿Se siente lleno(a) de energía?		
22	¿Siente que su situación es desesperada?		
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?		
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?		

Fuente: Brink TL, et al. *Clin Gerontol* 1962; 1: 37-43.

*Traducción de la Unidad de Investigación en Gerontología

PUNTAJE TOTAL _____

Marque con una X diagnóstico probable.

0-10 puntos = Normal

11 puntos ó más = Probable depresión

Evaluador(a): _____ Supervisor(a): _____

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

Clave:

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
 DE YESAVAGE***

CLAVE PARA CALIFICACIÓN

No.	Síntomas	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6	¿Se siente molesto(a) por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?	1	0
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
8	¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a ocurrir?	1	0
9	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10	¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
11	¿Está a menudo, intranquilo(a) e inquieto(a)?	1	0
12	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13	¿Frecuentemente está preocupado(a) por el futuro?	1	0
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
16	¿Se siente a menudo desanimado(a) y melancólico(a)?	1	0
17	¿Se siente bastante útil en el medio en el que está?	0	1
18	¿Está muy preocupado(a) por el pasado?	1	0
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	0	1
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	1	0
21	¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
22	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
24	¿Frecuentemente está preocupado(a) por pequeñas cosas?	1	0
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	1	0
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27	¿Su estado de ánimo es mejor al levantarse por las mañanas?	0	1
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba estar?	0	1



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA
INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL⁴

Clave: _____

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Fecha de nacimiento** _____

Sexo: _____ **Fecha de aplicación:** _____

Nivel más alto de estudios (marque con una x)	Ninguno en absoluto	Primaria	Secundaria	Media Superior	Superior
No. de años de escolaridad (anote el número)					

Estado civil (marque con una x)	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Con pareja	Viudo
------------------------------------	---------	----------	--------	------------	------------	-------

Instrucciones: En este cuestionario se le pregunta cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, considerando los aspectos de salud física, psicológicos, relaciones sociales y medio ambiente en las **últimas dos semanas**. Si usted no entiende alguna pregunta, aclárela antes de responder, sólo podrá emitir una respuesta para cada una. Marque con una X la opción seleccionada.

Ahora puede comenzar:

1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	Muy pobre 1	Pobre 2	Ni Pobre Ni Buena 3	Buena 4	Muy buena 5
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

⁴ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2001). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	Bastante 2	Completamente 1
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 2	Completamente 1
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 2	Completamente 1
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 2	Completamente 1
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 2	Completamente 1

14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 2	Completamente 1
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	Nada en lo absoluto 5	Un poco 4	Moderadamente 3	La mayor parte del tiempo 2	Completamente 1
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5

25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	Muy insatisfecho 1	Insatisfecho 2	Ni satisfecho ni insatisfecho 3	Satisfecho 4	Muy satisfecho 5
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	Nunca 5	Rara vez 4	Con frecuencia 3	Muy seguido 2	Siempre 1

Comentario acerca de la evaluación: _____

Evaluador (a): _____

Supervisor(a): _____



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES * Z A R A G O Z A *
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN GERONTOLOGÍA

5.1 INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL

FORMATO PARA CALIFICACIÓN

Nombre: _____

REACTIVOS								Puntaje Crudo	Calidad de vida (alta, promedio, baja)	Puntaje Ponderado
SALUD FÍSICA (SF)	3*	4*	10	15	16	17	18			
Anote el puntaje para cada reactivo										
ASPECTOS PSICOLÓGICOS (AP)	5	6	7	11	19	26*				
Anote el puntaje para cada reactivo										
RELACIONES SOCIALES (RS)	20	21	22							
Anote el puntaje para cada reactivo										
MEDIOAMBIENTE (M)	8	9	12	13	14	23	24	25		
Anote el puntaje para cada reactivo										
Puntaje Global (Sume el puntaje obtenido en SF, AP, RS y M, además del puntaje de los reactivos 1 y 2)										

Para obtener los puntajes ponderados ver los cuadros que están incluidos en el apartado de Calidad de Vida.

Clasificación de la calidad de vida considerando el puntaje crudo de las áreas*

Áreas	Preguntas	Calidad de Vida (Puntaje)		
		Mala	Promedio	Alta
Salud física	7	7-16	17-26	27-35
Aspectos Psicológicos	6	6-14	15-22	23-30
Relaciones Sociales	3	3-7	8-11	12-15
Medio ambiente	8	8-18	19-29	30-40
Global	26	26-60	61-95	96-130

* Fuente: Phungrassami T, et al. J Med Assoc Thai 2004; 87(12) :1459-1465.

Puntaje crudo y ponderado del dominio de salud física.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	8	23	15	43	22	63	29	83
2	6	9	26	16	46	23	66	30	86
3	9	10	29	17	49	24	69	31	89
4	11	11	31	18	51	25	71	32	91
5	14	12	34	19	54	26	74	33	94
6	17	13	37	20	57	27	77	34	97
7	20	14	40	21	60	28	80	35	100

Puntaje crudo y ponderado del dominio de aspectos psicológicos.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	7	23	13	43	19	65	25	83
2	7	8	27	14	47	20	67	26	87
3	10	9	30	15	50	21	70	27	90
4	13	10	33	16	53	22	73	28	93
5	16	11	37	17	57	23	77	29	97
6	20	12	40	18	60	24	80	30	100

Puntaje crudo y ponderado del dominio de relaciones sociales.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	7	6	40	11	73
2	13	7	47	12	80
3	20	8	53	13	87
4	27	9	60	14	93
5	33	10	67	15	100

Puntaje crudo y ponderado del dominio de medio ambiente.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	3	9	23	17	43	25	63	33	83
2	5	10	25	18	45	26	65	34	85
3	7	11	27	19	47	27	67	35	87
4	10	12	30	20	50	28	70	36	90
5	13	13	33	21	53	29	73	37	93
6	15	14	35	22	55	30	75	38	95
7	17	15	37	23	57	31	77	39	97
8	20	16	40	24	60	32	80	40	100

Puntaje crudo y ponderado de la calidad de vida global.

Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)	Puntaje Crudo	Puntaje Ponderado (%)
1	1	36	28	71	55	106	82
2	2	37	28	72	55	107	82
3	2	38	29	73	56	108	83
4	3	39	30	74	57	109	84
5	4	40	31	75	58	110	85
6	5	41	32	76	58	111	85
7	5	42	32	77	59	112	86
8	6	43	33	78	60	113	87
9	7	44	34	79	61	114	88
10	8	45	35	80	62	115	88
11	8	46	35	81	62	116	89
12	9	47	36	82	63	117	90
13	10	48	37	83	64	118	91
14	11	49	38	84	65	119	92
15	12	50	38	85	65	120	92

16	12	51	39	86	66	121	93
17	13	52	40	87	67	122	94
18	14	53	41	88	68	123	95
19	15	54	42	89	68	124	95
20	15	55	42	90	69	125	96
21	16	56	43	91	70	126	97
22	17	57	44	92	71	127	98
23	18	58	45	93	72	128	98
24	18	59	45	94	72	129	99
25	19	60	46	95	73	130	100
26	20	61	47	96	74		
27	21	62	48	97	75		
28	22	63	48	98	75		
29	22	64	49	99	76		
30	23	65	50	100	77		
31	24	66	51	101	78		
32	25	67	52	102	78		
33	25	68	52	103	79		
34	26	69	53	104	80		
35	27	70	54	105	81		