

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**CAMPO DE CONOCIMIENTO: CIENCIAS DE LA SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO: SALUD MENTAL PÚBLICA**

**PREVALENCIA DE MALESTAR PSICOLÓGICO, ESTRATEGIAS DE
AUTOATENCIÓN Y USO DE SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN A CENTROS DE SALUD DE LA CIUDAD DE XALAPA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

PRESENTA

MEZTLY DEHONOR CASAS

TUTOR PRINCIPAL

DRA. SHOSHANA BERENZON GORN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

COMITÉ TUTOR

DRA. MARIANA LÓPEZ ORTEGA

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

DR. RICARDO OROZCO ZAVALA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

COMITÉ TUTOR

DRA. MARIANA LÓPEZ ORTEGA

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

DR. RICARDO OROZCO ZAVALA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

JURADO DE EXAMEN

DR. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

DRA. MARÍA ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

DRA. MARÍA MONTERO Y LÓPEZ LENA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Resumen

El envejecimiento de la población representa uno de los desafíos más importantes de este siglo. En México, como consecuencia de la transición demográfica y epidemiológica, es observable el incremento de personas con enfermedades crónicas causantes de discapacidad. De entre todas los padecimientos reportados como frecuentes los concernientes a la salud mental prevalecen de forma significativa en la población adulta mayor, de entre ellos sobresale la depresión y los trastornos de ansiedad.

Al respecto se ha señalado que los cambios presentes a nivel biológico, psicológico y social en esta etapa de la vida favorecen la aparición de síntomas asociados al malestar psicológico, este último deriva en un amplio abanico de emociones y sensaciones inespecíficas que pueden explicarse como síntomas de depresión y/o ansiedad, consecuencia en algunos casos de la presencia de uno o más enfermedades.

En nuestro país, se ha reportado que los problemas de salud mental afectan al menos en un 20% a la población adulta mayor, representando un 6.6% de años vividos con discapacidad. Al respecto, se señala la insuficiente información sobre los alcances de esta problemática en nuestro país y principalmente en algunos estados donde el número de adultos mayores es predominante, como el estado de Veracruz.

Dentro de este marco, cabe señalar que el uso de los servicios de atención primaria son utilizados frecuentemente por personas de edades avanzadas, sobre todo para tratar y atender enfermedades físicas, debido a que los problemas relacionados al malestar psicológico suelen asociarse a características propias de la vejez. Lo anterior representa una problemática significativa para los estudios en salud pública y para las políticas públicas en salud mental, ya que la falta de reconocimiento del malestar psicológico debido al estigma y discriminación del que son objeto, además de la falta de búsqueda de atención y la dificultad de detección y tratamiento acrecientan los costos personales y de atención en salud.

Por lo anterior, la presente investigación buscó dar a conocer la prevalencia de malestar psicológico en personas de 60 años y más que asisten a consulta a

centros de salud e indagar sobre los servicios y/o estrategias de autoatención utilizadas para tratar su salud mental. Conocer lo anterior permite visibilizar los factores que dificultan 1. el reconocimiento de problemas de salud mental y 2. el acercamiento a los servicios de salud.

Objetivo

Conocer y describir las estrategias de autoatención y los servicios formales e informales utilizados por un grupo de adultos mayores de la Ciudad de Xalapa para tratar su salud mental, así como analizar la prevalencia de malestar psicológico en esta población, y conocer las necesidades de atención y los factores que dificultan el acercamiento a los servicios de salud. Conocer la prevalencia de malestar psicológico, las estrategias de autoatención, los servicios de salud formales e informales utilizados por un grupo de adultos mayores que asiste a centros de salud de la ciudad de Xalapa.

Método

Se trata de un estudio transversal y descriptivo, que mediante un muestreo no probabilístico obtuvo información de 109 personas adultas mayores. El instrumento aplicado contiene la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10) y el Cuestionario de Uso de Servicios, ambos instrumentos validados para población mexicana. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del INPRFM.

Resultados

El 31.2% de los participantes presentaron malestar psicológico. El 82.6% utilizó cualquier estrategia de atención, siendo la más empleada la actividad física y el recurrir a la familia y amigos (43.1%), seguido de los remedios caseros como té o infusiones (28.4%). Con relación al uso de servicios informales, los adultos mayores recurren principalmente a los grupos de ayuda mutua (26.6%) y apoyo religioso (5.5%). El 20.2% acudieron con un profesional de la salud; 16.5%

consultaron al médico general y 5.5% fueron atendidos por un especialista en salud mental.

Conclusiones

Una tercera parte de la población estudiada presenta malestar psicológico, porcentaje superior a lo observado en la media nacional. Ante esta situación hay un uso relativamente bajo de los servicios formales de salud, pero con frecuencia se recurre a otras estrategias de autoatención. En un escenario donde existe un incremento del número de adultos mayores con malestar psicológico, identificar los recursos utilizados permitió generar evidencia sobre las necesidades de atención en este grupo de edad, permitiendo conocer los factores que dificultan o facilitan el acercamiento a los servicios especializados, así como el reconocimiento de otras alternativas que sirvan para generar una mayor búsqueda de atención a la salud mental.

Índice

Índice de tablas	iii
Índice de figuras	iv
Introducción	iv
Capítulo 1. Antecedentes	
Envejecimiento	
1.1 Vejez y envejecimiento	1
1.2 Transición demográfica y epidemiológica	3
1.2.1 Panorama global del envejecimiento	4
1.2.2 El envejecimiento en México.....	6
1.2.3 Los adultos mayores de Veracruz.....	9
1.2.3.1 Dinámica y proyecciones demográficas.....	10
1.2.3.2 Características familiares y sociales	11
1.2.3.3 Condiciones económicas y de seguridad social	11
1.2.3.4 Condiciones de salud.....	12
Condiciones de salud de las personas adultas mayores	
1.3 Carga de la enfermedad	15
1.4 La salud mental de los adultos mayores.....	17
1.5 Malestar psicológico en los adultos mayores.....	24
1.5.1 Prevalencia de malestar psicológico.....	27
Uso de servicios de salud	
1.6 Diversos saberes y sistemas de atención a la salud	31
1.6.1 Estrategias de autoatención.....	33
1.6.2 Servicios para la atención a la salud.....	37
1.6.2.1 Uso de servicios formales	38
1.6.2.2 Uso de servicios informales	42
Justificación	44
Planteamiento del problema	45

Pregunta de investigación	46
Objetivos	46
Hipótesis	46
Modelo conceptual	48

Capítulo 2. Metodología

2.1 Tipo de estudio.....	49
2.2 Población y muestra.....	49
2.3 Criterios de selección	50
2.4 Definición de variables	50
2.4.1 Sociodemográficas.....	50
2.4.2 Malestar psicológico.....	51
2.4.3 Estrategias de autoatención y uso de servicios	52
2.5 Instrumento	52
2.5.1 Escala Mini-Cog	52
2.5.2 Datos sociodemográficos	53
2.5.3 Escala de Malestar Psicológico (K10).....	53
2.5.4 Cuestionario de uso de servicios	54
2.6 Procedimiento	54
2.7 Análisis	54
2.8 Consideraciones éticas	55

Capítulo 3. Resultados

3.1 Análisis descriptivo.....	56
3.1.1 Características sociodemográficas de la muestra	56
3.1.2 Prevalencia de malestar psicológico	58
3.1.3 Uso de cualquier estrategia de autoatención y servicio.....	59
3.1.3.1 Descripción.....	62
3.1.4 Uso de estrategias de autoatención y servicios ante la presencia de malestar psicológico.....	64

Capítulo 4 Conclusiones

4.1 Discusión.....	68
4.2 Conclusiones.....	73
4.3 Alcances y limitaciones	73

Referencias.....	75
-------------------------	-----------

Anexo I: Carta aprobación Comité de Ética en Investigación (Céi). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Anexo II: Carta de registro de proyectos de investigación (2018). Subdirección de enseñanza, investigación y capacitación. Secretaria de Salud de Veracruz

Anexo III: Cuestionario Malestar psicológico: estrategias de autoatención y uso de servicios en adultos mayores.

Índice de tablas

Tabla 1. Lista de centros de salud.

Tabla 2. Características de la población participante.

Tabla 3. Número y porcentaje de personas con malestar psicológico.

Tabla 4. Prevalencia de malestar psicológico en los últimos 30 días, total y por variables sociodemográficas.

Tabla 5. Uso de estrategias de autoatención en los últimos 30 días.

Tabla 6. Uso de servicios formales e informales en los últimos 30 días.

Tabla 7. Malestar psicológico en los últimos 30 días por sexo.

Tabla 8. Prevalencia de uso de estrategias de atención y servicios formales e informales en los últimos 30 días, de acuerdo a la presencia de malestar psicológico.

Índice de figuras

Figura 1. Sistemas de atención a la salud.

Figura 2. Modelo conceptual.

Figura 3. Fórmula utilizada para el cálculo de muestra.

Figura 4. Población captada para el estudio.

Introducción

El presente documento se estructura en cinco capítulos que expresan el propósito de la investigación ordenándose de la siguiente manera: Capítulo 1. Antecedentes, en su primer apartado *Envejecimiento*, explica dicho término mediante un primer acercamiento conceptual desde las dimensiones individual y poblacional, también, se explica en términos contextuales el fenómeno del envejecimiento desde la perspectiva demográfica y epidemiológica pasando por la vista internacional, seguido del panorama de los adultos mayores en México y finalizando con el escenario de los adultos mayores en el estado de Veracruz, lugar donde tuvo lugar el presente estudio.

En un segundo apartado titulado *Condiciones de salud de las personas adultas mayores*, donde se documenta el estado de salud y los factores biopsicosociales que afectan a este grupo poblacional. Seguidamente, se expone las condiciones de salud mental prevalentes en este grupo de edad, principalmente trastornos comunes como la ansiedad y la depresión que engloban el constructo de malestar psicológico. Así también, como parte de los antecedentes del presente estudio se reportan los resultados de investigaciones que han evaluado el malestar psicológico.

En un tercer apartado se aborda el *Uso de servicios de salud*, donde se expresa información sobre los servicios formales e informales en salud y la importancia de su utilización en la búsqueda de atención de la salud mental. Así mismo, se muestra la relevancia de las estrategias de autoatención ante la presencia de malestar psicológico y como este tipo de ayuda resulta ser crucial en el bienestar subjetivo de las personas de edades avanzadas.

Seguidamente, se encontrará *justificación*, el *planteamiento del problema*, los *objetivos* y la *hipótesis* que guía la presente investigación. Posteriormente, se encuentra el *Marco teórico* el cual retoma la propuesta de Haro-Encinas quien establece la importancia de explicar y comprender las diferentes prácticas, recursos y saberes colectivos que las personas emplean para el cuidado o prevención de su

salud. Dicho modelo permite explicar la importancia de conocer los factores que se suman como método y alternativa de “cura” en la trayectoria de búsqueda de atención ante presencia de malestar psicológico.

El capítulo 2. *Método*, desarrolla información sobre el diseño metodológico y las características que asume un estudio de corte transversal como el presente. El capítulo 3. *Resultados*, describe los principales hallazgos de la investigación, mediante un análisis descriptivo de la población de estudio y analítico por la comparación entre las variables de interés como la edad, la escolaridad, el estado civil, el empleo y el empleo de redes de apoyo, actividad física y/o grupos de autoayuda ante la presencia de malestar psicológico. El capítulo 4. *Discusión y Conclusiones*, contrastan los hallazgos del presente estudio con la literatura reportada en los antecedentes de la investigación, así mismo, presenta los alcances y limitaciones del estudio.

Capítulo 1. Antecedentes

Envejecimiento

1.1 Vejez y envejecimiento

El concepto de vejez y envejecimiento ha tomado diversas definiciones que han derivado de la postura desde la cual se estudien ambos términos. Para el presente estudio se realizó una somera revisión de perspectivas con el fin de dialogar en el presente texto desde una definición que englobe las esferas biológica, psicológica y social.

Comenzaremos diciendo que la vejez, es definida como la última etapa del ciclo vital, observándose que la persona ha llegado a la madurez total como resultado de experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en etapas previas y donde los síntomas del envejecimiento se hacen evidentes (Rodríguez-Daza, 2011; Zetina, 1999). Se considera a la vejez un elemento que ayuda a explicar un concepto más amplio que conocemos como *envejecimiento* (Alvarado y Salazar, 2014).

Por ejemplo, la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos para las Personas Adultas Mayores (2015) define envejecimiento como “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida y que implica cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de múltiples consecuencias asociadas a las interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”. Aunado a la definición anterior, Arroyo, Ribeiro y Mancinas (2011) consideran que el envejecimiento es un proceso biopsicosocial que responde al hecho de alcanzar una edad avanzada que se caracteriza por el riesgo en la disminución de la salud a consecuencia del deterioro físico, mental y social.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (2018) argumenta que el envejecimiento es el resultado de una variedad de daños a nivel molecular y celular en los órganos y tejidos, estos cambios alteran la capacidad de adaptación,

recuperación y defensa del organismo lo que conlleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales de las personas, incrementando así el riesgo de enfermar o de muerte.

Otras definiciones han señalado que el envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal; es deletéreo, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; progresiva, porque las pérdidas son graduales; intrínseco, porque las pérdidas son propias del incremento de la edad; y universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie (González de Gago, 2010). Algunos otros han convenido en llamarle proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres vivos y que se hace presente a lo largo del ciclo vital (Lehr, 1980; Laforest, 1991 en Zetina, 1999; Gómez y Curcio, 2002 en Alvarado y Salazar, 2014).

Las anteriores definiciones comparten la idea asociada al inevitable desgaste de las funciones físicas o como condición relacionada a la enfermedad y dependencia lo que ha llevado a la configuración de un estereotipo de la vejez y el envejecimiento, dejando de lado aquellas personas que han alcanzado la vejez de forma saludable. Es importante reconocer que los cambios que suceden en las personas de edades avanzadas no siempre son lineales o uniformes. Ejemplo de ello, son algunas personas de 60 años y más que disfrutan de una buena salud, son autosuficientes y se desenvuelven perfectamente, mientras que otros pueden presentarse mayormente frágiles y dependientes. Por ello destacar aspectos positivos de este proceso permite otorgar nuevos significados y representaciones para quienes se encuentran transitando en la vejez y para quienes llegaremos a ella.

Por su parte, Castanedo, Noriega y Quintanilla (2007) definen el envejecimiento como el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Estas modificaciones se expresan en distintas esferas social, familiar y laboral. Ejemplo de ello, son acontecimientos cotidianos como la pérdida de la pareja o seres queridos, la jubilación, los cambios en la dinámica familiar, disminución de la interacción social, lo que genera aislamiento o sentimientos de soledad que inciden en la salud mental de los adultos mayores

(Montes de Oca y Hebreo, 2006; Salgado de Snyder y Wong, 2007) dando como resultado un mayor riesgo de padecer alteraciones leves en la salud mental que posteriormente deriven en trastornos clínicos específicos.

Expuesto lo anterior, podemos decir que la vejez y el envejecimiento en una buena parte son productos socioculturales que revelan concepciones de vida, de cuerpo y de sociedad que se acumulan a lo largo de la vida (Parales y Ruiz, 2002). Al respecto, cabe señalar que usaremos como criterio para definir a una persona adulta mayor la edad de 60 y más años, así lo establece la Ley de las Personas Adultas Mayores (LDPAM, 2002), la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

1.2 Transición demográfica y epidemiológica

Como se mostró anteriormente, la vejez y el envejecimiento hacen referencia a un proceso que se manifiesta tanto a nivel individual como poblacional (González-Díaz, 2017). Para su explicación existen dos dimensiones relacionadas entre sí, la demografía y la epidemiología.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor importancia actualmente. En términos estrictamente demográficos alude al incremento en la proporción de personas de 60 y más años con respecto al resto de la población (Chackiel, 2000; Castrejón, 2014). De igual forma, se determina por el comportamiento de las tasas de fecundidad y mortalidad, así como, la esperanza de vida y la migración (García-Peña y Robles, 2013).

Por lo tanto, la relevancia de estudiar el proceso de envejecimiento se debe a las implicaciones que tiene en el desarrollo y funcionamiento económico de las sociedades, pero sobre todo al bienestar tanto de los adultos mayores como de los grupos más jóvenes. Por ejemplo, algunos factores en los que repercute son en el sistema de pensiones y la jubilación; en la población activa y los que participan en ella; en los arreglos y la composición de la familia; y sobre todo en las condiciones de salud (Ybáñez, 2012).

Si bien envejecer no es un acontecimiento nuevo, el tema ha resultado de interés debido a los problemas que actualmente se observan y los que se presentarán a consecuencia del incremento de las personas de 60 años y más con relación a otros grupos de edad, por lo anterior en los siguientes apartados contextualizamos lo que ha representado la transición demográfica y epidemiológica en tres dimensiones: global, nacional y local.

1.2.1 Panorama global del envejecimiento

En décadas recientes, el proceso de envejecimiento y el resultado del mismo, ha adquirido relevancia para los gobiernos en el mundo debido a que tanto la proporción como el número de personas adultas mayores aumentan de forma considerable en casi todas las regiones del mundo.

Se advierte que el envejecimiento de la población es el resultado de dos factores importantes; el primero de ellos es la disminución de las tasas de fertilidad y segundo el aumento de la esperanza de vida para casi todas las personas en el mundo (Lutz, Sanderson y Scherbov, 2008; OMS, a2012; b2015). Lo anterior tuvo origen en la transformación demográfica que vivió la región europea a finales del siglo XVIII, donde los cambios en la estructura de la población por edad y sexo, la mortalidad y la fecundidad dieron origen a un descenso en la población joven y un incremento de la población adulta y adulta mayor (Velásquez-Urbe, 2004).

Dicho proceso se desarrolló en alrededor de dos siglos para estos países europeos. Sin embargo, esto no sucederá en países de bajo y mediano ingreso quienes experimentan un ritmo más acelerado de envejecimiento, al que advierten deberán adaptarse en poco más de 20 años, el reto será establecer políticas públicas que permitan cubrir las necesidades de este grupo de edad (Díaz-Tendero, 2012); ejemplo de ello son algunos países como Chile, Brasil, China e India.

Aunado a lo anterior se estimó que en el año 2017 había alrededor de 962 millones de personas de 60 años o más en el mundo, lo que equivale a un 13% de la población total (con una tasa de crecimiento anual del 3%) (ONU, 2017), mientras que se proyecta para el año 2050 se alcancen los 2000 millones de adultos

mayores, es decir, un 22% de la población total (OMS, 2018). Hasta el momento sólo Japón tiene una proporción del 30% de población de adultos mayores, pero para mitad de siglo algunos otros países habrán alcanzado dicho porcentaje (OMS, 2015) como es el caso del continente americano quien se encuentra en un proceso de envejecimiento acelerado.

Particularmente para la región de América Latina y el Caribe, el Banco Interamericano de Desarrollo (2018) en un reporte informó que actualmente los adultos de 60 años y más representan el 11% de la población, cifra cercana a la observada en la población mundial. No obstante, para el año 2030 este grupo de edad representará 17% del total, y para el 2050 se estima que uno de cada cuatro habitantes en esta región será mayor de 60 años.

Asimismo, el aumento de la esperanza de vida tiene como resultado no solo el incremento de la población adulta mayor, sino también el hecho de que las personas de edades avanzadas vivan más años siendo adultos mayores; por ejemplo, se estima que en 2030 las personas mayores de 80 años representarán un 15% del total de los adultos mayores en la región de América Latina y el Caribe y en 2050 se proyecta alcance un 26% (Aranco, Stampini, Ibarán y Medellín, 2018).

Aunado al crecimiento de la población se encuentran las condiciones de salud para este grupo de edad, datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, informan que el 75% de las muertes en la región son atribuibles a enfermedades crónicas, siendo las enfermedades que se presentan durante la vejez las responsables del 15% del aumento en la carga total de mortalidad y morbilidad por dichas enfermedades en los años de 2006 a 2016 (Gakidou, 2017 en Aranco, *et al.*, 2018).

De acuerdo al reporte de la Carga Global de la Enfermedad, las principales causas de mortalidad y morbilidad para los adultos mayores de esta región son las enfermedades cardiovasculares, que representan el 25% de la carga total global de enfermedades; la hipertensión arterial, seguida de la diabetes quien es responsable del 7% de la carga total de enfermedad. Así también las enfermedades músculo esqueléticas, quienes generan un gran impacto en la calidad de vida (Aranco, *et al.*, 2018).

En el caso de la salud mental, un mayor número de personas presenta problemas de enfermedades neurodegenerativas como Alzheimer y otras demencias, seguido de la depresión y algunos trastornos de ansiedad (García-Peña y Robles, 2013). Es sabido que el envejecimiento implica cambios en todas las esferas: físicas, psicológicas y sociales y el efecto acumulativo de múltiples exposiciones incrementan el riesgo de padecer enfermedades.

Existen diferencias en la forma cómo envejecen las personas en cada región del mundo que esencialmente responde a las inequidades económicas y sociales de cada país o población. Por ejemplo, las oportunidades sanitarias para una persona que vive en condiciones de pobreza no serán las mismas para aquel que vive en un mejor entorno económico.

Como el caso de México donde las diferencias socioeconómicas son más marcadas, esto representa un reto para los gobiernos que buscan generar acciones orientadas a una atención integral para los actuales y futuros adultos mayores con la finalidad de disolver inequidades y crear mejores condiciones de vida. A pesar de ello, autores han señalado que en la región de Latinoamérica países como Argentina, Costa Rica, Uruguay y nuestro país sobresalen del resto debido a que dentro de sus agendas existen programas y políticas públicas enfocadas en este grupo etario (Torrado, Sánchez, Somonte, Cabrera, Henríquez, Santos y Lorenzo, 2014).

1.2.2 El envejecimiento en México

Como ya hemos mencionado, las diferentes regiones del mundo atraviesan por un cambio en la distribución por edades de la población y México no es la excepción, al igual que otros países transitamos de una población joven a una más envejecida con la particularidad de que ha tomado menos de un siglo observar dichos cambios en países como el nuestro (Zavala de Cosío, 1992; Chackiel, 2006).

En México la transición demográfica inició a principios del siglo XX. Algunos demógrafos señalan que fue en 1930 cuando las tasas de mortalidad descendieron debido al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud. Más tarde para 1950 y 1960 las tasas de mortalidad siguieron en descenso y las de natalidad se

mantuvieron constantes debido al elevado crecimiento demográfico promovido por el estado (González, 2015; Coronel, 2017).

Para 1970 los logros alcanzados en materia de salud y educación, así como, el impulso de políticas de población, programas de planificación familiar y el mejoramiento de la condición social de la mujer tuvieron como consecuencia un descenso de las tasas de fecundidad que se estima seguirá hasta el año 2020 para después disminuir a mediados del siglo XXI (Ham-Chande, 2011).

Aunado a lo anterior, cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que en el año 2017 el número de adultos mayores alcanzó los 13 millones lo que representa el 10.5% de la población total. De acuerdo a estas proyecciones el porcentaje ha ido en aumento y se estima crecerá a 14.8% (20.4 millones) en 2030 (INEGI, 2016; 2017). Se prevé que la población adulta mayor crezca a un ritmo de 3.5% en el periodo 2020-2025, es decir, tres veces más rápido que el índice de crecimiento de la población total (CEPAL, 2009).

Un dato importante en la demografía del envejecimiento, es que las mujeres ocupan el mayor porcentaje de la población envejecida. En nuestro país la distribución por sexo es mayormente femenina, del total, 53.9% son mujeres y 46.1% hombres. Por grupos de edad se observa que un 72,7% se encuentra entre los 60 y 74 años, el 20.3% lo ocupan aquellos que tienen entre 75 y 84 años, y 7% son aquellos de 75 y más años de edad. Con respecto a la relación de hombres y mujeres por grupos de edad se observa que, entre los adultos mayores entre 60 y 64 años, la relación es de 88.4 hombres por cada 100 mujeres. Para el grupo de los más longevos la proporción disminuye teniendo que para los de 85 y más años la relación es de 72.8 hombres por cada 100 mujeres (INEGI, 2016; 2017).

Volviendo la mirada a la mayor sobrevivencia de las mujeres, cabe señalar que la misma no siempre se acompaña de condiciones favorables; por ejemplo, tienen un mayor número de enfermedades crónicas asociadas a la discapacidad y menos derechos de seguridad social (González, 2017).

Vinculado a lo anterior, un estudio realizado por Wheaton y Crimmins (2016) en siete países de diferente nivel de desarrollo económico mostró que las mujeres presentan un deficiente funcionamiento físico, señalando tener mayor dificultad para

realizar actividades de la vida diaria, siendo más propensas a depender de otras personas. Al respecto, autores han convenido que cada vez más mujeres llegan a la vejez avanzada en condiciones menos favorables y con una tendencia a la discapacidad que trae consigo disminución de la calidad de vida, necesitando con mayor frecuencia el apoyo de otros, en este caso la familia, para cubrir sus necesidades.

En nuestro país la esperanza de vida en 2016 para las mujeres fue de 79 años, viviendo en promedio 68 años con buena salud y 11 años con mala salud, en cambio el promedio para los hombres fue de 72.3 años, de los cuales 8.5 son de mala salud. Se ha señalado que la diferencia puede deberse a que el perfil epidemiológico de los hombres presenta altas tasas de mortalidad. (Gutiérrez-Robledo, García-Peña, Medina, Parra, López, González, *et al.*, 2017).

En relación a las características por lugar de residencia, datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) indican que poco más de una cuarta parte de los adultos mayores del país viven en localidades de menos de 2,500 habitantes, el resto, (73.8%) vive en localidad más grandes a la señalada. Por su parte, datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH, 2016) señalan que, del total de los hogares en el país, el 30.1% tiene al menos un adulto mayor. De estos el 83.5% viven en familia y el resto (16.5%) vive con personas con quien no comparte ningún vínculo parental. Se estima que en el país hay 1.6 millones de personas de 60 años o más que viven solas, siendo en su mayoría mujeres (INEGI, 2017).

Lo anterior resulta ser preocupante ya que para este grupo poblacional la familiar significa la principal fuente de intercambio afectivo, así como apoyo social y económico, de manera que la estructura familiar impacta de manera directa en la salud integral de las personas adultas mayores que viven solas.

Aunado a lo anterior, un aspecto fundamental es la situación económica de los adultos mayores debido a su impacto en las condiciones y la calidad de vida. Al respecto, investigaciones han dado cuenta de que un importante porcentaje de la población de edades avanzadas continúa realizando actividades laborales en el mercado informal. Datos del Censo de Población y Vivienda (2010) muestran que

aproximadamente tres de cada diez personas de 60 años o más se encontraban trabajando (Nava y Ham-Chande, 2014), es decir, del total de la población adulta mayor el 27.2% son económicamente activas (Ramos, 2016).

Al respecto, se ha reportado que los adultos mayores hombres de entre los 65 y 69 años de edad continúan laborando (55.2%), mientras que la mayoría de las mujeres, en el grupo de edad mencionado, se dedica a las labores domésticas (68.4%). Si bien la participación laboral alberga diferencias por sexo la tendencia es que a medida que avanza la edad se reduce la participación laboral, sin embargo, el grupo de mujeres de 80 y más años continúan desarrollando las labores del hogar (54%), es decir, la diferencia es mínima conforme avanza la edad (INEGI, 2017).

Hasta el momento hemos descrito las características sociodemográficas de los adultos mayores del país, mismas que están estrechamente ligadas a las condiciones de salud. Por su parte, el perfil epidemiológico señala que los padecimientos más prevalentes en este grupo son las enfermedades de los sentidos, la diabetes mellitus y el dolor de espalda y cuello, osteoartritis, problemas bucales y de salud mental, principalmente demencias, depresión y ansiedad (Manrique, Salinas, Moreno, Acosta, Sosa-Ortiz, Gutiérrez-Robledo, *et al.*, 2013; González-González, 2016; Gutiérrez-Robledo, *et al.*, 2017).

Lo anterior permite observar que el incremento de las enfermedades crónicas en este grupo de edad no solo se hace presente en países como México sino también en otras regiones del mundo. Si bien los problemas de salud física son los mayormente atendidos, es fundamental no perder de vista los que se refieren a la salud mental, ya que actualmente se han hecho tanto o más frecuentes en la población.

Finalmente, lo antes mencionado representa un reto y una oportunidad para reflexionar sobre los desafíos que traerá consigo el envejecimiento demográfico y epidemiológico para nuestro país, los gobiernos deberán desarrollar políticas públicas que mejoren la calidad de vida de las personas que transitan o transitarán a esta etapa del ciclo vital.

1.2.3 Los adultos mayores de Veracruz

Actualmente la población de nuestro país es relativamente joven ya que poco más de un diez por ciento son adultos mayores. Sin embargo, a distribución varía en cada una de las entidades federativas. El proceso de envejecimiento no ha sido homogéneo, los cambios a consecuencia de la fecundidad, la mortalidad, el contexto sociocultural y económico de cada entidad han dado como resultado el incremento de la población de edad avanzadas de manera más marcada para algunas entidades.

Alrededor del 50% del total de la población adulta mayor se distribuye en siete estados de la república, tal es el caso del Estado de México quien concentra el porcentaje más alto 12.3% (1.1 millones) de personas con 60 y más años, seguido de la Ciudad de México donde el 9.7% son adultos mayores y el estado de Veracruz con un 7.8% de personas de este grupo de edad (INEGI, 2010; González, 2015).

Particularmente, el Estado de Veracruz ofrece condiciones sociales, económicas y culturales diversas a lo largo de su territorio por ello a continuación hablaremos de algunas características propias de la región para contextualizar el área donde tuvo lugar la presente investigación.

1.2.3.1 Dinámica y proyecciones demográficas

El Censo de Población y Vivienda en 2010 contabilizó 10.1 millones de personas adultas mayores en el país de los cuales 798,557 (10.4%) se encuentran en el estado de Veracruz, representando el tercer estado con mayor número de personas de 60 años y más (Lara, Carrillo y Silva, 2017). Por su parte, para el 2017, el índice de envejecimiento, que se refiere a la proporción de edades avanzadas (65+) frente a la población menor de 15 años, fue de 32.6 adultos mayores por cada 100 menores, se estima que para el 2030 sea de 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años (Kánter, 2017).

La composición por sexo sigue la tendencia de otras regiones del mundo y de nuestro país, las mujeres viven en promedio más años, por lo que la vejez se hace mayormente femenina, en Veracruz un 53% de la población total son adultas

mayores y un 46.9% lo conforman hombres. Por grupos de edad, se concentra en los adultos mayores jóvenes, aquellos de entre 60 y 69 años (53.03%), posteriormente los del grupo de 70 y 79 años representan el 31.99% y los más longevos, 80 años y más, representan un 14.97% (SABE, 2013). Así la esperanza de vida al nacer para esta entidad federativa es de 74.5 años (INEGI, 2018), sin embargo, estimaciones para el 2018 las mujeres tienen una esperanza de vida de 77 años y los hombres 71.9 años (INEGI, 2018).

1.2.3.2 Características familiares y sociales

Con respecto a la distribución territorial de la población, está se muestra mayormente urbana, más de la mitad viven en zonas urbanas (59.6%), sin embargo, un porcentaje significativo vive en zonas rurales de menos de 2,500 habitantes (40.3%). Mientras que la distribución de adultos mayores por localidad se concentra en el municipio de Veracruz (10.5%) y en la ciudad de Xalapa (9.8%) (INAPAM, 2015).

Algunos otros datos proporcionados por el Instituto Nacional de las Personas Mayores (2015) son las relaciones parentales, encontramos que un 47.6% de la población se encuentra casada y el 11% vive en unión libre, por su parte un 6.5% permanecen solteros y el 27.4% están viudos. El nivel educativo de los adultos mayores veracruzanos se distribuye de la siguiente forma, sin educación un 34.3%, educación básica (1 a 9 años) 57% y el resto cuenta con educación media y media superior.

1.2.3.3 Condiciones económicas y de seguridad social

Un tema relevante que permite caracterizar las condiciones en las que se encuentran los adultos mayores es lo referente a la situación laboral. Si bien existen pocas investigaciones en el país que den cuenta de los determinantes laborales en este grupo poblacional (Nava y Ham-Chande, 2014) algunos estudios han permitido conocer características asociadas al tema.

Elba Ramos (2016) en su estudio donde analiza la participación laboral de los adultos mayores mexicanos, argumenta que la situación laboral de este grupo

se vincula a diversos factores de índole demográfica, social, estructura familiar, por mencionar algunos. Así mismo, destaca que una de las características presentes en

todas las edades de la población económicamente activa es la menor participación de las mujeres y entre la población adulta mayor las diferencias por sexo son aún más marcadas, explicadas esencialmente por un efecto generacional donde el rol de género se acentúa, es decir, el entorno cultural y educativo adquirido durante la juventud, resultando en condiciones desiguales con respecto a los varones (pp. 92).

Sin embargo, habría que ser cuidadosos para analizar el tema laboral en las mujeres, ya que, aunque muchas pueden decirse inactivas en la economía formal, podrían estar realizando actividades generalmente en el sector informal contribuyendo al sustento del hogar (CEPAL, 2001 en Ramos, 2015). Como mencionamos anteriormente, la economía de los adultos mayores depende en muchos casos de las condiciones socioeconómicas de los integrantes de la familia, el tamaño y la composición de la misma, el derecho a una pensión o jubilación se convierte en una forma de seguridad social y económica.

Por ejemplo, se estima que en el estado de Veracruz al menos un 19% de los adultos mayores está pensionado y poco más de la mitad de la población cuenta con seguridad social (58%) (INAPAM, 2015). Por otro lado, los Datos del Perfil Sociodemográfico de los Adultos Mayores (2014) indicaron que en el estado el 34.3% de la población de 60 y más años se encontraba económicamente activa, siendo las edades de entre 60 y 65 años los de mayor participación económica.

1.2.3.4 Condiciones de salud

Por su parte el estado de salud de los adultos mayores es el resultado complejo de tres factores que se desarrollan a lo largo de la vida, el primero se refiere a las condiciones de salud que se suscitaron en la infancia, el segundo se determina por los perfiles de riesgo conductuales y el tercero se relaciona con el uso y acceso a los servicios de salud (OPS, 2001). Por lo anterior, en el estado de Veracruz, el perfil epidemiológico de los adultos mayores se caracteriza por una prevalencia de enfermedades crónico degenerativas e infecciosas, este último responde al aún

presente rezago en salud que afecta de manera significativa a las poblaciones pobres (SABE, 2015).

En consecuencia, el resultado de estudios nacionales como la Encuesta Nacional en Salud (2012) y datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2017), coinciden que el padecimiento crónico más frecuente en la región y para ambos sexos es la diabetes mellitus con un 28% (hombres 24% y mujeres 21.6%), seguido de la hipertensión arterial sistémica (24%) que afecta a un 40% de las mujeres y 30.2% de los hombres, así mismo las enfermedades respiratorias (14%) y las enfermedades reumáticas (10%). Las causas de mortalidad para la población son en su mayoría por enfermedades crónico-degenerativas (80%) es decir, los padecimientos de tipo cardiometabólico como la diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia renal, muchos de ellos a causa de la diabetes mellitus (SABE, 2015).

Por su parte la discapacidad, entendida como cualquier impedimento o restricción de la capacidad para realizar cualquier actividad, dentro del margen considerado como normal, se caracteriza mayormente por problemas de motricidad (88%), además de visuales (12%) en este grupo etario.

Cabe señalar que en muchos casos las enfermedades antes citadas permiten al adulto mayor cumplir sus funciones en la vida cotidiana, sin embargo, algunos otros padecimientos de orden mental por lo general pueden significar obstáculos para llevar una vida funcional como lo es el caso de trastornos comunes como la depresión y la ansiedad. Sobre el asunto existe escasa información sobre la salud mental de los adultos mayores veracruzanos.

Un estudio realizado en la Ciudad de Veracruz con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y el consumo de alimentos en el que participaron 300 adultos mayores de ambos sexos mostró que el 30.6% reportó tener depresión leve y el 3% depresión moderada a severa, finalmente no se encontró relación entre la incidencia de algún nivel de depresión y el consumo de alimentos (Carrillo, Ramírez, Valdés y Marín, 2009a; 2009b).

Asimismo, otro estudio realizado en el mismo año sobre el estado de salud mental de los adultos mayores de la Ciudad de Poza Rica, Veracruz donde

participaron 111 adultos mayores (56 mujeres y 55 hombres) con un promedio de edad de 71 años, mostró que el 16% de los entrevistados presentaron deterioro en su función intelectual (Barrios, Hernández y Urbina, 2009). Al respecto la literatura ha dado cuenta de que la depresión y algunos trastornos de ansiedad son frecuentemente soslayados y sub-diagnosticados a pesar de su significativa contribución a la calidad de vida de las personas de edades avanzadas (CONAPO, 2011).

Las evidencias anteriores permiten observar, en cada una de las regiones del país, el reto que implica para el sistema de salud, los gobiernos y la sociedad el actual envejecimiento de la población para ofrecer mejores servicios en materia de salud y servicios serán una oportunidad para mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor.

Condiciones de salud de las personas adultas mayores

1.3 Carga de la enfermedad

El horizonte epidemiológico se ha modificado en recientes décadas para la población en general, en el caso particular de los adultos mayores no es la excepción, la tendencia sigue siendo una combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles más el incremento del número de personas de este grupo de edad. Lo anterior traerá dificultades que impactaran en la estructura social y la económica de los países, por ejemplo, en el área de la salud, un problema importante es la frecuencia con que las enfermedades crónico-degenerativas están siendo presentes en casi todos los grupos de edad, el desafío será crear propuestas de política pública que puedan cubrir las demandas de la población.

Así, la forma de identificar las principales prioridades en salud es a partir de los estudios de la Carga Global de la Enfermedad, estos permiten medir los daños prematuros que ocasionan problemas de salud sin causar la muerte pero que son causa de morbilidad, comorbilidad y discapacidad (Dantés, Castro, Franco-Marina, Bedregal, Rodríguez, Espinoza, *et al.*, 2011; Garzón, 2012).

Sobre el asunto resulta imprescindible diferenciar las condiciones de salud que presentan las personas adultas mayores debido a la característica de mostrar una alta prevalencia de enfermedades crónicas relacionadas directamente a la discapacidad, lo que representa niveles elevados en años de vida saludable perdidos por enfermedades discapacitantes y muerte prematura (AVISA) (Rodríguez, Ramírez y Torres, 2013).

Por ejemplo, en nuestro país la esperanza de vida saludable para la población general es de 65.8 años, de los cuales se estima que 10.6 años tendrán una carga de enfermedad y dependencia tanto para realizar actividades de la vida diaria (ABVD) como las consideradas como actividades instrumentales de la vida

diaria (AIVD) (Manrique-Espinoza, Salinas, Moreno, Acosta, Sosa-Ortiz, Gutiérrez-Robledo, et al., 2013).

Estudios informan que las diez principales causas de AVISA en México siete de ellas se asocian a condiciones relacionadas con el envejecimiento; en 2015 las tres primeras causas de AVISA en la población adulta mayor fueron enfermedades como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica las cuales fueron responsables de muerte prematura en este grupo poblacional. También, algunos otros padecimientos como trastornos de los órganos de los sentidos, dolores crónicos, depresión, ansiedad y demencias tuvieron una relevante contribución en los años atribuidos a mala calidad de vida y discapacidad (Salgado y Bojorquez, 2006; Lara-Muñoz, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007; Gutiérrez-Robledo, López-Ortega y Arango, 2012; Manrique-Espinoza, et al., 2013; Becerra, Ríos, Rodríguez, Daza y González, 2015; González-González, 2016; Gutiérrez-Robledo, et al., 2017; González y Cardentey, 2018).

Al respecto un estudio realizado en México y en países de bajo y mediano ingreso con el objetivo de identificar la contribución de las enfermedades crónicas a la discapacidad y dependencia de adultos mayores reportó las siguientes prevalencias: problemas de visión (28,4%), artritis o reumatismo (18,2%), dificultades auditivas (14,2%) y problemas gastrointestinales (8,7%) (Sousa, Ferri, Acosta, Albanese, Guerra, Huang y Price, 2011). Asimismo, en otro estudio se reportó como diagnóstico más común la hipertensión, demencias, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar, depresión y enfermedad isquémica del corazón (Sousa, Acosta, Guerra, Huang, Price, et al., 2010).

Aunado a lo anterior, datos del Institute of Health Metrics and Evaluation reportaron que en 2016 en el estado de Veracruz dentro de las diez causas asociadas a la discapacidad y morbilidad se encuentran los trastornos depresivos (en 6° lugar) y los trastornos de ansiedad (en 9° lugar). Es posible observar que a partir de los 65 años al menos tres cuartas partes de la población adulta mayor presenta una enfermedad crónica y el resto tiene dos o más (Cañas, Buschiazzi, 2000) lo que hace más complejo y distinto el perfil epidemiológico al de otros grupos más jóvenes.

Hasta el momento los anteriores estudios nos permiten reflexionar sobre la emergencia e importancia que actualmente cobran los problemas de salud mental en las personas adultas mayores del país, siendo dos los problemas prioritarios en la esfera de la salud mental que interesan a este estudio: la depresión y los trastornos de ansiedad.

1.4 La salud mental de los adultos mayores

En temas de salud mental las principales instancias enfocadas al estudio y mejora de la salud de la población han sumado esfuerzos para hacer la importancia de esta esfera debido al considerable incremento de trastornos comunes en todas las regiones del mundo. Aunado a lo anterior la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) reportó que entre los años 1990 y 2013 el número de personas con depresión y ansiedad aumentó de 416 millones a 616 millones. Por ejemplo, los trastornos depresivos han afectado a un promedio de 300 millones de personas y los trastornos de ansiedad se hacen presentes en al menos 260 millones de personas en el mundo, lo que representa un 30% de la carga mundial de la enfermedad sin causa de muerte (OMS, 2013).

Debido a su considerable prevalencia en casi cualquier grupo de edad pero fundamentalmente en los adultos mayores, quienes tienen un mayor riesgo de presentar síntomas no específicos asociados a trastornos comunes en salud mental, es que resulta ineludible identificar los síntomas que caracterizan el malestar psicológico, reduciendo así los altos costos económicos y sociales (Monserud y Wong, 2015; Khazanov y Ruscio, 2016). Las proyecciones a nivel mundial estiman que un 20% de las personas de 60 años y más sufren de algún problema de salud mental, lo que representa 17.4% de años vividos con discapacidad (AVD). Así, los trastornos neuropsiquiátricos reportados como prevalentes en este grupo etario es la demencia (Prince, et al. 2013), la depresión (McCall, et al., 2013), algunos trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias (Secretaría de Salud, 2001).

Lo anterior ha permitido generar mayor interés por documentar el estado de salud mental de los adultos mayores que de acuerdo a cifras presentadas por la

OMS (2011) la prevalencia de trastornos depresivos en este grupo de edad oscila entre el 30% y 70%, dependiendo del instrumento de evaluación que se emplee. Asimismo, se estima que para el 2020 trastorno como la depresión serán la segunda causa de morbilidad y mortalidad, lo que trae como consecuencia la aparición de otros eventos discapacitantes y desfavorables como la disminución de las funciones físicas, cognitivas y sociales (Salinas, Manrique, Acosta, Núñez, Rosas, Gutiérrez-Robledo, et al., 2014) teniendo un fuerte impacto en los altos costos de atención médica (Monserud y Wong, 2015).

En capítulos previos hemos mencionado que la vejez es una etapa donde el individuo experimenta diversos cambios a nivel biológico, psicológico y social que en la esfera de la salud mental determinan la aparición de algunos trastornos. Por ejemplo, se ha señalado que factores como la sensación de pérdida gradual de la salud reflejada en algunos casos en la disminución de la actividad psicomotriz o la memoria; la percepción de sentirse dependiente o frágil a consecuencia de otras enfermedades; o tener problemas económicos, por falta de empleo, así como la muerte de la pareja o amigos o la disminución de relaciones sociales o de apoyo, como la familia, influyen de manera significativa en el desarrollo de trastornos como la depresión y la ansiedad (Salgado de Snyder y Wong, 2007; Sosa y Acosta, 2015; Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016) que no son considerados enfermedades, sino simplemente malestares pasajeros o condiciones de la edad.

Si bien la depresión se manifiesta en los adultos mayores de manera diferente al de otras etapas más tempranas de la vida, no deja de ser un síntoma común el sentimiento de profunda tristeza, la falta de interés o placer en las actividades habituales (American Psychiatric Association, 2013), algunos autores han indicado que las personas que atraviesan por un cuadro de depresión pueden experimentar menos emociones positivas incluso ante estímulos que normalmente se experimentan como positivos (Khazanov y Meron, 2016).

Lozada y Strauch (2014) argumentan que la depresión en los adultos mayores puede expresarse de diversas maneras, por ejemplo

en el aspecto funcional, pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc. En el aspecto cognoscitivo, se pueden

producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, etc. En el aspecto físico, pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, etc. En el aspecto volitivo, pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad (p. 52)

Algunos otros autores argumentan que las causas de la depresión pueden derivarse de problemas o quejas de la vida diaria, la incapacidad para hacer frente el estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles, así como los problemas económicos considerando que dichos eventos no justifican la prescripción de algún tratamiento farmacéutico cuando dicha incapacidad pueda estar condicionada por la depresión (Sotelo, Rojas, Sánchez e Irigoyen, 2012). Sobre el asunto, se ha argumentado la existencia de una subvaloración en el diagnóstico de trastornos como la depresión y la ansiedad, normalizando dichos síntomas como una condición del envejecimiento (Aguilar y Ávila, 2006).

Sin embargo, en México se han realizado estudios sobre la prevalencia de trastornos depresivos en personas adultas mayores, como el de Bojorquez-Chapela, *et al.*, (2009) quienes utilizaron una muestra con representatividad nacional con el objetivo de describir la presencia de síntomas depresivos y factores asociados a ellos. Utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se reportó una prevalencia 43%; del total el 50% de las mujeres presentaron síntomas depresivos y 35% los hombres. La presencia de los síntomas difiere por sexo, por ejemplo, en los hombres estos síntomas se asociaron con la dificultad para realizar actividades cotidianas y tener alguna enfermedad crónica; por su parte, en las mujeres estuvo asociado con la dificultad de realizar actividades, vivir solas y ser la cabeza de la familia.

De igual manera un estudio realizado en la Ciudad de México con el objetivo de estimar la frecuencia de síntomas depresivos en 7,449 adultos mayores derechohabientes, se utilizó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-DR) que reportó una prevalencia síntomas significativos de 21.7% (mujeres 24.7% y hombres 16.2%), a esta muestra se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y se reportó una prevalencia de 12%. Las

diferencias por sexo muestran que las mujeres tienen porcentajes más elevados de depresión que los hombres, también se pudo observar que a medida que aumenta la edad también se incrementa la frecuencia de síntomas depresivos (Sánchez-García, et al., 2012).

Por otro lado, un estudio realizado con datos de Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001; 2003) reportaron que el 37.9% tuvieron síntomas depresivos que se asoció a aquellas personas con menor grado de escolaridad y con una peor autopercepción económica. Así mismo, se concluyó que los síntomas depresivos fueron un factor de riesgo para la dependencia funcional (Ávila-Funes, et al., 2012). En un estudio realizado con derechohabientes del IMSS, se observó una prevalencia de síntomas depresivos del 12% (Sánchez-García, et al., 2012).

Un proyecto realizado en Tamaulipas con el objetivo de identificar la asociación entre depresión y función cognitiva en 252 adultos mayores mostró que el 34.9% presentó depresión leve y el 25% depresión diagnóstica (se utilizó la escala GDS de 30 reactivos). Resulta importante mencionar que poco más de la mitad de la población (60.3%) fueron mujeres y la mitad de la muestra expresó tener pareja (54%), algunos otros datos sociodemográficos relevantes es que el 90.1% no contaba con un empleo remunerado. Finalmente, en cuanto a la función cognitiva reportaron mayor prevalencia en la población de edad avanzadas (81-90 años [55.5%]) y en las mujeres (45.4%); no se encontró asociación entre las variables de estudio (Durán, Aguilar, Martínez, Rodríguez, Gutiérrez y Vázquez, 2013).

Por su parte, otro estudio realizado en los estados de Morelos y Tlaxcala con una muestra de 229 adultos mayores pertenecientes a la ENASEM (2012), reportó que el 41% de los encuestados presentó síntomas clínicamente significativos de depresión, utilizándose la escala CES-D como prueba de tamizaje para la identificación de probables casos (Salinas, *et al.*, 2014).

Por otro lado, se ha mencionado que los trastornos de ansiedad son una causa importante de discapacidad. Dichos síntomas han significado una importante brecha de atención debido a la falta de herramientas de diagnóstico confiables que lleven a una estrategia de tratamiento oportuno (Alonso, Liu, Evans, Sadikova, Sampson,

Chatterji, et al., 2018). Si bien, la existencia de estudios orientados a conocer los trastornos de ansiedad en los adultos mayores es mínima (Tello-Rodríguez, et al., 2016; Goldberg, et al., 2017) es posible hallar estudios sobre su comorbilidad con la depresión.

La ansiedad se manifiesta como un “estado de malestar y aprehensión con síntomas subjetivos y objetivos que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, hacia la integridad física o psíquica del individuo” (Ugalde, 2010, p.24), experimentándose angustia, nervios, tensión o preocupación excesiva. Ugalde (2010) señala que existe una asociación recurrente con temores o fobias. Resultando ser más prevalente como síntoma que enfermedad.

Al respecto la OMS (2017) ha señalado que el 3.8% de este grupo etario se ve afectado por al menos uno de los síntomas antes señalados. Ejemplo de lo anterior, es el estudio realizado en cinco países europeos e Israel, con una muestra de 3,142 hombres y mujeres de 65 a 84 años con el objetivo de estimar la prevalencia de trastornos de ansiedad y sus diferencias en relación a la edad y el género, así como el impacto en la calidad de vida.

La prevalencia de trastornos de ansiedad que se obtuvo en el estudio antes mencionado fue de 17.2% y se halló que cualquier trastorno de ansiedad disminuyó con la edad, en un 40% a 47% en adultos de 75 a 84 años, en comparación con los adultos mayores más jóvenes (65 a 74 años). Al igual que en otros estudios sobre depresión, las mujeres son las más afectadas, presentaron el doble de probabilidades de presentar agorafobia o trastorno de ansiedad general a diferencia de los hombres. Trastornos como agorafobia y ansiedad generalizada son los que afectan de manera significativa la calidad de vida (Canuto, Weber, Baertschi, Andreas, Volkert, Dehoust, *et al.*, 2017).

Si bien es cierto que la ansiedad y la depresión son condiciones distintas, es frecuente que coexistan. Cuando se presentan de manera conjunta en los adultos mayores pueden llegar a convertirse en crónicos debido a la multiplicidad de padecimientos presentes en esta etapa de la vida, como la hipertensión o la diabetes; lo anterior compromete de manera importante la funcionalidad de las personas.

Algunos estudios como el realizado en Países Bajos por Schoevers y otros (2003) reportó que la comorbilidad entre ansiedad y depresión eleva sus niveles de cronicidad cuando ambas se presentan, así mismo, reportaron los patrones de riesgo para la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada en adultos de 65 a 85 años, hallándose una prevalencia de 12.2% para la depresión, 2.9% trastorno de ansiedad generalizada.

Algunos otros autores como Cairney, Corna, Veldhuizen, Herrmann, y Streiner, (2008) con datos del Canadian Community Health Survey—Mental Health and Well-being (CCHS 1.2), reportaron que un 4,4% de los adultos mayores de 55 años y más cumplieron al menos un criterio para algún trastorno. La prevalencia para depresión mayor fue de 2,9%, para algún trastorno de ansiedad 2,3% y para ambos trastornos comórbidos un 0,8%.

Asimismo, un estudio realizado en Australia con 20,036 personas de 60 y más años, las prevalencias reportadas fueron 4.7% tenían ansiedad, pero no depresión, 1.4% tuvo depresión, pero no ansiedad, y 1.8% mostraron evidencia de ambos. La ansiedad fue mayor en el grupo de adultos jóvenes de 60-64 años, los que tienen antecedentes de ansiedad y depresión, dolores crónicos o mala salud auto percibida.

Respecto a las variables sociodemográficas, las probabilidades de tener ansiedad se asociaron con ser mujer, migrante, bajo nivel de educación, estar físicamente inactivo y los que consumen alcohol. Por su parte la depresión se asoció a las variables apoyo social deficiente, problemas económicos, haber tenido depresión, dolor crónico, mala salud percibida y los que tenían diabetes (Almeida, Draper, Pirkis, Snowdon, Lautenschlager, Byrne, *et al.*, 2012).

Hasta el momento hemos podido observar que aspectos como el sexo, principalmente ser mujer; el estado civil, particularmente la viudez o soltería; la presencia de alguna enfermedad crónica y la escasa red de apoyo son factores que juegan un papel importante en la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. En consecuencia, podemos decir que aquellos adultos mayores que se sienten integrados socialmente, por ejemplo, que perciben ayuda y asistencia de la familia y amigos, estimulan sus redes sociales y participan en actividades son estímulos

importantes para una buena salud mental en todas las etapas de la vida (Ruíz, Zegbe, Sánchez y Castañeda, 2014; Monserud y Wong, 2015).

A pesar de los esfuerzos que se han hecho por el reconocimiento e importancia de la salud mental, los trastornos afectivos continúan hoy en día siendo un problema de salud pública. Si bien, la detección de trastornos comunes como la ansiedad y la depresión se consigue mediante una evaluación clínica con un profesional de la salud mental, en algunos casos ha dado como resultado un sobrediagnóstico que se reduce a un rango de manifestaciones que muchas veces no responde a las situaciones contextuales de la persona.

Sobre el tema se ha discutido en la psicopatología la dificultad de identificar su diferenciación, debido a la presencia coexistencia de ambos cuadros, donde los síntomas son atribuibles a uno y aparecen en el otro y viceversa (Agudelo, Buela-Casal y Spielberger, 2007). Aunado a estas problemáticas, es importante reconocer que en México la búsqueda de atención en salud mental es mínima debido a factores relacionados con el estigma y discriminación (Vargas, Salcedo & Romero, 2012; Martínez, Galván, Saavedra & Berenzon 2017).

No obstante, se ha señalado que escenarios como el primer nivel de atención han resultado ser la clave para una detección oportuna dado el acelerado envejecimiento de la población y la significativa carga de depresión y ansiedad, por ello recientes investigaciones han propuesto instrumentos de tamizaje que faciliten la identificación de personas adultas mayores con riesgo a presentar dichos síntomas. Resulta imprescindible reconocer que dichos problemas no son propios de la vejez y que advertirlos ayudaría a revertir años de vida saludable.

Si bien la existencia de estudios orientados a conocer los trastornos de ansiedad en adultos mayores es menor (Tello-Rodríguez, et al., 2016; Goldberg, et al., 2017) comparado con la basta cantidad de estudios que describen síntomas depresivos en este grupo, es posible hallar resultados donde se reportan ambos trastornos.

Por ende, la ventaja de hablar de malestar psicológico en las personas adultas mayores responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones relacionadas con una queja emocional, que sugiere una interpretación de su estado

de bienestar general, haciendo posible dar una explicación cotidiana de algunos sucesos estresantes que puedan alterar el estado psíquico, pero sin llegar a ser un diagnóstico específico.

1.5 Malestar psicológico en los adultos mayores

Hasta el momento se ha expresado la relevancia que ocupa la salud mental en la calidad de vida de los adultos mayores, hemos podido observar que, sin salud mental, no hay salud, por ello reconocer la influencia del entorno social, económico y cultural juega un papel importante en la presencia de malestar psicológico.

Este concepto ha sido utilizado en otras investigaciones bajo el término de “malestar emocional”, “alteraciones transitorias”, “dolor psíquico” o “malestar psicosocial”. De manera general se ha definido como un estado de sufrimiento emocional que se caracteriza por síntomas de la depresión y la ansiedad (Drapeau, Marchand y Beaulieu, 2012) y/o somáticos presentes de manera temporal (Gómez, 2012).

Se señala que las personas que muestran malestar psicológico viven en un estado de sufrimiento emocional real que se identifica por cambios en el estado de ánimo como respuesta a factores estresantes (Arvidsdotter, Marklund, Taft y Kylén, 2015). Por su parte, autores como Lucas (2004) relacionan el malestar psicológico con una sensación subjetiva donde la persona percibe que su bienestar físico o mental se encuentra mermado y por ello no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria; en consecuencia, se experimenta como desesperanza, hastío o sentirse mal, lo que no necesariamente refiere una patología (Mora, 2004), no obstante, influyen negativamente en la salud física y mental, así como en la capacidad de relacionarse con el entorno (Brenlla y Aranguren, 2010).

Generalmente, los síntomas emocionales del malestar psicológico son la depresión, expresada como tristeza, desesperanza, pérdida de interés; y ansiedad, como sensación de tensión, desesperación, preocupación por el futuro. En algunas personas puede acompañarse de síntomas somáticos como dolores de cabeza, insomnio o falta de energía. Por su parte, los factores de riesgo asociados al malestar psicológico derivan de falta de roles sociales y/o integración social,

demandas laborales, apoyo social disminuido lo que deriva en una incapacidad de tomar decisiones (Drapeau, et al., 2012). En las personas de edades avanzadas, eventos como la pérdida gradual de la salud, de seres queridos, el enviudar, los cambios en los roles familiares, la jubilación, la pérdida de autonomía, la disminución de interacción social y la falta de apoyo u oportunidades para continuar en un ambiente productivo (Salgado de Snyder y Wong (2007) pueden ser factores decisivos para la aparición de malestar psicológico.

Ejemplo de lo anterior, es un estudio realizado por Pérez y García (2008) dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en el estado depresivo, encontró que la depresión predominó en las personas de 60 a 69 años, en su mayoría mujeres, la viudez y la jubilación y el bajo nivel de escolaridad fueron factores importantes para la aparición de la misma. También se encontró que el 82.6% de las personas con depresión presentan trastornos de ansiedad y enfermedades psicosomáticas, aunado a lo anterior, la mayoría de los entrevistados (90.6%) señaló como responsables de su malestar acontecimientos vitales que se traducen en pérdidas.

El estrés prolongado, como una de las causas de malestar psicológico genera sentimientos de angustia, decaimiento, miedo y ansiedad lo que implica que las personas no tengan la capacidad de hacer frente a situaciones frustrantes o percibidas como dañinas o amenazantes (Arvidsdotter, et al., 2015). Al respecto, un estudio realizado con 13 pacientes de diagnóstico de diabetes tipo 2, halló que el 39.5% de los adultos mayores mostraba malestar psicológico, este se asociaba a percepciones negativas entorno a la enfermedad, manifestaron sentir culpa, tristeza o miedo por las posibles consecuencias de su enfermedad, lo que producía una actitud negativa de su condición de viejo y del envejecer. De manera que se ha encontrado que enfermedades como la diabetes, incrementa de manera significativa estos síntomas (Del Castillo, Arreola, Morales & Solano, 2013). Otras condiciones como los problemas económicos, la sensación de soledad y/abandono, los problemas familiares y la inseguridad y/o delincuencia son algunas de las principales preocupaciones expresadas por este grupo etario que los hace proclives

a problemas de salud mental (Montes de Oca y Hebreo, 2006; Dorantes-Mendoza, et al., 2007; Bucio-Mújica y Fix-Fierro, 2011; Losada y Strauch, 2014).

La literatura ha informado que a pesar de la prevalencia e importancia del malestar psicológico las tasas de identificación y tratamiento siguen siendo bajas en entornos de primer nivel de atención debido a que usualmente los síntomas se encuentran enmascarados por quejas físicas (Goldberg, Reed, Robles, Minhas, Razzaque, Fortes, et al., 2017) o por la falta de comprensión entre las necesidades sentidas por el paciente que frecuentemente responden a problemas cotidianos que no precisa con un diagnóstico psiquiátrico, en suma la población no solicita ayuda por razones derivadas del miedo al estigma o el desconocimiento de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial (Medina-Mora, Lara, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2003). A este respecto, los profesionales de la salud en primer nivel de atención requieren de instrumentos de detección precisos para identificar los probables casos de malestar psicológico y así ofrecer intervenciones eficaces (Bowe, Jerrim y Gask, 2004).

Con respecto a la detección, existen escalas que permiten medir el riesgo de padecer malestar psicológico inespecífico en población general, entre ellas se encuentra la Escala de Malestar Psicológico de Kessler: K10 (Kessler et al., 2002), esta fue diseñada para contextos de encuesta poblacional y en México fue validada en entornos de primer nivel de atención (Vargas, et al., 2011). La K-10 evalúa la frecuencia con que los encuestados experimentaron síntomas ansioso-depresivos (por ejemplo, nerviosismo, tristeza, inquietud, desesperanza, inutilidad) en los últimos 30 días. Los resultados obtenidos representan una medida dimensional breve de malestar psicológico no específico asociado a síntomas que se vinculan a la depresión y a la ansiedad. Así la puntuación total puede indicar el riesgo a padecer malestar psicológico, pero no especificar si se trata de uno u otro (Donker et al., 2010; Mitchell y Beals, 2011). También cabe destacar que ha sido validada en varios países y no se ha identificado ningún sesgo cultural sustancial hasta el momento (Drapeau, et al., 2012) su utilización en población geriátrica ha sido menor, pero hay estudios que han indagado más al respecto.

1.5.1 Prevalencia de malestar psicológico

Dicho constructo se ha evaluado en algunos países con la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10), ya que ha sido un método de detección no específico y conciso, sirviendo como una herramienta de tamizaje para examinar y monitorear tendencias de malestar psicológico en varios grupos de edad (Anderson, et al., 2013).

En consecuencia, existen estudios que han utilizado la K-10 en adultos mayores, como el realizado en Australia con datos de Encuestas Nacionales Australiana sobre Salud Mental y Bienestar (1997 y 2007), analizando una submuestra de encuestados de 65 años y más. Los resultados mostraron que al evaluar la sensibilidad y especificidad de la corte los resultados sugirieron que la escala exhibe un poder predictivo adecuado para los clínicos que deseen usar el K10 como un instrumento de exploración binario para la ansiedad o trastornos afectivos del DSM-IV que ocurren en los últimos 30 días (Anderson, et al., 2012).

Por ejemplo, un estudio realizado con adultos de 60 años y más de Australia reportó las siguientes prevalencias para la ansiedad 4.7% y para depresión 1.4%. El 57% de los que tenían depresión presentaron evidencia de ansiedad y un 28% de los casos con ansiedad clínicamente significativa mostraron depresión (Almeida, et al., 2012).

En 2015 Vasiliadis, Chudzinski, Gontijo-Guerra y Prévile, replicaron el estudio de Anderson, et al. (2012) con población de adultos mayores usuarios de servicios de atención primaria, con el objetivo de establecer las puntuaciones de corte para malestar psicológico de la escala K-10. Los resultados mostraron que la escala fue capaz de discriminar entre los casos y los no casos en la detección de la depresión y la ansiedad, se halló que un 33.1% de los encuestados tuvo calificaciones por encima de 20 puntos indicando trastorno psicológico leve a severo. Si bien, los estudios de validación de la escala se han realizado en población adulta ambas investigaciones señalan que en algunos casos puede no ser aplicable directamente a diferentes poblaciones de adultos mayores. Al respecto es importante señalar que la K10 es un método de detección no específico que resulta

útil para identificar malestar psicológico en ámbitos de primer nivel de atención, ya que se trata de una escala breve y autoaplicable.

Estudios nacionales como el realizado en Xalapa, Veracruz con población que asiste a consulta de control en las UNEME-EC para determinar el riesgo de cada paciente para padecer ansiedad y depresión por enfermedades crónicas utilizando la K-10 en 65 pacientes. Los resultados fueron que el 54% presentó más de 21 puntos (punto de corte) y según grados de riesgo: bajo 26%, moderado 28%, alto 15%, muy alto 31%. La variable sexo reportó que las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer ansiedad que hombres, así también, a mayor edad también se mostró mayor riesgo por lo que el uso de la escala en la consulta diaria permite conocer de manera rápida el riesgo de presentar malestar psicológico (García, Prado y Mendoza, 2015).

Por su parte, existen algunas investigaciones desarrolladas en México que han evidenciado la presencia de malestar psicológico o emocional en adultos mayores. Tal es el caso de un estudio realizado con 40 personas adultas mayores hospitalizadas en una clínica pública del Sector Salud y con 44 personas no hospitalizadas. Las prevalencias de depresión leve fueron 61% para el primer grupo, quienes en su mayoría se encontraban internados por caídas o problemas con diabetes, mostrando una correlación significativa con el estado de ánimo, ya que manifestaron sentirse decaídas. El otro grupo presentó 38.7% de depresión leve.

Estudios con menor población, como el de Montorio, Nuevo, Losada y Márquez (2001), realizado con 97 adultos mayores, el 14.4% cumplió los criterios para al menos un trastorno del estado de ánimo, particularmente el 11.3% presentó trastornos de ansiedad, destacando la ansiedad generalizada. De igual forma reportaron una alta comorbilidad (57.1%). Las características sociodemográficas dieron como resultado una mayor prevalencia de malestar psicológico en las mujeres (21.8%) que en los hombres (4.8%), argumentan que esto se puede deber a factores relacionados con la poca participación por parte de los varones que podría estar relacionada con menor tendencia a reconocer o expresar la existencia de un problema emocional.

El malestar psicológico en los adultos mayores incrementa la percepción de mala salud, así como el uso de servicios de atención primaria. Peña, Herazo y Calvo (2009) señalan que los adultos mayores con depresión consultan al médico general dos o tres veces más que aquellos que no lo están, dando como resultado un incremento significativo en los costos de salud. Al respecto, estudios han señalado que un número importante de personas con malestar psicológico han recurrido a otras estrategias de atención para aliviar sus problemas emocionales, un ejemplo de ellos son las medicinas complementarias y alternativas.

Al respecto Arvidsdotter y colaboradores (2015), mostraron en su estudio que el uso de terapias alternativas fue mayormente utilizado por las personas para tratar ansiedad y depresión en un 57% y 54% respectivamente, en comparación con otro tipo de intervenciones.

Uso de servicios de salud

El progresivo envejecimiento de la población en nuestro país representa un reto en materia de salud, así como en los servicios disponibles para atenderla. Si bien, se ha mencionado que la epidemiología de los adultos mayores se caracteriza por el incremento y prevalencia de enfermedades crónicas, con la particularidad de que suelen presentarse dos o más condiciones patológicas. En suma, lo anterior ha derivado en la considerable demanda de utilización de servicios médicos que generan altos costos.

De acuerdo con los datos publicados por el proyecto Atlas de salud mental (2014), el cual proporciona información sobre la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental en el mundo, informó que en promedio el 3% del presupuesto a la salud se destina a la salud mental. En países de bajo y mediano ingreso es de 1% y 5% del cual su mayoría se destina a la atención hospitalaria y a hospitales psiquiátricos. Si bien se ha reconocido la importante contribución de los trastornos mentales a la carga de la enfermedad resultan no ser suficientes los esfuerzos realizados para su diagnóstico y tratamiento, así como, prevención.

En México datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica (ENEP) reveló que una de cada 10 personas (población general) con un trastorno mental recibió atención y una de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención. En cuanto a los patrones de uso de servicio se informó que una de cada cinco personas con un trastorno afectivo usó servicios, y una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad solicitó ayuda. Aunado a lo anterior, las personas con problemas mentales tardan de entre 4 y 20 años en buscar ayuda (Medina-Mora, 2003).

La falta de apoyo que reciben las personas con trastornos mentales, así como el estigma o discriminación al que se asocian los problemas de salud mental resultan ser factores determinantes en la búsqueda de atención y tratamiento, si bien el malestar psicológico no necesariamente supone una patología mental si conlleva un grado de sufrimiento (Salazar & Sampere, 2012) en este caso para las

personas de edades avanzadas quienes por la característica de las condiciones biológicas y sociales resultan ser vulnerables a la presencia de cuadros depresivos y ansiosos, entre otros.

1.6 Diversos saberes y sistemas de atención a la salud

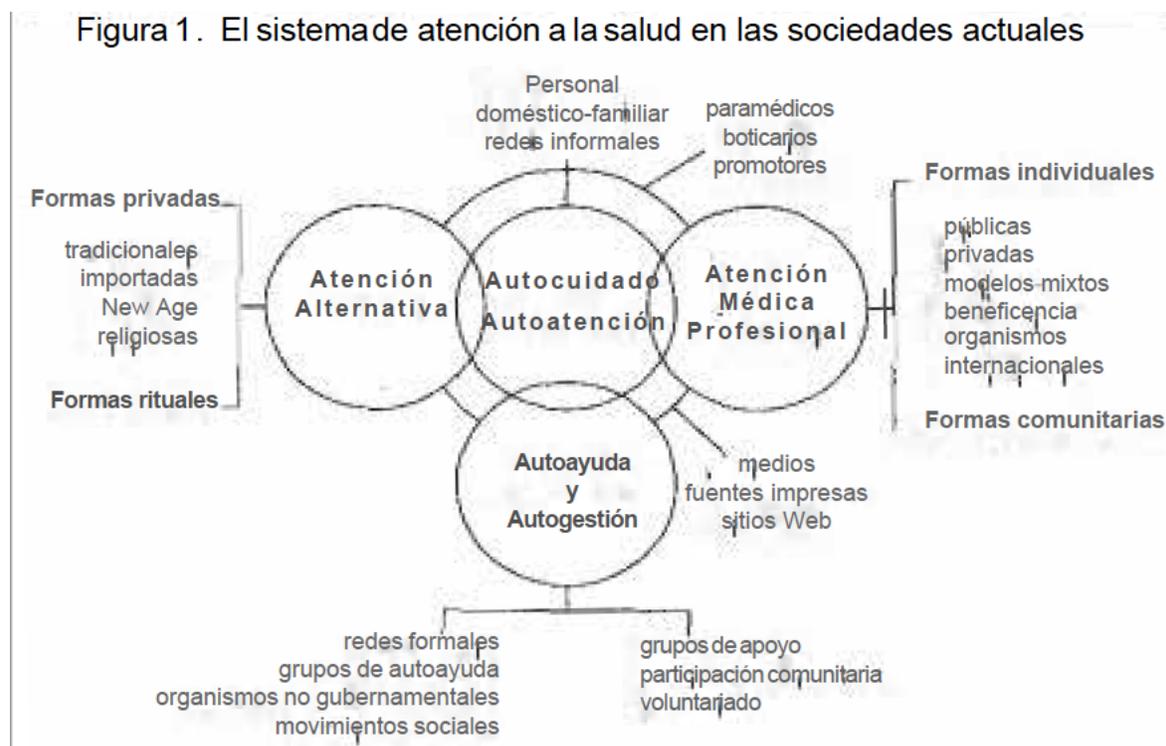
El uso de diversas instancias asistenciales y terapéuticas han permitido que en sociedades como la nuestra coexistan distintos saberes médicos, así como sistemas de atención utilizados para el cuidado de la salud tanto física como mental. Al respecto varias disciplinas han estudiado el proceso de salud y enfermedad de manera individual y colectiva, todo ello con la finalidad de comprender los recursos empleados en la búsqueda de atención y/o cura (Haro, 2000; Menéndez, 2005).

Desde una perspectiva social, autores como Menéndez (2005) han explicado que la diversidad de formas de atención se construye, apropian y emplean desde el contexto sociocultural donde se instalan los conjuntos sociales para ser reproducidos a nivel sujeto con la finalidad de “mejorar” la salud. Es decir, cada persona establece su propia búsqueda de atención y tratamiento a partir de una extensa variedad de saberes y prácticas establecidas en su entorno. Lo anterior, expresa la complejidad en la que se instala la atención de la salud en contextos como el mexicano, donde su población “utilizan potencialmente varias formas de atención no solo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud”. A este hecho se le conoce como pluralismo médico o sistema plural de atención.

Desde esta perspectiva un modelo teórico que permite sustentar la idea de sistema plural de atención a la salud, es el propuesto por Haro-Encinas (2000) quien explica se integra por cuatro formas básicas que incluye: a) autocuidado y autoatención; b) autoayuda y autogestión; c) atención alternativa y d) atención médica profesional. Todas las anteriores se combinan y complementan “creando un espacio en el cual las personas definen las enfermedades y seleccionan tanto a los sanadores como a las alternativas curativas” (Berenzon, et al., 2009b).

Al respecto Haro Encinas (2000) explica que la autoatención/ autocuidado resulta ser una de las actividades básicas y centrales del proceso salud/enfermedad/atención ya que suele ser la primera actividad que la persona

hace respecto a sus padecimientos o malestares, aun cuando haya consultado previamente alguna red de apoyo como la familia/ amigos. Como se explica a continuación:



Fuente: Haro, 2000: 106.

Al respecto autores como Berenzon y colaboradoras (2009b) han trabajado temas sobre reconocimiento de las estrategias de autoatención y autocuidado, así como del uso de terapias alternativas y complementarias en el tratamiento de trastornos comunes como la ansiedad y la depresión. Por ejemplo, los resultados de una encuesta realizada con población general (18 a 86 años) en la Ciudad de México mostró que el uso de prácticas de autocuidado fue frecuente entre las personas que presentaron malestar psicológico.

Por otra parte, estudios coinciden que ciertas condiciones de salud se asocian a un mayor uso de servicios oficiales por parte de los adultos mayores (Granados, Sánchez, Ramírez, Zúñiga y Espinel, 2017). Sobre la base de las anteriores ideas el estudio buscó identificar y describir las formas de autoatención,

entendidas como lo que hacen y/o utilizan en el ámbito de lo cotidiano un grupo de adultos mayores atender su salud mental.

1.6.1 Estrategias de autoatención

El concepto de autoatención que se retoma en este estudio proviene de los estudios realizados por Eduardo Menéndez dentro del subcampo de la antropología social o cultural llamada antropología médica. En palabras del autor, el modelo de atención a la salud basado en la autoatención se fundamenta en el diagnóstico y atención llevada a cabo por la persona que padece o por los grupos parentales o comunales. Asimismo, es considerada una actividad básica en el proceso salud-enfermedad-atención, donde las acciones pueden ser desde no hacer nada (pero está encaminada a la cura) hasta el uso de diferentes formas de atención que responden a las condiciones sociales, económicas y culturales del individuo, sin embargo, su uso puede ser intermitente o simultáneo (Menéndez, 1992; 2003).

Desde esta perspectiva el término autocuidado, abordado por la psicología y la salud pública como aquellas prácticas realizadas de manera individual que se centran en la prevención y promoción de la salud (Berenzon, et al., 2009b) también se inserta el de autoatención entendido como,

representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2003, p. 198).

Siguiendo la anterior definición, también las redes de apoyo social como la familia, amigos, vecinos o cualquier otra relación fraterna se encuentra dentro de las prácticas de autoatención y autocuidado (Berenzon, et al. 2009b). Por lo tanto, las actividades y/o prácticas cotidianas consideradas en esta investigación se describen a continuación:

- *Remedios caseros*: baños, infusiones y pomadas por lo general se preparan con hierbas, flores y plantas. Suelen ser recomendados por familiares o amigos.
- *Automedicación*: consiste en el uso de fármacos sin prescripción médica e incluyen vitaminas, complementos alimenticios y diversos medicamentos.
- *Actividades físicas*: ejercicios aeróbicos, yoga, caminata, ejercicios de relajación, entre otros.
- *Redes informales de apoyo*: relaciones personales basadas en vínculos afectivos que no fueron conformados para brindar atención sanitaria. Comprenden a la familia extensa, las amistades, compadrazgos, compañeros de trabajo y grupos vecinales.

Al respecto, estudios realizados sobre el uso de estrategias de autoatención en adultos mayores es escasa pero es posible hallar investigaciones en población general que incluyen a personas de 60 y más años. Tal es el caso de un estudio realizado con hombres adultos mayores (60- 98 años) que viven en áreas rurales del país con el objetivo de conocer factores asociados a su salud. Los resultados arrojaron que en términos de salud mental la población manifestó “sentir nervios”, este sentimiento se asoció a la idea de desempeñar un rol deficiente como proveedor de la familia, incrementado el consumo de alcohol. También se reportó que más de la mitad de la población estudiada (60%) usó remedios caseros y medicamentos para aminorar esta sensación (Salgado de Snyder, González, Jáuregui y Bonilla, 2005).

Otro estudio que contempló a población de ambos sexos de entre 18 y 86 años, obtuvo que el grupo caracterizado por la presencia de algún trastorno de ansiedad y depresión, realizó con mayor frecuencia prácticas de autoatención que los que no presentaron trastornos. Las estrategias de autoatención mayormente empleadas en este grupo fueron las redes de apoyo, realizar actividades físicas y utilizar remedios caseros (52.9%, 50% y 24.3% respectivamente) (Berenzon, Alanís, Saavedra, 2009a). Ambos estudios señalan que ante la presencia de malestar psicológico se utiliza con mayor frecuencia las prácticas de autoatención, siendo las mujeres la población que más las utiliza.

Otra práctica de autoatención importante es la automedicación, si bien los resultados al respecto han sido variables, en general se ha reportado una mayor prevalencia en mujeres, personas que viven solas, aquellas que tienen un bajo nivel de educación e ingreso, así como pensionadas. En los adultos mayores resulta ser riesgosa ya que es frecuentemente polimedicada siendo más susceptibles a reacciones por la interacción entre medicamentos. La mayoría de estas acciones se relacionan con la idea de tener enfermedades de menor impacto o cronicidad (Santibáñez, Villarreal, Galicia, et al., 2013; Ruiz, Sternberg y Pérez, 2011).

En relación a investigaciones sobre la actividad física de los adultos mayores, un estudio realizado en Chiapas reportaron que los hombres (16.1%) practicaban con mayor frecuencia actividades físicas que las mujeres (8.6%); los que tenían mayor nivel de estudios (70.2%) en comparación con lo de menor nivel educativo, asimismo, los que trabajaban (15.5%) y los jubilados (6.3%) fueron realizan con mayor frecuencia ejercicio. Sin embargo, los resultados indicaron que las tasas de práctica física disminuían con el incremento de edad (Cabrera, 2009).

Aunado a lo anterior, hoy en día toma mayor relevancia el hecho de que para tener una vida activa y sana es necesarios realizar actividades recreativas y ejercicios físicos que en suma ayudan a prevenir la aparición de algunas enfermedades y mejorar el bienestar subjetivo de las personas. Sin embargo, en un estudio realizado en el Estado de Nuevo León con una muestra de 137 adultos mayores (que representaban a una población de 868,409), cuando se les preguntó si practicaban algún deporte, el 90.6% señaló no hacerlo; el resto que contestó afirmativamente dijo que los motivos para hacer ejercicio se debían al fácil acceso a instalaciones deportivas cerca de casa y a que tienen tiempo. Señalaron percibir beneficios a su salud, además de sentirse en contacto con la naturaleza y ser una causa para que el médico les dé de alta. Las causas se asociaron con las siguientes respuestas: gusto de hacerlo (20.3%), por condición física (20.3%) y por prescripción médica (14.5%) (Ceballos y Álvarez, 2012).

Con relación a los efectos del ejercicio en el estado de ánimo de los adultos mayores un estudio realizado con mujeres, mostró que la práctica de actividades físicas de manera regular es un factor positivo que produce cambios en sus

dimensiones psicológicas (estado de ánimo) sociales y fisiológicas (Ruiz y Baena, 2011). En suma, ofrece mejora en la calidad de vida ya que ofrece una oportunidad de distracción e interacción social que contribuye positivamente a la salud mental de este grupo (Isorna y Felpeto, 2014; Boyaro y Tío, 2014).

Si bien las actividades físicas y el uso de remedios caseros son estrategias que ayudan a las personas a resolver problemas emocionales, el apoyo social resulta un factor sustancial que favorece o empeora la salud mental de las personas. Acontecimientos como la percepción real o imaginaria de deterioro físico y/o mental, la pérdida de la pareja, la jubilación o desempleo, o bien, el cambio en las dinámicas familiares resulta importantes estresores (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016) que contribuyen al desarrollo de malestar psicológico.

Ante estos acontecimientos, el hecho de percibir o recibir apoyo proporciona una forma de afrontamiento que depende de los recursos psicológicos o limitaciones que la persona tenga para proveerse de esos recursos. Lo anterior se deriva de investigaciones que han mostrado que el apoyo social se relaciona positivamente con el bienestar psicológico de los adultos mayores (Arias, 2015, Bélanger, Ahmed, Vafaei, Curcio, Phillips y Zunzunegui, 2016); Aceiro, González, Grasso y Delfino, 2017).

De entre los apoyos que reciben las personas adultas mayores, la familia es el principal recurso que brinda protección, atención y apoyo en el proceso de envejecimiento ya que les ayuda a contender sus enfermedades físicas y mentales (Salgado de Snyder, et al., 2005). Se ha documentado que aquellas personas que conviven con sus familiares presentan mayores beneficios en la salud física mental y emocional en comparación con los que viven solos (Vivaldi y Barra, 2012; Bjorn, Shankar y Steptoe, 2015). Al respecto, se ha observado que el estar casado constituye un apoyo fundamental, especialmente para los hombres, ya que presentan una menor red social, ya que la misma generalmente está basada en relaciones establecidas en el ámbito laboral por lo que dependen de la pareja para la realización de algunas actividades (Salgado de Snyder, et al., 2005; Vivaldi y Barra, 2012).

El valor que juega el entorno social en la vida de las personas de edades avanzadas es fundamental, ya que no será el mismo nivel de bienestar de un adulto mayor que diversifica sus relaciones entre familia y amigos que aquella que solo tiene un vínculo afectivo. Ruíz, Zegbe, Sánchez y Castañeda (2014) argumentan que variables como viudez, la soltería, el género, principalmente femenino, y la integración social son factores estrechamente ligados a la presencia de ansiedad y depresión principalmente en edades de entre los 75 y 85 años. En conclusión, Monserud y Wong (2015) señalan que aspectos de la integración social como apoyo social entendido como ayuda de familiares y amigos, redes sociales expresada en los vínculos familiares y de amigos, y el compromiso social reflejado en la participación en actividades sociales, son temas importantes que comprometen la salud mental de los adultos mayores del futuro.

1.6.2 Servicios de atención a la salud

Huenchuan y colaboradores (2003), argumentan que las fuentes de apoyo social se identifican como informales y formales, las primeras se refieren a el uso o la función de las redes sociales de apoyo; las segundas, destaca el desempeño o uso de los sistemas de seguridad social. Por su parte, la atención alternativa y la atención médica profesional, incluidas en este estudio como uso de servicios, serán aquellas prácticas, acciones, personas consultadas y/o servicios utilizados por una persona o grupo social (Berenzon, *et al.*, 2009a). Llamaremos formales e informales aquellos que se derivan de las siguientes formas de atención:

- *Servicios formales* están conformados por los servicios oficiales de salud como formas de atención de tipo biomédico. En éstas se encuentran los servicios ofrecidos por médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades en salud mental. Para este estudio nos centraremos en los servicios brindados por el primer nivel de atención, que incluye a médicos generales de consulta externa y especialistas de la salud mental como psicólogos.

Servicios informales, incluye:

- *Grupos de autoayuda*, es la red social basada en los principios de ayuda mutua. Los más representativos son Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Grupos de Ayuda Mutua para Enfermos Crónicos, etcétera.
- *Medicinas tradicionales mexicanas*, entendidas como el conjunto de métodos y recursos inspirados en la cultura local, transmitidos de generación en generación. Entre ellos se incluye, hueseros, yerberos, curanderos y sobadores.
- *Medicinas alternativas o complementarias*, entre ellas se incluye el uso de prácticas que provienen de otras culturas. Entre ellas se encuentran las Flores de Bach, Aromaterapia, Reiki, Acupuntura, Homeopatía entre otras.
- *Consejeros espirituales*, se refiere a los representantes de las diversas religiones, entre los que se incluye a sacerdotes, pastores, rabinos, etcétera.

1.6.2.1 Servicios formales

Los servicios formales se basan en la atención que brindan los profesionales de la salud reconocidos por la comunidad científica. La atención médica profesional es de tipo biomédico, está también incluye la seguridad social, así como los servicios ofrecidos por el personal paramédico y de apoyo administrativo. Así mismo se contemplan acciones que, aunque son sanitarios no necesariamente son médicas, como el suministro de medicamentos o la información recibida a través de los medios de comunicación (impreso o internet) (Haro, 2000). Por lo anterior, el estudio se enfocó en los servicios que da el primer nivel de atención donde el personal estuvo integrado por médicos generales de consulta externa y especialistas de la salud mental como psicólogos.

Al respecto, en el año 2012 el 83.3% de los adultos mayores mexicanos contaban con afiliación a los servicios de salud, es decir dos de cada diez aún no contaban con atención para ese año. Su incremento fue debido a la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular (Robledo, Botero, Rodríguez, Campos, González, et al., 2016).

En 2013, se reportó que el Seguro Popular atiende al 28% de las personas mayores que no cuentan con algún tipo de seguridad social; otra parte importante

(el 53%) es atendida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (13%). El resto, poco menos de un 4%, es atendido por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEDEMAR) (Sánchez, Juárez, Espinel, Cárdenas y García, 2013).

Pese a este incremento en la atención, la demanda y utilización de servicios por parte de los adultos mayores también sigue creciendo, lo anterior repercute en los costos de atención médica (Granados, Sánchez, Ramírez, Zúñiga y Espinel, 2017), ejemplo de lo anterior es la escasa oferta de servicios geriátricos en el sistema de salud público. Se estima que en 2016 en el país había 197 geriatras registrados en el sector salud, la mayoría pertenecientes a el ISSSTE y a la Secretaría de Salud, en esta última sólo se cuenta con 168 consultorios de geriatría de los cuales 11 se registran en servicios estatales de las diferentes entidades federativas (Robledo, *et. al.*, 2016). Esto resulta preocupante debido a la escasa atención especializada en la población adulta mayor.

En términos de salud mental se ha reportado que la población general en México es atendida por 3,823 psiquiatras de los cuales su mayoría se concentra en la Ciudad de México, estimándose una tasa de 18.8% de psiquiatras por 100,000 habitantes. En 2011 se estimó que al menos 22 estados cuentan con un psiquiatra por cada 100,000 habitantes (Lara, Fouilloux, Arévalo & Ventura, 2011). Lo que permite observar la insuficiente cobertura de servicios en salud mental.

Aunado a lo anterior, el análisis sobre los patrones de uso de servicios muestra que una de cada cinco personas con un trastorno afectivo utilizó dichos servicios y una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad buscó ayuda. Otro dato a considerar es el tiempo estimado en que tarda una persona en buscar atención, que oscila, entre 4 y 20 años (Medina-Mora, 2003).

La falta de apoyo que reciben las personas con trastornos mentales, así como, el estigma o discriminación con el que se asocian los problemas de salud mental resultan factores determinantes que impiden la búsqueda de atención y tratamiento a problemas que podrían ser tratados a tiempo.

Como ya hemos mencionado, trastornos comunes como la ansiedad y la depresión son responsables de las altas tasas de la carga global de la enfermedad y la discapacidad, además las personas que padecen estas afecciones nunca verán a un especialista en salud mental, particularmente en países de ingresos bajos y medios (Goldberg, Reed, Robles, Minha, Razzaque, Forest, Mari *et al.*, 2017).

Mientras que para el caso de la ansiedad, se ha reportado un nivel de uso de los servicios formales menor, ya que existe poco reconocimiento de los síntomas por lo tanto no se recibe tratamiento (Alonso, Liu, Evans-Lacko, Sadikova, Sampson, Chatterji, et al., 2017). Sobre el asunto se precisa que la atención primaria representa una oportunidad para la identificación y tratamiento apropiado (OMS, 2013, 2016).

Respecto a especialistas de la salud mental de los adultos mayores en México, se reconoce la falta de servicios psicogeriátricos que permitan cubrir la alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica este grupo de edad (Robledo, Botero, Rodríguez & Campos, 2016). Lo anterior resulta preocupante desde una perspectiva de salud pública, ya que el impacto de la depresión y la ansiedad no tratada es costoso, no solo en términos de la calidad de vida de la persona, sino también para el sistema de atención a la salud (Kessler, Angermeyer, Anthony, De Graaf, Demyttenaere, Gasquet, et. al, 2007; Monserud y Wong, 2015; Khazanov y Ruscio, 2016).

Algunas de las dificultades en la detección de estos malestares en los adultos mayores se deben a la falta de diagnóstico por la confusión con síntomas de otras enfermedades crónicas o por las manifestaciones atípicas de estos padecimientos que son principalmente subdiagnosticadas (Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner & García-Peña, 2012) principalmente en el primer nivel de atención donde se recibe a un número cada vez mayor de personas, entre un 30% a 50%, con molestias similares a las planteadas en la definición de malestar psicológico y que no son debidamente diagnosticados por el médico general ya que los síntomas no cubren necesariamente criterios diagnósticos de una enfermedad, ya sea mental o física (Vargas, et al., 2011; Berenzon, et al., 2014; Mnookin, 2016).

En México, los adultos mayores se enfrentan a diversas barreras para recibir atención, algunas de ellas están relacionadas con el área de residencia. Salinas, et al., (2010) hallaron en su estudio que los adultos mayores de áreas rurales tenían menos probabilidades de haber sido hospitalizados y habían visitado con menor frecuencia al médico a diferencia de los adultos mayores que viven en zonas urbanas. Entre sus conclusiones destacaron que la diferencia observada puede explicarse por la cobertura de atención médica y el acceso a los servicios que hay en poblaciones con mayor número de habitantes. También se ha enfatizado que la población con mayor pobreza y menor nivel educativo, así como, vivir en zonas de alta marginación condicionan el uso de servicios de salud ambulatorios, que frecuentemente es menor (Bautista, Serván, Colchero, Ramírez y Sosa, 2013).

Algunas otras barreras expresadas en algunos estudios es el maltrato por parte del personal de salud, expresado en una falta de sensibilidad y paciencia, así como la dificultad de las personas de expresar sus problemas (Ruelas, Pelcastre, y Reyes, 2013). Entre otras cosas este hecho puede explicarse por la sobrecarga de trabajo, consultas cortas y enfocadas en síntomas somáticos, y en el caso de la salud mental estigma hacia los trastornos mentales, a quién los padece y a quien los atiende (Vargas, et al., 2012; Martínez, Galván, Saavedra y Berenzon 2017). A pesar de las barreras antes mencionadas, existen propuestas encaminadas a fortalecer y mejorar los servicios que ofrece el primer nivel de atención, ya que en el caso de la salud mental son la clave para la detección y tratamiento de problemas de salud mental.

1.6.2.2. Servicios informales

Los servicios incluidos dentro de esta categoría son el uso de terapias alternativas y/o complementarias, medicina tradicional mexicana, recurrir a grupos de autoayuda y con consejeros espirituales. Al respecto existen estudios que han señalado que el uso de instancias asistenciales o terapéuticas diferentes a las oficiales suele ser frecuente ante la presencia de lo que aquí definimos como malestar psicológico (Berenzon, 2009a).

Una alternativa importante ha sido los grupos de apoyo o de autoayuda, estos tienen como objetivo brindar a los participantes el reconocimiento de un problema en común, intercambiar apoyo, procesar algún tipo de duelo o dificultad por razones de enfermedad y así dar cabida a encontrar soluciones que permitan a la persona generar sus propios recursos (Hernández, Hernández y Rodríguez, 2010).

Al respecto, Hernández, et al., (2010) realizaron una investigación que tuvo como objetivo la creación de un grupo de ayuda como una alternativa para mejorar la calidad de vida de un grupo de mujeres adultas mayores con características sociodemográficas similares (pobreza, nivel educativo bajo y redes de apoyo deficientes). Al inicio, las participantes manifestaron sentirse con: falta de motivación que abarca desde no realizar actividades que mejoren su calidad de vida.

En la etapa final del proyecto, durante las dos últimas entrevistas de evaluación se les preguntó entre otras cosas que expresaran los beneficios que trajo el grupo de autoayuda, al respecto expresaron:

“Me ayudó a pensar en mí misma”, “me dedique un día a la semana para asistir al grupo”, “hice nuevas amistades”, “encontré una motivación para seguir viviendo”, “me sirvió para desahogarme y decir cosas que nunca había dicho”, “dije muchas cosas por las que pase y que no había contado”, “aquí hay gente que tiene tiempo para escucharme”, “ahora que vengo a este grupo ya me siento bien, me distraigo y puedo contar algunos de mis problemas que vengo cargando desde hace mucho tiempo...”

Por lo anterior, los resultados concluyeron que un grupo de ayuda puede ser una alternativa eficaz para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en dimensiones físicas, emocionales y espirituales.

Algunos otros ejemplos comprenden los grupos de ayuda para enfermos crónicos, que han reportado un elevado número de personas adultas mayores (Muñoz, Ocampo y Quiroz, 2007) o los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) pertenecientes a la Secretaría de Salud y que a través del Programa de Salud del Adulto y el Anciano se implementaron como una estrategia que estimula la adopción de estilos de vida saludables. Principalmente se han formado en las unidades de salud de primer nivel de atención y algunas de los lineamientos son asistir

semanalmente al grupo y recibir charlas educativas en salud. Lo que permite un intercambio de experiencias entre los participantes (CENAPRECE, 2016).

Así, un estudio realizado para evaluar el cumplimiento de las metas de los GAM en 15 entidades federativas del país, reportaron que en su mayoría acuden mujeres (78.8%) y personas de 60 años y más (40%), esta situación es similar a la de otros estudios donde la participación masculina sigue siendo mínima y preocupante ya que resulta necesario explorar los factores que obstaculizan su participación y cuidado a la salud (Lara, Aroch, Jiménez, Arceo y Velázquez, 2004).

Otros servicios informales utilizados por la población para atender problemas emocionales son las medicinas tradicionales y las terapias alternativas y complementarias (Saavedra y Berenzon, 2013). De las primeras, no se hallaron datos sobre el empleo de estas específicamente en población adulta mayor, pero sí en adultos quienes han expresado acudir con terapeutas tradicionales no solamente para aliviar sus malestares, sino también para obtener consejos acerca de problemas personales que les aquejan (Berenzon, Ito-Sugiyama y Vargas, 2005).

De las segundas, han sido mayormente estudiadas y se ha reconocido que un mayor número de personas busca mejorar su salud mediante el empleo de estas medicinas, por ejemplo, en México existen datos sobre la prevalencia de su uso que oscilan entre un 15 y 20%. Al respecto, Saavedra y Berenzon (2013) han enfatizado en la idea de que la diversidad de formas que existentes para atender a las necesidades de salud en la población responde a los vacíos dentro del sistema de salud oficial, quien no ha dado suficiente peso en el reconocimiento y atención de problemas comunes de salud mental, como la ansiedad y la depresión.

Otra fuente de apoyo importante para la salud física y mental de los adultos mayores es la espiritualidad y la participación religiosa, al respecto Moxey, McEvoy, Bowe y Attia (2011), mostraron el efecto positivo que tiene sobre el bienestar de las personas mayores dichas prácticas, argumentan que este hecho les permite enfrentar mejor la presencia de múltiples comorbilidades presentes en la vejez, así como, la experiencia del sufrimiento y el significado que toman los síntomas (Walsh, 2009).

Ejemplo de lo anterior, son dos estudios realizados en la Ciudad de México donde se mostró que las mujeres tienden con mayor frecuencia a afrontar sentimientos de soledad y abandono a través de la religión, a diferencia de los hombres (Rivera y Montero, 2007). En ambos estudios se reportó que los factores religiosos no se asociaron con la variable depresión. Aunque afirman que es posible encontrar resultados contrarios donde la espiritualidad y los síntomas depresivos guardan una relación directa con la satisfacción en la vida y el sentido de autosuficiencia (Flores, Huerta, Herrera y Alonso, 2011).

Justificación

Como efecto de la transición demográfica y epidemiológica ciertas regiones del país han presentado transformaciones más evidentes a consecuencia del proceso de envejecimiento. Ejemplo de lo antes mencionado es el estado de Veracruz que ha calificado como una de las tres entidades federativas con mayor número de personas adultas mayores. Por ende, las consecuencias y retos que traerá consigo el envejecimiento de la población hacen urgente indagar en el perfil de salud de los veracruzanos de edades avanzadas. Al respecto, la literatura reporta la diversidad de factores sociodemográficos y psicosociales que originan vulnerabilidad y propensión a desarrollar enfermedades, particularmente en la esfera de la salud mental, la prevalencia de malestar psicológico en escenarios de atención primaria es cada vez más común.

A pesar de que las investigaciones nacionales se han enfocado preponderantemente en el área metropolitana, existe escasa literatura sobre el perfil de los adultos mayores en Veracruz. Por lo que en un escenario donde existe un incremento del número de personas de 60 años y más con malestar psicológico, que pueden o no cumplir con los criterios de un trastorno, resulta importante identificar los recursos utilizados para tratar problemas emocionales. Lo anterior permitirá generar evidencia sobre las necesidades de los adultos mayores, así como, conocer los factores que dificultan o facilitan el acercamiento a los servicios de salud mental.

Planteamiento del problema

La literatura respecto a la prevalencia de malestar psicológico en población adulta mayor señala ya como prioritario atender la problemática, debido a las graves implicaciones asociadas a la discapacidad, morbilidad, mortalidad; disminuyendo la la calidad de vida de quien la padece. Al respecto, en el país las investigaciones se han enfocado preponderantemente en la identificación de síntomas de depresión, existen escasa información por quienes presentan ansiedad, y menor aún por aquellas personas donde ambas sintomatologías coexisten. Relacionado con lo anterior, investigaciones previas han mostrado un incremento en la demanda de atención por malestar psicológico en unidades de atención primaria, sin embargo, aún existe una subvaloración en el diagnóstico debido a que dichos síntomas se encuentran enmascarados por quejas físicas, o porque algunos síntomas suelen asociarse a características o condiciones de la edad, acentuando la falta de comprensión ante los problemas cotidianos de la población. Al respecto, se sugiere que los servicios de primer nivel de atención son la clave para identificar problemas de salud mental.

Por su parte, estudios señalan que un número importante de personas con malestar psicológico emplean alternativas de ayuda diversas que van desde formas privadas o rituales a formas individuales o comunitarias las cuales cursan por el camino de la autoatención y el autocuidado, esto significa que combinan y prueban variadas alternativas, construyendo nuevas estrategias encaminadas a la búsqueda de atención a la salud.

Por ende, tener conocimiento de los escenarios y posibilidades a las que las personas recurren para aliviar sus malestares permite identificar y conocer las necesidades de atención y los factores que dificultan el acercamiento a servicios de salud mental.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de malestar psicológico en un grupo de adultos mayores que asiste a centros de salud de la ciudad de Xalapa y qué estrategias de autoatención y/o servicios utiliza ante la presencia de problemas de salud mental?

Objetivo general

Analizar la prevalencia de malestar psicológico en un grupo de adultos mayores de la Ciudad de Xalapa, así como conocer y describir las estrategias de autoatención y los servicios formales e informales que utiliza esta población.

Objetivos específicos

- 1) Estimar la prevalencia de malestar psicológico en hombres y mujeres de 60 años y más.
- 2) Obtener datos sobre las estrategias de autoatención y uso de servicios formales e informales para tratar problemas de salud mental en adultos mayores que asisten a centros de salud de la ciudad de Xalapa.
- 3) Describir las prácticas antes mencionadas.
- 4) Conocer el porcentaje de personas que emplea estrategias de autoatención y los servicios formales e informales.
- 5) Conocer qué estrategias de autoatención y servicios son frecuentes y para qué tipo de malestares.

Hipótesis

Los adultos mayores con malestar psicológico utilizaron con mayor frecuencia estrategias de autoatención y servicios informales.

- H_0 : No existen diferencias significativas *entre los adultos mayores con malestar psicológico* y los que no lo presentaron en el uso de estrategias de autoatención y servicios informales.
- H_1 : Existen diferencias significativas *entre los adultos mayores con malestar psicológico* y los que no lo presentaron en el uso de estrategias de autoatención y servicios informales.

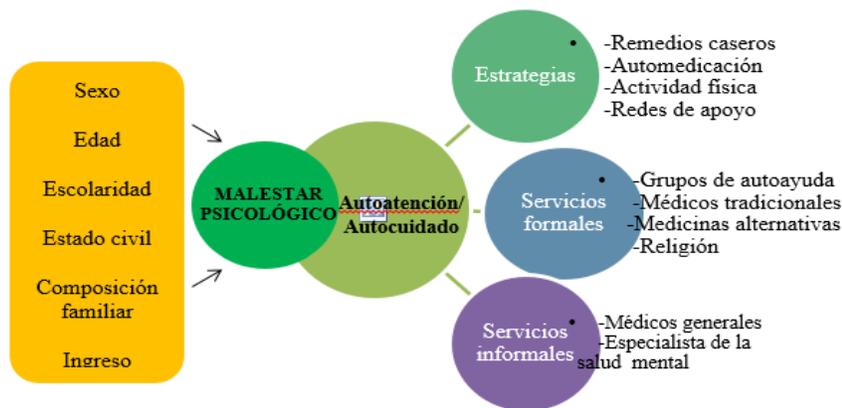
Modelo conceptual

El presente modelo surge de la propuesta teórica del autor Haro-Encinas (2000). En ella se señala el reconocimiento de la existencia y empleo, simultáneo, de una gran variedad de formas de atención a padecimientos o malestares de tipo físico y/o mental, dónde búsqueda de atención, alivio o cura significa combinar y relacionar prácticas curativas, estrategias de autoatención y uso de servicios.

Explica que estos se construyen, apropian y emplean desde el contexto sociocultural donde se instalan los conjuntos sociales para después ser reproducidas a nivel sujeto con el fin de mejorar la salud. De manera que, la persona, a nivel autónomo, establece su propia búsqueda de atención y tratamiento desde una extensa variedad de saberes y prácticas establecidas en su entorno.

Es importante señalar que eje central de esta búsqueda son la *autoatención/ autocuidado*, pensada como la actividad básica del proceso salud-enfermedad-atención, resultando central en el funcionamiento de diversas formas de atención a la salud ya que requiere la confianza de los usuarios para mantener la eficacia práctica y simbólica que implica cualquier proceso de curación.

Figura 2. Modelo conceptual basado en la propuesta del autor Haro (2000).



Fuente: elaboración propia.

Por todo lo anterior, explorar la relación que guardan las características sociodemográficas y las diversas alternativas de ayuda en caminadas a la atención de malestar psicológico servirá para conocer los factores que dificultan o facilitan el acercamiento a los servicios de salud mental.

Capítulo 2

Metodología

2.1 Tipo de estudio

Se realizó un tipo de estudio de encuesta con un diseño transversal (una sola medición en un momento específico); descriptivo (cálculos de prevalencias) y analítico (relación entre variables).

2.2 Población y muestra

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, debido a que no se cuenta con un marco muestral que permita realizarlo de forma aleatoria, por lo que la muestra la conformaron 109 adultos mayores de ambos sexos. Lo anterior se estimó con base a la prevalencia de malestar psicológico (61.5%) reportada en el estudio de Vargas, et al. (2011) con una precisión del 10% y una tasa de no respuesta del 20%. Asimismo, para realizar el cálculo se utilizó la siguiente fórmula, y el tamaño se ajustó posteriormente para una tasa de no respuesta del 20%:

Figura 3.

$$n = \frac{Z^2 (pq)}{j^2}$$

Fuente: Daniel W.W., et al. (2002).

Se realizó una encuesta a través de una entrevista cara a cara a usuarios de la consulta externa de cuatro unidades médicas (centros de salud) de las siete que se encuentran en la ciudad de Xalapa y que pertenecientes a los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER). La selección de los centros de salud se basó en la cantidad de consultas reportadas en el año 2016, la información se obtuvo de la Plataforma Nacional de Transparencia-INFOMEX-Veracruz.

Tabla 1. Centros de salud de primer nivel de atención (SSAVER).

Nombre del centro de salud	Número de consultas reportadas en 2016
Unidad médica Dr. José Antonio Maraboto Carreón	3,740
Unidad médica Dr. Gastón Melo	2,674
Unidad médica Miguel Alemán	2,367
Unidad médica Sebastián Lerdo de Tejada	1,743

2.3 Criterios de selección

Adultos de 60 años y más seleccionados aleatoriamente y que aceptaron participar en el estudio. Para este estudio fueron excluidas aquellas personas que mostraron posible deterioro cognitivo, que se midió con la prueba Mini-Cog- Spanish.

2.4 Definición de variables

2.4.1 Sociodemográficas

Conceptual: Variables propias del estudio estadístico de una colectividad humana, referidas a un determinado momento de su evaluación.

Operacional: Escolaridad, edad, sexo, estado civil, ocupación, arreglos domiciliarios e ingreso.

Tabla 2. Variables sociodemográficas

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición	Categoría(s)
<i>Datos generales</i>				
Sexo	Características del sexo biológico	Sexo	Nominal	-Hombre -Mujer
Edad	Tiempo transcurrido de la vida de un individuo	¿Cuál es su edad en años cumplidos?	Ordinal	-60-69 años -70- 79 años -80 años y más
Escolaridad	Nivel máximo de estudios del participante	¿Cuál es su grado de escolaridad?	Ordinal	-Sin educación formal -Primaria

				-Media -Media superior y más
Estado civil	Relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma.	¿Cuál es su estado civil?	Nominal	-Con pareja (casado o en unión libre) -Sin pareja (soltero, divorciado o separado) -Viudo(a)
Ocupación	Principal actividad productiva	¿A qué se dedica?	Nominal	-Trabaja -No trabaja -Jubilado(a)/ pensionado(a)
Arreglo domiciliario	Familiares o personas con las que comparte la vivienda	Actualmente usted vive con:	Nominal	-Solo -Con pareja -Hijos -Nietos -Otro familiar -Otras personas
Ingreso	Rango de ingreso mensual medido en salarios mínimos	Ingreso mensual en pesos	Ordinal	-\$00.00-\$1,200 -\$1,201-\$2,400 -\$2,401-\$4,830 -\$4,831- o más

2.4.2 Malestar psicológico

Conceptual: se refiere a un estado de sufrimiento emocional caracterizado por síntomas de depresión (por ejemplo, pérdida de interés, tristeza, desesperanza) y de ansiedad (por ejemplo, inquietud; sentirse tenso) que pueda tener una persona previa a la aplicación de la prueba (Drapeau, Marchand y Beaulieu-Prévost, 2012).

Operacional: resultado obtenido mediante un cuestionario valorado de forma verbal, con una escala de referencia de tipo *Likert* Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5). Las personas que obtuvieron una puntuación total en la escala de veintiuno o más fueron tomadas como casos probables.

2.4.3 Estrategias de autoatención (1) y uso de servicios (2)

Conceptual (1): se refiere a las “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e indirecta de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2005: 54). Incluye los hábitos personales, la actividad física y la automedicación de fármacos de patente y de remedios caseros. Dentro de este constructo también se engloban algunas redes sociales de apoyo social como la familia, los amigos y los vecinos (Menéndez, 2005).

Conceptual (2): Se refiere a las prácticas, acciones, personas consultadas y/o servicios utilizados por una persona o grupo social ante la presencia de una enfermedad o malestar. Incluye tanto el uso de servicios formales como informales (Haro, 2000).

Operacional (1, 2): resultado obtenido mediante la aplicación de un interrogatorio, valorado en forma de cuestionario verbal que incluye dos apartados a) *Cuadro General de Preguntas*, que incluye una serie de preguntas filtro o de tamizaje sobre el posible uso de 10 recursos y servicios; b) *Secciones de Uso de Servicios*, que incluye preguntas específicas sobre cada uno de los 10 recursos y servicios.

2.5 Instrumento

A continuación, se describen los instrumentos de medición que integran el instrumento final que se aplicó a la población seleccionada.

2.5.1 Funcionamiento cognitivo Prueba Mini-Cog

Se aplicó una prueba de detección cognitiva breve para evaluar posible deterioro cognitivo en adultos mayores. La prueba de tamizaje breve para la memoria incluye la evaluación de la capacidad de una persona de recordar tres palabras no relacionadas entre sí y dibujar un reloj, el tiempo estimado de aplicación corto

(menos de cinco minutos). Fue introducida por S. Borson (2000) ha mostrado precisión en personas con baja escolaridad y con personas que no hablan inglés (Torres-Castro, et al., 2017). La versión en español tiene permiso para uso educacional y en el “AFA National Memory Screening Day” en el año 2012 bajo los derechos de autor de S. Borson.

2.5.2 Datos sociodemográficos

Son los datos generales de cada participante que fueron seleccionadas de acuerdo a las variables descritas en investigaciones previas. Se encuentran descritas en la tabla 2 del apartado 3.4 *Definición de variables*.

2.5.3 Escala de Malestar Psicológico (K-10) de Kessler

Validada en México por Vargas, et al. (2011) y mide el riesgo de padecer malestar psicológico inespecífico o bien para detectar trastornos depresivos y ansiosos. Fue elaborada por Ronald Kessler y Dan Mroczek en 2002 con la finalidad de diseñar una herramienta válida y confiable para aplicarse de manera breve y fácil en encuestas epidemiológicas. Es una escala unidimensional que consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico que se refieren como constructo a la combinación de síntomas ansiosos y depresivos que puede presentar una persona durante las cuatro semanas previas a la aplicación. La puntuación total de la escala puede indicar el riesgo a padecer malestar psicológico, pero no especificar si se trata de uno u otro trastorno (Kessler, Andrew, Colpe, Hiripi, Mroczek, Normand, et al., 2002).

Las puntuaciones oscilan entre los 10 y 50 puntos; los rangos se presentan en cuatro niveles: bajo (10 -15 puntos), moderado (16-21 puntos), alto (22 - 29 puntos) y muy alto (30 -50 puntos), considerándose las puntuaciones superiores a 21 como punto de corte sugestivo de la presencia de un trastorno de ansiedad en población general (22 puntos, sensibilidad del 72.4% [IC 95%: 52.5% - 86.6%] y una especificidad del 73.8% [IC 95%: 67.7% - 79.1%]) y/o depresión (21 puntos, sensibilidad del 78.7% [IC 95%: 67.4% - 87.0%] y especificidad del 79.0% [C 95%: 72.7% - 84.3%]) (Vargas, et al., 2011; Ávila-Gómez, et al., 2014; Vargas, Villamil, 2016).

2.5.4 Uso de Servicios y estrategias de autoatención

El cuestionario de Uso de servicios, validado con población mexicana por Berenzon, et al., (2009a). Se trata de un cuestionario valorado de forma verbal que consta de dos secciones: 1. Preguntas filtro sobre recursos de autoatención y uso de servicios en los últimos treinta días. Sección dos está dirigida a obtener información específica sobre los siguientes recursos: remedios caseros; medicinas, vitaminas y complementos; ejercicios y otras prácticas; redes de apoyo; grupos de autoayuda; médicos tradicionales; medicinas alternativas; ayuda religiosa; médico y especialistas en salud mental (Berenzon, et al., 2009b; Tiburcio, Natera y Berenzon, 2010).

2.6 Procedimiento de recolección de datos

Se obtuvo la carta de aprobación del proyecto por parte de Comité de Ética en Investigación (CEI) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) con número CEI/C/001/2018 que fue entregada a la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación Servicios de Salud de Veracruz (SEVER) para la aprobación con número de registro SEI-001-18, de esta manera se autorizó ejecutar y desarrollar el proyecto en los centros de salud seleccionados.

Se llevó a cabo un piloteo del instrumento del que se obtuvo información sobre los horarios, ubicación y tiempo empleado de aplicación. Posteriormente, se realizó el levantamiento de la información en cada una de las salas de espera de los centros de salud que comprendió los meses de enero a abril 2018. Se invitó a participar a toda persona que cumpliera con los criterios de inclusión a participar explicando de manera general el proyecto. Después de obtener el consentimiento informado de manera escrita como el cuestionario. Una vez concluido, se entregó al participante una copia del consentimiento informado y material informativo sobre salud y envejecimiento (OMS, 2015). Finalmente, se concentraron los cuestionarios para su revisión, captura y análisis.

2.7 Análisis

Para el análisis se utilizó el programa SPSS Statistics, versión 21. Primero, se digitalizó toda la información obtenida de los cuestionarios creando una base de

datos crudos. Posteriormente se limpió la base-cruda y se construyeron las variables de interés para efectuar los análisis de acuerdo a los objetivos de la investigación.

Para los objetivos específicos uno y cuatro se empleó estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para variables sociodemográficas, malestar psicológico, estrategias de autoatención y uso de servicios formales e informales

Para conocer la prevalencia de malestar psicológico en cada una de las variables sociodemográficas, se calcularon frecuencias, porcentajes y se realizaron pruebas X^2 para proporciones (objetivo tres). Para comparar el promedio de estrategias de autoatención y el uso de servicios entre las personas con y sin malestar psicológico se realizaron pruebas t de Student (objetivos 5 y 6). Se consideró una asociación significativa para aquellos resultados con valor $p < 0.05$, asimismo, se estimó el intervalo de confianza (IC 95%) para la prevalencia de malestar psicológico.

2.8 Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación se condujo bajo las *Guías Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (CIOMS, 2002) y en el *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud* (RLGS, 2011). Fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación (Céi) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz con número de aprobación *CEI/C/001/2018*.

Se solicitó a todos los participantes consentimiento informando de forma escrita, misma que expone los propósitos, la justificación, los objetivos, riesgos y beneficios y el procedimiento para la obtención de los datos, así como el contacto de los responsables del proyecto de investigación. También se informó sobre la garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de su participación o la investigación, se aclaró sobre el derecho a no contestar a preguntas sensibles o abandonar la entrevista si lo considera necesario. Para garantizar el respeto a la confidencialidad de la información los cuestionarios no están ligados a datos personales del participante y se informó sobre el uso de la información proporcionada sólo para fines científicos.

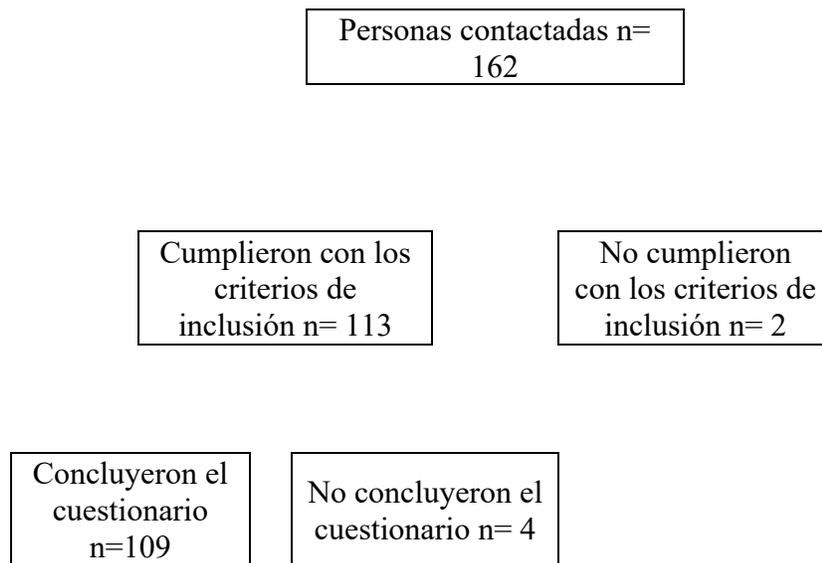
Capítulo 3

Resultados

3.1 Análisis descriptivo

En este apartado se presenta información sobre el proceso de recolección de datos, actividad que se llevó a cabo durante los meses febrero-abril del 2018. Se invitaron a un total de 162 personas adultas mayores que fueron captadas en la sala de espera de los centros de salud seleccionados, 115 personas aceptaron participar, 2 no cumplieron los criterios de inclusión y 4 no concluyeron el cuestionario quedando un total de 109 personas (Figura 3).

Figura 3. Población captada para el estudio.



Fuente: elaboración propia.

3.1.1 Características sociodemográficas de la muestra

Los participantes del estudio eran residentes de colonias cercanas a los centros de salud de la ciudad de Xalapa. La tabla 2 presenta las características sociodemográficas de los adultos mayores. El rango de edad de los participantes fue de 60 a 86 años, con un promedio de 69 años de edad. Una proporción

significativamente mayor estuvo formada por mujeres (83.5%) que se encontraban en el grupo de adultos mayores jóvenes con edades de entre 60 y 69 años (56%) con un nivel de educación primaria (50.5%), en algunos casos no concluida, así mismo un número importante de la muestra informó no tener escolaridad alguna (22.9%). Aunque la mayoría indicó saber leer y escribir.

En general, los participantes del estudio eran casados o vivían en unión libre (44%), el resto indicó estar separados, divorciados o viudos, siendo una minoría los que se encontraban solos. En cuanto a su ocupación e ingresos, una proporción alta de ellos dijo que no trabajaba (68%), sin embargo, un 43.1% dijo percibir \$1,200 o menos mensualmente. En relación a la variable composición familiar, se obtuvo que el 38.5% vive con pareja, hijos, nietos y otra persona con algún otro tipo de parentesco, lo que aquí categorizamos como familia extensa, seguido de los que indicaron vivir solos (18.3%).

Tabla 2. Características de la población participante (n=109)

Variable		n	%
Sexo	Hombre	18	16.5
	Mujer	91	83.5
Edad	60-69	61	56
	70-79	39	35.8
	80+	9	8.3
Escolaridad	Sin educación formal	25	22.9
	Primaria	55	50.5
	Media	15	13.8
	Media superior y más	14	12.8
Estado civil	Soltero	20	18.3
	Casado, unión libre	48	44
	Separado, divorciado, *viudo	41	37.6
Situación laboral	Trabaja	34	31.2
	No trabaja	75	68.8
Composición familiar	Solo	20	18.3
	Con pareja	15	13.8
	Hijos	15	13.8
	Familia nuclear (pareja- hijos)	17	15.6
	Familia extensa	42	38.5
Ingreso	\$0 a \$1,200	47	43.1
	\$1,201 a \$2,400	26	23.9
	\$2,401 a \$4,830	22	20.2
	\$4,831 y más	14	12.8

3.1.2 Prevalencia de malestar psicológico

Se analizó la presencia de malestar psicológico con base en los criterios de validación de la escala K-10 de Kessler en México. El porcentaje de personas adultas mayores que obtuvieron ≥ 21 puntos que se califican como posible caso de malestar psicológico en los últimos treinta días previos a la prueba fue de 31.2% con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) de 22.7% y 40.8%. Por lo tanto, la prevalencia de malestar psicológico al momento del estudio fue de 0,31.

Tabla 3. Número y porcentaje de personas adultas mayores con malestar psicológico.

Frecuencia de malestar psicológico		
	Frecuencia	Porcentaje
No caso	75	68.8
Posible caso	34	31.2
Total	109	100.0

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la proporción de adultos mayores con malestar psicológico y su relación con las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas como se muestra en la *Tabla 4*.

Tabla 4. Prevalencia de malestar psicológico en los últimos 30 días, total y por variables sociodemográficas (n=109)

		n	casos	%	X ²	p
TOTAL		109	34	31.2		
Sexo						
	Hombre	18	6	33.3	0.046	0.83
	Mujer	91	28	30.8		
Edad						
	60-69	61	19	31.1	0.421	0.81
	70-79	39	13	33.3		
	80+	9	2	22.2		
Escolaridad						
	Sin educación formal	25	10	40.0	4.769	0.19
	Primaria	55	18	32.7		
	Media	15	5	33.3		
	Media superior y más	14	1	7.1		

Estado civil						
	Soltero	20	8	40.0	0.885	0.64
	Casado, unión libre	48	14	29.2		
	Separado, divorciado, viudo	41	12	29.3		
Situación laboral						
	Trabaja	34	13	38.2	1.142	0.28
	No trabaja	75	21	28.0		
Composición familiar						
	Solo	20	6	30.0	0.725	0.94
	Con pareja	15	4	26.7		
	Hijos	15	4	26.7		
	Familia nuclear (pareja- hijos)	17	5	29.4		
	Familia extensa	42	15	35.7		
Ingreso						
	\$0 a \$1,200	47	20	42.6	7.336	0.06
	\$1,201 a \$2,400	26	8	30.8		
	\$2,401 a \$4,830	22	5	22.7		
	\$4,831 y más	14	1	7.1		

Fuente: elaboración propia.

3.1.3 Uso de cualquier estrategia de autoatención y servicio

Anteriormente se mencionó que parte de los objetivos del estudio fue obtener información sobre las estrategias de autoatención y servicios elegidos por los adultos mayores para atender su salud mental; así como conocer cuáles son las más frecuentes y las razones para usarla ante la presencia de malestar psicológico. La entrevista guiada por medio de un cuestionario preguntó sobre el uso de ciertas estrategias de autoatención como: remedios caseros, automedicación, práctica de actividades físicas y redes de apoyo. Igualmente, se exploró la asistencia a grupos de autoayuda, consulta a médicos tradicionales y terapias alternativas, la solicitud de ayuda a religiosos, así como, búsqueda de atención especializada en salud mental como psicólogos o psiquiatras. Lo anterior se describe en los apartados siguientes.

De acuerdo con los resultados hallados el 82.6% de los entrevistados usó por lo menos una estrategia de autoatención en los últimos treinta días. En la Tabla 5 se observa que el grupo de adultos mayores realiza con mayor frecuencia las

actividades físicas (43.1%), como caminar y diversos ejercicios que incluyen los estiramientos. De igual forma, destaca la importancia de las redes de apoyo donde un 43.1% dijo acudir principalmente con los hijos, seguido de las amistades, y en algunos casos la pareja, en ese orden de importancia. Asimismo, indicaron que los remedios caseros son una de las estrategias más utilizadas (28.4%) por la población.

Tabla 5. Uso de estrategias de atención en los últimos 30 días (n=109)

	n	%
Estrategias de autoatención		
Remedios caseros	31	28.4
Automedicación	13	11.9
Actividad física	47	43.1
Redes de apoyo	47	43.1
Por lo menos 1 estrategia	90	82.6
Suma de estrategias ab	1.3	[0-4]

ab Se reporta media y rango para variables continuas

Fuente: elaboración propia.

En relación con el uso de servicios, que se clasificaron como informales y formales, los resultados mostraron que el 33% de los adultos mayores utilizan por lo menos un servicio informal. De entre estos, el 26.6% asiste a grupos de autoayuda, como los Grupos de Ayuda Mutua para enfermos crónicos que ofrece la Secretaría de Salud. También, se observó que la ayuda religiosa (5.5%) fue una fuente importante de ayuda para los adultos mayores. Por su parte, la búsqueda de servicios como médicos tradicionales o empleo de medicinas alternativas indicaron porcentajes bajos, al respecto habría que cuestionarse sobre la idea de que tanto influye el entorno, centros de salud para dar cabida a aceptar el uso de medicinas y terapeutas concebidos como subalternos a la medicina hegemónica.

Tabla 6. Uso de servicios formales e informales en los últimos 30 días (n=109)

	n	%
Uso de servicios informales		
Grupos de autoayuda	29	26.6
Médicos tradicionales	1	0.9
Medicinas alternativas	2	1.8
Ayuda religiosa	6	5.5
Por lo menos 1 servicio	36	33.0
Suma servicios informales ab	0.32	[0-2]
Uso de servicios formales		
Médicos	18	16.5
Especialistas de la salud mental	6	5.5
Por lo menos un servicio	22	20.2
Suma servicios formales ab	0.22	[0-2]

ab Se reporta media y rango para variables continuas

Fuente: elaboración propia.

Como seguimiento a esta actividad, los servicios formales aquí definidos como la solicitud de ayuda a médicos generales o especialista de la salud mental como psicólogos, los resultados expresaron que un 20.2% de los adultos mayores acudieron a estos servicios cuando presentaron algún tipo de malestar emocional.

Al respecto se identificó que estos problemas fueron tratados mayormente por el médico general (16.5%), mientras que sólo un 5.5% consultó al psicólogo. La razón es que los médicos generales que atienden en los centros de salud son los que refieren a el área de salud mental a aquellos pacientes que consideran necesitan consulta con un especialista de la salud mental. Cabe señalar que parte importante de los entrevistados que asiste al psicólogo se debe a que pertenecen a los GAM, servicio que tiene como requisito monitorear las condiciones de salud de los inscritos al programa, por lo tanto, la consulta psicológica forma parte de un requisito de permanencia en el grupo.

3.1.3.1 Descripción de cada una de las estrategias de autoatención y servicios

- *Remedios caseros*

Los adultos mayores entrevistados mencionaron que la principal razón por la que utilizaron este recurso fue para *“relajarse”, “para tranquilizarse”* y *“poder dormir”*. Los remedios caseros más frecuentes fueron los tés, principalmente el té de doce flores y los tés amargos, también refirieron haberlo usado de 2-3 veces en los últimos treinta días y todos los días. La recomendación de usarlos proviene principalmente de la familia y mencionaron que volverían a usarlo en caso de sentirse *“intranquilos”* porque consideran que son eficaces, naturales y no dañan la salud.

- *Medicinas, vitaminas o complementos*

La característica de estos medicamentos es que su uso fue sin prescripción médica. Los principales motivos de consumo fueron para *“tener energía”*. Siendo las vitaminas las más frecuentes, principalmente, el complejo B. Con relación a la frecuencia de uso, dijeron haberlas consumido todos los días en los últimos treinta días. Los adultos mayores que usaron esta estrategia indicaron que volverían a utilizarla porque *“ayuda a sentirme mejor”*.

- *Actividad física*

Esta categoría incluye diversos ejercicios o deportes. El tipo de actividades que realizan con mayor frecuencia es caminar, realizar rutinas de estiramiento y bailar. La razón de uso es *“mejorar su salud”, “distraerse y olvidarse de problemas”,* así como, *“hacer amistades”*. Casi todos refirieron sentir alivio y que volverían a realizar esta actividad ya que les ayuda a sentirse mejor, de igual forma explicaron que durante la actividad pueden coincidir con personas que tienen mismos padecimientos físicos, así como problemas derivados de acontecimientos cotidianos.

- *Redes de apoyo*

Dentro de esta categoría están incluidos la familia, los amigos y algunas otras personas como vecinos, entre otros. Como se mencionó anteriormente los hijos, amigos y a la pareja son las principales fuentes de apoyo a las que acuden los adultos mayores cuando tienen algún problema, ya que se sienten en confianza,

escuchados y apoyados. De igual forma indicaron sentirse mejor después de recibir este apoyo y que volverían con ellos si se sintieran mal.

- *Grupos de autoayuda*

Los adultos mayores entrevistados indicaron que la principal razón para asistir a un grupo de autoayuda se debe a que *“es una forma de relacionarse, conocer gente y recibir información para mi salud”*. El grupo de autoayuda más frecuente fue el Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para enfermos crónicos. La particularidad de estos grupos es que se reúnen una vez por semana en algún espacio dentro del centro de salud con la finalidad de recibir información sobre enfermedades prevalentes, sobre cómo generar hábitos saludables, algunas alternativas de cuidado y control periódico del estado de salud los inscritos en el programa. La población captada por estos grupos son mayormente personas de la tercera edad, aunque también es posible encontrar adultos de edades más jóvenes. La recomendación de asistir a estas reuniones proviene principalmente del médico general, y en algunas otras ocasiones familiares, amigos o personas que se encuentran ya en los GAM invitan a otras personas a participar. Los entrevistados dijeron sentirse bien después de asistir a las charlas, mencionan sentirse comprendidos, además de que genera un compromiso y responsabilidad cumplir con las metas del programa.

- *Médicos tradicionales*

Acudir con un médico tradicional fue uno de los recursos menos utilizados, algunos señalaron haber asistido alguna vez en la vida. Se encontró que los que asistieron en los últimos treinta días con algún médico tradicional fue para sentirse mejor o sentir menos molestias y relajarse.

- *Medicinas alternativas*

El uso de estas prácticas fue poco frecuente entre los entrevistados. Las Flores de Bach, aromaterapia y Reiki son algunas de las mencionadas, considerándolo como un recurso que les ayudó a *“sentirse mejor”, “poder dormir”* y *“disminuir molestias”*. Indicaron que usaron estas terapias de dos a cuatro veces en los últimos treinta días. De igual forma informaron que volverían a usarlas por su eficacia y porque no dañan el organismo.

- *Ayuda religiosa*

La religión parece ser una herramienta frecuentemente utilizada principalmente para sentirse “*desahogados*”, “*tranquilos*” y “*estar en paz*”. Refirieron al sacerdote como la principal persona a la que acudieron. La frecuencia con la que asistieron con un religioso fue variada, algunos dijeron haber ido 1 o 4 veces en los últimos treinta días, otros dijeron ir todos los días, pero este dato se identificó como la práctica de asistir a misa. De los entrevistados que acudieron con el sacerdote mencionaron que volverían porque “*sienten fortaleza*”, “*ánimo*” y “*sentirse bien*”.

- *Médicos y especialistas de la salud mental*

Del total de las personas adultas mayores que reportaron utilizar los servicios formales, en su mayoría refirieron que acudieron al médico cuando tuvieron malestar psicológico, las razones fueron que “*hay confianza*”, “*puedo platicar lo que me pasa*”, “*me desahogo*”, “*me recomienda cosas para sentirme mejor*”. Señalaron que volverían con el médico cuando se sintieran mal. Con relación a la frecuencia de uso asistieron solo una vez en los últimos treinta días.

Por otro lado, cuando se les preguntó si habían recurrido a un especialista de la salud mental en su mayoría dijeron que no, sin embargo, la población que respondió afirmativamente dijo que la atención especializada en salud mental a la que acudieron fue el psicólogo. Señalaron que sienten ayuda por parte de estos especialistas, así como, sentir que les da consejos, hace preguntas y que pueden contar lo que les pasa. Con relación a la frecuencia de uso asistieron solo una vez en los últimos treinta días.

3.1.4 Uso de estrategias de autoatención y servicios ante la presencia de malestar psicológico

Parte de los objetivos de la presente investigación fue conocer la frecuencia con la que se utilizaron servicios formales e informales, principalmente el uso de servicios por aquellos adultos mayores que calificaron como caso de malestar psicológico. Como resultado obtuvimos que 34 de los entrevistados calificaron como caso, según la escala K10 que evaluó diversos síntomas asociados a la depresión y ansiedad en los últimos treinta días (31.2%), como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 7. Frecuencia de malestar psicológico en los últimos 30 días por sexo.

Presencia de malestar psicológico (n=34).	
Sexo	Caso
Hombre	6
Mujer	28
Total	34

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 8 muestra que cuando los adultos mayores presentan malestar psicológico la principal estrategia de autoatención para aliviar la sensación de “sentirse mal” o “intranquilos” fue acudir con familiares o amigos (50%), utilizar diversos remedios caseros (41.2%) y realizar algún tipo de actividad física (26.5%). Sin embargo, la mitad de los entrevistados que no presentaron síntomas de ansiedad y depresión señalaron hacer ejercicio.

En relación al uso de cualquier servicio los participantes respondieron solicitar ayuda a con el médico general (26.5%), asistir a los grupos de autoayuda (17.6%) y solicitar ayuda religiosa (11.8%). Resulta importante señalar que los adultos mayores que no presentaron sintomatología asistían a grupos de autoayuda (30.7%), con el médico (12%) y con un especialista de salud mental (8%).

Tabla 8. Prevalencia de uso de estrategias de atención y de servicios formales e informales en los últimos 30 días, de acuerdo a la presencia/ausencia de malestar psicológico

Estrategias de autoatención	Ausencia de malestar psicológico (n=75)		Presencia de malestar psicológico (n=34)		t	p-valor
	n	%	n	%		
Remedios caseros	17	22.7	14	41.2		
Automedicación	7	9.3	6	17.6		
Actividad física	38	50.7	9	26.5		
Redes de apoyo	30	40.0	17	50.0		
Por lo menos 1 estrategia	61	81.3	29	85.3	0.26	0.61

Suma de estrategias	1.2a	[0-3]b	1.3a	[0-4]b	0.694	0.489e
Uso de servicios informales						
Grupos de autoayuda	23	30.7	6	17.6		
Médicos tradicionales	0	0.0	1	2.9		
Medicinas alternativas	2	2.7	0	0.0		
Ayuda religiosa	2	2.7	4	11.8		
Por lo menos 1 servicio c	26	34.7	10	29.4	0.29	0.59
Suma de servicios informales	0.36a	[0-2]b	0.32a	[0-2]b	0.34d	0.734e
Uso de servicios formales						
Médicos	9	12.0	9	26.5		
Especialistas de la salud mental	6	8.0	0	0.0		
Por lo menos 1 servicio c	13	17.3	9	26.5	1.21	0.27
Suma de servicios formales	0.2a	[0-2]b	0.26a	[0-1]b	0.681	0.498e

a,b Se reporta media y rango para variables continuas

c Se reporta X² y p valor

de Se reporta el valor de la prueba t- student y p valor.

n= número de personas que usaron alguna estrategia o servicio

Fuente: elaboración propia.

Lo anterior sugiere que el grupo de adultos mayores entrevistados utiliza principalmente como práctica de autocuidado ante la presencia de malestar emocional acudir con un familiar principalmente hijas e hijos, la pareja, hermanas o hermanos y en algunas ocasiones amigas o amigos siendo una fuente de apoyo. Otra acción importante fue el consumo de té o infusiones para tratar de relajarse o tranquilizarse, asimismo, la actividad física como caminar o realizar algún tipo de ejercicio resultan ser un componente importante en la búsqueda de alivio y tranquilidad.

Otra forma de contribuir a su bienestar emocional fue asistir al médico general. Si bien la atención que se ofrece en centros de salud de primer nivel no contempla urgencias psicológicas o psiquiátricas, los adultos mayores manifestaron sentir confianza de expresar sus problemas personales al profesional de la salud. Los grupos de autoayuda resultaron ser una estrategia importante para sentirse aliviados debido a la identificación con otros en términos de enfermedades físicas y

manifestación de algunos eventos cotidianos. Aunado a lo anterior, la religión expresada como búsqueda de apoyo permite que los adultos mayores se sientan escuchados y aconsejados por una figura religiosa como el sacerdote.

Lo anterior expresa que, de los diez recursos preguntados, seis de ellos fueron importantes en la búsqueda de atención a los problemas emocionales de este grupo de adultos mayores.

Capítulo 4

Discusión

Recientemente la población mexicana ha experimentado un incremento en el número de personas adultas mayores, hecho que continuará sucediendo hasta la primera mitad del siglo XXI (Díaz-Tendero, 2012; Aranco, et al., 2018). Lo anterior plantea nuevos desafíos y oportunidades para desarrollar y formular políticas o programas públicos que garanticen una mejor calidad de vida para las personas que transitan o transitan hacia la vejez en años futuros.

Dado lo anterior, reconocer que el panorama actual de los adultos mayores del país se caracteriza por vivir en condiciones de pobreza, con un bajo nivel de educación y con una creciente prevalencia de enfermedades crónicas, además de una baja cobertura de seguridad social, falta de atención y cuidados especializados (Kánter, 2017), nos ofrece una valiosa oportunidad para reflexionar sobre los desafíos que trae consigo el envejecimiento demográfico y epidemiológico de la población en las distintas regiones del país.

Concretamente y dada la naturaleza del estudio, el estado de Veracruz, concentra un eminente número de personas adultas mayores con un perfil epidemiológico caracterizado por el incremento de enfermedades crónicas físicas como en el resto del país, sin embargo, cuando se explora sobre las condiciones de salud mental es posible hallar poca información al respecto.

Por ejemplo, en algunas regiones de la entidad federativa, como la Ciudad de Xalapa, fue escasa la información que diera cuenta sobre la prevalencia de malestar psicológico en este grupo poblacional. Al respecto, fue posible documentarse gracias a los resultados mostrados en encuestas nacionales como ENASEM y ENSANUT. No obstante, sigue siendo necesario conocer las problemáticas y necesidades de salud mental de las personas adultas mayores que radican en municipios o ciudades con particularidades como, menor acceso a servicios de salud y seguridad social.

En este sentido, el presente trabajo aporta información relevante sobre la presencia de malestar psicológico en un grupo de personas adultas mayores, así como las características del uso de servicios para tratar malestares emocionales y conductuales que responden a un constructo menos estigmatizante y más acoplado a un lenguaje cotidiano, haciendo posible nombrar los conflictos internos que puedan estar causando síntomas de ansiedad y depresión, desde la interpretación del paciente, sin dejar de lado la posibilidad de detectar de manera oportuna, mediante escalas de tamizaje, trastornos comunes como los antes mencionados.

Los resultados del estudio mostraron que el 31.2% de los encuestados obtuvieron calificaciones por arriba de los 21 puntos, es decir, presentaron malestar psicológico. Lo anterior coincide con estudios previos que han alcanzado prevalencias comparables a las de este estudio en entornos de primer nivel de atención (Sánchez-García, et al., 2012; Ávila-Funes, et al., 2012; Del Castillo, et al., 2013; Salinas, et al., 2014; García, et al., 2015; Canuto, et al., 2017). El que una tercera parte de los participantes presenten malestar psicológico es una clara evidencia de la necesidad de incorporar en este nivel acciones y estrategias para prevenir y atender estas condiciones.

Desde una perspectiva de la salud pública, el impacto que tiene la depresión y ansiedad no tratada es alto, no sólo para la salud de quien lo padece (en términos de discapacidad, morbilidad, dependencia y disminución de la calidad de vida), sino también para el sistema de atención debido a los altos costos económicos que representa atenderlas (Salazar y Sampere, 2012; Ávila-Gómez et al., 2014; Vasiliadis, et al., 2015).

Los resultados derivados de los 109 adultos mayores de la muestra evidenciaron que en este estudio no se encontraron diferencias significativas entre las características de la población: como el sexo, estado civil, escolaridad o ingreso, y los indicadores de síntomas de ansiedad y depresión (De los Santos, et al., 2018), a diferencia de otros estudios que reportaron asociaciones estadísticamente significativas. Por ejemplo, Monserud y Wong (2015), hallaron que la viudez, especialmente la viudez reciente, es un factor de riesgo para la sintomatología depresiva entre hombres y mujeres mexicanos mayores de 60 años; al respecto

solo 12 participantes dijeron estar separados/ divorciados o viudos, pero en el análisis no se asociaron a la aparición de malestar psicológico. En respuesta a lo anterior, valdría la pena de indagar sobre la sensibilidad del instrumento en población geriátrica o sobre las características socioculturales de la población de estudio. También sería recomendable en futuros estudios ampliar la muestra de tal forma que se cuente con un mayor número de adultos mayores sin pareja.

Si bien se ha señalado que los adultos mayores con depresión consultan al médico dos o tres veces más que aquellos que no están deprimidos (Peña, et al., 2009; Sotelo, et al., 2012), en este estudio se pudo encontrar que solo un 26.5% de las personas que calificaron con malestar psicológico compartió sus problemas emocionales en la consulta con el médico de primer nivel de atención. Los presentes hallazgos enfatizan la necesidad de que el personal de primer nivel de atención dé importancia a la salud mental de sus pacientes.

Así también, resulta necesario acentuar las investigaciones en torno a la percepción que los adultos mayores tienen de la atención de los servicios de salud, ya que los resultados de la investigación mostraron algunas apreciaciones como: el sentimiento de maltrato, falta de sensibilidad y paciencia y dificultad para expresar sus problemas, no sólo físicos, sino también, emocionales (Ruelas, Pelcastre, y Reyes, 2013) al médico. La literatura ha explicado que la falta de atención a los pacientes se debe a la sobrecarga de trabajo, exceso de consultas que deben realizarse en un tiempo determinado. No obstante, se ha demostrado que la atención de los trastornos mentales no está del todo integrada al sistema de salud, a pesar de que las políticas y acciones de salud mental identifican a la atención primaria como el eje de atención y prevención de los problemas de salud mental.

En otro orden de ideas, los resultados obtenidos en relación con las estrategias de autoatención utilizadas coinciden con lo hallado en otros estudios donde se señala como principal fuente de apoyo la familia y los amigos (Sosa y Acosta, 2015; Tello, et al., 2016). Algunas investigaciones han mostrado que el apoyo social percibido tiene una relación positiva con el bienestar psicológico (Aceiro, et al. 2017) observando que cuantas más redes de apoyo existan, menos vulnerables son los adultos mayores, por lo tanto tienen más oportunidades de mejorar su salud

emocional y por tanto su calidad de vida. Se ha documentado que aquellas personas que conviven con sus familiares presentan mayores beneficios en la salud física, mental y emocional en comparación con los que viven solos (Vivaldi y Barra, 2012; Bjorn, et al., 2015).

Otra estrategia para hacer frente síntomas relacionados con malestar psicológico fue el uso de remedios caseros, se ha reportado su uso en toda la población, principalmente en mujeres (Berenzon, et al. 2009b). Este estudio no es la excepción, ya que poco menos de la mitad de los entrevistados utilizó tés o infusiones. Al respecto, la muestra de este estudio estuvo formada mayormente por mujeres, sin embargo, estudios como el de Salgado de Snyder, et al. (2005) reportan que el 60% de los hombres adultos mayores dijeron usar tanto remedios caseros como medicamentos para aliviar sus malestares.

Igualmente, se exploró sobre el empleo de actividades físicas como recurso de autoatención ante la presencia o ausencia de malestares emocionales, al respecto se reportó que la población realizó ejercicios varios como estiramientos y caminatas. Hallando que dichas acciones tienen efectos positivos en ambos grupos. Esta estrategia ofrece una oportunidad para que los adultos mayores se distraigan e interactúen con otras personas (Isorna y Felpeto, 2014; Boyaro y Tío, 2014).

También los grupos de autoayuda resultaron ser un componente importante en la búsqueda de ayuda, al respecto el reconocimiento de un problema en común permite generar intercambio apoyo que les ayuda a procesar algún tipo de duelo o dificultad por razones de enfermedad, de manera que se sienten acompañados y comprendidos por sus pares y por el personal médico que continuamente monitorea su estado de salud, lo que coincide con investigaciones previas como la de Lara (2004) y Hernández (2010). Otra fuente de apoyo importante para la salud física y mental de los adultos mayores es la espiritualidad y la participación religiosa, está ha mostrado que favorece el desarrollo de sentimientos de tranquilidad y bienestar ante problemas cotidianos (Rivera y Montero, 2007; Flores, et al., 2011), así como, enfrentar mejor la presencia de múltiples comorbilidades presentes en la etapa de la vejez (Walsh, 2009; Moxey, et al., 2011).

En relación a los servicios formales de salud, principalmente médicos generales fueron los más usados por la población. Al respecto los entrevistados dijeron sentirse en confianza para contar lo que les pasa, sentirse escuchados y al mismo tiempos atendidos, asimismo, hubo quienes argumentaron que en la consulta con su médico general no es posible expresar libremente cómo se sienten ya que el tiempo empleado en la revisión es breve y usualmente el médico no profundiza en el sentir de las personas, otra de las razones fue que frecuentemente cambian de médico por lo tanto no se crea un vínculo médico-paciente, esto coincide con estudios previos que señalan las barreras de atención sentidas por parte del sistema de salud oficial y los prestadores de servicios en salud. No obstante, existen propuestas encaminadas a fortalecer y mejorar los servicios que ofrece el primer nivel de atención, ya que en el caso de la salud mental son la clave para la detección y tratamiento de problemas de salud mental.

Por otra parte, la solicitud de atención a profesionales de la salud mental, no fue una estrategia para los adultos mayores que presentaron síntomas de ansiedad y depresión. Autores muestran que factores como el estigma, el no reconocer sentimientos o estados emocionales o la poca información que existe sobre la importancia de la salud mental son condiciones que limitan el acercamiento a especialistas. Al respecto el modelo de atención a la comunidad sigue estando en centros de alta especialidad y hospitales psiquiátricos, siendo muy limitados en el primer nivel, donde prácticamente no hay psiquiatras y solo en algunos es posible encontrar psicólogos. Lo anterior resulta contradictorio con la elevada prevalencia de los trastornos mentales que ha sido reportada.

En este estudio se puede observar que el cuidado de la salud mental no solo recae en los sistemas de salud oficiales, los adultos mayores muestran preferencia por el uso simultáneo de una gran variedad de formas de atención a padecimientos o malestares de tipo físico y mental con el objeto de buscar alivio o cura, de ahí la necesidad de sensibilizar a personal de salud y a la población sobre la importancia de la salud mental y sobre el reconocimiento de estrategias o instancias alternativas como un factor significativo en la atención integral de la salud.

Conclusiones

A manera de conclusión, el presente estudio considera que a partir de los hallazgos obtenidos resulta importante proponer acciones o estrategias que garanticen una atención médica y psicológica en entornos de primer nivel atención. Una forma de hacerlo como aquí se señaló en capítulos previos es mediante la capacitación y utilización de herramientas de detección cortas que permitan monitorear a los pacientes ambulatorios, no sin antes promoverse políticas públicas dirigidas al conocimiento de la importancia de la salud mental y de la prevalencia de trastornos comunes.

Por otro lado, debe procurarse que el personal de salud atienda las necesidades mentales y físicas de los adultos mayores que acuden a centros de salud. Al respecto se ha comprobado la efectividad de la integración de los servicios de salud en la disminución de trastornos de ansiedad y depresión. Al respecto, también se hace necesario el reconocimiento por parte de los profesionales de salud de algunas otras estrategias como: la medicina alternativa o complementaria en la disminución de algunos problemas de salud mental y sumar esfuerzos por crear espacios saludables donde la población de la tercera edad pueda incluirse, en este caso se halló la efectividad de los grupos de autoayuda, así como las actividades grupales que en ellas se desarrollan.

Alcances y limitaciones del estudio

La presente investigación no se encuentra exenta de limitaciones como consecuencia de la utilización de un modelo metodológico sencillo. Algunos factores interesantes de indagar quedaron fuera, entre otras cosas, por las dificultades que presentó profundizar en la entrevista debido a que los participantes se encontraban en la sala de espera del servicio de consulta externa donde los espacios son reducidos para la elevada cantidad de personas que asisten a consulta. Otro factor limitante fue que la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres lo cual resulta una limitación ya que los resultados no necesariamente reflejan la visión de

los hombres. Asimismo, poco más de la mitad de los entrevistados tenía menos de 69 años lo que impidió obtener información sobre los adultos mayores octogenarios.

Los alcances de este trabajo muestran una primera aproximación al conocimiento de las prácticas de autoatención y uso de servicios llevadas a cabo por un grupo de adultos mayores que asisten a consulta a centros de salud, acciones que corresponden al ámbito de lo cotidiano y que pocas veces son contempladas en estudios sobre uso de servicios. Es importante señalar que los participantes asistieron a consulta por motivos relacionados con enfermedades o padecimientos físicos, lo que permite confirmar que los malestares emocionales pueden ser la causa principal para acudir al médico, que trastornos comunes como la ansiedad y la depresión siguen siendo subdiagnosticada y sobre la necesidad de emplear instrumentos breves y/o autoaplicables que permita identificar a los posibles casos y así poder brindar atención efectiva y oportuna.

Referencias

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud mental, 30*(2), 33-41.
- Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., . . . Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública, 17*, 307-322.
- Alvarado García, A. M., Maya, S., & María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*: CEPAL.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED, 1*(1), 147-158.
- Arroyo Rueda, M. C., Mancinas Espinoza, S. E., & Ribeiro Ferreira, M. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados*: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C., & Kylén, S. (2015). Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study. *BMC complementary and alternative medicine, 15*(1), 132.
- Ávila Gómez, L. D., Duarte Tagles, H., Flores Río de la Loza, L. J., Ponce Serrano, S., & Tong Payán, J. M. (2014). Presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes ambulatorios con patología neurológica. *Salud mental, 37*(5), 399-406.
- Balbuena, F. R., Aranda, A. B., & Figueras, A. (2009). Self-medication in older urban mexicans. *Drugs & aging, 26*(1), 51-60.
- Barrios, M., Hernández, C., & Urbina, L. J. R. E. U. (2009). Salud mental del adulto mayor de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México.

- Bautista-Arredondo, S., Serván-Mori, E., Colchero, M. A., Ramírez-Rodríguez, B., & Sosa-Rubí, S. G. (2014). Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *salud pública de méxico*, *56*, 18-31.
- Becerra, R. G. C., Ríos, E. V., Rodríguez, L. G., Daza, E. R. V., & González, L. M. J. A. P. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *47(6)*, 329-335.
- Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ open*, *6(6)*, e011503.
- Berenzon Gorn, S., Alanís Navarro, S., & Saavedra Solano, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud mental*, *32(2)*, 107-115.
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *salud pública de méxico*, *51(6)*.
- Bollain, A. D.-T. (2012). *La teoría de la economía política del envejecimiento: un nuevo enfoque para la gerontología social en México*: El Colegio de la Frontera Norte.
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51(10)*, 1451-1454.
- Bower, P., Jerrim, S., & Gask, L. (2004). Primary care mental health workers: role expectations, conflict and ambiguity. *Health & social care in the community*, *12(4)*, 336-345.
- Casado, J. R., Vegas, A. M., & Ruiz, M. R. (2006). Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *9(62)*, 4003-4010.

- Castanedo, C., García, M., Noriega, M., & Quintanilla, M. J. C. e. h. w. a. e. s. p. c. (2007). Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. 1.
- Ceballos Gurrola, O., Álvarez Bermúdez, J., & Medina Rodríguez, R. E. (2012). Actividad física y calidad de vida en adultos mayores.
- Chackiel, J. (2006). América Latina: ¿hacia una población decreciente y envejecida? %J Papeles de población. 12, 37-70. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252006000400004&nrm=iso.
- Chackiel, J. J. S. d. C. N. U. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad.
- Chande, R. H. (2014). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*: El Colegio de la Frontera Norte.
- Coronel, I. R. K. (2017). El envejecimiento en México, una visión demográfica.
- Cosío, M. E. Z. d. J. N. d. p. (1992). La transición demográfica en América Latina y en Europa.
- Daniel, W. B. (2002). Base para el análisis de las ciencias de la salud. *Editorial Limusa-Wiley. 4ta edición. México, 228-255*.
- Dantés, H. G., Castro, V., Franco-Marina, F., Bedregal, P., García, J. R., Espinoza, A., . . . Valente, J. G. J. s. p. d. m. (2011). La carga de la enfermedad en países de América Latina. 53, s72-s77.
- De los Santos, P. V., & Valdés, S. E. C. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica, 15(2), 8*.
- Del Castillo Arreola, A., Morales Téllez, O., & Solano Solano, G. (2013). Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine, 3(1)*.
- Díaz-Tendero, A. J. U. n. e. p. I. g. s. e. M. M. E. C. d. I. F. N. (2012). La teoría de la economía política del envejecimiento.

- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J. A., Mejía-Arango, S., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 1-11.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). Epidemiology of psychological distress. *Mental Illnesses-understanding, prediction and control LAbate L, editor. INTECH*, 105-134.
- Duque, M. O. G. (2012). Carga de la enfermedad Burden of disease Carga de doença. *CES Salud Pública*, 3(2), 289-295.
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal %J Enfermería universitaria. 10, 36-42. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002&nrm=iso.
- Esqueda, A. L., Calderón, A. A., Jiménez, R. A., Guzmán, M. A., & Monroy, Ó. V. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control. *Archivos de cardiología de México*, 74(4), 330-336.
- Folgar, M. I., & Lamas, M. F. (2014). Relación entre la práctica de la actividad física–deportiva y la mejora del bienestar físico–psicológico en personas mayores. *Lúdica Pedagógica*, 1(19).
- Fraile, J. S., & Verdú, E. S. (2012). *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*: Generalitat Valenciana.
- García-Peña, C., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., & Granados-García, V. J. M., DF: Editorial Alfil. (2013). Envejecimiento saludable y productivo.
- Garzón, M. J. R. C. S. P. (2012). Carga de la enfermedad. 3(2), 289-295.
- Goldberg, D. P., Reed, G. M., Robles, R., Minhas, F., Razzaque, B., Fortes, S., . . . Gask, L. (2017). Screening for anxiety, depression, and anxious depression in primary care: A field study for ICD-11 PHC. *Journal of Affective Disorders*, 213, 199-206.
- González-González, C. (2015). Los determinantes: los cambios demográficos. En *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción* (tercera edición).

México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriatria/Universidad Nacional Autónoma de México.

González, K. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. *La situación demográfica de México. México: Consejo Nacional de Población*, 113-129.

González Rodríguez, R., & Cardentey García, J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 8(2), 103-110.

Gorn, S. B., Reyes, J. G., Solano, N. S., Pérez, P. B., Mellor-Crummey, L., & Saíenz, M. T. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud mental*, 37(4), 313-319.

Gutiérrez Robledo, L. M., Agudelo Botero, M., Giraldo Rodríguez, L., & Medina Campos, R. H. (2016). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. *Instituto Nacional de Geriatria*, 69p.

Gutiérrez Robledo, L. M., & Kershenovich Stalnikowitz, D. (2015). Envejecimiento y salud. In: Instituto Nacional de Geriatria.

Ham-Chande, R., Ramírez L. B. (2015). Seguridad económica en la vejez. En *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción (tercera edición)*. México: Academia Nacional de Medicina de México/Academia Mexicana de Cirugía/Instituto de Geriatria/Universidad Nacional Autónoma de México

Ham Chande, R. J. L. s. d. d. M. (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México.

Huenchuan, S., Guzmán, J. M., & Montes de Oca Zavala, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2015. Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. Consultado en: <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>

- Instituto Nacional de Geriátría, 2017. Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Resumen ejecutivo. Consultado en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2017). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD. Datos nacionales. Consultado en 9 de noviembre 2018 en: <https://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017Nal.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017. Instituto Nacional de Estadística y Geografía Mujeres y Hombres en México 2017. Consultado en 9 de noviembre 2018 en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2017.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2016). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre). Datos nacionales. Nota de prensa. Consultado el 9 de noviembre de 2018 en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/edad2018_Nal.pdf
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L., . . . Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.
- Khazanov, G. K., & Ruscio, A. M. (2016). Is low positive emotionality a specific risk factor for depression? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 142(9), 991.
- LABate, L. (2012). *Mental Illnesses: Understanding, Prediction and Control*: BoD—Books on Demand.
- Lozano, M. G. Z. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de población*, 5(19), 23-41.
- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Pelcastre, B., Ruelas, M., Montañez, J., Campuzano, J., . . . González, J. (2014). Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. *Nuevos resultados y desafíos*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública/Secretaría de Salud.

- Lutz, W., Sanderson, W., & Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, *451*, 716. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/nature06516>. doi:10.1038/nature06516
<https://www.nature.com/articles/nature06516#supplementary-information>
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *salud pública de méxico*, *55*, S323-S331.
- McCall, W. V., & Kintziger, K. W. (2013). Late life depression: a global problem with few resources. *Psychiatric Clinics*, *36*(4), 475-481.
- Melchor, A. R. B., Guzmán, C. H., & Sánchez, M. L. E. U. J. E. U. (2009). Salud mental del adulto mayor de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México. *6*(2), 31-34.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. *Campos Navarro R, comp. La antropología médica en México. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana*, 97-114.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, *8*, 185-207.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, *14*, 33-69.
- Mini-Cog., (2012). Screening for Cognitive Impairment in Older Adults Consultado en: <http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2018/03/SPANISH-Mini-Cog.pdf>
- Monserud, M. A., & Wong, R. (2015). Depressive symptoms among older Mexicans: the role of widowhood, gender, and social integration. *Research on aging*, *37*(8), 856-886.
- Montes de Oca, V., & Hebrero, M. J. P. d. p. (2006). Eventos cruciales y ciclos familiares avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. *12*(50), 97-116.
- Muñoz, M. d. C. L., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. J. S. m. (2007). El costo social de los trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *30*(5), 4-11.

- Nava Bolaños, I., & Ham Chande, R. (2014). Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México. *Papeles de población*, 20, 59-87. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000300004&nrm=iso.
- Olivier, P., Bertrand, L., Tubery, M., Lauque, D., Montastruc, J.-L., & Lapeyre-Mestre, M. (2009). Hospitalizations because of adverse drug reactions in elderly patients admitted through the emergency department. *Drugs & aging*, 26(6), 475-482.
- Organización de los Estados Americanos. (2015) Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Consultado en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf
- Organización Mundial de la Salud, 2018. Envejecimiento y salud. Centro de prensa. Consultado en 20 mayo, 2018 en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud, 2017. La salud mental y los adultos mayores. Consultado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud, 2015. Infografía acerca del envejecimiento y salud. <https://www.who.int/ageing/ageing-infographic-2015-es.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud, 2017. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y cambios demográficos. Consultado en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=envejecimiento-y-cambios-demograficos&lang=es
- Parales, C. J., & Ruiz, E. D. J. R. I. d. p. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. 1(1), 107-121.
- Pech, H. G. C., & Rena, E. K. C. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9(2), 257-270.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia*, 9(1), 63-75. e62.

- Ramos, A. C. (2016). Comportamientos frente a la práctica de actividades físico-deportivas de tiempo libre y su relación entre algunas variables sociodemográficas de los adultos mayores de 60 años del municipio de Tapachula Chiapas,(México). *Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte*, 1(1), 56-79.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López Lena, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 39-47.
- Robledo, L. M. F. G., Botero, M. A., Rodríguez, L. G., Campos, R. H. M., González, J. C. M., Pérez, S. L., & Dávila, H. E. L. (2016). Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México© 2016, Instituto Nacional de Geriatria.
- Robledo, L. M. G., Ortega, M. L., & Lopera, V. E. A. (2012). The state of elder care in Mexico. *Current Geriatrics Reports*, 1(4), 183-189.
- Rodríguez-Daza, K. (2011). Vejez y envejecimiento. Editorial Universidad del Rosario.
- Rodríguez-Ábrego, G., de Jesús Ramírez-Sánchez, T., & Torres-Cosme, J. L. (2014). Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(6), 610-617.
- Rueda, M. C. A., Ferreira, M. R., & Espinoza, S. E. M. (2011). *La vejez avanzada y sus cuidados: historias, subjetividad y significados sociales*: Univ. Autónoma de Nuevo León.
- Sainz, M. T., Rey, G. N., & Gorn, S. B. (2010). Utilización de servicios de atención a la salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Salud mental*, 33(3), 243-248.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Bojorquez-Chapela, I. J. E., pobreza y salud en población urbana. México: Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. 55-69.
- Salgado-de Snyder, V. N., & Wong, R. J. S. p. d. M. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. 49(S4), 515-521.
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. J. S. P. d. M.

- (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *56*, 279-285.
- Salinas, JJ, Al Snih, S., Markides, K., Ray, LA, y Angel, RJ (2010). La brecha rural-urbana: la utilización de servicios de salud entre los mexicanos mayores en México. *The Journal of rural health: revista oficial de la American Rural Health Association y National Rural Health Care Association* , 26 (4), 333–341. Doi: 10.1111 / j.1748-0361.2010.00297.x
- Snyder, V., González-Vázquez, T. T., Jáuregui-Ortiz, B., & Bonilla-Fernández, P. (2005). " No hacen viejos los años, sino los daños": envejecimiento y salud en varones rurales. *salud pública de méxico*, 47, 294-302.
- Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J., Sánchez-Arenas, C., & Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, 14(1), 5-13.
- Toledo, M. G. C., González, N. E. V., Sánchez, M. M. D., & Farfán, S. F. M. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *UniverSalud*, 4.
- Toledo, M. M. G. C. J. E. C. D. L. S. (2009). DEPRESIÓN Y TIPO DE ALIMENTOS EN EL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE VERACRUZ. 41.
- Torrado Ramos, A. M., Sánchez Pérez, L., Somonte López, R., Cabrera Marsden, A. M., Henríquez Pino Santos, P. C., & Lorenzo Pérez, O. (2014). Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Revista Novedades en Población*, 10(19), 18-29.
- Ugalde, O. (2010). Guía clínica para el tratamiento de los trastornos psicogerítricos. *México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*.
- Vargas, L.A. (2016). Las condiciones bioculturales del envejecimiento. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, 103.
- Vargas Terrez, B. E., & Villamil Salcedo, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud mental*, 39(1), 3-9.

- Vargas Terrez, B. E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J., & Cortés Sotres, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud mental, 34*(4), 323-331.
- Velázquez Uribe, M. T. (2004). El envejecimiento de la población. *Ciencias* (075).
- Walsh, F. (2009). Religion, spirituality, and the family: Multifaith perspectives.
- Wheaton, F. V., & Crimmins, E. M. (2016). Female disability disadvantage: a global perspective on sex differences in physical function and disability. *Ageing & Society, 36*(6), 1136-1156.
- Ybáñez Zepeda, E. J. F. n. (2013). Llegar a viejo en la frontera norte: El envejecimiento demográfico en Baja California. *25*(50), 35-64.
- Zamora, Z. E. H., Espinosa, J. M. V., & Mendoza, A. R. (2012). DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS. UNA PROPUESTA INTEGRAL DE INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad, 3*(1), 1-27.

Anexo I: Carta aprobación Comité de Ética en Investigación (Céi). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz



Fecha y Número de Aprobación:

Enero 15, 2018

CEI/C/001/2018

Lic. Meztly Dehonor Casas

Investigador Principal

Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado, "Prevalencia de malestar psicológico, estrategias de atención y uso de servicios de salud en adultos mayores que acuden a Centros de Salud en la Ciudad de Xalapa", el cual se llevará a cabo en los Centros de Salud de la Ciudad de Xalapa, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos. La presente aprobación tiene una vigencia de un año.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato para seres humanos del Comité de Ética en Investigación y Cartas de Consentimiento Informado.

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

Dra. Cristina E. Lóyzaga Mendoza

Presidente del Comité de Ética en Investigación

ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.

C.c.p. Mtra. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-Presente.

Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Unidad Contable de Recursos de Terceros.-Presente.

Calzada México-Xochimilco #101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.
Tels. 4160-5050, 4160-5051 • www.inprf.gob.mx

Anexo II: Carta de registro de proyectos de investigación (2018). Subdirección de enseñanza, investigación y capacitación. Secretaría de Salud de Veracruz



SS
ESTADO DE VERACRUZ

VER Salud
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CARTA DE REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN (2018)

Xalapa, Veracruz, a 18 de enero de 2018

**MEZTLY DEHONOR CASAS
PRESENTE**

Informo a usted que después de haber realizado la valoración científica correspondiente a su propuesta de investigación:

“Prevalencia de malestar psicológico, estrategias de atención y uso de servicios de salud en adultos mayores que acuden a Centros de Salud en la Ciudad de Xalapa”

El dictamen de registro ha sido **APROBADO** para el desarrollo y ejecución del proyecto en las Centros de Salud de Xalapa y en Instituto Veracruzano de Salud Mental pertenecientes a Servicios de Salud de Veracruz, toda vez que cumple con los criterios científicos requeridos y que ha sido previamente APROBADO por Comité de Ética en Investigación de Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el registro otorgado es SEIC-001-18, el protocolo se aprueba con los siguientes tiempos a cumplir:

Fecha de registro	17 de enero de 2018
Fecha de dictamen	19 de enero de 2018
Fecha de inicio de la fase de campo	22 de enero de 2018
Fecha de conclusión:	22 de julio de 2018

Le recuerdo que cualquier cambio que se aplique a los procedimientos de este estudio deberá ser informado oportunamente a esta instancia Estatal. Igualmente comento a Usted que se requiere un informe de avances dirigido a la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación de Servicios de Salud de Veracruz cada dos meses y al concluir deberá entregar el informe técnico correspondiente en extenso, así como aquellos productos que se hayan generado en el transcurso del proceso de investigación.

ATENTAMENTE

**DRA. MARÍA CONCEPCIÓN ARRAZATE GARCÍA
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN
Y CAPACITACIÓN**

Valido: Dr. Carlos Castañeda Hernández/Dr. Gaudencio Gutiérrez Alba

Anexo III: Cuestionario Malestar psicológico: estrategias de autoatención y uso de servicios en adultos mayores.

C u e s t i o n a r i o
Malestar psicológico: estrategias de autoatención y
uso de servicios en adultos mayores

Fecha ____/____/2018

Hora inicio: _____

Hora final: _____

FOLIO: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ENTREVISTADOR: MARQUE LAS RESPUESTAS DEL ENTREVISTADO. Ahora quisiera preguntarle algunos datos generales.

P1. Entrevistador marcar el sexo del participante.

Hombre	1
Mujer	2

P2. Dígame por favor su fecha de nacimiento: día, mes y año.

Día	Mes	Año
No responde	998	
No sabe	999	

P3. ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

Años			
No responde	998		
No sabe	999		

P4. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Sin educación formal	1
Primaria	2
Secundaria	3
Preparatoria	4
Licenciatura	5
No responde	998
No sabe	999

P5. ¿Cuál es su estado civil?

Casado	1
En unión libre	2
Soltero	3
Divorciado (a),	4
Separado (a)	5
Viudo (a)	6
No responde	998
No sabe	999

P6. Actualmente, ¿a qué se dedica?

Trabaja	1
No trabaja	2
No responde	998
No sabe	999

P7. Actualmente usted vive con:

Solo	1
------	---

Con pareja	2
Hijos	3
Nietos	4
Otro familiar	5
Otras personas	6
No responde	998
No sabe	999

P8. ¿Cuántas personas viven en su domicilio incluyéndose a usted?

1 persona	1
2 a 3 personas	2
4 a 6 personas	3
7 personas o más	4
No responde	998
No sabe	999

P9. Para fines estadísticos podría usted señalar la opción que indique el ingreso mensual que usted recibe:

\$00.00 a \$1,200 pesos	1
\$1,201 a \$2,400 pesos	2
\$2,401 a \$4,830 pesos	3
\$4,831 a \$9, 660 pesos	4
\$9,661 y más	5
No responde	998
No sabe	999

KESSLER 10 (K-10)

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted en los **últimos 30 días**.

ENTREVISTADOR: ENCIERRE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE DESCRIBA MEJOR LA FRECUENCIA CON QUE HA TENIDO ESTOS SENTIMIENTOS EL PARTICIPANTE.

P10. ¿Por qué motivo asiste a este centro de salud?

Revisión periódica	1
Por un problema de salud específico ¿Cuál? _____	2
Dispensación de medicamento	3
Acompañó a un familiar	4
Otro _____	5
No responde	998
No sabe	999

P11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a. ...cansado(a) sin ningún motivo?	5	4	3	2	1
b. ...nervioso(a)?	5	4	3	2	1
c. ...tan nervioso(a) que nada podía calmarlo(a)?	5	4	3	2	1
d. ... sin esperanza?	5	4	3	2	1
e. ...inquieto(a) o intranquilo(a)?	5	4	3	2	1
f. ...tan inquieto(a) que no podía permanecer sentado(a)?	5	4	3	2	1
g. ...deprimido(a)?	5	4	3	2	1
h. ...tan deprimido(a) que nada podía animarle?	5	4	3	2	1
i. ...que todo le costaba mucho esfuerzo?	5	4	3	2	1
j. ...inútil?	5	4	3	2	1

Puntuaciones	
Bajo	10- 15
Moderado	16- 21
Alto	22- 29
Muy alto	30-50

P12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia los problemas de salud física fueron la causa principal de estos sentimientos?

Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
5	4	3	2	1

CUESTIONARIO SOBRE USO DE SERVICIOS

CUADRO GENERAL

A continuación, le haré unas preguntas relacionadas con actividades que usted realiza o realizó para tratar ciertos problemas o malestares emocionales en su vida cotidiana.

ENTREVISTADOR: AL FINALIZAR LAS PREGUNTAS DEL CUADRO GENERAL PASAR A LAS SECCIONES EN LAS QUE EL PARTICIPANTE CONTESTÓ SI.



Usted ha utilizado alguna vez...

	Alguna vez en la vida		Los ha utilizado en los <u>últimos 30 días</u>	
	Sí 1	No 2	Sí, ¿cuáles?	No 2
A1. Remedios caseros porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional. Ejemplo, tés, baños.				
B1. Vitaminas, complementos alimenticios o medicinas porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional.				
C1. Ha realizado alguna vez ejercicio, meditación o alguna actividad para relajarse ya que se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional.				
D1. Ha recurrido alguna vez a un familiar, amigo porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional.				
E1. Ha asistido a un grupo de autoayuda porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional. Ejemplo, AA, Neuróticos anónimos.				

Usted ha consultado alguna vez...

F1. A un especialista en medicina tradicional mexicana porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional. Ejemplo, curandero, sobador, brujo, chaman, hierbero.				
G1. Otras medicinas alternativas porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional. Ejemplo, masajes, reiki, flores de Bach, reflexología				
H1. A un consejero espiritual o religioso como sacerdote, pastor, rabino porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional.				
I1. A un médico familiar o general.				
J1. A un psiquiatra, psicólogo o profesional de la salud mental porque se sentía nervioso, triste, estresado o con algún malestar emocional.				

A. USO DE REMEDIOS CASEROS

Usted mencionó que había utilizado algún remedio casero como _____.
 Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

	Nombre del remedio casero 1		Nombre del remedio casero 2		Nombre del remedio casero 3		Nombre del remedio casero 4	
A4. ¿Cómo supo de este remedio o quién se lo recomendó?	Amigo/ vecino Otro No responde No sabe							
A5. ¿Cuántas veces los utiliza (6)?	onde 999		onde 999		onde 999		onde 999	
A6. ¿De qué manera esperaba que le ayudará este remedio?								
A7. Después de usarlo usted se sintió...	Igual Peor onde No sabe		Igual Peor responde No sabe		Igual Peor responde No sabe		Igual Peor responde No sabe	
A8. ¿Volvería a usar este remedio cuando tenga un problema o malestar emocional?	No responde		No responde		No responde		No responde	
A8a ¿Lo recomendaría?	No responde		No responde		No responde		No responde	
A8b. ¿Por qué volvería a usar este remedio??								
A8c. ¿Por qué <u>NO</u> volvería a usar este remedio?								
A9. ¿Después de utilizar estos remedios caseros buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	No responde		No responde		No responde		No responde	
A9a. ¿Cuál fue su otra opción?								

B. USO DE MEDICINAS, VITAMINAS, COMPLEMENTOS

Usted mencionó que había utilizado algún producto como _____.
 Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

	Nombre del producto 1		Nombre del producto 2		Nombre del producto 3		Nombre del producto 4	
B4. ¿Cómo supo de esta medicina, vitamina o complemento?	Amigo/ vecino Otro No responde No sabe							
B5. ¿Cuántas veces los utiliza (ó)?	onde	999	onde	999	onde	999	onde	999
B6. ¿De qué manera esperaba que le ayudará este producto?	onde	999	onde	999	onde	999	onde	999
B7. Después de usarlo usted se sintió...	Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe	
B8. ¿Volvería a usar este producto cuando tenga un problema o malestar emocional?	No responde		No responde		No responde		No responde	
B8a ¿Lo recomendaría?	No responde		No responde		No responde		No responde	
B8b. ¿Por qué volvería a usar este producto??	onde		onde		onde		onde	
B8c. ¿Por qué NO volvería a usar este producto?	onde		onde		onde		onde	
B9. ¿Después de utilizar estos productos buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	No responde		No responde		No responde		No responde	
B9a. ¿Cuál fue su otra opción?	onde		onde		onde		onde	

C. EJERCICIOS, MEDITACIÓN Y RELAJACIÓN

Usted mencionó que ha realizado alguna actividad como _____.
 Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

	Nombre de la actividad 1		Nombre de la actividad 2		Nombre de la actividad 3		Nombre de la actividad 4	
C4. ¿Cómo supo de esta actividad o quién se la recomendó?	Amigo/ vecino Otro No responde No sabe							
C5. ¿Cuántas veces realiza (ó) esta actividad?	onde 999		onde 999		onde 999		onde 999	
C6. ¿De qué manera esperaba que le ayudará esta actividad?								
C7. Después de realizar esta actividad usted se sintió...	Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe	
C8. ¿Volvería a realizar esta actividad cuando tenga un problema o malestar emocional?	No responde		No responde		No responde		No responde	
C8a. ¿Lo recomendaría?	No responde		No responde		No responde		No responde	
C8b. ¿Por qué volvería a realizar esta actividad?								
C8c. ¿Por qué NO volvería a realizar esta actividad?								
C9. ¿Después de realizar esta actividad buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	No responde		No responde		No responde		No responde	
C9a. ¿Cuál fue su otra opción?								

D. FAMILIARES, AMIGOS, CONOCIDOS

Usted mencionó que ha acudido con _____ . Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

	esco con la persona 1		esco con la persona 2		esco con la persona 3		esco con la persona 4	
D4. ¿Cómo supo de esta persona o quién se la recomendó?	Amigo/ vecino Otro No responde No sabe							
D5. ¿Cuántas veces ha acudido (ó)?	onde 999		onde 999		onde 999		onde 999	
D6. ¿De qué manera esperaba que le ayudaría acudir con esta persona?								
D7. Después de visitar a esta persona usted se sintió...	Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe	
D8. ¿Volvería a visitar a esta persona?	No responde		No responde		No responde		No responde	
D8a. ¿Lo recomendaría?	No responde		No responde		No responde		No responde	
D8b. ¿Por qué razones usted volvería a visitar a esta persona?								
D8c. ¿Por qué razones usted <u>NO</u> volvería a visitar a esta persona?								
D9. ¿Después de visitar a esta persona buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	No responde		No responde		No responde		No responde	
D9a. ¿Cuál fue su otra opción?								

E. GRUPOS DE AUTOAYUDA (Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos)

Usted mencionó que ha acudido a un grupo de autoayuda como _____.
 Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

	Nombre del grupo 1		Nombre del grupo 2		Nombre del grupo 3		Nombre del grupo 4	
E4. ¿Cómo supo de este grupo de autoayuda o quién se la recomendó?	Amigo/ vecino Otro No responde No sabe							
E5. ¿Cuántas veces ha asistido a este grupo?	onde	999	onde	999	onde	999	onde	999
E6. ¿De qué manera esperaba que le ayudará este remedio?								
E7. Después de visitar a este grupo usted se sintió...	Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe		Igual Peor onde No sabe	
E8. ¿Volvería a este grupo de autoayuda cuando tenga un problema o malestar emocional?	No responde		No responde		No responde		No responde	
E8a. ¿Lo recomendaría?	No responde		No responde		No responde		No responde	
E8b. ¿Por qué razones volvería a este grupo de autoayuda?								
E8c. ¿Por qué razones <u>NO</u> volvería a este grupo de autoayuda?								
E9. ¿Después de visitar a esta persona buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	No responde		No responde		No responde		No responde	
E9a ¿Cuál fue su otra opción?								

F. MÉDICOS TRADICIONALES (curandero, sobador)

Usted mencionó que ha acudido con un médico tradicional como _____.
 Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

	Nombre de médico. tradicional 1		Nombre de médico. tradicional 2		Nombre de médico. tradicional 3		Nombre de médico. tradicional 4	
F4. ¿Cómo supo de este médico tradicional o quién se lo recomendó?	Amigo/ vecino Otro No responde No sabe							
F5. ¿Cuántas veces ha consultado a este médico tradicional?	onde		onde		onde		onde	
F6. ¿De qué manera esperaba que le ayudará consultar a este médico tradicional?								
F7. Después de visitar a esta persona usted se sintió...								
F8. ¿Volvería a consultar a este médico tradicional cuando tenga un problema o malestar emocional?								
F8a. ¿Lo recomendaría?								
F8b. ¿Por qué razones volvería a con este médico tradicional?								
F8c. ¿Por qué razones <u>NO</u> volvería con este médico tradicional?								
F9. ¿Después de visitar a este médico tradicional buscó otra opción para tratar de resolver el problema?								
F9a ¿Cuál fue su otra opción?								

G. OTRAS MEDICINAS ALTERNATIVAS (reiki, flores de Bach, reflexología, masajes)

Del cuadro general usted mencionó que ha recurrido a otras medicinas alternativas como _____ . Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

ENTREVISTADOR: SÍ CONTESTÓ USO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SOLO REALIZAR LAS PREGUNTAS DE LA SEGUNDA COLUMNA.

	Alguna vez en la vida:				¿Ha utilizado en los últimos 30 días			
	I. Alternativa 1		I. Alternativa 2		M. Alternativa 1		M. Alternativa 2	
G4. ¿Cómo supo de esta medicina alternativa o quién se la recomendó?	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2
G5. ¿Cuántas veces ha recurrido a esta medicina alternativa?								
G6. ¿De qué manera esperaba que le ayudará este remedio?								
G7. Después de utilizar esta medicina tradicional usted se sintió...	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999
G8. ¿Volvería a consultar esta terapia cuando tenga un problema emocional?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
G8. ¿La recomendaría?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
G8a. ¿Por qué razones volvería a usar esta medicina alternativa?								
G8b. ¿Por qué razones usted NO volvería a esta terapia?								
G9. ¿Después de consultar esta terapia buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
G9a. ¿Cuál fue su otra opción?								

H. CONSEJERO ESPIRITUAL O RELIGIOSO (Sacerdote, Pastor)

Del cuadro general usted mencionó que ha recurrido con un _____.
Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

ENTREVISTADOR: Sí CONTESTÓ USO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SOLO REALIZAR LAS PREGUNTAS DE LA SEGUNDA COLUMNA.

	Alguna vez en la vida:				s ha utilizado en los últimos 30 días:			
	Consejero 1		Consejero 2		Consejero 1		Consejero 2	
H4. ¿Cómo supo de este consejero espiritual o religioso?	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2
H5. ¿Cuántas veces ha consultado a este consejero espiritual o religioso?								
H6. ¿De qué manera esperaba que ayudara consultar a este consejero religioso o espiritual?								
H7. Después de visitar a este consejero espiritual o religioso usted se sintió...	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999
H8. ¿Volvería a visitar a este consejero espiritual o religioso cuando tenga un problema o malestar emocional?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
H8a. ¿Lo recomendaría?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
H8b. ¿Por qué razones volvería a visitar a este consejero espiritual o religioso?								
H8c. ¿Por qué razones NO volvería usted a visitar a esta persona?								
H9. ¿Después de visitar a este consejero buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
H9a. ¿Cuál fue su otra opción?								

I. MÉDICO GENERAL O FAMILIAR

Del cuadro general usted mencionó que ha acudió con _____.

Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

ENTREVISTADOR: SÍ CONTESTÓ USO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SOLO REALIZAR LAS PREGUNTAS DE LA SEGUNDA COLUMNA.

	Alguna vez en la vida:				s ha utilizado en los últimos 30 días:			
	Médico				Médico			
14. E4. ¿Cómo supo de este médico o quién se la recomendó?	1 Amigo/ vecino	2 Otro	1 Amigo/ vecino	2 Otro	1 Amigo/ vecino	2 Otro	1 Amigo/ vecino	2 Otro
15. ¿Cuántas veces ha asistido con este médico?								
16. ¿De qué manera esperaba que le ayudará acudir con el médico?								
17 Después de visitar a al médico usted se sintió...	1 Igual	2 Peor	1 Igual	2 Peor	1 Igual	2 Peor	1 Igual	2 Peor
	998 No sabe	999	998 No sabe	999	998 No sabe	999	998 No sabe	999
18 ¿Volvería con el médico cuando tenga un problema o malestar emocional?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
18a. ¿Lo recomendaría?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
18b. ¿Por qué razones volvería con el médico?								
18c. ¿Por qué razones NO volvería el médico?								
19. ¿Después de visitar a este médico buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
19a ¿Cuál fue su otra opción?								

J. PSICÓLOGO, PSIQUIATRA U OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL

Del cuadro general usted mencionó que acudió con _____.

Ahora le haré algunas preguntas relacionadas con estas acciones.

ENTREVISTADOR: SÍ CONTESTÓ USO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS SOLO REALIZAR LAS PREGUNTAS DE LA SEGUNDA COLUMNA.

	Alguna vez en la vida:				s ha utilizado en los últimos 30 días:			
	Especialista 1		Especialista 2		Especialista 1		Especialista 2	
J4. ¿Cómo supo de este especialista de la salud mental o quién se la recomendó?	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2	1 Amigo/ vecino Otro	2
J5. ¿Cuántas veces ha consultado a este especialista de la salud mental?								
J6. ¿De qué manera espera que le ayudará consultar a este profesional?								
J7. Después de consultar a este especialista de la salud mental usted se sintió...	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999	1 Igual Peor No sabe	2 3 998 999
J8. ¿Volvería a con este especialista cuando tenga un problema o malestar emocional?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
J8a. ¿Lo recomendaría	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
J8b. ¿Por qué razones volvería con este especialista de la salud mental?								
J8c. ¿Por qué razones <u>NO</u> volvería con este especialista de la salud mental?								
J9. ¿Después de visitar a este especialista buscó otra opción para tratar de resolver el problema?	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2	Sí 1	No 2
J9a. ¿Cuál fue su otra opción?								

EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO

Entrevistador: para finalizar su participación me gustaría preguntarle cómo se sintió durante la aplicación de este cuestionario.

P1. ¿Usted diría que comprendió las preguntas de este cuestionario?

Todas	1
Casi todas	2
Algunas	3
Pocas	4
No responde	98
No sabe	99

P2. ¿Usted se sintió cansado durante la aplicación de este cuestionario?

No	1
Si	2
No responde	98
No sabe	99

P3. ¿Usted considera importantes los temas tratados en este cuestionario?

No	1
Si	2
No responde	98
No sabe	99

P4. Por último, ¿quisiera hacer algún comentario sobre su participación o las preguntas que le hicimos?

Nuevamente gracias por su participación.