



**UNIVERSIDAD  
INSURGENTES**

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON  
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25**

“RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS  
ADULTOS MAYORES DE LA FUNDACIÓN HÉCTOR VELEZ Y LA ROSA, Y LA  
PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA CON LA QUE VIVE”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

ANA PAULINA CRUZ MARTÍNEZ

ASESORA: MTRA. ANA LUISA SERNA URIBE

CIUDAD DE MÉXICO

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.

## Índice

	<b>Página</b>
Resumen.....	4
Introducción.....	5
<b>Capítulo 1 Adulto mayor y envejecimiento</b>	
1.1 Definición de Adulto Mayor y envejecimiento.....	7
1.2 Teorías del envejecimiento.....	8
1.3 Cambios en el adulto mayor.....	11
1.4 Envejecimiento funcional.....	18
1.5 Tipos de envejecimiento.....	20
<b>Capítulo 2 Depresión</b>	
2.1 Definición de depresión.....	21
2.2 Causas de depresión.....	22
2.3 Tipos de depresión.....	28
2.4 Síntomas de depresión.....	31
2.5 Depresión en el adulto mayor.....	36
<b>Capítulo 3 Ansiedad</b>	
3.1 Definición de ansiedad.....	39
3.2 Causas de la ansiedad.....	41
3.3 Tipos de ansiedad.....	44
3.4 Síntomas de la ansiedad.....	47
3.5 Estudios previos de la ansiedad.....	49
3.6 Modelos teóricos de la ansiedad.....	50
3.7 Ansiedad en el adulto mayor.....	54
<b>Capítulo 4 Familia</b>	
4.1 Definición de familia.....	58
4.2 La función de la familia.....	59
4.3 Tipos de familia.....	62
4.4 La comunicación en la familia.....	66
4.5 La familia en diferentes momentos.....	67
4.6 Funcionamiento familiar.....	70
4.7 El adulto mayor en la familia.....	75

Capítulo 5 Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, I. A. P. ....	77
Capítulo 6 Investigaciones previas.....	83
Capítulo 7 Metodología	
7.1 Justificación.....	89
7.2 Planteamiento del problema.....	91
7.3 Objetivos.....	92
7.4 Hipótesis.....	92
7.5 Variables y definiciones.....	93
7.6 Población.....	95
7.7 Muestra.....	95
7.8 Muestreo.....	93
7.9 Diseño de investigación.....	91
7.10 Tipo de investigación .....	91
7.11 Instrumentos.....	93
7.12 Material.....	94
7.13 Escenario.....	94
7.14 Procedimiento.....	98
7.15 Análisis de datos.....	98
Capítulo 8 Resultados.....	99
Capítulo 9 Análisis de resultados.....	114
Capítulo 10 Conclusiones.....	119
Referencias bibliográficas.....	124
Anexos.....	130

## Resumen

En el presente estudio se realizó el análisis y correlación entre depresión, ansiedad y funcionamiento familiar en una población de adultos mayores que asisten al Centro de día Héctor Vélez y de la Rosa.

Se utilizó la prueba de APGAR para la evaluación del funcionamiento familiar, la Escala de Depresión de Yesavage para medir los niveles de depresión y el Inventario de Ansiedad de Beck para valorar la ansiedad.

De los resultados que se obtuvieron, se observó de manera general, que los adultos mayores que frecuentan el Centro de día son menos vulnerables a presentar altos niveles de depresión y ansiedad.

Al hacer la comparación con otras investigaciones se manifestó que hay similitudes en cuanto a los niveles encontrados y los resultados generales obtenidos en el presente trabajo.

Finalmente se hacen recomendaciones de algunas líneas de investigación que se pueden mejorar o retomar para que el estudio se realice a mayor profundidad.

## Introducción

La presente tesis es una investigación que tiene como objetivo determinar si existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, y el funcionamiento de la familia con la que viven.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo 1 se hace la definición de lo que es un adulto mayor, así mismo se define envejecimiento, tomando en cuenta a diversos autores. También se exponen algunas teorías y tipos de envejecimiento, los diversos cambios que se presentan en el adulto mayor, tanto físicos como cognitivos y como se puede envejecer siendo una persona funcional.

En el capítulo 2 se habla sobre la depresión, como es definida por algunos autores, cuáles son sus posibles causas, los tipos que existen de acuerdo a diferentes fuentes, los síntomas que indican cuando alguien tiene este trastorno tomando en cuenta síntomas emocionales, cognitivos y fisiológicos, también se describe la depresión en la etapa de adulto mayor.

En el capítulo 3 que lleva por título ansiedad se exponen las definiciones de varios autores sobre este trastorno, los factores que influyen para que se presente, los diversos tipos que han expuesto algunos autores, los síntomas que presentan, algunos estudios previos que se han hecho, los modelos teóricos de la ansiedad y por último los factores que están involucrados dentro de la etapa de adulto mayor.

En el capítulo 4 se trata el tema de la familia, tomando en cuenta su definición, su función principal, diferentes tipos, la importancia que tiene la comunicación en este grupo, también se aborda la familia en las diversas etapas de la vida, es decir, como se va transformando y modificando, por último, se expone el papel del adulto mayor dentro del núcleo familiar.

En el capítulo 5 se expone la historia del centro de día llamado Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, su forma de trabajo, los valores que maneja, así como sus objetivos, los requisitos de ingreso, y el horario en el que laboran.

El capítulo 6 trata de algunas investigaciones realizadas por psicólogos reconocidos y que son similares o toman en cuenta las mismas variables de la presente investigación.

En el capítulo 7 se desarrolla la metodología de la investigación, donde se desglosa la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos general y específicos, hipótesis planteadas, variables con definición conceptual y operacional, tipo de estudio y diseño, escenario que se tomó en cuenta, la población, tamaño de muestra; materiales e instrumentos que se utilizaron en el procedimiento que se siguió para la realización de la investigación y se mencionan las herramientas que se emplearon para el análisis de datos.

Finalmente, en este trabajo se muestran los resultados obtenidos en gráficas y tablas, el análisis de los mismos y las conclusiones.

## Capítulo 1

### El adulto mayor y sus cambios

#### 1.1 Definición de Adulto Mayor y envejecimiento

Es importante analizar la definición de envejecimiento y adulto mayor, desde qué edad comienza esta etapa y cuáles son algunas de sus características.

El envejecimiento es un cambio progresivo de las características físicas y mentales de un individuo, que se pueden observar de acuerdo a cómo es que los factores internos y externos van afectando el desarrollo de una persona. (Stuart-Hamilton, 2002)

El término adulto mayor es relativamente reciente y se llama así a aquellas personas que tienen 65 años o más. Es la última etapa de la vida de un ser humano.

La población de adultos mayores tiene un amplio espectro en cuanto a edades, estados de salud y capacidades en general. El término adulto mayor se aplica por igual a personas casadas o solteras sin importar sexo o religión.

El deterioro físico y cognitivo va en aumento conforme a la edad, aunque suelen ser raras las limitaciones graves e incapacitantes. (Burke, 2008)

Esta etapa se caracteriza por que suelen presentarse enfermedades biológicas tales como la artrosis, diabetes, Parkinson, cataratas, etc. Enfermedades neurológicas como el Alzheimer o la demencia senil, y factores psicosociales como el aislamiento, discriminación, abandono, etc.

Esta etapa es característica ya que hay mayor presencia de deficiencias en el organismo, pero ¿qué es lo que causa este déficit?, ¿Por qué el ser humano va envejeciendo?

## **1.2 Teorías del envejecimiento**

Existen varios puntos de vista que explican el por qué el ser humano envejece. Hasta la fecha se menciona que el envejecimiento es multifactorial, ya que cada ser tiene sus particularidades.

Algunas de las teorías más representativas, de acuerdo a Laura Rocha (2013) se explican a continuación:

- Teoría del desarrollo: el envejecimiento es un fenómeno que redefine el resultado de la interacción entre los procesos biológicos, sociales y psicológicos, que tienen como consecuencia pérdidas y ganancias, que en la mayoría de los casos se consideran cambios propios de la edad.
- Teoría catastrófica de Orgel: también es llamada teoría del error catastrófico, esta menciona que al pasar de los años en un ser humano surgen errores en la síntesis de las proteínas, o bien la producción de las mismas es de mala calidad, causando así una cadena de errores y causando una catástrofe en la homeostasis celular y dando como consecuencia la muerte de las mismas.
- Teoría del desgaste: explica que el desgaste de las células finalmente las lleva a la muerte, esto se debe a que las partes que se dañan son fundamentales para su vida.

- Teoría del entrecruzamiento: se refiere a que hay células que se entrelazan, causando enfermedades, lo cual provoca que se acelere el envejecimiento.
- Teorías genéticas: estas teorías explican que el envejecimiento es debido a los genes, aunque no se ha encontrado ningún gen que así lo determine.
- Teoría de programación genética: los cambios en el ADN alteran la síntesis de proteínas, resultando en la pérdida de funcionalidad de las células.
- Teoría medio-ambiental: factores externos que influyen en el envejecimiento de un individuo, relacionados con los factores internos celulares. Las principales causas son el oxígeno, la alimentación y la temperatura.
- Teoría del incremento en la mortalidad extrínseca: también explica que el envejecimiento es debido a los factores externos al organismo, la causa principal es una deficiencia, por ejemplo, la falta de alimentos provoca que las células vayan muriendo o dejen de producirse, como consecuencia se acelera el envejecimiento y los genes que se van heredando son más débiles, haciendo a la especie más vulnerable.

Al llegar a la edad de adulto mayor, las personas se van enfrentando a cambios físicos y psicológicos que van modificando su vida de acuerdo al grado de envejecimiento. El principal reto al que se presentan estos individuos es la de ir aceptando estos cambios y afrontarlos con sus experiencias. Es por ello que se trata de explicar estos cambios con las siguientes teorías:

- Teoría de la desvinculación, también llamada teoría del retraimiento o teoría del desapego: la relación individuo-sociedad se ve afectada, al igual que los procesos internos que va viviendo un sujeto a lo largo de su vida. Las personas conforme van envejeciendo reducen sus actividades y restringen sus relaciones sociales; se desinteresan por la vida de los otros y muestran mayor interés por sí mismos. De acuerdo a esta teoría el alejamiento que se da entre individuo y sociedad es benéfico para ambos ya que el adulto mayor no se enfrentará a situaciones que resulten difíciles de resolver y le provoque sentimiento de incapacidad o angustia. Por otra parte, la sociedad se ve beneficiada ya que al retraerse el adulto mayor brinda beneficios sociales y económicos a los más jóvenes.
- Teoría de la actividad: esta teoría hace referencia a que entre más activo sea el envejecimiento será más satisfactorio. La persona anhela descansar y poder relajarse después de haber cubierto una temporada laboral, pero a su vez desea mantenerse con actividad aceptando ciertas limitaciones.
- Teoría de los roles: la teoría menciona que a lo largo de la vida un individuo va cambiando y adquiriendo nuevos roles sociales, que van formando su imagen y autoestima. Al llegar a la etapa de adulto mayor estos se vuelven pasivos y van disminuyendo, así que la persona se tiene que ir adaptando de manera positiva a los cambios.
- Teoría de la subcultura: los adultos mayores comparten vivencias y rasgos comunes, por lo tanto, buscan juntarse y relacionarse entre sí, formando así

una subcultura que brinda comprensión a los problemas y situaciones de vida, haciendo que el envejecimiento sea satisfactorio.

- Teoría de la continuidad: menciona que las personas están en continuo desarrollo. Una persona adulta mayor puede encontrarse con nuevas situaciones sociales, pero de acuerdo a su historia de vida será capaz de adaptarse, apoyándose en sus costumbres y valores.
- Teoría del apego: esta teoría menciona que el ser humano tiene la necesidad de interrelacionarse con otros, crear grupos, así como participar en la sociedad. El apego es un vínculo afectivo que facilita el envejecimiento exitoso y la satisfacción de necesidades.

(Bazo y García, 2005)

Para Erikson durante el envejecimiento hay un conflicto entre la integridad del yo y la desesperanza. Al llegar a la etapa de adulto mayor, las personas necesitan sintetizar, evaluar y admitir la proximidad de la muerte. Se preocupan por lograr un sentido de coherencia e intentan mantener su integridad en lugar de estar viviendo en el pasado.

Es en esta etapa donde los adultos mayores han tenido varias pérdidas, pero su forma de afrontamiento es mejor en esta etapa, manejando el estrés que este suceso produce.

### **1.3 Cambios en el Adulto Mayor**

Las adaptaciones y cambios que tienen los adultos mayores se dan de forma continua, y varían de acuerdo a las características de cada individuo. El desarrollo

del adulto mayor es complicado, ya que abarca varias esferas, la social, la psicológica y la biológica.

Dentro de los cambios psicológicos podemos distinguir tres categorías: la cognitiva, la afectiva o de personalidad y la sexual.

- Cognitiva: las personas adultas mayores suelen tener un mayor número de conocimientos, pero piensan de manera más lenta. Existe un tipo de inteligencia llamada cristalizada, que mide la cantidad de conocimiento que ha ido adquiriendo un individuo a lo largo de su vida, éstos los va obteniendo de acuerdo a su entorno, su nivel educativo y cultural, por lo que es difícil determinar si un adulto mayor es más o menos inteligente.

Los adultos mayores también presentan dificultad para ir de lo concreto a lo abstracto, en la memoria inmediata, la orientación, el cálculo, la atención y en el lenguaje.

- Personalidad: La personalidad durante el envejecimiento cambia muy poco. Los individuos que han tenido una personalidad extrovertida suelen afrontar de mejor manera esta etapa, al contrario de quien ha sido un sujeto neurótico, probablemente tenga actitudes negativas y alteraciones en su salud. Esta etapa es considerada como vulnerable, en la cual puede presentarse una pérdida de identidad, que a veces es ocasionada por su estilo de vida, por lo que el adulto mayor debe ir buscando nuevas opciones, que pueden comprender aumentar sus actividades, redefinir sus objetivos en la vida y reafirmar sus valores.

- Afectiva: así como hay ganancias en la vida también se presentan pérdidas y no sólo de seres queridos, sino que en esta etapa suelen presentarse pérdidas físicas, monetarias, de salud, de trabajo, etc. La forma de vivirlas varía en cada persona. Unos las afrontan y viven su duelo de una manera más positiva, mientras que otros tendrán mayor dificultad para sobrellevarlas. (Aimar, et. al. 2011)

En esta etapa las personas se van preparando para afrontar la muerte. Sin embargo, no dejan de sentir miedo y preocupación, y en muchos casos tienen que adaptarse al fallecimiento de su pareja. (Craig, 2009)

Los recuerdos son muy representativos de esta etapa, evocar los acontecimientos importantes de la vida, las personas que ya no están y las añoranzas de experiencias positivas vividas.

La soledad en los adultos mayores es una cuestión que suele ser difícil, ya que no todos cuentan con el apoyo de sus seres cercanos, como pueden ser los hijos.

Estos factores pueden causar depresión, angustia e inseguridad en el adulto mayor. Otro factor es el:

- Sexual: Nuestra cultura nos hace pensar que la sexualidad es solo para las personas jóvenes, de hecho, toda la publicidad y los programas están pensados en ellos, pero dejan a un lado la importancia de la sexualidad del adulto mayor.

El adulto mayor tiene deseo sexual y tiene derecho a expresarlo y vivirlo, aunque esta alterado por los cambios fisiológicos del cuerpo, pero se debe tomar en cuenta que no solo es la actividad sexual como tal, sino

que también engloba la vida con la pareja, el afecto y la responsabilidad en el cuidado de la salud.

En esta etapa la actividad va disminuyendo, dándole mayor importancia a la amistad, al amor y a otras actividades de convivencia con su pareja. Se debe de tomar en cuenta que también suelen presentarse disfunciones, las cuales pueden afectar la relación de la pareja, es por ello que es importante la comunicación en estos casos. Los problemas que suelen presentarse son: disminución del apetito sexual, climaterio, resequedad vaginal, reducción del placer orgásmico, ardor y dolor en genitales, fatiga, disfunción eréctil, disminución de fluido seminal, entre otras. (Bonilla, 1998)

En la parte de los cambios biológicos se dice que la expectativa de vida en el ser humano ha ido aumentando, de 49 años en 1950 a 67 años en 1995, y a 75 años o más en los países más desarrollados. Cada día nacen cientos de niños y niñas, pero no todos logran llegar a la etapa de adulto mayor, ya que se enfrentan a enfermedades y diversos factores que los llevan al deterioro en su salud o la muerte. Si no hubiera factores de riesgo, la expectativa de vida aumentaría aproximadamente 10 años, quedando en 85 años o un poco más, ya que el cuerpo de cualquier manera va envejeciendo y las células llegan a su límite de vida. El cuerpo se va haciendo más vulnerable a las caídas, a la exposición al sol, y enfermedades como la gripe se pueden volver más graves. (Myers, 2005)

De acuerdo a Belsky (1996) algunos cambios específicos en el adulto mayor debido al envejecimiento son:

- Canicie: debido a la muerte de algunas células se va perdiendo la pigmentación del cabello y las canas se vuelven más evidentes en esta etapa.
- Cambios en la piel: las arrugas y la flacidez son cada vez más evidentes, éstas son producidas generalmente por la exposición al sol, las expresiones faciales, el adelgazamiento de la piel, la pérdida del colágeno y elastina.
- Cambios en articulaciones y huesos: las articulaciones y los huesos se van atrofiando al paso del tiempo, se vuelven rígidos, se pierde agilidad y el cuerpo se va encorvando. Si se presentan cambios graves se puede llegar a la limitación de movilidad lo que provoca que el adulto mayor se aisle debido a la pérdida de independencia.

Es en esta etapa que es más común que aparezca la osteoporosis (porosidad de los huesos), que tiene un factor genético y está también relacionada con el estilo de vida. Las mujeres tienen mayor tendencia a presentar este padecimiento, que puede causarle fracturas o múltiples fisuras.

La osteoartritis es el desgaste del cartílago de las articulaciones, que cuando es diagnosticado como grave los síntomas que presenta son: dolor, rigidez y pérdida de movilidad.

- Problemas visuales: con el paso del tiempo suele perderse la agudeza visual, es decir, no poder ver con claridad. En la etapa del Adulto mayor es cuando disminuye la calidad visual más rápidamente. Un cambio en la

visión es el llamado arco senil, que se presenta como una banda grisácea en la córnea que no permite una buena visión periférica.

Otra parte del ojo que suele verse afectada es el cristalino, su opacidad se denomina catarata, y hace que la persona tenga visión borrosa.

El glaucoma es un padecimiento común en esta etapa, aquí se presenta acumulación de líquido del humor acuoso, causando un aumento de presión en el ojo que puede causar una lesión en el nervio óptico o la retina.

- Problemas de audición: algunos de los problemas que se presentan en la disminución de la audición se pueden solucionar con una limpieza de cerumen, pero en otras si existe un deterioro del oído. Comúnmente se afectan los conductos auditivos que dificultan que el adulto mayor escuche, sobre todo los tonos agudos.
- Gusto y olfato: estos dos sentidos se vuelven menos agudos en la etapa del adulto mayor, viéndose más afectado el sentido del olfato.
- Tacto: en esta etapa los umbrales de tacto son más altos, por lo que se requiere de una estimulación más precisa y firme de la piel antes de ser detectada. Al mismo tiempo la sensibilidad al calor o frío de los objetos disminuye.
- Motricidad: al paso del tiempo y sobre todo en esta etapa, los movimientos de una persona se van volviendo más lentos y hasta torpes, la capacidad de reacción va disminuyendo.

- Sistema nervioso: hay una mayor pérdida de neuronas, así mismo disminuye el número de conexiones neuronales, los neurotransmisores y los reflejos. Esto puede causar enfermedades crónicas.
- Sistema cardio-vascular: hay una tendencia a la disminución de la frecuencia cardíaca, la sangre ya no se bombea de la misma forma a los órganos vitales, hay un engrosamiento de las venas, las arterias pierden elasticidad y aumenta la tensión de las mismas.
- Aparato respiratorio: éste se ve afectado por la atrofia de los músculos involucrados en el proceso de la respiración, disminuye el flujo de aire de los pulmones, condicionando la retención de la secreción bronquial.
- Aparato digestivo: se produce una cantidad menor de saliva, si la dentadura ya no está completa hay una masticación deficiente que causa daños al sistema digestivo y el tránsito digestivo se vuelve lento.

Es en esta etapa donde aparecen con mayor frecuencia las enfermedades crónicas, las cuales se caracterizan por ser prolongadas, progresivas e incurables. Se estima que un 85% de la población de adultos mayores padece al menos una enfermedad crónica, como: tinnitus, diabetes, deterioro visual, cataratas, sinusitis, problemas cardíacos, deterioro auditivo, hipertensión o artritis.

No solamente los cambios biológicos son característicos de esta etapa, sino que el adulto mayor también presenta cambios importantes en la esfera social, ya que suele representar su red de apoyo en situaciones difíciles. La familia es parte fundamental en esta etapa ya que será el principal apoyo, será quien brinde los cuidados y atenciones necesarias. No siempre se cuenta con este ideal, ya que

muchos adultos mayores son rechazados y en ocasiones son vistos como personas poco útiles, siendo violentados de forma física, psicológica, económica e incluso sufrir de abandono, que también es una forma de violencia.

Su rol familiar cambia, ya que no tiene las mismas responsabilidades de crianza de sus hijos y ahora desempeña su rol de abuelo.

Debido al deterioro que va sufriendo tiene que irse adaptando a su entorno, enfrentar que su movilidad no es la misma, que ya no tiene la misma capacidad de trabajar como antes y que ahora sus tareas son otras. En muchos de ellos se presenta la edad de la jubilación, y la adaptación a la vida sin el trabajo que han ejercido por años se vuelve un poco complicada, con esto también disminuyen sus recursos económicos, lo cual lo lleva a bajar su estilo de vida.

#### **1.4 Envejecimiento funcional**

Es de esperar que el envejecimiento se presente en una forma exitosa y con condiciones de vida optimas en general. El envejecimiento sano es posible, si el adulto mayor mantiene una vida activa, sana y con una actitud positiva ante la vida.

La funcionalidad durante el proceso de envejecimiento es la capacidad de cumplir las tareas diarias para vivir, mantener una existencia de manera independiente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las tareas de la vida cotidiana hay una funcionalidad.

El envejecimiento o deterioro funcional es un índice que evalúa cómo está la salud de un individuo. Existen escalas que miden el funcionamiento de una persona tomando en cuenta varios aspectos de su vida, y otras que muestran

específicamente el grado de incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

De acuerdo a Belsky (1996) existe una prueba muy amplia llamada Sickness Impact Profile que mide la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades físicas y psicosociales, tales como el sueño, reposo, emociones, control y cuidado personal, movilidad, cuidado del hogar, atención, comunicación, concentración, deambulación, interacción social, uso del tiempo libre, trabajar y comer.

El ser humano se tiene que ir adaptando a los cambios que se van presentando en su vida, conservando la funcionalidad y un rol activo. Existen varias teorías que hablan de cómo obtener un envejecimiento saludable. (Barraza, Castillo 2006)

- Teoría social: El adulto mayor tiene que adaptarse a los cambios que va teniendo socialmente, por ejemplo, a la jubilación, la adquisición o cambio de rol, debe de procurarse más a sí mismo y dejar de preocuparse por los demás.
- Teoría de la actividad: un individuo debe tener una gran actividad, ya que esto le ayuda a manejar su autoestima, favorece su autorrealización y le genera una mayor capacidad de adaptación al cambio para envejecer de manera satisfactoria.
- Teoría de continuidad: la adaptabilidad que tenga una persona va a depender de la personalidad y la persistencia que tenga en su vida. Un buen estilo de vida, ayuda a tener un envejecimiento funcional.

## **1.6 Tipos de envejecimiento**

Existen tres tipos de envejecimiento: el normal, el patológico y el óptimo. Se llama envejecimiento normal a los cambios biológicos, fisiológicos y sociales que se van dando de manera gradual a lo largo de la vida, se debe de tomar en cuenta que los cambios cognitivos varían entre las personas, y que de acuerdo a cada etapa la resolución de problemas será diferente, además va a depender de la estructura genética y el ambiente en el que se desenvuelva el adulto mayor.

Si la persona ha llevado un estilo de vida saludable, tiene mayor probabilidad de llegar a ser un adulto mayor con mejor cognición. Algunos de los deterioros que se han detectado son la memoria reciente, la contextualización y el procesamiento de información nueva.

El envejecimiento patológico toma en cuenta los cambios que no se dan de manera natural, más bien son cambios a consecuencia de enfermedades, ya sean curables o prevenibles. Uno de los padecimientos más frecuentes en este tipo de envejecimiento es la demencia senil, sobre todo el Alzheimer, que puede acelerar el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento óptimo es el que se da en las mejores condiciones posibles, abarcando lo psicológico, físico y social, haciendo que sea menos probable la aparición de enfermedades. A esto se suma una buena alimentación, ejercicio físico y mental, y demás actividades saludables que hagan a las personas ser funcionales y que no dependan de alguien más.

El envejecimiento exitoso va a depender de múltiples factores que son determinados por la familia, amigos, la comunidad en donde se vive, el estado de salud, etc.

## **Capítulo 2**

### **Depresión**

La depresión es un trastorno cada vez más frecuente, que se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa, pérdida del placer o interés, baja autoestima, trastornos en el sueño y/o el hambre, entre otros.

La depresión de no ser detectada o tratada a tiempo puede llegar a hacerse crónica y afectar la vida de la persona que la padece. Esta se puede llegar a tratar con medicamentos o bien con terapia psicológica de acuerdo a la gravedad. La etapa de envejecimiento llamada adulto mayor es influenciada por las pérdidas y a su vez por los duelos. Esto no solo incluye las pérdidas de seres cercanos, sino también de las capacidades físicas y mentales, del trabajo u ocupación e incluso se trata de la pérdida de uno mismo, el enfrentamiento a la propia muerte. A continuación, se exponen diferentes definiciones de este trastorno.

#### **2.1 Definición de depresión**

De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental (2009), la depresión es un trastorno incapacitante, que va acompañado de melancolía o tristeza, sentimientos que afectan en la vida diaria, ya que no dejan que la persona tenga un desempeño normal, afectándola directamente y a quien lo rodea. La depresión se ha vuelto una enfermedad común, pero de gravedad, ya que no se puede curar por si sola y requiere de un tratamiento.

Trickett (2009), menciona que la depresión es la enfermedad de los sentimientos, tiene que ver con un exagerado sentimiento de tristeza, pasando por un sentimiento previo de vacío, que puede provocar una desesperación total, hay una falta de esperanza y abatimiento. La funcionalidad de las personas se ve dañada en una depresión considerada como grave, incluso se pueden presentar también manifestaciones corporales como dolor de cabeza, mareos, palpitaciones, etc.

Para San Molina y Arranz (2010), la depresión es cuando existen de manera excesiva sentimientos de tristeza y son persistentes. Esta enfermedad no es de un solo día o momento, puede durar semanas o meses, esto hace que se afecte no solo la mente sino también el cuerpo. Para poder curar esta enfermedad se necesita más que voluntad propia, tiene que ver con la autovaloración y la manera en que uno piensa.

Las anteriores son solo algunas de las definiciones que se han dado de la depresión, siendo igualmente importante enunciar algunos factores causales, los cuales se mencionan a continuación.

## **2.2 Causas de depresión**

La depresión es multifactorial, no hay una causa específica que determine la presencia de depresión. Se debe de tomar en cuenta que el ser humano es un ser biopsicosocial, por lo cual se pueden detectar varios factores alterados.

De acuerdo a San Molina y Arranz (2010), algunas personas están más propensas a sufrir depresión y por lo tanto son más susceptibles a este padecimiento.

Los factores que indican quienes son más susceptibles a la depresión son los siguientes:

### **Factor Genético**

La depresión al igual que algunas otras enfermedades deriva de un factor genético, que se ve directamente influenciado por factores ambientales. No se ha identificado ningún gen específico que provoque el trastorno depresivo.

Se han realizado estudios que demuestran que los familiares de primer grado de la persona con trastorno depresivo, tienen mayor probabilidad de padecer esta enfermedad. Los inconvenientes que se han encontrado en estos estudios son los factores ambientales, los cuales no son controlables.

También están las hormonas como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina, que están vinculadas con el trastorno. En ocasiones las personas que integran una familia suelen heredar una producción baja de dichas hormonas, lo cual predispone a que no sean capaces de enfrentar de manera positiva las problemáticas que se les vayan presentando a lo largo de la vida.

### **La personalidad**

Hay factores de personalidad que son mayormente predisponentes a presentar depresión, por ejemplo:

- Neurosis: este tipo de personalidad tiene una alta sensibilidad al estrés, preocupaciones, inestabilidad emocional y demás emociones negativas.
- Ansiedad: suelen preocuparse demasiado por las cosas y pueden tener baja autoestima, así mismo sienten poca confianza en sí mismos.

- Ser introvertido: las personas suelen ser aisladas, pensativas, disfrutan la soledad y la tranquilidad.
- Perfeccionismo: al querer aparentar ser perfecto suele haber mayor preocupación por los errores, suelen sentirse conflictuados y estresados.
- Evitativo: son personas pesimistas, que se sienten llenos de dudas, temerosas y que tienden a aislarse del exterior.
- Agresivo: las personas que suelen ser agresivas ven lo que les rodea como molesto y llegan a sentirse frustrados.
- Obsesiva: las personas con una personalidad obsesiva, que es dura, no suelen demostrar sus emociones o sentimientos.

Las personas con trastorno depresivo tienden a un patrón constante de comportamientos e ideaciones depresivas y que se manifiestan en varios contextos. Se sienten constantemente tristes, desilusionados, desanimados e infelices. La mayor parte del tiempo se muestran serios, desinteresados, sin sentido del humor, son incapaces de relajarse, sienten que no merecen ser felices y se niegan a divertirse.

Para ellas las cosas que vengan en el futuro se darán de manera negativa, sienten que todo lo que les pasa es malo, afirman que la situación en la que viven no tiene remedio, viven su día a día con pensamientos pesimistas, suelen juzgarse y se sienten culpables por lo que les pasa, además acentúan sus defectos y errores. Por lo tanto, las personas con trastorno depresivo tienen una baja autoestima, se preocupan por lo que pueda pasar. No solo se autocritican, sino que juzgan a otros y suelen llevarles la contraria. (Ferrer, 2016)

## **La familia**

La familia es el núcleo principal dentro de las esferas de un individuo, es la que va formando las creencias y las pautas de comportamiento en la persona. La crianza puede ser un factor predisponente a la depresión, ya que si desde niño se crece con carencias de estima y atención es más probable que de adulto padezca un episodio de depresión.

Además, es desde la etapa de la niñez donde se va aprendiendo a afrontar las pérdidas, si éstas no tienen un apoyo emocional adecuado, es probable que en el futuro no se pueda afrontar de una buena forma una pérdida.

El no contar con el apoyo de la familia puede traer consigo una predisposición a la depresión.

## **El género**

La depresión puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, pero las mujeres tienden a una mayor predisposición.

Las hormonas juegan un papel importante en este género. A lo largo de la vida de una mujer existen varios cambios donde se ven afectadas algunas hormonas y zonas del cerebro que tienen que ver con la regulación de los sentimientos y las emociones, que al interactuar con el ambiente están directamente ligadas a los factores causantes de depresión.

Así mismo hay situaciones que afectan el estado de ánimo de la mujer como por ejemplo:

- El ciclo menstrual: existe un trastorno llamado Trastorno disfórico premenstrual, donde se presentan diversos cambios en el estado de ánimo de la mujer que pueden causar un deterioro en su desempeño diario.

- Después de un parto: en esta etapa suele haber un cambio brusco de hormonas, además de otros cambios fisiológicos de la mujer. La depresión post parto como es conocida, es común que se presente en madres primerizas, ya que tienen que modificar fundamentalmente sus actividades diarias.
- Menopausia: En esta etapa, las mujeres nuevamente sufren de cambios en sus ciclos hormonales, así también presentan otros cambios físicos y psicológicos (pérdidas), por ejemplo, se altera el ciclo del sueño, tienen sudoración o se sienten acaloradas, sequedad vaginal, cambios de humor, y se altera el ciclo menstrual, entre otros. Esto hace que sean más susceptibles a padecer depresión.

(Institutos Nacionales de la Salud, 2011)

### **Enfermedades crónicas**

Con frecuencia para el control de las enfermedades crónicas se utilizan diversos medicamentos y algunos tienen como reacción secundaria la aparición de síntomas de la depresión. Una enfermedad física puede dañar la movilidad de la persona, generar una baja autoestima, falta de confianza, cambiar su modo de vida y la independencia que se solía tener. Los problemas para la persona aumentan y con ello la posibilidad de desencadenar depresión.

Según San Molina y Arranz (2010), algunas de las enfermedades que pueden desencadenar depresión son: el cáncer, endocrinopatías y trastornos metabólicos (hipertiroidismo, diabetes, anemia, hipoglucemia), enfermedades autoinmunes (Lupus, artritis reumatoide), infecciones (tuberculosis, encefalitis, urogenitales),

intoxicaciones (por plomo, mercurio, benceno) y las relacionadas al sistema nervioso (Parkinson, demencia senil, esclerosis múltiple, afecciones degenerativas).

### **Problemas económicos**

La pérdida del poder adquisitivo dificulta la resolución de problemas, que repercuten en el gasto familiar y al no ver salida para la resolución del mismo se pierde la fuerza vital, ya que es un recurso necesario en la vida cotidiana. Así mismo se genera estrés, como consecuencia comienzan a aparecer enfermedades, en ocasiones las personas con problemas económicos al no encontrar salida prefieren el aislamiento, se muestran desganados, irritables y estos síntomas favorecen la depresión.

### **Estrés**

Puede presentarse un episodio de depresión después de una pérdida, un trauma, una situación estresante, etc. Esta suele aparecer dentro de los 6 meses posteriores al evento.

Si hay una enfermedad física genera estrés al no poder desarrollarse de manera común como se hacía, puede generar una baja autoestima o que se presente una falta de confianza, llegando a tener un pensamiento de muerte y más aún si la enfermedad o el padecimiento han sido graves. (Institutos Nacionales de la Salud, 2011)

## **Uso de algunos medicamentos**

Algunos medicamentos suelen producir depresión, ya que alteran los químicos del cerebro, cuando esto sucede no se recomienda dejar el tratamiento ya que puede suceder que al suspenderlo las complicaciones sean más graves que la propia depresión, y en este caso se debe recomendar consultar a su médico y él revalore el caso.

Los medicamentos que pueden favorecer la presencia de depresión son: los antiarrítmicos, antihipertensivos, antibióticos, anticancerígenos, antiinflamatorios, antiulcerosos, uso de hormonas, psicotrópicos, los antiepilépticos, así como los empleados para reducir el colesterol.

### **2.3 Tipos de depresión**

El trastorno depresivo se clasifica de acuerdo a su intensidad, puede ser considerado como leve, moderado o grave. El CIE-10 y el DSM 5, plantean que la clasificación y diagnóstico de éstos trastornos, así como la gravedad de los episodios va a estar determinada por el tipo, número e intensidad de los síntomas presentes, además del resultado de una valoración del deterioro funcional de la persona.

La depresión es un trastorno afectivo, lo que puede llevar a que la persona sufra cambios de humor, pero no solo se queda en éstos, es probable que llegue a afectar diversos aspectos de la vida cotidiana, como por ejemplo, afecta directamente en las relaciones interpersonales, en el funcionamiento cognitivo y conductual, por lo que en muchas ocasiones también genera una discapacidad laboral.

La depresión se puede clasificar de la siguiente forma:

- Episodio depresivo. Se caracteriza por que tiene una durabilidad de mínimo 2 semanas y puede durar hasta 2 años, los síntomas son variables. Un tercio de las personas pueden tener un episodio depresivo una vez en su vida, a lo que se denomina episodio depresivo unipolar.
- Trastorno depresivo recurrente. Se caracteriza por la presencia de dos o más episodios de depresión, que comienzan por lo general en la adolescencia o en la etapa de adulto joven. Los individuos que padecen este tipo de depresión suelen tener estados de ánimo normales entre las fases del trastorno depresivo, con durabilidad de meses o años.
- Distimia. También llamado depresión crónica, se caracteriza por que los síntomas presentes son leves, pero suelen ser duraderos. Este tipo de depresión suele diagnosticarse después de dos años de que se han presentado los síntomas y afecta la funcionalidad del individuo.
- Depresión Bipolar tipo I. Ocurre durante el trastorno bipolar o como también se le conoce trastorno maniaco-depresivo, es menos frecuente que la depresión unipolar. Se caracteriza por presentar exceso de afecto positivo, hiperactividad, reducción en la necesidad de sueño, afecta el pensamiento, el juicio y el comportamiento social ocasionando problemas graves. Durante este episodio la persona suele involucrarse en relaciones y conductas sexuales de riesgo, compras de manera compulsiva, y después de estos síntomas se puede presentar el episodio depresivo.

- Depresión Bipolar tipo II. Este episodio presenta fases de hipomanía entre un evento de depresión y otro. En un episodio de hipomanía, el individuo se muestra eufórico y es por ello que suele confundirse con fases normales de ánimo.

Se debe tomar en cuenta también una depresión por los siguientes trastornos:

- Trastorno de estrés post traumático. Suele presentarse después de un evento que causó un trauma y estrés emocional, por ejemplo, la muerte de un ser querido, accidentes (pueden ser incapacitantes), enfermedades crónicas, etc. Los sujetos que experimentan estas situaciones tienen una sensación de inseguridad, se sienten vulnerables, y en ocasiones sienten temor hacia su ambiente.
- Trastorno por consumo de sustancias. El trastorno depresivo puede presentarse antes o durante el uso de sustancias tóxicas, o bien en la etapa de abstinencia al dejarlas. Las drogas suelen modificar la química del cerebro y afectar algunas áreas del mismo, los usos de algunas de ellas provocan el trastorno depresivo. Cuando el individuo deja el consumo de las mismas, suele tener una sensación de vacío, falta de sentimientos de placer, disminuye el apetito, no le encuentra sentido a la vida, se siente adormecido mental, física y emocionalmente.

La OMS propone dos clasificaciones de depresión, la primera es el trastorno depresivo recurrente y el otro es el trastorno afectivo bipolar.

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza porque el sujeto que lo padece, tiene varios episodios de manera periódica. Durante estos episodios la persona

sufre de estados de ánimo bajos, tiene pérdida de interés en sus actividades diarias, una reducción de energía, y por lo tanto menor número de actividades al día, todo esto en un periodo aproximado de dos semanas. Algunas personas también pueden presentar ansiedad, alteraciones en el sueño, autoestima baja, pérdida de apetito y sentimientos de culpa.

De acuerdo a la intensidad y el número de síntomas que estén presentes, la depresión se puede considerar como leve, moderada o grave. Las personas con una depresión leve tendrán ciertas dificultades para realizar sus actividades diarias, pero no se verán del todo afectadas; al contrario, una persona con depresión grave dejará de ser funcional y tendrá dificultad para llevar a cabo su vida diaria, descuidará a su familia, amigos, trabajo, ya que la depresión se vuelve incapacitante.

El trastorno afectivo bipolar se presenta con episodios maniaco-depresivos, que suelen alternar cambios en el estado anímico normal y depresivo. Los episodios maniacos se caracterizan por un estado de ánimo irritable y elevado, una autoestima alta, además de una necesidad mínima de dormir.

Es de suma importancia detectar y hacer un buen diagnóstico de la depresión, es por ello que es necesario conocer y tomar en cuenta los síntomas que indican que el trastorno está presente en una persona.

## **2.4 Síntomas de depresión**

Un episodio de depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque hay datos epidemiológicos que mencionan que mayormente aparece entre los 20 y 30 años. Algunas personas solo tendrán un episodio de depresión y otras

lo presentarán varias veces en su vida, esto va a depender de sus experiencias de vida, su comportamiento, las redes de apoyo sociales, su estado de salud y de una evaluación mental.

En el DSM-V (2013), en la sección de los trastornos del estado de ánimo está incluido el trastorno depresivo mayor, el cual se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, que tiene como característica principal una alteración del humor.

Contiene criterios para cada uno de los niveles de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 5 de los 9 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés. El trastorno depresivo se puede dividir en leve, moderado o grave.

Los criterios para diagnosticar el episodio depresivo mayor del DSM-V son:

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad de placer.

(No se incluirán los síntomas que son claramente debidos a la enfermedad médica, ideas delirantes o alucinaciones sin congruencia con el estado de ánimo.)

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días indicado por el sujeto, o bien si la observación la hace otro.

2. Disminución del interés, de la capacidad por el placer en todas o la mayoría de las actividades, en gran parte del día, casi todos los días (indicado por el sujeto o por alguien más).
  3. Pérdida considerable de peso sin tener un régimen o dietas, o bien el aumento del peso. Pérdida o aumento del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o ralentización psicomotriz casi todos los días, reportado por alguien más.
  6. Pérdida de energía o fatiga casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad, de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días (no tomando en cuenta reproches ni sentimientos de culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o decidirse, casi todos los días.
  9. Pensamientos frecuentes de muerte (no sólo el temor a la muerte), ideas suicidas recurrentes sin tener un plan específico o mostrar una tentativa de suicidio.
- B. Los síntomas producen un malestar clínicamente importante o deterioro social, laboral o en otras actividades significativas en la vida diaria de la persona.
- C. Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia, como drogas o medicamentos; o bien por una enfermedad médica.

D. Los síntomas no se explican mejor por la existencia de un duelo, los síntomas persisten durante 2 meses o más, se caracterizan por la incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideas suicidas, síntomas psicóticos o aletargamiento psicomotor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Para Keck (2010) los síntomas se pueden clasificar en emocionales, cognitivos y fisiológicos.

### **Síntomas emocionales**

Los individuos que padecen este trastorno muestran tristeza, la mayor parte del tiempo están serios, abatidos, apáticos, sin esperanzas, con poca energía y sienten un vacío, perdiendo el interés por el futuro.

Prefieren evitar estar con otros, no importando si son familiares o amigos, ya que se sienten rechazados por los demás. Quienes tienen depresión suelen perder su independencia y fortalecen el sentimiento de invalidez y por lo tanto suelen irritarse al sentirse inútiles. Al sentirse sin energía, comienzan a disminuir sus actividades diarias, incluyendo las de higiene, como bañarse o asear la casa.

Las personas con depresión intentan reprimir sus emociones y sentimientos, pero en muchas ocasiones les es inevitable llorar al recordar sus problemas, el llanto puede ayudar a calmar a la persona y disminuir la ansiedad que se genera en la depresión.

### **Síntomas cognitivos**

En un episodio de depresión las personas regularmente están distraídas, tienen dificultad para concentrarse y mantener la atención, no tienen pensamientos

claros, olvidan fácilmente las cosas. Son extremistas y con regularidad tienen pensamientos pesimistas, se les dificulta encontrar una solución a sus problemas, comienzan a tener inclinaciones suicidas, para ellos su vida carece de valor, sienten que no merecen estar vivos.

### **Síntomas fisiológicos**

Con frecuencia en un cuadro de depresión, los individuos tienen una disminución, o bien un aumento del apetito, especialmente si al mismo tiempo padecen depresión y ansiedad.

Al sentirse fatigados y desganados, la alimentación no es una prioridad, ya que amerita realizar un esfuerzo. Como consecuencia los problemas digestivos se hacen presentes, algunas personas se estriñen por la falta de alimentos y de la actividad física.

El cuerpo en general se atrofia, viéndose afectados los músculos por falta de movimientos, la temperatura corporal disminuye, se genera dolor de cabeza, se producen alteraciones visuales tal como la disminución de la agudeza visual y si la depresión es acompañada por ansiedad hay sudoración en las manos, temblores en piernas y manos, la actividad sexual disminuye o se vuelve nula.

El ciclo del sueño se ve afectado, mostrando dificultad para dormir, insomnio o bien se despierta con frecuencia mientras duerme, no descansa las horas necesarias, o al contrario hay una hipersomnia (duerme demasiado), tratando de aislarse del exterior.

## **2.5 Depresión en el adulto mayor**

Demográficamente el envejecimiento se está volviendo un problema mundial, ya que al existir mayor número de personas mayores implica un engrandecimiento en la demanda en los servicios de salud, las personas con más de 60 años representan tasas altas de discapacidad y morbilidad. De acuerdo a datos estadísticos en el 2016 los adultos mayores eran aproximadamente 13 millones 928 mil 310 personas en México (lo cual representa más del 10% de la población) y para el 2050 se espera que este número aumente a 36 millones, es decir, 1 de 4 habitantes será un adulto mayor.

La depresión, como se ha comentado anteriormente, es una enfermedad muy frecuente y es una de las primeras causas de incapacidad. En los adultos mayores el 25% suele padecerla, por falta de educación y de políticas públicas adecuadas muy pocos son atendidos debidamente.

Los síntomas para el diagnóstico son los mismos, lo que puede cambiar en esta etapa son las causas, en muchas ocasiones puede llegar a ser confundida con otros padecimientos y es por ello que no se le da una atención temprana. En ocasiones pueden aparentar ser solo un padecimiento emocional, ya que es confundido con la simple falta de sueño, dolor común y otros síntomas que se presentan de manera frecuente. Es por ello la relevancia de programas sociales y de salud que apoyen a la detección oportuna y prevención de este trastorno en las personas, en especial en adultos mayores (Morice, 2007).

Calderón (2001) menciona dos factores desencadenantes de depresión en el adulto mayor:

1. Situaciones: el fallecimiento de la pareja sentimental, de algún familiar cercano o bien amistad. Cambio de casa o cambios en la estructura de la familia, problemas intensos económicos, familiares, etc.
2. Somáticos: traumatismos, cirugías, enfermedades físicas de ellos u otros seres queridos.

El adulto mayor debido a la edad, va viviendo un sin número de pérdidas, ya sean fallecimientos de personas cercanas o disminución de las capacidades físicas, privaciones económicas, deterioro de los sentidos, jubilación, casamiento de los hijos, cambio de residencia, cambio de roles, reducción de las capacidades cognitivas (memoria, lenguaje, aprendizaje, retención), etc.

Es en esta etapa que las personas se hacen más conscientes de la idea de morir, al ver que gente cercana o contemporánea fallece, el adulto mayor piensa más sobre su propia muerte y esto puede generar en él un pensamiento existencial acompañado con ansiedad. Un adulto mayor deprimido encuentra en la muerte la solución de sus problemas.

Muchos adultos mayores viven solos, cuando alguien fallece pueden sobrellevar el duelo con un estado anímico favorable, sin embargo, al morir la pareja entran en una crisis significativa que los lleva a tener necesidad de compañía y busquen, a partir de este suceso, vivir temporal o definitivamente con algún familiar.

En esta etapa suele aparecer la soledad debido a la viudez y también se genera un cambio en los roles, si es el hombre quien enviuda, tienen que hacerse cargo de nuevas responsabilidades, como el aseo de la casa, preparación de alimentos, cuidar de otras personas, entre otras. En ocasiones al verse solo y sin

el apoyo de su pareja enferman o se presenta un episodio de depresión que incluso lo puede llevar a la muerte. En la mujer viuda no hay tantos cambios o no se le dificulta de la misma forma que a un hombre viudo, ya que la mujer comúnmente es quien lleva las cosas del hogar y le es más fácil adaptarse a la soledad, pero esto no es una certeza, ya que también existe la probabilidad que no sobrelleve la pérdida y el duelo de perder a su pareja de vida.

El desarrollo de una patología depresiva va a depender de su historia de vida, de la salud física y mental del adulto mayor y de sus redes de apoyo. Estar en un ambiente hostil, sin el apoyo adecuado va a favorecer que se presente un episodio depresivo que afectará su vida significativamente.

Es por ello que es importante que el adulto mayor aprenda a adaptarse a los duelos y pérdidas que va teniendo a lo largo de su vida, en estas situaciones se hace necesario el apoyo de terapeutas profesionales de la salud mental, con métodos que le ayuden a entender que en la vida de todas las personas se presentan sucesos irremediables que con el tiempo es necesario superarlos para tener una buena calidad de vida, las terapias benefician su integridad física y mental, dependiendo del caso, y después de un examen físico, se podrá incluir un tratamiento farmacológico, el cual debe ser supervisado de manera periódica. Asimismo, se hace necesaria una cultura de apoyo al adulto mayor, no solo en su economía, sino también en la salud física y mental, aumentar en México el número de Clínicas Gerontológicas y Centros de día, que se dedican exclusivamente al cuidado de los adultos mayores.

## Capítulo 3 Ansiedad

Sentir miedo o ansiedad es parte de la vida, por ejemplo, cuando se presenta una situación de peligro las personas se pueden sentir ansiosas. La ansiedad que se manifiesta en casos como este, es un estado de alerta y previene a las personas ante una situación difícil, y deja de sentirse al poco tiempo del suceso. Pero la ansiedad se vuelve un problema cuando es difícil de controlar y perdura por más tiempo, puede estar acompañada además por otros síntomas como dolor de pecho, temblores, trastorno del sueño, etc.

### 3.1 Definición de ansiedad

Es importante conocer cómo es definida la ansiedad por algunos autores. Trickett (2009) menciona que la ansiedad “es una preocupación a lo desconocido, sentirse estrangulado o comprimido. Es una reacción que se tiene alguna vez en la vida cuando ocurren sucesos que no son cotidianos”.

Caseras (2009) dice que la ansiedad es una reacción normal del cuerpo, esperada y deseable. Es una respuesta que no solo es experimentada por el ser humano, sino que muchos animales también lo pueden sentir. Es un sentimiento o respuesta refleja que ayuda a la supervivencia, que alerta al cuerpo cuando se sabe en peligro.

Osho (2014) refiere que la ansiedad es cuando una persona siente preocupación o se siente indeciso, hay una incapacidad en la toma de decisiones en el tema que les preocupa, y existe un objeto desencadenante. También

menciona que el sentimiento no es exclusivo del ser humano, sino que lo sienten los animales y las plantas.

Por último, Velázquez (2008) dice que la ansiedad viene del término “anxietas”, que es igual a la respuesta del cuerpo frente a varios estímulos externos e internos de un sujeto. Esta permite que el ser humano se adapte a los cambios en su medio ambiente, y que cuando la ansiedad se vuelve algo patológico es resultado de una mala adaptación entre el medio ambiente y el sujeto.

En ocasiones se puede llegar a creer que ansiedad, angustia y miedo son palabras sinónimas. Por eso es importante diferenciarlas y saber el significado que tiene cada una.

La palabra angustia proviene de la palabra en latín “angor” que significa sofocación u opresión. Esto debido a una reacción a lo desconocido y que amenaza a la vida. Es un sentimiento que aparece sin razón aparente, está acompañada por incertidumbre e inestabilidad. (Terán, 2012).

De acuerdo a Terán se puede distinguir la ansiedad de la angustia ya que la ansiedad es un estado psíquico y la angustia un estado somático. La ansiedad es sentir temor a un suceso peligroso o difícil, mientras que la angustia forma parte de la ansiedad, cuyos síntomas son acompañados por un dolor en el tórax y sensación de muerte.

Miedo es otra expresión que suele relacionarse e incluso confundirse con la ansiedad, aunque las dos son innatas y se presentan al menos una vez en la vida de las personas, el miedo es una reacción de defensa, donde se involucran las emociones que se manifiestan ante peligros determinados, sean verdaderos o no.

Causan una respuesta de inmovilización e incluso de huida (Valdés, C.; Flórez, J., 1995).

En otras palabras, el miedo es una emoción intensa que se experimenta ante la presencia de una amenaza inmediata y real, su cargo es desatar una serie de respuestas que hacen que un individuo pueda reaccionar y protegerse.

La ansiedad es un conjunto de sentimientos que causan molestia en una persona. Puede ser causal de varias situaciones, tiene factores desencadenantes hereditarios y ambientales, sus causas son diversas y cuando se sobrepasan los niveles se pueden considerar un trastorno.

La angustia es más una sensación del cuerpo donde se puede llegar a sentir una opresión en el pecho o en el estómago, que por lo regular está acompañada por un sentimiento de temor. Los individuos que sufren un estado de angustia solo se pueden enfocar en el presente y pueden tener dificultades para realizar más de una actividad a la vez.

### **3.2 Causas de la ansiedad**

Ahora que se han expuesto algunas definiciones de ansiedad es conveniente mencionar cuales son las posibles causas que la generan, cada persona es diferente y reacciona de acuerdo a sus experiencias. La ansiedad puede aparecer principalmente en aquellas personas que son más sensibles, ya que se encuentran más vulnerables en situaciones complicadas de la vida.

De acuerdo a Bourne y Garano (2012) las causas de la ansiedad son varias, no sólo se toma en cuenta el nivel de ansiedad que se presenta, sino también el

periodo de tiempo en el que se producen. Las posibles causas que se exponen son las siguientes:

- Estrés laboral: Jornadas de trabajo largas, realizar un trabajo que no es del agrado del individuo, tolerar situaciones incómodas, que en ocasiones se aguantan por la necesidad de trabajar y tener solvencia económica, estar en ambiente laboral tenso o desagradable, tener a un jefe muy exigente, son posibles causas de ansiedad por estrés laboral.
- Dificultades económicas: el no contar con un trabajo, tener un ingreso económico bajo, pueden causar malestar, temor e inseguridad.
- Consumo de sustancias tóxicas: las drogas tienen componentes adictivos. La adicción en muchas ocasiones causa ansiedad, que provoca la necesidad de consumo.
- Tener alguna pérdida: perder a un ser querido o algo significativamente importante es una causa común de ansiedad. Ésta en ocasiones no se presenta de inmediato después de la pérdida, sino que puede aparecer meses después del suceso.
- Malos hábitos alimenticios o del sueño: las personas que no llevan una buena alimentación o que tienen una alteración en el ciclo del sueño es muy probable que presenten ansiedad.
- La rutina: no es malo tener una rutina de actividades, ya que esto hace que se tenga un control, pero si esta rutina es muy rígida y no permite espacios para actividades de interés personal es posible que aparezca un trastorno de ansiedad.

- Exposición a una situación difícil: en este caso la ansiedad se presenta al sentir temor o miedo, por ejemplo, al estar frente a un público.
- Depresión: la depresión y la ansiedad suelen ir de la mano, tienen síntomas similares o compartidos, los causantes pueden ser los mismos, por ejemplo, una pérdida significativa. Pero no es una regla que una persona padezca los dos trastornos al mismo tiempo, uno puede predominar más que el otro.
- Experiencia post traumática: después de un evento traumático, se vuelve a vivir el suceso una y otra vez mentalmente, y esto va acompañado un sentimiento de ansiedad, estrés e inseguridad.
- Familia: cuando la convivencia es mínima entre los miembros de la familia, es más probable que algún integrante sufra de ansiedad, ya que hay una carencia de afecto y apoyo. O bien cuando las responsabilidades caen sobre un solo miembro de la familia y será él quien padezca este trastorno.
- Medicamentos: existen algunos medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, provocando como efecto secundario que la persona se siente ansiosa o angustiada. Algunos medicamentos que causan ansiedad son los que se recetan para problemas respiratorios o los que contienen cafeína.
- Factores predisponentes: existen algunas variables biológicas (genéticas) o actitudes que pueden ser hereditarias o no, que hacen que una persona sea más vulnerable a desarrollar ansiedad, y más si está expuesta a situaciones que la pueden desencadenar.

Las causas de la ansiedad son diversas. No se reconoce una causa específica por lo que en ocasiones es posible determinar una variedad de factores de presentación de ansiedad en un individuo.

### **3.3 Tipos de ansiedad**

De acuerdo a Trickett (2012), hay tres tipos de ansiedad, la externa, la interna y la de juez y jurado. Estas tienen en común los síntomas fisiológicos, lo que varía son las causas, dando un efecto diferente en cada persona.

#### **Ansiedad externa**

Las personas con ansiedad externa se basan en amenazas existentes, como por ejemplo un accidente o alguna pérdida reciente, en ocasiones la amenaza es tal que los sentimientos se vuelven malestares físicos. Imaginan que no tienen problemas en su vida, y prefieren evadir las situaciones complicadas.

#### **Ansiedad interna**

El sentimiento de miedo viene desde el interior del individuo, es decir, tiene origen en sus pensamientos, es difícil que la persona que los sufre identifique su origen y sus síntomas. Este tipo de ansiedad se ejemplifica cuando una persona siente miedo o ansiedad a ser castigada, a no ser valorado por los demás o bien a sentir que se pierde el control de las situaciones.

#### **Ansiedad de juez y jurado**

Este tipo de ansiedad se va generando desde que se va teniendo conciencia de lo bueno y de lo malo, ya que se presenta cuando la persona se siente mal por algo que hizo y puede ser juzgado. La ansiedad que se siente puede ser por el

miedo a ser criticado por otros o hasta por sí mismo, este sentimiento puede aparecer antes, o después del suceso.

Existe otra forma de clasificar los tipos de ansiedad según menciona Myers (2005), los cuales se explican a continuación:

### **Trastorno de ansiedad generalizada**

Es normal sentir miedo o ansiedad en algunos momentos de la vida, sobre todo cuando se encuentra en una situación difícil o estresante, como exponer ante un grupo, presentar un examen, etc. Sentirse así es una señal de alarma que es producida por el cuerpo.

Pero las personas con trastorno de ansiedad generalizada se sienten angustiadas la mayor parte del tiempo, y no solamente cuando está en una situación complicada. Las personas pueden sentirse muy preocupadas, tener pensamientos irracionales por el sentimiento de miedo. Los síntomas persisten por al menos 6 meses y no permiten que el individuo siga su vida diaria con normalidad.

### **Trastorno de pánico**

Este trastorno es más duradero que el generalizado y sus síntomas son más agudos, las personas con este tipo de ansiedad sienten que pueden morir, tienen una sensación de ahogo. Los síntomas pueden ser físicos y psicológicos, son tan fuertes que la persona que los presenta puede requerir hospitalización. Una persona puede tener un ataque de pánico con una duración de hasta media hora.

Un episodio de este tipo puede aparecer en cualquier momento de la vida, sin previo aviso, aunque es más común que se presente en un adulto joven, una persona que ya ha sufrido un ataque de pánico va a tratar de evitar los lugares o

situaciones que lo llevaron al anterior ataque. En muchos de los casos es tanto el pánico que no pueden continuar su vida con normalidad, cambiando el comportamiento de quien lo padece y afectando su vida laboral y social.

### **Fobia social**

Se caracteriza por un miedo irracional a situaciones de ámbito social, por ejemplo, sienten pánico al hablar en público, ya que sienten que van a ser juzgados, que se burlaran de ellos y van a pasar un mal momento. Para no sentirse así prefieren evitar este tipo de situaciones. Hombres y mujeres pueden sufrir por igual este tipo de ansiedad.

Las personas con este trastorno son más propensas a consumir alguna droga, siendo el consumo de alcohol el más común, el cual ayudará a disminuir los síntomas y el consumidor se sentirá más relajado.

Pueden empezar a presentar los síntomas de fobia social desde días antes de que ocurra el suceso estresante.

Este trastorno no se debe de confundir con la timidez, ya que la timidez no provoca que las personas eviten las situaciones sociales.

### **Agorafobia**

Esta fobia se da al sentir miedo de estar en lugares abiertos o expuesto a multitudes, en donde difícilmente puede recibir ayuda. En este caso la persona que lo padece siente miedo por sentirse en un ambiente donde no está protegida y se siente vulnerable. Las crisis de ansiedad son difíciles de controlar. Náuseas, intranquilidad, miedo de perder el control, hacer el ridículo, desvanecimientos, son algunos de los síntomas que puede llegar a tener un individuo con este trastorno.

En algunas ocasiones la agorafobia puede ser derivada de un ataque de pánico experimentado con anterioridad, puede ayudar o favorecer a que la persona desarrolle otros trastornos o fobias específicas.

### **Fobia específica**

En este caso la ansiedad, el miedo y la angustia son causadas por un objeto, lugar, animal o suceso en específico, este puede o no representar un peligro. La persona con este tipo de fobia trata de evitar de cualquier forma enfrentarse al estímulo, tanto que puede generar que se modifique su vida diaria. La fobia específica puede desarrollarse a partir de una experiencia traumática. Suele desarrollarse en la niñez o en la adolescencia y es un poco más frecuente en mujeres. Entre las más comunes se encuentran: miedo a los insectos, reptiles o arácnidos, a las alturas, a las inyecciones, a los ascensores o a los aviones.

### **3.4 Síntomas de la ansiedad**

La ansiedad es parte de la existencia del ser humano, todas las personas sufren al menos una vez un estado de ansiedad en un grado moderado, ya que es una respuesta adaptativa y de supervivencia. Una persona al sentirse en peligro tiene una combinación de síntomas que caracterizan a la ansiedad.

En el DSM-5 (2013), se menciona que el trastorno de ansiedad se caracteriza por una aparición temporal y aislada de miedo o malestares intensos, tiene que ir acompañada por al menos cuatro de los siguientes síntomas, estos deben de iniciarse de manera repentina y alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos y con una duración de al menos 6 meses:

A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

B. La ansiedad y la preocupación se asocian a por lo menos cuatro de los síntomas.

1. Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Sacudidas o temblores
4. Sensación de atragantamiento
5. Sensación de opresión o malestar torácico
6. Temblores o sacudidas
7. Náuseas o molestias en el abdomen
8. Inestabilidad, desmayo o mareo
9. Sensación de irrealidad o despersonalización
10. Miedo a perder el control
11. Miedo a morir
12. Sensación de entumecimiento u hormigueo
13. Sensación de ahogo o escalofríos

C. La ansiedad o los síntomas físicos causan molestias clínicas significativas o deterioro en las áreas principales de la vida diaria.

D. La alteración no se atribuye a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afectación médica.

E. La alteración no es explicada como otro trastorno mental.

Además de los síntomas mencionados pueden existir otros síntomas psicológicos, como, por ejemplo, la persona con trastorno de ansiedad puede llegar a sentirse inquieta, agobiada, siente que está en peligro, tiene ganas de huir

o atacar, se muestra insegura, tiene una sensación de vacío o ahogo, teme perder el control, se le dificulta tomar decisiones, le cuesta trabajo concentrarse y poner atención.

Los síntomas cognitivos también suelen aparecer en un estado de ansiedad, los más comunes son el miedo, la preocupación, el individuo que los padece llega a sentirse además inseguro, tiene pensamientos negativos de sí mismo, temor a que los demás noten su situación, miedo de perder el control, tiene dificultades para centrar la atención y problemas con la memoria.

A nivel fisiológico la persona en una situación de ansiedad puede llegar a sudar de manera excesiva o más de lo normal, presenta tensión muscular, molestias en el estómago como dolor o náuseas, tiene una sensación de ahogo, siente que no puede respirar correctamente, sufre mareos, se acalora e incluso puede estar al borde de un desmayo.

No todas las personas presentan siempre los mismos síntomas, ni estos son de la misma intensidad o nivel. Incluso durante un día puede haber variación.

### **3.5 Estudios previos de la ansiedad**

Hay varios estudios previos de la ansiedad, que mencionan sus principios. Uno de ellos tomó en cuenta dos grupos, uno de los grupos está integrado por personas que habían presentado síntomas antes de los 20 años de edad y el otro después de esta edad. El primero mostró que los padres que tuvieron problemas en el matrimonio, tenían mayor inhibición en la niñez, obtuvieron puntajes mayores en las pruebas de ansiedad, más sensibilidad interpersonal, depresión y neurosis, en comparación al segundo grupo.

Se ha encontrado que la raza, el nivel de educación o el monto en el ingreso salarial tienen relación con la aparición de la ansiedad. También se descubrió una correlación en aquellas personas mayores de 24 años con un matrimonio malogrado y que se ocupan de lleno al hogar.

Con lo anterior podemos concluir que las condiciones estresantes del entorno familiar, social y laboral pueden ser la causa del trastorno de ansiedad.

Los estudios que se han realizado en adultos mayores mencionan que este trastorno es una preocupación de salud mental ya que se considera muy común en esta población. Sin embargo, se ha demostrado en muchas ocasiones, que el estereotipo del adulto mayor enfermo no se cumple en toda la población, en algunos estudios estadísticos se han encontrado niveles bajos en ansiedad, depresión, preocupación en este grupo de edad, concluyendo que en el envejecimiento normal no es necesario que esté presente una enfermedad afectiva o emocional (Santiago, et al; 2010).

El trastorno de ansiedad en el adulto mayor en muchas ocasiones se ha considerado como patología moderada, pero en estudios que se han realizado se concluye que puede relacionarse y tener un impacto considerable con la funcionalidad de la persona, lo que lleva a un deterioro en muchas ocasiones significativo, disminuye la calidad de vida y está asociado con la mortandad.

### **3.6 Modelos teóricos de la ansiedad**

Existen varios modelos teóricos que intentan explicar la ansiedad desde su perspectiva, coincidiendo en que es una respuesta compleja del cuerpo que ayuda

a la adaptación del medio ambiente que rodea a una persona. A continuación, se exponen algunos de los modelos de acuerdo a Sierra, Ortega y Zubeidat (2003).

### **Modelo Psicoanalítico**

El modelo psicoanalítico menciona que la ansiedad que padece un neurótico es el resultado de un conflicto entre un impulso que lo siente inaceptable y una contra fuerza que se genera a partir del ego. Freud vio a la ansiedad como un estado de afectividad no agradable, en el que se pueden presentar sucesos como sentimientos de desagrado, aprensión, pensamientos molestos y algunos cambios fisiológicos que se ligan a la activación autonómica (aumento del ritmo cardiaco y de la tensión arterial). Así mismo, menciona que hay dos tipos de fenómenos, el fisiológico y el subjetivo, siendo el segundo el que causa los síntomas de ansiedad y el que ayuda a la adaptación y supervivencia de un individuo.

Freud propuso tres teorías acerca de la ansiedad:

1. La ansiedad real que se produce con la interacción del yo y el medio externo, se presenta como un aviso para el ser humano, es decir, le advierte de un riesgo real que hay en su alrededor.
2. La ansiedad neurótica, es una muestra de peligro y tiene origen en los impulsos reprimidos de un sujeto, esto se tomó como la base de las neurosis. Es caracterizada por la falta de un objeto, representando un evento traumático no expresado, dificultando el reconocimiento del peligro. Esto hace que la persona sienta ansiedad sin diferenciar un peligro real, ya sea interno o externo. Así, la ansiedad neurótica se hará presente cuando

el yo tiene la tentativa de satisfacer los instintos del ello, pero las mismas exigencias lo llevan a sentirse bajo amenaza y el individuo muestra preocupación de que el yo no pueda controlar al ello.

3. La ansiedad moral o también conocida como la ansiedad de la vergüenza se explica que cuando el súper yo advierte al individuo de la probabilidad de que el yo pierda el dominio de los impulsos.

Todas las neurosis son trastornos emocionales expresados psíquicamente, de acuerdo a Freud, ya sea que estas tengan alteraciones somáticas o no, alterando la realidad del sujeto, manifestándose en sus diferentes ámbitos, relacionándolos a su vez con otros problemas psicológicos. Toda neurosis tiene como característica común la ansiedad, cuyo estado es totalmente mental. Esto lleva a que la persona refleje una inmadurez emocional que la mayoría de las veces lo lleve a sentirse como un ser inferior e inseguro ante los demás.

### **Modelo Cognitivo de Beck**

Beck hace referencia de que en este trastorno emocional (ansiedad) existe una distorsión en el procesamiento de la información.

En este enfoque se menciona que la ansiedad se presenta bajo el siguiente procedimiento: el individuo percibe un suceso, que después es analizado por la misma y valorado de acuerdo a la situación que está enfrentando. Si la evaluación tiene un resultado negativo o amenazante dará comienzo a una reacción llamada ansiedad, la cual va a ser modulada por procesos cognitivos.

Conociendo la causa que desencadenó la ansiedad, deberá limitar o evitar las situaciones similares posteriormente. Incluso la persona puede evadir imágenes

relacionadas al suceso. Esta reacción es explicada desde este enfoque como la raíz de la interpretación o significado que le da cada sujeto a cierto suceso. En algunas ocasiones el individuo se da cuenta que la situación no es amenazante y puede llegar a controlar la ansiedad sentida. En este enfoque la ansiedad va acompañada de emociones, pensamientos, ideas, creencias e imágenes, que van a ser valoradas de acuerdo a la evaluación subjetiva de cada persona. Es por ello que en muchos casos puede llegar a ser controlada. Al percibir una situación amenazante real o no, la persona que lo experimenta puede llegar a sentir inseguridad, angustia, nerviosismo, hipervigilancia, irritabilidad, miedo, pánico, preocupación, conflictos para concentrarse, nerviosismo e inquietud.

Actualmente la ansiedad vista desde la parte clínica es caracterizada por una serie de factores que se busca sean persistentes y recurrentes, que se obtenga una respuesta emocional desproporcionada de acuerdo al suceso, que sea recordada aún en la ausencia de una situación de peligro. El sujeto que la experimenta puede llegar a quedar paralizado y es incapaz de adaptarse al medio que lo rodea, con el fin de evitar o disminuir este trastorno.

### **Modelo Conductual**

Esta teoría trata de explicar a la ansiedad desde una perspectiva experimental y operativa. El enfoque conductista parte de una formación de la ansiedad en el medio ambiente, que es vista como un impulso provocando una respuesta en el organismo. En esta explicativa se ve como un impulso motivacional para que la persona que lo experimenta tenga una reacción ante un estímulo determinado. Está relacionada con una serie de estímulos los cuales pueden estar o no

condicionados y que llevan a una respuesta emocional, esto posteriormente crea un estímulo discriminativo, estimando que la ansiedad en el conductismo se conserva mediante una relación funcional reforzada con un acontecimiento del pasado.

El origen de la ansiedad desde este punto de vista puede deberse a varias circunstancias, desde un suceso en específico hasta una simple inquietud. Aquí es donde aparece lo que le llaman afrontar una situación, al presentarse el suceso que causa ansiedad, el individuo determinará la forma en que lo resolverá, ya sea alejándose de la problemática, evitándola, o enfrentar las consecuencias, a esto se le llamo reacción de lucha-huida.

### **3.7 Ansiedad en el adulto mayor**

La ansiedad es un trastorno común en el adulto mayor, puede presentarse sola o incluir otros trastornos, en muchas ocasiones suele pasar desapercibida, ser diagnosticada erróneamente o no recibir el tratamiento adecuado. En muchos de los casos de ansiedad en el adulto mayor se considera generalizada y por lo regular este acompañada por el trastorno depresivo.

En algunos casos la ansiedad en los adultos mayores está relacionada con miedos como por ejemplo a caerse, al déficit de movimiento o desplazamiento, calidad de vida y la disminución de actividades. Es mayor el sentimiento de ansiedad cuando algunos de estos sucesos ya han pasado, si el individuo se ha caído, sentirá miedo de caerse nuevamente.

La ansiedad en esta etapa también se puede deber a los cambios que se van presentando, el jubilarse, la pérdida paulatina de autonomía, los problemas de salud, etc.

Para muchas personas, el llegar a la etapa de adultos mayores, conlleva el sentimiento fatalista de una muerte próxima. Este pensamiento puede generar ansiedad y hasta una obsesión que aumenta cuando han fallecido personas allegadas a ellas.

El deterioro de salud que suele acompañar al envejecimiento llega a incapacitar a los sujetos, lo que origina que tengan que vivir en compañía de un familiar o incluso en alguna residencia de adultos mayores, al perder su individualidad se encuentran en una situación que les genera ansiedad.

La polifarmacia puede causar ansiedad, es común que el adulto mayor enferme y tome medicamentos para diversas enfermedades y molestias, algunas sustancias pueden ocasionar, como efecto secundario, ansiedad. Es importante cuidar que las dosis sean las indicadas por el médico, ya que en ocasiones suelen exceder el consumo, además de observar que el adulto mayor no se automedique.

La incompreensión familiar hace que los adultos mayores se sientan angustiados, frustrados, inquietos y molestos.

De acuerdo a las investigaciones de la Facultad de Medicina en la Universidad de Sevilla, España (2009), existen algunos factores de riesgo en el adulto mayor entre los que se encuentran los biológicos, los psicológicos y los sociales.

### **Factores biológicos**

La herencia de información genética toma un papel importante dentro de los factores, ya que si algún familiar en algún momento de la vida ha presentado

algún trastorno como el obsesivo-compulsivo o el trastorno de angustia, hay una probabilidad mayor de que la persona adulta mayor lo presente también, siendo las mujeres más propensas que los hombres.

Así mismo el propio envejecimiento se puede considerar un factor importante, la aparición de enfermedades crónicas como la hipertensión y el deterioro cognitivo ejercen cierta influencia.

### **Factores psicológicos**

Algunos rasgos de personalidad pueden hacer al adulto mayor más vulnerable a la ansiedad, como por el ejemplo la personalidad neurótica. Las estrategias de afrontamiento que fue aprendiendo durante su vida le ayudarán ante este tipo de situaciones. Al contrario, si no aprendió las conductas adecuadas, se origina la existencia de una psicopatología que favorece el desarrollo de un trastorno de ansiedad.

### **Factores sociales**

Si el adulto mayor no se encuentra en una situación favorable socialmente es más fácil que la ansiedad se desarrolle, al no contar con los suficientes ingresos o vivir en condiciones poco favorables, tiende a incrementar los niveles de ansiedad.

El adulto mayor, como se mencionó anteriormente, tiene que pasar por ciertos entornos que lo vuelven más vulnerable, como la jubilación, la pérdida de seres queridos o incluso que la familia no se ocupe de él y tenga que instalarse en una institución.

Por último, si el adulto mayor no cuenta con redes sociales de apoyo, se encuentra solo y si añadimos que no cuenta con un soporte específico, se encuentra aún más indefenso ante un trastorno de ansiedad.

Es común que un adulto mayor no pida ayuda cuando se presentan síntomas de ansiedad, por desconocimiento de la misma y esto en muchas ocasiones hace que empeore su condición. Es por ello que tanto la familia como las instituciones de salud deben estar atentas a los trastornos mentales que se presentan en este grupo de edad, en este caso a la ansiedad; con una asistencia profesional a tiempo, se evita el deterioro y puede seguir conservando su autonomía.

## Capítulo 4

### Familia

#### 4.1 Definición de familia

La familia es una parte importante dentro de una sociedad y de un individuo, este concepto se va formando desde la infancia. Es con quien se tiene el primer contacto y acercamiento a lo que nos rodea. De ahí parte la adquisición de valores y habilidades que lo ayudarán a formarse como persona y más adelante a fundar su propia familia.

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (2001), menciona que la familia es considerada un grupo, en el cual los integrantes tienen un vínculo de sangre, adoptan una decisión de común acuerdo entre dos o más personas, donde va a existir una convivencia organizada y solidaria. Dentro de esta asociación van a existir reglas y prácticas de convivencia, como apoyo mutuo, asistencia a festividades y eventos culturales.

Para Esteinou (2000), la familia es una institución que se debe considerar como universal, porque es la estructura presente en las diferentes sociedades. Puede estar constituida de acuerdo a una relación de sangre, a la afinidad como lo es el matrimonio, o bien como miembros adoptados que no los liga un vínculo de sangre, pero con el tiempo se desarrollan lazos emocionales y tienen un reconocimiento social.

La Enciclopedia Británica en Español (2009), refiere que la familia es un elemento natural y que es parte importante dentro de una sociedad, esta debe de tener derecho a la protección del estado y de la misma sociedad. Esto es un

concepto a grandes rasgos, ya que la definición de sociedad puede ir variando dependiendo el país o estado en el que está inserta.

La familia es un sistema social con normas y reglas, en la que interactúan sus integrantes ya sea que estén vinculadas por sangre, por un matrimonio o bien por algún otro lazo social. Estos deben de vivir bajo el mismo techo o bien tener una relación y una convivencia frecuente que haga que se defina el grupo como familia. (Morán, 2004).

#### **4.2 La función de la familia**

La principal función de la familia es la de brindar protección y de cierto modo asegurar la supervivencia; la afectividad, la convivencia y el aprendizaje ayudan a crear una identidad a cada uno de los integrantes, no solo debe de proporcionar alimento y techo a cada uno de los individuos que la conforman, sino que también tiene que ver por su bienestar moral, social y cultural (Posadas, 2005).

Mencionan Campos y Smith (2003) que hay siete funciones básicas de la familia: la económica, cooperación y cuidado de la salud, recreativa, afectiva, educativa y vocacional, autoidentificación y la socializadora.

- Económica: como cualquier otra institución la parte económica es un punto importante dentro de la familia. Utilizará sus recursos de acuerdo a sus necesidades o prioridades y van a depender de un presupuesto de acuerdo a los ingresos existentes.

Desde luego que puede haber variantes porque los cambios tienden a modificar esta situación. La dinámica familiar por lo regular es manejada por

los adultos que la integran, ya que son los que trabajan y generan los ingresos.

- Cooperación y cuidado de la salud: esta función es apoyada por instituciones encargadas de ayudar al cuidado de la salud de los integrantes de la familia, pero en el hogar se deben proporcionar los cuidados para evitar enfermedades, como por ejemplo mantener la casa limpia, cuidar el aseo e higiene, proveer de medicamentos cuando se requieran, cuidado y preparación de alimentos, entre otros.

Así también cada uno de los miembros deberá de ayudar y cooperar en cada una de las tareas designadas, que ayudarán a mantener un buen ambiente dentro de la familia.

- Recreativa: en cada familia se hace necesario integrar actividades recreativas, como ir a eventos culturales y festividades, desarrolladas como un pasatiempo y momento de esparcimiento familiar.
- Afectiva: la afectividad y el amor se van aprendiendo y adquiriendo desde el núcleo familiar, es por ello que es importante demostrar desde niños el afecto, con caricias, abrazos y expresiones verbales que demuestren cariño.

Además, es importante enseñar valores, reglas y normas, como, por ejemplo, respeto por los demás, solidaridad, amistad, equidad, entre otros.

No se debe descuidar que deben existir algunos límites para expresar el afecto.

- Educativa y vocacional: desde niños se tiene derecho a la educación tanto en casa como en una institución escolar. En los primeros años de vida se debe proporcionar aprendizajes en casa, para posteriormente asistir a una escuela donde personas profesionales se encargarán de apoyar la educación.

Dentro de la familia se afianza el conocimiento de sí mismo, la identificación de los intereses y capacidades de cada miembro, lo que conlleva a adquirir de manera indirecta, una Orientación Vocacional, el definir una profesión u oficio es de suma importancia en la vida de todas las personas.

- Autoidentificación: desde que se nace se tiene derecho a un nombre propio que nos identifique, posteriormente se debe ir formando una identidad que se terminará de definir en la adolescencia.
- Socializadora: como seres sociales se deben reconocer los valores y costumbres, que van moldeando a la familia. Así también los integrantes se deberán ajustar a las leyes, normas y reglas que rigen a la sociedad, tienen que aprender que las acciones realizadas en su vida diaria tienen consecuencias, de las cuales cada quien es responsable, remarcando que pueden ser acreedores de algún castigo por un comportamiento inapropiado.

La familia por muchos años ha tenido la función de cuidado y protección de los individuos que la integran, algo muy importante es que desempeña la función de guiar y supervisar el comportamiento sexual dentro del núcleo familiar, le

proporciona al individuo las pautas de un comportamiento adecuado en la sociedad.

El concepto de funcionalidad familiar abarca múltiples factores o rasgos, por lo que la evaluación de la misma se vuelve compleja. Para la ayuda de la evaluación existe una herramienta llamada APGAR familiar, que es un cuestionario desarrollado por Smilkstein en 1978, el cual está conformado por cinco preguntas con las que se pretende obtener de manera sencilla y rápida información para la evaluación de la función familiar desde la perspectiva de quien es encuestado, para obtener como resultado tres tipos de funcionalidad familiar, la normofuncional, la familia disfuncional o con una disfunción leve.

### **4.3 Tipos de familia**

Los tipos de familia o la estructura familiar se refieren a las relaciones genéticas o legales que tienen un grupo de personas, éstas pueden vivir o no bajo el mismo techo.

Existen varios tipos de familia, los cuales se exponen a continuación (Berger, 2006):

#### **Familias nucleares**

El nombre de esta familia hace referencia al núcleo de un átomo, está constituida por los padres e hijos (si los hay). La mayoría de las familias son nucleares, en ellas la madre por lo regular es la encargada de proveer amor y educación, es quien lleva el rol de madre amorosa, cariñosa y comprensiva. El padre es quien brinda protección, seguridad y quien trabaja para proveer de bienes necesarios a la familia. Aunque en la actualidad se han visto modificados

estos roles, ya que en muchas familias la madre también sale a trabajar y entre ambos padres solventan la economía familiar.

### **Familias extensas**

En este tipo de familia se incluye la familia nuclear (padres e hijos), más abuelos, tíos, primos, y otros parientes, consanguíneos o afines. En algunas culturas es más común la existencia de este tipo de familias. Cuando las personas son adultas no necesariamente tienen que vivir separadas de los padres.

### **Familias reconstruidas**

Pueden vivir solo los hermanos, o puede estar conformado por amigos, o quienes sin tener ningún lazo de sangre viven juntos e involucran sentimientos, convivencia, reglas, etc.

En este tipo de familia también se pueden incluir aquellas que se van formando de padres divorciados y que uno o ambos tengan nuevas parejas, constituyendo nuevas familias, en este tipo de casos también se pueden incluir los hijos de la nueva pareja.

### **Familias monoparentales**

Las familias con un solo padre son cada vez más comunes, en este caso el hijo o los hijos viven con solo uno de los padres. En ocasiones los hijos dejan de tener contacto con el padre que no vive con ellos.

Una familia monoparental puede considerarse una variación de la misma familia nuclear, solo que la responsabilidad cae en uno solo de los padres. Los diferentes tipos de familias monoparentales son: la madre o padre divorciado, madre con hijos por adopción, madre o padre viudo o bien padre o madre soltera.

Otra clasificación que propone Morán (2004) es que hay tres tipos de familia, la consanguínea, la conyugal y la extraordinaria.

La familia consanguínea es cuando hermanos e hijos de los mismos padres viven juntos, ellos son considerados como el núcleo familiar, es probable que también vivan otros parientes.

La familia conyugal es aquella que estará conformada por un matrimonio y sus hijos. Por último, la familia extendida consiste en integrantes considerados como un grupo familiar, más otros individuos que, aunque no vivan ahí exista un lazo importante que los relaciona.

### **Funcional**

Este tipo de familia es caracterizada porque busca un buen desarrollo de cada uno de los miembros que la integran, manteniendo relaciones lo más sanas posibles, se establecen jerarquías y se pretende que éstas se respeten y que cada una cumpla con sus obligaciones, también para el buen funcionamiento se deben de establecer reglas y normas, así como también se deben de establecer roles que sean claros y definidos, se debe mantener una comunicación libre y abierta, pero además este tipo de familia debe de ser capaz de adaptarse a los cambios que se les presente.

En la familia funcional hay una buena relación entre las personas que la integran, logrando un lazo afectivo confortante. Son respetuosos entre ellos en cuestión a espacios y tiempos, suelen convivir entre ellos y realizar actividades grupal e individualmente.

Aquí los padres, quienes tienen la jerarquía más alta, son los responsables de satisfacer las necesidades básicas de los hijos, como lo es la alimentación, el

techo, la salud y la educación. Los padres ayudan a los hijos a crear su autonomía y formar una identidad propia, donde se pretende que sus valores, personalidad y emociones sean lo más estables y sólidos, sobre todo para cuando cada persona deba de enfrentarse a una situación con cierto grado de dificultad por sí sola, pueda concluirla con éxito.

### **Disfuncional**

En una familia disfuncional existen los conflictos, hay una mala conducta en algunos o todos los miembros que la integran, y en ocasiones existe el abuso. Este tipo de familias por lo general son resultado de adultos codependientes, con problemas de adicciones o abuso de sustancias como el alcohol. Otro de sus orígenes puede ser que los padres presenten alguna enfermedad mental no tratada.

Las familias disfuncionales suelen no tener límites, tiene problemas financieros e intelectuales. En este tipo de familias además hay poca empatía y comprensión entre los miembros, se presentan desigualdad y tratos injustos, una falta total de respeto, constantemente sobrepasan los límites entre ellos, la relación entre los padres es mala e incluso pueden estar separados, conviven poco tiempo, la comunicación es deficiente, no hay jerarquías y los roles son modificados.

De acuerdo a los datos obtenidos en la población del Centro de Día, las familias de los adultos mayores que conformaron la muestra viven en una familia tipo nuclear o monoparental, manteniendo una funcionalidad adecuada.

#### **4.4 La comunicación en la familia**

El dialogo es de suma importancia en las relaciones interpersonales, y lo es aún más en la familia. La comunicación transmite cierta información que será procesada por el receptor, no obstante, en el núcleo familiar, es más que eso, mediante el diálogo, se expresan los sentimientos que están involucrados en una situación determinada, motivando a cada individuo a que los interprete según sus vivencias y experiencias.

La comunicación le sirve al individuo para relacionarse con los otros, para transmitir o recibir información, para comprender las ideas y pensamientos que tenemos, decir lo que sentimos, comunicar vivencias, pero también para crear un vínculo mediante el afecto y la empatía.

Desde pequeño, el ser humano se comunica, se debe de recordar que la comunicación no es solo mediante palabras, sino que incluye también gestos, expresión corporal, el silencio, la postura y también por medio del llanto; los bebés por ejemplo, lloran cuando tienen hambre o se sienten incómodos.

De acuerdo a Franco (2005), la comunicación es una parte fundamental para el ser humano, mediante ésta se transmite información, sentimientos, creencias, ideas y pensamientos. Y aunque se espera que una vez que se haya aprendido a comunicarse, se practique con regularidad con los integrantes de la familia, en muchas ocasiones no es así. Al comunicarse se puede esperar una respuesta positiva o negativa del otro, es por ello que a veces se dificulta o no se da como se espera.

Una comunicación deficiente puede llevar a las personas a tener problemas emocionales y por ende psicológicos. La falta de habilidad en ésta, puede afectar

incluso a personas exitosas laboralmente, les ocasiona problemas de socialización debido a la mala o nula comunicación con el exterior. Estas habilidades se pueden adquirir a cualquier edad, para que la convivencia sea asertiva y eficiente (Aguilar, 2002).

La comunicación es un elemento que se tiene en común dentro de una familia, independientemente de la estructura de la misma. Cuando en una familia existe un buen diálogo, se da a conocer lo que pasa a su alrededor, sus tipos de relaciones, su tipo de personalidad, entre otras cosas. Es mediante la comunicación que también da a conocer al exterior que lo rodea como es su relación familiar. Sus aprendizajes los van transmitiendo a las personas y nuevas generaciones a través de este medio (Gallego, 2006).

La comunicación principal es la de los padres, que al comunicarse de manera asertiva, enseñarán a sus hijos a hacerlo de la misma manera, al mismo tiempo que les transmiten confianza y seguridad la cual a largo plazo les favorecerá en sus relaciones interpersonales.

#### **4.5 La familia en diferentes momentos**

La familia es un sistema que está en constantes cambios, va sufriendo una transformación en cada uno de sus ciclos. En cada una de las etapas que se van viviendo se producen ciertos cambios, y los miembros de la familia tienen que ir adaptándose a cada uno de ellos.

Así que mientras los integrantes entre 20 y 25 años probablemente estén pasando por la etapa del enamoramiento y la formación de una nueva familia, los integrantes mayores a los 45 años están pasando por el llamado nido vacío, y los

mayores a 65 años quienes fungen el rol de abuelos están en la etapa de jubilación y se encuentran en la última fase del ciclo vital (Eguiluz, L., 2003).

- Enamoramiento y noviazgo: en esta etapa es cuando dos personas se van conociendo, comparten tiempo y vivencias. Si la relación ya cuenta con rasgos de madurez y consolidación podrán pasar a la siguiente fase. Durante esta, se van negociando y definiendo las normas de la relación que se va a seguir para llevar una buena y equilibrada relación, así mismo se va pautando la forma de comunicación y convivencia, se visualiza la relación a futuro y se comentan las perspectivas que se tienen de la familia.
- Matrimonio: es aquí donde hay una unión formalizada en muchos casos legal de la pareja. Es común que durante el principio del matrimonio existan crisis, esto debido a que ambos generan expectativas durante el noviazgo y la realidad que viven en la vida marital no siempre cumple con ellas. En este caso lo que ayudará a la pareja a sobrellevar y resolver sus conflictos será la comunicación y el respeto. Pero al vivir cada quien con una familia de diferente crianza se enfrentarán a las dificultades que conlleva comportamientos, ideas y creencias particulares. Es por ello que deben de cambiar o combinar su estilo de vida, ajustándolo a las condiciones de la nueva familia.
- Llegada de los hijos: al llegar el primer hijo la pareja nuevamente se enfrenta a cambios a los cuales se debe ir adaptando, ahora tienen nuevos roles, responsabilidades y nuevos aprendizajes. En esta etapa los conflictos corresponden al tipo de crianza que tendrá el nuevo miembro de la familia,

en estos casos el acuerdo mutuo es la solución. Ahora se tiene la responsabilidad no solo de cuidar y proteger al esposo o esposa, sino que también de generar habilidades parentales de comunicación y negociación, para cuidar, educar, proteger y darle una educación social y moral al nuevo integrante.

- Hijos adolescentes y adultos: al llegar un segundo hijo también se provocan cambios, los padres han educado al primero, pero ahora el reto al que se enfrentan es la de enseñar al hermano mayor a guiar al más pequeño, alentando a los hijos a generar alianzas.

Cuando los niños se encuentran en edad escolar los padres se enfrentan a un nuevo sistema, todas las instituciones tienen sus propias reglas y forma de trabajar. Ahora los padres deberán enseñar a los hijos a adaptarse a estas nuevas normas.

Al llegar los hijos a la etapa de la adolescencia donde sufren cambios físicos y emocionales, los papás ahora se enfrentan a los conflictos que conlleva educar a los adolescentes, en quienes predomina la rebeldía porque inconscientemente están buscando su identidad.

Pasada la etapa de la adolescencia los padres nuevamente se enfrentan a la etapa del enamoramiento y el noviazgo, pero ahora de manera indirecta, ya que ahora son los hijos quienes la están viviendo.

- Vejez y jubilación: los padres al llegar a esta etapa, se enfrentan al nido vacío, los hijos han formado sus propias familias, y ahora los padres fungen un nuevo rol, el de abuelos. Ahora la pareja sin hijos retoma su vida conyugal. Sin embargo, regresar a la relación de pareja no siempre es fácil,

ya que se han descuidado como persona y como pareja, han dejado de verse y cuidarse por brindarle la atención y cuidados a los hijos.

Algunas veces enfrentan al mismo tiempo la etapa de jubilación, donde se tienen que retirar laboralmente ya sea ambos o alguno de los dos, lo cual provoca cambios en las actividades, horarios, economía familiar y rutinas, lo que podría generar nuevos conflictos. Es difícil aceptar los cambios, pasar más tiempo en casa y dedicar más tiempo a la pareja, incluso se llega a sentir miedo de experimentar estas alteraciones, con ayuda de terapias adecuadas, se puede aprender nuevamente a disfrutar el tiempo libre y generar nuevos círculos sociales.

En algunos casos algún miembro de la familia dependerá de los cuidados del otro debido a una enfermedad degenerativa o crónica, incluso los hijos serán ahora quienes cuiden de los padres. El tipo de vida que se lleve en la vejez dependerá de lo que ha hecho en las etapas anteriores.

#### **4.6 Funcionamiento familiar**

Se denomina funcionamiento familiar a la capacidad que tiene una familia para satisfacer las necesidades de sus integrantes y la facultad de adaptación ante situaciones de cambio dentro de su dinámica. (Polaino-Lorete, 1998)

Una familia es considerada como funcional cuando posee la facultad de proporcionar soluciones a las problemáticas que se vayan presentando, de tal modo que no afecte la satisfacción de necesidades de los miembros que la integran. El funcionamiento ayudará a que este núcleo sea capaz de transitar de

una etapa a otra de la manera más sana posible. Para ello se debe de contar con una buena organización que fomente la integración de cada uno de los individuos, un correcto desarrollo de la comunicación para resolver situaciones conflictivas, llevar a cabo las actividades de la vida diaria como modo de convivencia y conservar un ambiente seguro que brinde protección tanto emocional como económica para cada individuo.

Castellón y Ledesma, definen el funcionamiento familiar como un concepto sistémico, un conjunto de interacciones interpersonales que se van generando dentro del círculo familiar y que le dan una identidad propia. La dinámica diaria de este grupo es deseable que genere una buena calidad en el ambiente y la atmósfera del hogar, lo que llevará a estar en un clima agradable y de satisfacción, o de lo contrario, un clima desagradable generará tensión y frenará el buen desarrollo de la familia y por lo tanto se considerará como disfuncional.

Mencionan que una familia que se considere funcional debe de cumplir con tres características: la satisfacción de necesidades materiales, la resolución de situaciones críticas y el apoyo durante el desarrollo de la búsqueda de identidad. Esto se puede medir tomando en cuenta la unión familiar, la expresión de los afectos, cómo se lleva a cabo el crecimiento personal, la interacción entre los individuos, el respeto de la autonomía y el espacio personal.

Ares (2004) menciona que una familia funcional es capaz de enfrentar crisis familiares manteniendo la unión, cada persona acepta el rol que le corresponde para identificar y enfrentar las dificultades que se le presenten dentro de este

grupo. Con ello se incita a que se desarrolle la creatividad de cada uno, respetando la diversidad e individualidad, así mismo, cada individuo crea herramientas para cumplir con su misión social, sin afectar de ningún modo el proceso de interacción familiar y el progreso individual de cada etapa.

Al contrario, una familia disfuncional no ahonda en los sentimientos negativos, se le dificulta reconocer los problemas, es incapaz de enfrentar las crisis que se le presentan, su comunicación no es clara, usan dobles mensajes o no se expresan de manera correcta, no permite el desarrollo personal, la unión no es fructífera y casi siempre hay una confusión de roles.

A continuación se muestra una tabla de los indicadores de una familia funcional, disfuncional o con multiproblemas que es propuesta por Ares (2004).

<b>Indicadores funcionales de la familia</b>	<b>Indicadores de familias disfuncionales</b>	<b>Indicadores familias multiproblemas</b>
Ambiente familiar organizado y cuidado independientemente de las condiciones materiales de vida.		Carencia de hábitos de higiene y salud. Escasez de recursos económicos
Jerarquías claras entre padres e hijos y entre generaciones. Estilos democrático y participativo.		
Roles genéricos claros aunque flexibles, roles		

psicoemocionales potenciadores de la autoestima, roles funcionales equitativos.	Fracaso en los papeles parentales y confusión de roles.	
Límites entre subsistemas claros, permeables y flexibles.	Límites confusos.	Roles y límites confusos y entremezclados.
Ética relacional justa.		
Capacidad de expresar afectos positivos con lenguaje de sentimientos, permiso para expresar la hostilidad sin carácter violento ni destructivo.	De privaciones del cariño parental.	Problemas de relación intrafamiliar: malos tratos, enfermedades psicosomáticas, gritos, peleas, incestos, abandonos.
Capacidad empática de los miembros. Respeto y comprensión por los problemas de los otros miembros de la familia.	Ausencia de reglas explícitas y gran cantidad de reglas implícitas y/o secretas.	
Sentimiento de pertenencia, identidad familiar.	Amenazas continuas de separación.	Historia de abandonos y pérdidas.
Patrimonio simbólico amplio y diverso.		
Rutinas cotidianas claras y establecidas.		
Capacidad de celebrar y emplear tiempo ritual.		

Comunicación clara con direccionalidad adecuada, directa y con apertura.	Presencia en su interior de un “chivo expiatorio”.	Bajo o nulo nivel de instrucción de los padres.
Capacidad de solucionar los conflictos de manera efectiva.	Fuerte resistencia al cambio.	
Capacidad de aprender de las crisis.	Conflictos continuos y crisis cíclicas y repetitivas.	Crisis cíclicas.
Capacidad de utilización de las redes de apoyo formal e informal.	Mal funcionamiento social Precisan de ayuda especializada para resolver sus conflictos.	Conflictos judiciales y policiales. Conflictos vecinales. Actividades laborales de tipo marginal: venta ambulante, mendicidad, recogida de cartón y chatarra, venta de drogas, prostitución. Ausentismo escolar de los hijos.

Recapitulando se determina que el funcionamiento familiar es el que brinda a la familia la posibilidad de cumplir con éxito las funciones y objetivos que son otorgados por la sociedad, entre los cuales se encuentran: la satisfacción de necesidades emocionales-afectivas, la cesión de valores culturales y éticos, apoyo en el proceso de socialización de sus integrantes, contención y apoyo para mantener un equilibrio al enfrentar los problemas que se vayan presentando a lo largo de la vida.

#### **4.7 El adulto mayor en la familia**

La familia no es un organismo espontáneo, sino que históricamente ha estado unida al desarrollo de las poblaciones humanas. Los primeros vínculos afectivos de los individuos, sus funciones, así como el desempeño de roles y valores van a depender del contexto en el que se desenvuelva la familia.

Actualmente la prolongación de la vida ha permitido que los vínculos afectivos, se extiendan durante más tiempo, al llegar a la etapa de adulto mayor, los ancianos conocen su descendencia, como son los nietos e inclusive los hijos de esos nietos.

En esta etapa existen varios cambios en la estructura familiar, se abren oportunidades para que los adultos mayores establezcan lazos afectivos más fuertes. Se dan tiempo y disfrutan el compartir sus experiencias de vida entre los miembros de sus nuevas generaciones. Si el número de los integrantes de la familia es menor, mayor posibilidad de comunicación habrá entre ellos.

Ahora el adulto mayor cambia su rol de padre o madre, para ser abuelo, se encargará de transmitir las ideas y costumbres de sus antepasados, contribuyendo a formarse como individuos sociales a sus nietos y generaciones futuras.

Si el adulto mayor se encuentra dentro de una familia funcional, la cual se espera tenga un equilibrio entre el pasado y el futuro, su desarrollo y envejecimiento se llevará de manera saludable. En este tipo de familia, los hijos se harán cargo de los padres cuando sea necesario, estarán al pendiente de su salud y de sus necesidades.

El adulto mayor tiene necesidades psicoafectivas, dentro de las cuales se destacan las siguientes:

- Necesidad de amor y pertenencia, cuando se obtienen dentro del núcleo familiar, las relaciones afectivas en su entorno, se desarrollarán de manera favorable e incluso el individuo tendrá facilidad de crear nuevos vínculos.
- Necesidad de autorrealización, esta necesidad no siempre se puede llegar a cubrir o satisfacer, sin embargo, el adulto mayor debe de reafirmar su conocimiento, continuar con proyectos que dejó pendientes, por cumplir con otras responsabilidades, aprender nuevas cosas, integrarse a talleres de su interés, para que esto lo motive a tener una mejor calidad de vida.
- Necesidad de consideración y estima, esta se cubre manteniendo el respeto y la influencia, el adulto mayor debe de expresar sus necesidades de todo tipo, la familia debe de recordarle lo importante que es dentro del núcleo familiar y las cosas positivas, también se puede recordar en conjunto los momentos memorables de su vida, en fin, hacerle ver las características de su personalidad que son apreciadas.

## Capítulo 5

### Fundación Héctor Vélez y de la Rosa I. A. P.

Como bien se ha descrito, el envejecimiento es un proceso que va a depender del trabajo de cada persona, tomando en cuenta los cambios propios. Esta etapa de la vida tiene grandes posibilidades de crecimiento y desarrollo individual, y se pueden obtener elementos que ayuden a enriquecerla.

La Fundación Héctor Vélez y de la Rosa fue fundada por el Dr. Héctor Vélez y su familia en el año 1995, tomando en cuenta la necesidad de un lugar donde los adultos mayores pudieran seguir su desarrollo como personas.

Está ubicada en calle Independencia 28, colonia San Andrés Tetepilco, alcaldía Iztapalapa en la Ciudad de México; tiene como objetivo fortalecer la autonomía de los adultos mayores, ayudando a potencializar sus capacidades y habilidades, mejorando su autoestima, ayudando a aumentar sus redes sociales, manteniendo su independencia y su funcionalidad, incrementando su conocimiento en temas de interés.

Esta institución trabaja para fortalecer y mejorar las áreas cognitiva, motriz, psicoafectiva y sociocultural mediante la realización de programas diseñados de acuerdo a las necesidades del adulto mayor.

También se toma en cuenta que el adulto mayor debe estar inserto dentro de un núcleo familiar sano, por lo cual la Fundación solo labora parte del día.

La fundación tiene como misión, responder adecuadamente a las necesidades de las personas adultas mayores, favoreciendo su autonomía de integración familiar y social, así como su sentido por la vida y como visión pretenden ser una Institución Referencial en la oferta de servicios dirigidos a las personas Adultas Mayores y un Centro confiable de Documentación e Información Gerontológica.

Sus valores institucionales son los siguientes:

- Integridad, honestidad y transparencia en el quehacer institucional y personal.
- Creatividad: Diseñar, crear, modular e innovar los programas.
- Servicio: Disposición de ayudar a los demás cuando lo necesiten, sobre todo a los beneficiarios de la Institución.
- Compromiso, responsabilidad y cumplimiento hacia los beneficiarios y hacia la Institución.
- Profesionalismo: Trabajo con calidad, dando lo mejor de sí mismo en cuanto a ética y conocimiento
- Lealtad, Fidelidad y honestidad con los valores y misión institucional.
- Responsabilidad: Cumplir con las obligaciones laborales con eficacia y eficiencia
- Equidad y Respeto: Entender y comprender a los beneficiarios y personal, independientemente de sus creencias políticas, sociales y/o religiosas.
- Trabajo en equipo: Asumirlo como parte del engranaje para el óptimo desempeño institucional.

- Trascendencia: Compartir el conocimiento y sistematizar las experiencias, así como incidir en la creación de una cultura de la vejez positiva.

Los objetivos de esta institución son:

- 1) Promover conductas y hábitos saludables en los adultos mayores que les ayuden a prevenir, controlar y disminuir las complicaciones de las enfermedades crónico-degenerativas.
- 2) Mantener su funcionalidad física y mental, así como favorecer su independencia.
- 3) Potenciar las habilidades y capacidades, individuales y colectivas, del adulto mayor.
- 4) Fomentar el aprendizaje de nuevos saberes.
- 5) Incrementar y/o fortalecer sus círculos afectivo, familiar y social.
- 6) Reforzar su autoestima.
- 7) Lograr su empoderamiento.
- 8) Rescatar los valores ancestrales del aciano: liderazgo, dignidad y respeto.
- 9) Impulsar una nueva cultura de la vejez.

En el Centro Gerontológico de Desarrollo y Educación buscan mantener, mejorar, ejercitar, estimular y/o desarrollar las áreas cognitiva, motriz, psicológica, afectiva y sociocultural del adulto mayor. Para lograrlo a los adultos mayores se les brinda:

Atención profesional multidisciplinaria e integral, que consiste en: Medicina, nutrición, psicología, trabajo social, pedagogía actividades y talleres que promueven la interacción social entre los adultos mayores, además de restaurar y mantener los sentimientos de utilidad y autoestima de los mismos, y, conservan su funcionalidad e independencia que a estas alturas de la vida representan su libertad.

Estimulan las distintas áreas de desarrollo del adulto mayor, siendo éstas de tipo:

**Cognitivo:** Comprende aspectos relativos a funciones mentales superiores tales como inteligencia, memoria, aprendizaje, atención, percepción, etc.

**Motriz:** Corresponden a la estimulación del aparato músculo-esquelético, el cardiovascular, la movilidad de las articulaciones, el mejoramiento de la capacidad pulmonar, etc. Se trabaja tanto la motricidad fina como la motricidad gruesa.

**Psicoafectivo:** Comprenden aspectos relacionados con la identidad, la autoestima, las emociones, los sentimientos y todas las pérdidas que se afrontan durante la vejez.

**Sociocultural:** Comprende el análisis y estimulación de los procesos de socialización, pertenencia a un grupo etario, actitud hacia el envejecimiento dentro del núcleo familiar, la jubilación, etc.

- Programa educativo de prevención y promoción de la salud, haciendo énfasis en el autocuidado.
- Asistencia a eventos fuera de la institución, museos, viajes, excursiones, etc.

- Asesorías, Seminarios, Cursos y Talleres, entre otros, dirigidos a diferentes grupos de la población y/o de forma individual, todos ellos sobre tópicos gerontogerítricos.
- Difusión de información sobre la vejez, mediante pláticas y eventos donde se incluyen a las familias, quienes también forman parte de la vida del adulto mayor y así mismo prepararlos para su propio envejecimiento.

Requisitos para pertenecer como beneficiario de la institución:

- \_ Ser mayor de 55 años
- \_ Valerse por sí mismo, física y mentalmente
- \_ Asistir voluntariamente
- \_ Llenar solicitud de ingreso
- \_ Contestar estudio socioeconómico
- \_ Acudir a valoración médica, psicológica y nutricional
- \_ Cumplir con el reglamento interno

## Calendario de actividades

DÍA HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00	Rehabilitación 9:30	Yoga 1 Teatro	Rehabilitación 9:30	Yoga 1 Teatro	Rehabilitación 9:30
10:00	Manualidades Gimnasia intermedia Computación Rehabilitación	Yoga 1 (termina 10:30) Yoga2 (inicia 10:30) Inglés Conversación Inglés-Italiano	Manualidades Rehabilitación Gimnasia intermedia Computación Danza Regional	Yoga1(termina 10:30) Yoga2(inicia 10:30) Teclado Inglés Conversación Inglés-Italiano	Manualidades Gimnasia Fuerte Rehabilitación Danza Regional Suave
11:00	Manualidades Gimnasia Ligera Computación Conversación Inglés-Italiano	Yoga 2 Inglés Teclado	Manualidades Gimnasia Ligera Computación Danza Regional	Yoga 2 Inglés Conversación-Italiano	Manualidades Gimnasia Ligera Danza Regional Fuerte
12:00	Gimnasia Fuerte Teclado 12:00 – 13:00 hrs.	Pláticas (cada 15 días) Computación	Gimnasia Fuerte	Computación Italiano Dibujo y Pintura Coro	Dibujo y Pintura
13:00	Coro 13:30– 14:30	Computación Coro 12:30 – 14:30		Dibujo y Pintura Computación	Dibujo y Pintura
14:00					
15:00	RECESO				
16:00	Activación mental (último Lunes del mes) Baile de Salón	Baile de Salón	Cine debate	Baile de Salón	
17:00	Activación mental (último Lunes del mes) Baile de Salón	Baile de Salón	Cine debate	Baile de Salón	

## Capítulo 6

### Investigaciones previas

El objetivo de este capítulo es mostrar algunos estudios previos relacionados a la investigación en cuestión, los estudios que a continuación se mencionarán fueron realizados en México.

- En el norte de México se llevó a cabo una investigación por González Ramírez et al., acerca de la relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos, la muestra se tomó de jóvenes universitarios de Monterrey, Nuevo León; fueron 506 estudiantes de psicología, primero se llevó a cabo un estudio exploratorio mediante cuestionarios de autoinforme. Para la evaluación de síntomas psicósomáticos se utilizó un cuestionario que evalúa la salud del paciente, para medir la depresión se ocupó el inventario de Beck y se empleó la escala social para adolescentes para medir la depresión. Se obtuvieron los siguientes resultados, del total de los participantes 129 (25,5%) presentaron síntomas psicósomáticos con una intensidad media o alta, 2 participantes (0.4%) presentaron ansiedad por arriba del 75% de la puntuación máxima de la escala, y 4 (0,8%) presentaron depresión intensa. Se afirmó que hay una relación directa entre la intensidad de los síntomas somáticos, la depresión y la ansiedad.
- En otro estudio realizado por Canto Pech y Castro Rena, se analizaron los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en personas adultas mayores

que viven en asilos o bien asistieran frecuentemente a alguna estancia. Los resultados generales que se obtuvieron es que hay una mayor probabilidad de que a mayor nivel de autoestima, menor será la depresión; a mayor nivel de ansiedad, mayor será la probabilidad de depresión; y a menor autoestima, será mayor el nivel de ansiedad. Igualmente se llevó a cabo una comparación entre las estancias y los asilos en cuanto a las tres variables emocionales (depresión, ansiedad y autoestima) solo se distinguió que hay una diferencia significativa de mayores niveles de ansiedad en los asilos, y niveles no significativos en la evaluación de autoestima y depresión. Esta investigación se llevó a cabo con una muestra no aleatoria, mediante un estudio de corte transversal, estuvo conformada por adultos mayores de la parte del centro de Mérida Yucatán, especialmente cercanos al Centro de Desarrollo Comunitario de la Universidad de Mayab. Se tomó la muestra de dos asilos y dos estancias, la muestra constó de 62 adultos mayores, siendo 32 pertenecientes a las estancias y 30 a los asilos, la edad que se tomó como rango de adulto mayor fue a partir de los 65 años. Los instrumentos que se ocuparon para esta evaluación fueron, la versión para adultos del Inventario de Autoestima de Coopersmith, la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck.

- El siguiente estudio lo llevo a cabo Zavala-Rodríguez et al. y tuvo como objetivo describir el grado de la relación entre la funcionalidad de la familia y el nivel de la ansiedad, en algunos pacientes adultos que tienen alguna enfermedad crónica de una institución de salud en un segundo nivel. Se

utilizó para este estudio un diseño descriptivo, transversal y correlacional, tomando en cuenta una muestra de 97 personas, con una misma cantidad de familiares. La primera parte se seleccionó por un análisis de potencia tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pacientes de edad adulta, con una buena orientación, con servicio de hospitalización o consulta externa de una institución de un segundo nivel en atención. Para la medición de las variables se ocupó una cédula sociodemográfica, la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger. Los resultados obtenidos se analizaron mediante una estadística inferencial y descriptiva. Se concluyó que el grupo de edad que predominó en los familiares fue de 33 a 47 años, con una media de 45.73, y en pacientes sobresale el grupo de 60 a 70 años con la media de 65.05; en ambos grupos se distingue el género femenino. El 56% de los pacientes tiene diabetes mellitus tipo 2. De acuerdo a los índices la ansiedad-rasgo se obtuvo una media de 51, en el funcionamiento familiar una media de 84, por lo que se concluye que hay un nivel moderado de ansiedad en el 92% de los pacientes, y el 91% se integra por una familia funcional. La correlación Spearman no mostró ninguna significancia entre las variables ( $\rho=.094$ ,  $p=.362$ ). Por lo tanto de las cuatro subescalas de la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedmann se obtuvo una media significativa, con resultados que están entre 77.0 y 92.0, que de acuerdo a este investigador, indica una guía a la unidad y pertenencia familiar, y esto permite vínculos emocionales positivos. Este estudio se llevó a cabo en Ciudad Victoria, Tamaulipas, México.

- En otro estudio que se llevó a cabo por Bello y compañeros, se utilizó como fuente de información la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003. El diseño que se ocupó fue de manera probabilística. El total de hogares visitados y encuestados fue de 38700 y en cada uno de ellos se seleccionó una persona mayor. Este trabajo se llevó a cabo entre noviembre de 2002 y marzo del 2003. La metodología de la encuesta se clasificó en comunidades rurales que cuentan con menos de 2500 habitantes, urbanas que tienen entre 2500 y 100000 y áreas metropolitanas con más de 100000 habitantes. Como resultado se obtuvo que hay una prevalencia de depresión de un 4.5%, aumentando con la edad y escolaridad. La prevalencia se destaca mayormente en hombres de áreas rurales en comparación a las áreas urbanas. Como material de apoyo la ENED utilizó el DSM IV para la conceptualización de la depresión, realizando un cuestionario que incluyó preguntas sobre el diagnóstico y tratamiento de la patología.
- En la Ciudad de Navojoa, Sonora, México se realizó una investigación en el 2007 a cargo de Acosta y García acerca de la depresión y la ansiedad en el adulto mayor, utilizando un estudio no experimental seccional y explicativo. Los participantes eran jubilados y pensionados de la Sección 28 y 54 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE), también del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM), contando con 32, 24 y 26 participantes respectivamente, con una edad que

oscila entre los 52 y 89 años. Para la realización se ocupó como material una carta de consentimiento informado y un cuestionario con datos sociodemográficos, también se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en la versión corta que consta de 15 reactivos y el Inventario de Ansiedad de Beck. En cuanto a los resultados se mostró que quienes integraban la muestra 37 eran hombres (45%) y 45 mujeres (55%). En cuanto a su estado civil resultó que 7 de los participantes estaban solteros (9%), 25 viudos o divorciados (30%), y los otros 50 vivían en pareja (61%). La evaluación de la escala GDS mostró que 34 de los participantes tenían indicadores de depresión, de acuerdo a la comparación del sexo no hay diferencias significativas, al igual que por el estado civil. En cuanto al nivel de ansiedad el 39 de los que participaron sufrían un nivel de ansiedad mínimo, 26 tenían un nivel leve, 14 nivel moderado y solo 2 un nivel severo en ansiedad. En cuanto a la comparación entre sexo y estado civil en la ansiedad no hubo diferencias significativas. El GDS mostró una consistencia interna de  $r=.8496$  y el Inventario de Ansiedad de Beck resulto una  $r= .8860$ .

- Un estudio realizado en el año 2006 entre los meses de octubre y diciembre en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia capital del Estado de Michoacán, se investigó si había una correlación entre la depresión y la función familiar de los adultos mayores, asistentes a una clínica de medicina familiar. Se tomó en cuenta a personas de 60 años o más, con un total de 393 adultos mayores, donde 208 (53%) fueron mujeres

y 185 (47%) hombres. Como herramienta de medición se utilizó el APGAR familiar para calcular el funcionamiento familiar y la escala GDS de Yesavage para medir la depresión. Finalmente, la correlación se llevó a cabo mediante la prueba de Spearman. Los resultados arrojaron una prevalencia de depresión en hombres de 79/185 (42.7%) y en las mujeres de 108/208 (51.9%). Considerando a ambos sexos, resultó una prevalencia de 187/393 (47.6%). Los tipos de familias que se tomaron en cuenta fueron: funcionales, ligeramente disfuncionales, moderadamente disfuncionales y altamente disfuncionales. El resultado final de esta correlación entre depresión y funcionamiento familiar se mostró muy estrecho, en hombres ( $Rho=0,574$ ,  $r^2=0,3294$ ,  $p <0,01$ ) y mujeres ( $Rho=0,683$ ,  $r^2=0,4070$ ,  $p <0,01$ ). Tomando en cuenta los dos géneros la correlación fue la siguiente  $Rho=0,608$ ,  $r^2=0,3696$ ,  $p <0,01$ . Finalmente se concluye que la prevalencia fue mayor en las mujeres que en los hombres. La relación entre la funcionalidad familiar es algo compleja, ya que intervienen varios factores tanto biológicos como psicosociales que de cierta manera condicionan los recursos con los que cuenta cada familia para solucionar un problema.

## **Capítulo 7**

### **Metodología**

#### **7.1 Justificación**

Los adultos mayores son parte importante de la sociedad y del núcleo familiar, por lo que es conveniente que sean miembros activos, siendo esencial que tengan una buena salud mental. Es en esta etapa donde suelen presentarse cambios sociales, físicos, psicológicos y biológicos que pueden llevar a la presentación de trastornos mentales, enfermedades neurológicas y otros padecimientos que afectan la función cognitiva de una persona.

A lo largo de la vida una persona se enfrenta a problemas y pérdidas que causan tensión, dolor, ansiedad, tristeza, etc. En el adulto mayor esto repercute de manera más evidente en su salud mental, con disminución de sus actividades y más aún por la pérdida de seres queridos que puede incluir a su pareja, por lo que se vuelven más vulnerables al abandono, el maltrato, la falta de atención y con ello al aislamiento. Estos factores los hacen más susceptibles a desarrollar depresión y ansiedad.

Así mismo, la depresión y la ansiedad en una persona adulta mayor son nocivas para la salud y llevan a múltiples consecuencias, como la aparición de otras enfermedades, lo cual genera una mayor cantidad de gastos económicos para la familia y causa que el paciente requiera de un mayor tiempo de atención. El período para la recuperación en estos padecimientos suele ser prolongado. El

adulto mayor no diagnosticado corre más riesgo de morir, o bien su calidad de vida se deteriora.

La depresión y la ansiedad representan algunos de los mayores problemas en psicología y psiquiatría, sobre todo entre la población de adultos mayores, con repercusión sistémica importante en la familia.

Los resultados de las investigaciones epidemiológicas varían de acuerdo al instrumento utilizado para evaluar la depresión o la ansiedad, así como al grupo en que se haya aplicado, tomando en cuenta si son adultos mayores insertos en la comunidad, si se encuentran en una institución o residencia, o bien si están hospitalizados. En México se realizó un estudio en personas mayores de 59 años y reportó que 57.8% sufre depresión y de estos el 46.7% están en un nivel leve y 11.1% en un nivel moderado-severo. (García-Peña, et al., 2002).

La ansiedad es un problema de salud frecuente en los adultos mayores. Tiene una prevalencia estimada de 3.2 a 14.2%. Esto puede ser generado por una variación en el funcionamiento de los neurotransmisores, los cambios propios de la edad o los sociales. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, dentro de las enfermedades mentales, el trastorno de ansiedad es de los más frecuentes con una prevalencia de 14.3% con predominio en las mujeres.

Para la psicología es importante investigar acerca del trastorno depresivo y de ansiedad ya que muchos de estos pacientes son tratados por esta especialidad. Son un factor importante de discapacidad que contribuye de manera general a la

alta morbilidad por esta causa, con repercusiones graves ya que en algunos casos pueden llevar al suicidio. Si se detectan a tiempo pueden tratarse eficazmente. Es importante destacar cualquiera de estos trastornos que, aunque existen diversos tratamientos, en muchas ocasiones quien los presentan no se tratan adecuadamente. En algunas ocasiones se estigmatiza el consultar a un experto que los ayude o los guíe, por falta de recursos económicos, incluso hay personas que acuden con un especialista y no reciben la atención adecuada, en ocasiones el diagnóstico es erróneo. Por lo tanto, se debe fomentar la investigación, análisis y aplicación de estrategias preventivas y curativas para este trastorno, ya que la población de adultos mayores ha aumentado considerablemente.

## **7.2 Planteamiento del problema**

Es importante identificar la depresión y la ansiedad a tiempo en los adultos mayores y sus posibles causas. Una de ellas se puede relacionar con el ambiente familiar que tiene en su hogar, generada por la gente con que convive y la relación que lleva con la misma. Es por ello que el presente trabajo propone el siguiente planteamiento:

¿Existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa y la percepción del funcionamiento de la familia con la que vive?

### **7.3 Objetivos**

- **Objetivo general**

Determinar si existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, y la percepción del funcionamiento de la familia con la que viven.

- **Objetivos específicos**

1. Evaluar los niveles de depresión en adultos mayores mediante la aplicación de la escala breve de depresión geriátrica (GDS).
2. Evaluar los niveles de ansiedad en adultos mayores mediante la aplicación del inventario de ansiedad de Beck.
3. Evaluar los niveles de la percepción del funcionamiento familiar en los adultos mayores mediante la aplicación de la prueba APGAR.
4. Analizar la relación de los niveles de depresión y ansiedad entre los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, y la percepción del funcionamiento de la familia con la que viven.

### **7.4 Hipótesis**

Hi. Existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, y la percepción del funcionamiento de la familia con la que viven.

Ho. No existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, y la percepción del funcionamiento de la familia con la que viven.

## **7.5 Variables y definiciones**

Variable: Funcionamiento de la Familia

Definición conceptual: El funcionamiento familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se van formando en el interior de la familia. La dinámica que se crea dentro del núcleo familiar conforma la calidad del ambiente donde viven, se espera que este sea agradable, que genere satisfacción y que regule el desarrollo de la familia como un todo. (Castellón, 2012)

Definición operacional: Se medirá por medio del APGAR familiar diseñado por el doctor Gabriel Smilkstein en 1978, donde se evalúa la adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afecto y recursos de una persona. Los puntajes a considerar son: de 17-20 puntos se interpreta como un funcionamiento normal, de 13-16 disfunción leve, de 12-10 puntos disfunción moderada y un puntaje de 9 o menos se considera una disfunción severa.

Variable: Depresión

- Definición conceptual: Es un trastorno mental donde se ve afectado el estado de ánimo, así mismo hay una disminución de las actividades, modifica el comportamiento afectivo de la personalidad, las emociones y sentimientos, aunque estos cambios no siempre son percibidos por quien

tiene esta enfermedad. En ocasiones es difícil detectar y curar a tiempo esta alteración, ya que muchas veces pasa desapercibida. Esta puede llegar a ser crónica, recurrente, o leve. (Calderón, 1990)

- Definición operacional: Se llevará acabo la medición por medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage elaborada en 1985. Donde el puntaje de 0-4 se considera normal, el puntaje entre 5 y 8 indica depresión leve, una puntuación de 9 a 11 indica una depresión moderada y de 12 a 15 puntos indica una depresión severa.

Variable: Ansiedad

- Definición conceptual: La ansiedad es el miedo que expresa el cuerpo mediante un estado de inquietud e incertidumbre, que suele ser incómodo, y del que no se es consciente de su origen. Esto se puede deber a las exigencias sociales o por la búsqueda de una recompensa social. (Joselovsky, 2016)
- Definición operacional: Se aplicará el Inventario de Ansiedad de Beck. Esta herramienta está compuesta por 21 ítems, cada uno se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a en absoluto, 1 leve, 2 moderado y la puntuación de 3 a severo. Donde el puntaje de 0-21 se considera ansiedad baja, el puntaje entre 22 y 35 indica ansiedad moderada y una puntuación de 36 a 66 indica una ansiedad severa.

## **7.6 Población**

Adultos mayores que asisten a la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, I.A.P, ubicada en la calle Independencia n. 28, Col. San Andrés Tetepilco, Del. Iztapalapa, Ciudad de México.

## **7.7 Muestra**

La muestra que se tomó en cuenta es un grupo de 50 adultos mayores que cumplieron con los siguientes criterios.

- Criterios de inclusión: Adultos mayores hombres y mujeres que tengan 60 años o más y que asistan a la Fundación.
- Criterios de exclusión: Adultos mayores que no asisten a la Fundación.
- Criterios de eliminación: Que presenten un estado de deterioro cognitivo grave.

## **7.8 Muestreo**

- No probabilístico

## **7.9 Diseño de investigación**

- No experimental. En la investigación no se manipularon las variables, solo se midieron. El contexto en el que se realizó fue totalmente natural, ya que es parte de la vida cotidiana del adulto mayor que se evaluó.

## **7.10 Tipo de investigación**

- Correlacional, campo y mixto.

## 7.11 Instrumentos

Se aplicó la escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) de Yesavage realizada en 1985, el inventario de ansiedad de Beck, la prueba del APGAR familiar diseñada por el doctor Gabriel Smilkstein, además de un cuestionario de datos generales.

La herramienta GDS fue diseñada para utilizarse en adultos mayores con un buen estado de salud, con alguna enfermedad médica y con aquellos que presenten un deterioro cognitivo de leve a moderado. Tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad de 89%. La validez y confiabilidad ha sido respaldada por la consulta como por investigaciones clínicas. En un estudio de validación se compararon los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión y ambas partes lograron el objetivo que ayuda a diferenciar a los adultos deprimidos y los no deprimidos con una correlación alta ( $r=0.84$ ,  $p\leq 0.001$ ). Esta herramienta consta de un cuestionario corto de 15 preguntas con respuestas únicamente de Si/No, marcando con **negrita** la respuesta que indica depresión, que es equivalente a 1 punto.

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo son percibidos los miembros de la familia de acuerdo al nivel de funcionamiento de manera global. La validación inicial de este instrumento se efectuó para establecer correlación con un instrumento previamente utilizado llamado Pless-Satterwhite Family Function Index. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre ambos instrumentos y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Posteriormente se

evaluó en diversas investigaciones en departamentos de psicología y psiquiatría de la Universidad de Washington, que mostró finalmente un índice de correlación entre 0.71 y 0.83. Esta herramienta cuenta con 5 preguntas, cada una con respuesta de tipo Likert, nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre, donde cada un vale, 0, 1, 2, 3 y 4 respectivamente. La persona que llene este formato tendrá que indicar la respuesta que le parezca la más adecuada.

El inventario de ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad. Tiene una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.90 a 0.94, la correlación de los ítems con la puntuación final oscila entre 0.30 y 0.71. La fiabilidad test-retest con una semana transcurrida es de 0.67 a 0.93 y tras 7 semanas de 0.62. En relación a la validez tiene una buena correlación con otras formas de medición de ansiedad en diferentes tipos de poblaciones, los coeficientes de correlación ( $r$ ) con la escala de ansiedad de Hamilton es de 0.51, con el inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58 y con la subescala de ansiedad del SCL -90R de 0.81.

## **7.12 Materiales**

- Plumas
- Protocolos

## **7.13 Escenario**

- Centro de día para Adultos Mayores Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, I.A.P.

## **7. 14 Procedimiento**

Se seleccionó a los participantes con los criterios mencionados.

De manera privada dentro de las instalaciones de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, se les explicó de manera breve la dinámica y el motivo por el cual se llevó a cabo la evaluación, para adquirir su consentimiento informado de manera individual.

Se aplicó primero una entrevista para obtener más datos de su entorno e identificar con qué tipo de familia viven y evaluar su funcionamiento con la aplicación del APGAR familiar.

Posteriormente se aplicó la escala GDS y el inventario de ansiedad de Beck y se evaluaron cada uno de ellos.

Una vez aplicados estos métodos se analizaron los resultados y se graficaron.

## **7. 15 Análisis de datos**

Se realizó un análisis de datos de tipo correlacional R de Pearson con el SPSS.

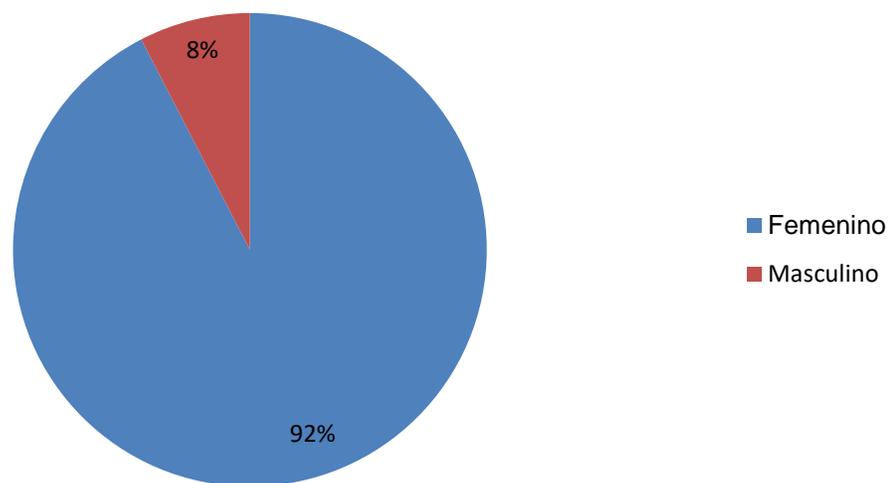
## Capítulo 8

### Resultados

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron mediante la aplicación de diversas pruebas como son: GDS, Inventario de Beck, y el APGAR familiar en la población de Adultos Mayores que asiste al Centro de Día Héctor Vélez y de la Rosa I.A.P.

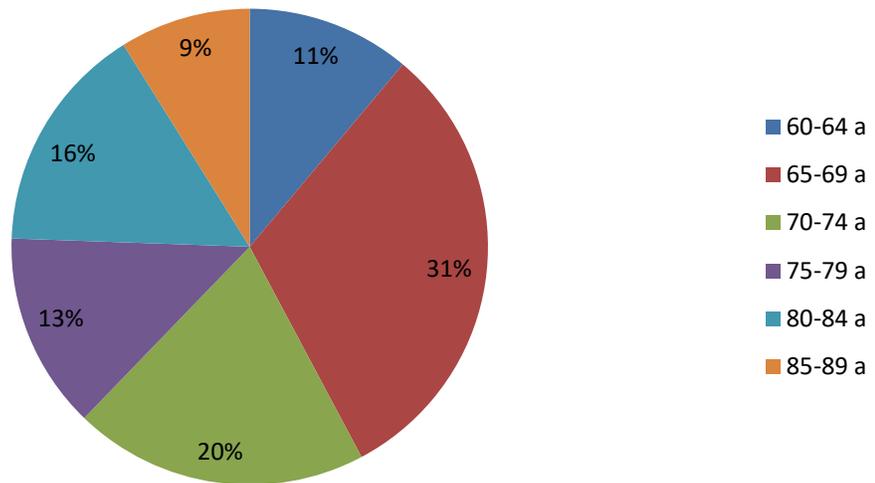
A continuación, se representan mediante gráficas y tablas, en las cuales se incluyen variables que evalúan la correlación que existe entre los trastornos de ansiedad y depresión con los diferentes niveles de funcionalidad familiar.

#### Sexo de los participantes

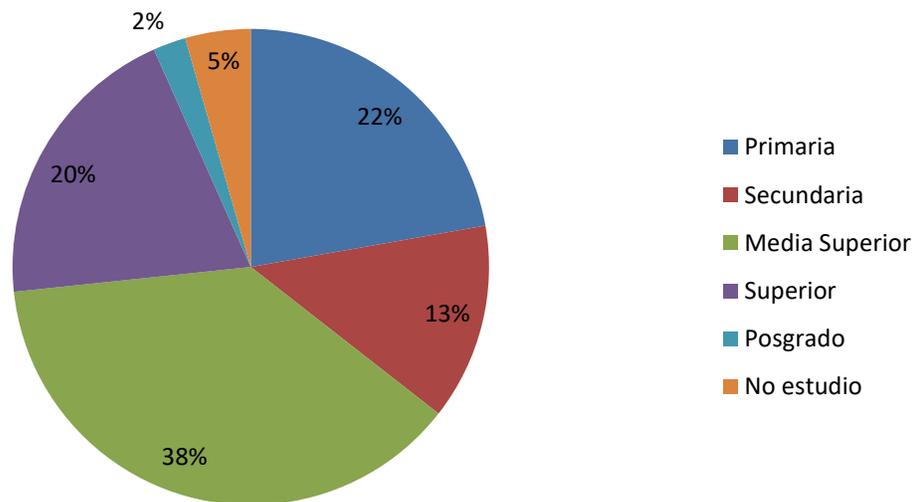


Gráfica 1. En esta gráfica se visualiza que el 92% de los participantes son del sexo femenino.

### Edad de los participantes

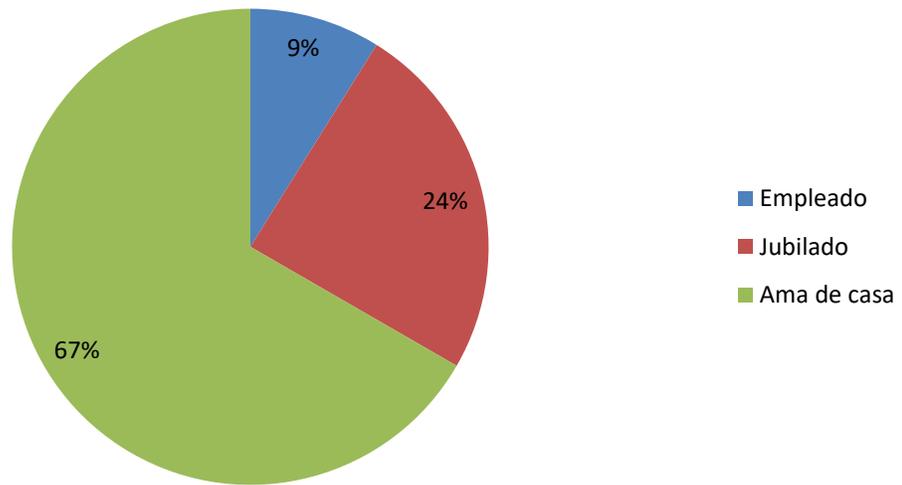


Gráfica 2. Aquí se muestra que los participantes oscilan entre los 65 y 69 años (31%).

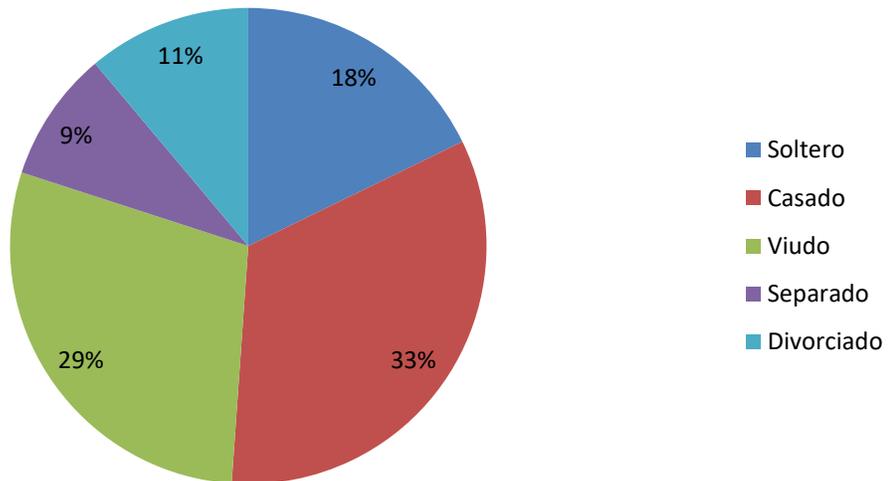


Gráfica 3. Esta gráfica revela que el nivel medio superior ha sido cursado por el 38% de los participantes de la muestra.

### Ocupación de los participantes

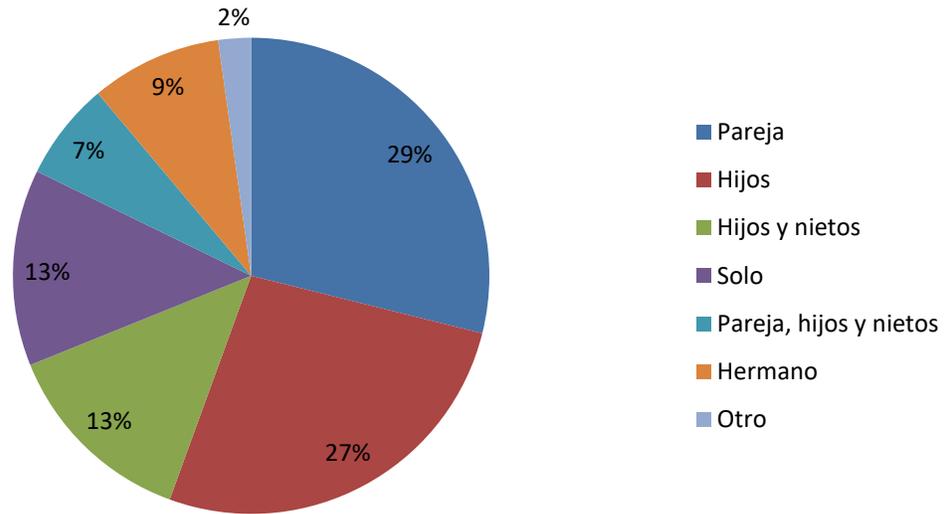


Gráfica 4. Actualmente el 67% de los participantes se dedican a su hogar.



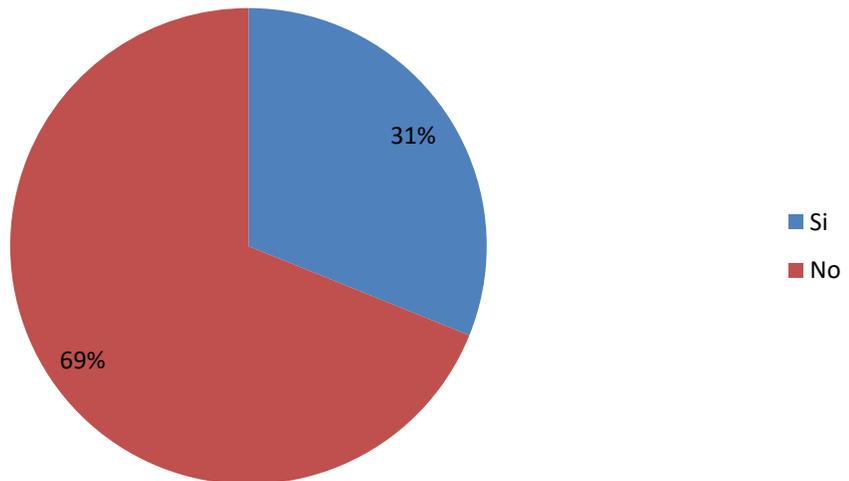
Gráfica 5. En esta gráfica se puede observar que los adultos mayores participantes están casados o viudos cubriendo un 33% y 39% respectivamente.

### Persona con quien vive los participantes



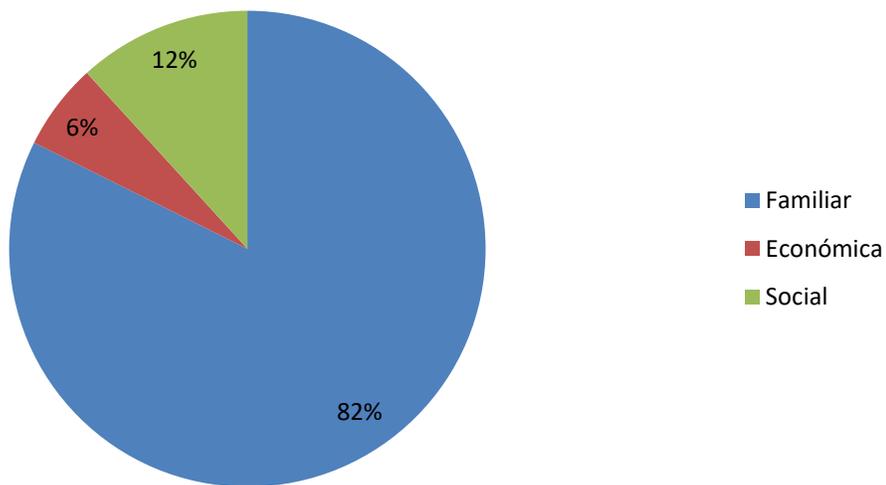
Gráfica 7. En esta gráfica podemos observar que los adultos mayores viven con sus hijos (27%) o pareja (29%).

### Los participantes han tenido alguna pérdida reciente



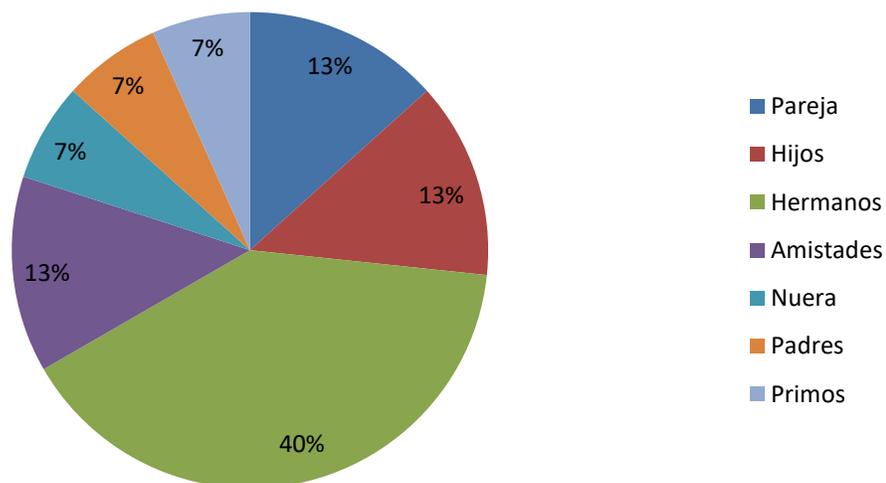
Gráfica 8. En la gráfica se visualiza que el 69% de la muestra no ha tenido una pérdida reciente.

### Tipo de pérdida significativa que ha tenido



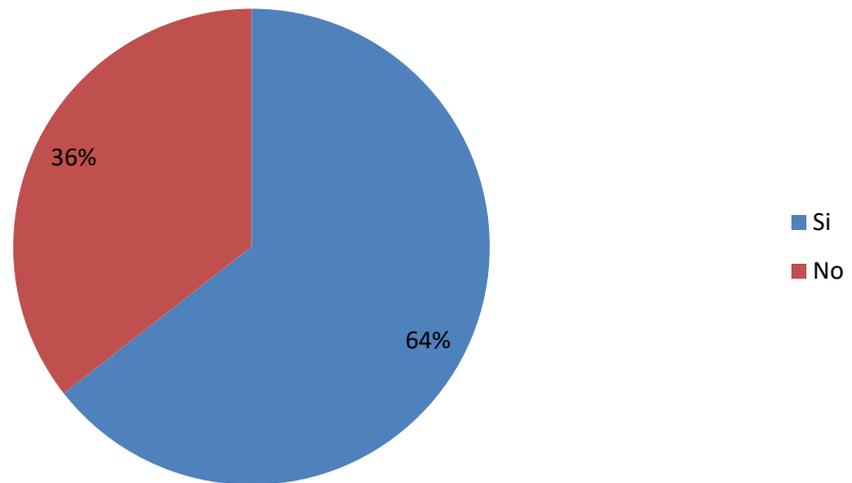
Gráfica 9. De los participantes que si han tenido alguna pérdida el 82% ha perdido a algún familiar.

### A qué familiar ha perdido recientemente



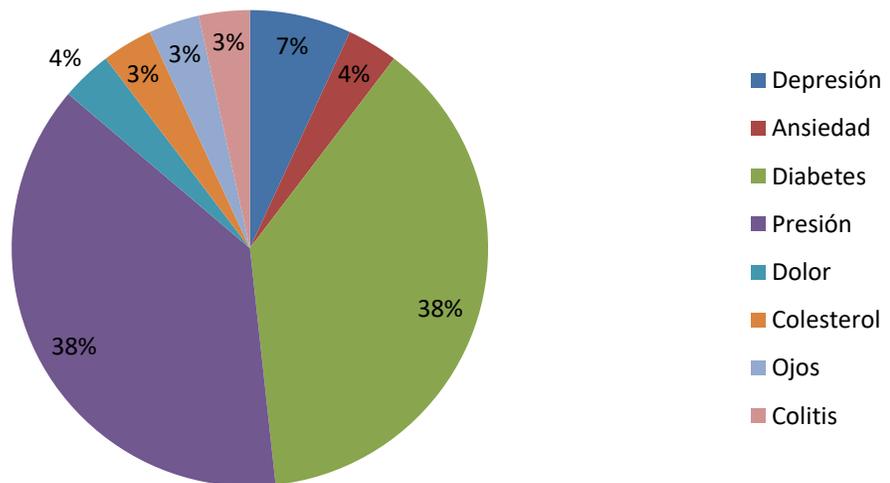
Gráfica 10. Esta gráfica demuestra que los participantes que han sufrido alguna pérdida perdieron a algún hermano (40%), hijos, amistades o a su pareja con un 13% cada uno recientemente.

### El participante toma algún medicamento

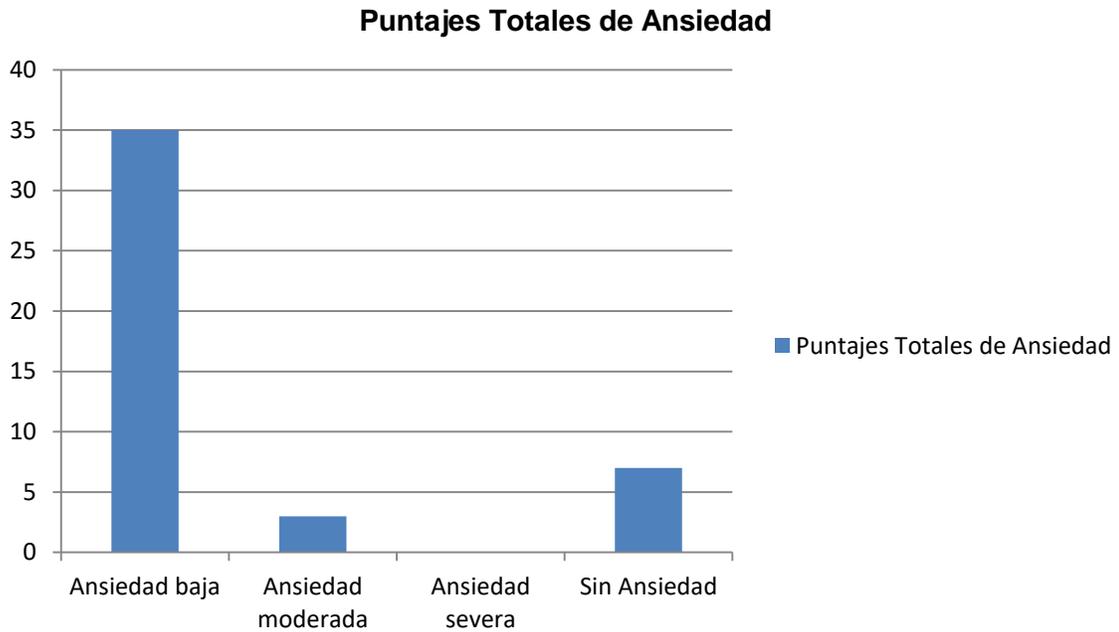


Gráfica 11. Esta gráfica muestra que el 64% de la muestra toma algún tipo de medicamento.

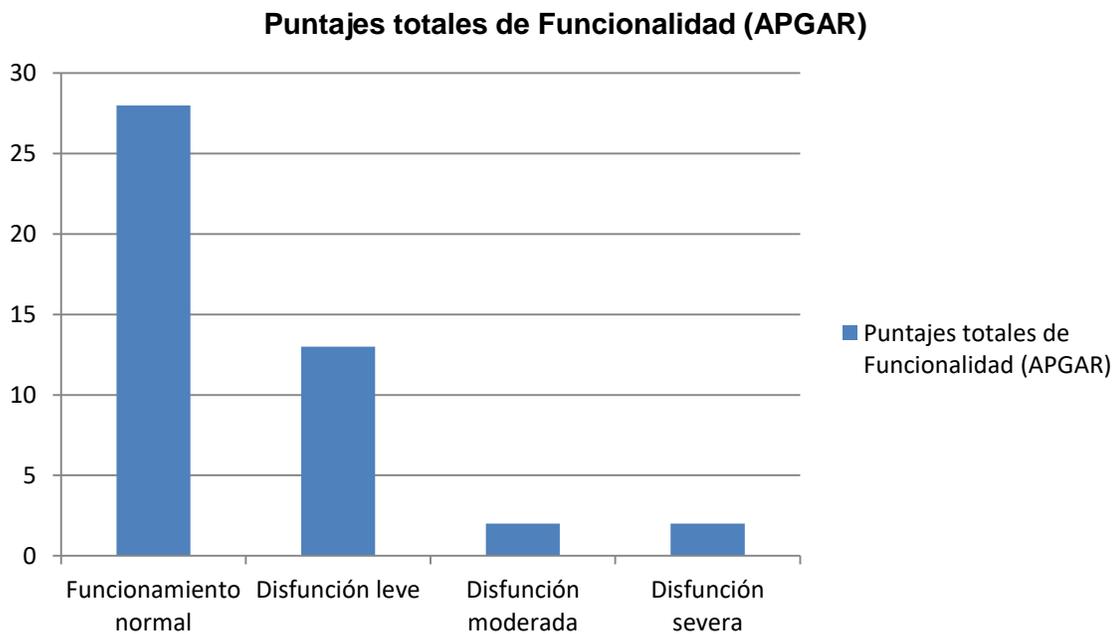
### Tipo de enfermedad por el que toma medicamento



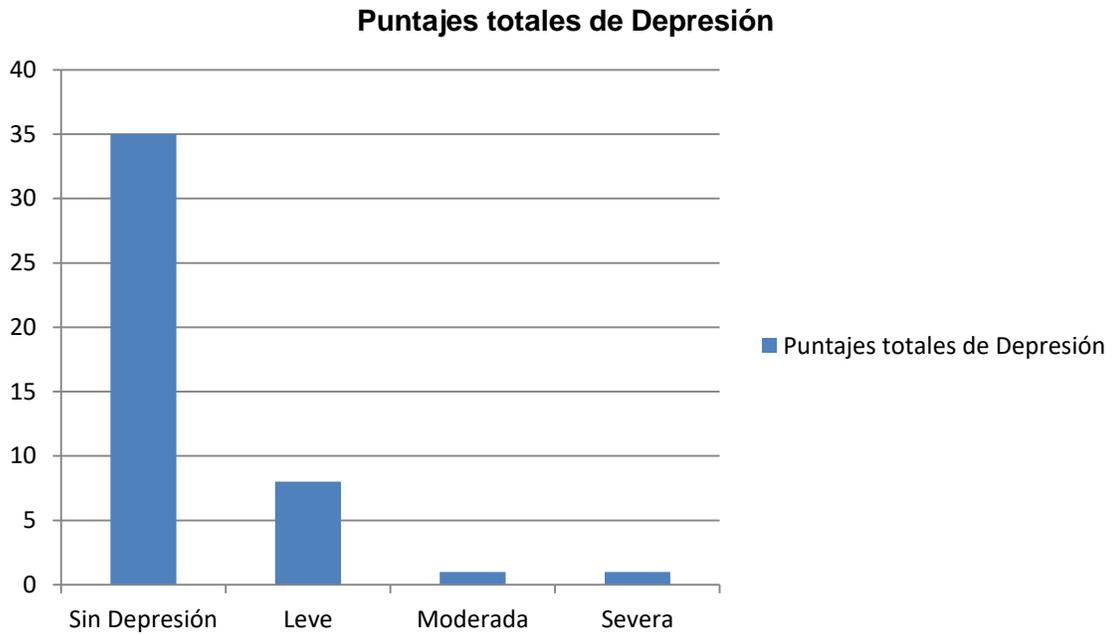
Gráfica 12. En esta gráfica se puede ver que los participantes sufren diabetes o problemas de presión con un 38% cada uno.



Gráfica 13. En esta gráfica se visualiza que 35 de los participantes tienen una ansiedad baja.



Gráfica 14. Esta gráfica demuestra que 17 de los participantes tienen alguna disfunción familiar y 28 un funcionamiento familiar normal.



Gráfica 15. En esta gráfica se puede observar que 10 personas de la muestra tienen algún tipo de depresión y 35 no tienen depresión.

### Correlación de variables

		aptot	AnsTot	gdst1
aptot	Correlación de Pearson	1	-.401**	-.049
	Sig. (bilateral)		.006	.749
	N	45	45	45
AnsTot	Correlación de Pearson	-.401**	1	.531**
	Sig. (bilateral)	.006		.000
	N	45	45	45
gdst1	Correlación de Pearson	-.049	.531**	1
	Sig. (bilateral)	.749	.000	
	N	45	45	45

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 1. En la tabla se encuentran 2 correlaciones moderadas estadísticamente significativas, 1 negativa entre ansiedad total y funcionamiento familiar y la otra positiva entre ansiedad y depresión.

## Ocupación y nivel de depresión

		Sin Depresión	leve	moderada	severa	Total
Ocupación	Empleado	3	1	0	0	4
	Jubilado	9	2	0	0	11
	Ama de casa	23	5	1	1	30
Total		35	8	1	1	45

Tabla 2. Esta tabla indica que las amas de casa (7), los jubilados (2) y una persona empleada de esta muestra sufren algún nivel de depresión.

## Ocupación y nivel de funcionamiento

		normal	leve	moderada	severa	Total
Ocupación	Empleado	3	1	0	0	4
	Jubilado	6	4	1	0	11
	Ama de casa	19	8	1	2	30
Total		28	13	2	2	45

Tabla 3. En esta tabla se muestra que 1 empleado, 5 jubilados y 11 amas de casa tienen algún tipo de disfunción familiar.

## Ocupación y nivel de ansiedad

		Baja	Moderada	Total
Ocupación	Empleado	4	0	4
	Jubilado	11	0	11
	Ama de casa	27	3	30
Total		42	3	45

Tabla 4. En la tabla se visualiza que el total de la muestra tiene depresión en algún nivel.

### Estado civil y nivel de depresión

		Sin depresión	leve	moderada	severa	Total
EdoCivil	Soltero	8	0	0	0	8
	Casado	12	3	0	0	15
	Viudo	9	3	0	1	13
	Separado	2	1	1	0	4
	Divorciado	4	1	0	0	5
Total		35	8	1	1	45

Tabla 5. En la tabla se visualiza que 8 personas tienen una depresión leve destacando casados y viudos (3 personas cada estado civil), 1 persona con depresión moderada que es separada y 1 con severa viuda.

### Estado civil y nivel de funcionalidad

		normal	leve	moderada	severa	Total
EdoCivil	Soltero	6	1	1	0	8
	Casado	6	7	0	2	15
	Viudo	10	2	1	0	13
	Separado	3	1	0	0	4
	Divorciado	3	2	0	0	5
Total		28	13	2	2	45

Tabla 6. En la tabla se muestra que solo 2 personas de esta muestra tienen una severa disfuncionalidad familiar.

### Estado civil y nivel de ansiedad

		Baja	Moderada	Total
Ocupación	Empleado	4	0	4
	Jubilado	11	0	11
	Ama de casa	27	3	30
Total		42	3	45

Tabla 7. En la tabla se visualiza que las amas de casa son quienes presentan algún tipo de nivel de ansiedad.

### Escolaridad y nivel de depresión

		Sin depresión	leve	moderada	severa	Total
Escolaridad	Primaria	6	3	0	1	10
	Secundaria	4	1	1	0	6
	MedioSuperior	16	1	0	0	17
	Superior	7	2	0	0	9
	Posgrado	1	0	0	0	1
	NoEstudio	1	1	0	0	2
Total		35	8	1	1	45

Tabla 8. En esta tabla cruzada se puede ver que en los niveles de primaria y secundaria presentan algún tipo de depresión con 4 y 2 personas respectivamente.

### Escolaridad y nivel de funcionalidad

		normal	leve	moderada	severa	Total
Escolaridad	Primaria	6	2	1	1	10
	Secundaria	5	1	0	0	6
	MedioSuperior	11	6	0	0	17
	Superior	3	4	1	1	9
	Posgrado	1	0	0	0	1
	NoEstudio	2	0	0	0	2
Total		28	13	2	2	45

Tabla 9. En la tabla se observa que en nivel primaria 4 personas tienen alguna disfunción familiar, en secundaria 1, 6 en nivel medio superior y superior.

## Escolaridad y nivel de ansiedad

		Baja	Moderada	Total
Escolaridad	Primaria	8	2	10
	Secundaria	6	0	6
	MedioSuperior	17	0	17
	Superior	8	1	9
	Posgrado	1	0	1
	NoEstudio	2	0	2
Total		42	3	45

Tabla 10. En la tabla se visualiza que 3 personas presentan un nivel moderado de depresión, uno que estudio el nivel superior y 2 el nivel primario.

## Persona con quien vive el participante y nivel de depresión

		normal	leve	moderada	severa	Total
ViveCon	Pareja	10	3	0	0	13
	Hijos	10	1	1	0	12
	Hijos y nietos	3	3	0	0	6
	Solo	5	0	0	1	6
	Pareja, Hijos y nietos	3	0	0	0	3
	hermano	3	1	0	0	4
	sobrino	1	0	0	0	1
Total		35	8	1	1	45

Tabla 11. En la tabla se visualiza que 1 persona que vive sola presenta una depresión severa, 8 un nivel leve y 1 con moderado nivel de depresión.

### Persona con quien vive y nivel de funcionalidad

		normal	leve	moderada	severa	Total
ViveCon	Pareja	6	6	0	1	13
	Hijos	11	1	0	0	12
	Hijos y nietos	4	1	1	0	6
	Solo	3	2	1	0	6
	Pareja, Hijos y nietos	1	1	0	1	3
	hermano	3	1	0	0	4
	sobrina	0	1	0	0	1
Total		28	13	2	2	45

Tabla 12. En esta tabla se muestra que en 2 personas se encontraron con disfunción familiar severa, 1 vive con su pareja y la otra con pareja, hijos y nietos.

### Persona con quien vive el participante y nivel de ansiedad

		Baja	Moderada	Total
ViveCon	Pareja	12	1	13
	Hijos	12	0	12
	Hijos y nietos	5	1	6
	Solo	6	0	6
	Pareja, Hijos y nietos	2	1	3
	hermano	4	0	4
	sobrina	1	0	1
Total		42	3	45

Tabla 13. En la tabla se muestra que tres personas tienen un nivel de ansiedad moderado, 1 de ellos vive con su pareja, otro con hijos y nietos y otro con su pareja, hijos y nietos.

### Pérdida significativa y nivel de depresión

PerdidaSign		Sin depresión	leve	moderada	severa	Total
		ninguna	24	4	0	0
	Familiar	10	2	1	1	14
	Económica	0	1	0	0	1
	Social	1	1	0	0	2
Total		35	8	1	1	45

Tabla 14. La tabla muestra que son más las personas con algún nivel de depresión que han tenido alguna pérdida familiar.

### Pérdida significativa y nivel de funcionalidad

PerdidaSign		normal	leve	moderada	severa	Total
		ninguna	16	10	1	1
	Familiar	10	3	1	0	14
	Económica	1	0	0	0	1
	Social	1	0	0	1	2
Total		28	13	2	2	45

Tabla 15. En esta tabla se muestra que las personas cuando no han tenido alguna pérdida tienen un nivel de disfunción familiar.

### Pérdida significativa y nivel de ansiedad

PerdidaSign		Baja	Moderada	Total
		ninguna	27	1
	Familiar	12	2	14
	Económica	1	0	1
	Social	2	0	2
Total		42	3	45

Tabla 16. En la tabla se observa que 2 personas que han perdido un familiar tienen una ansiedad moderada.

### El participante toma medicamento y el nivel de depresión

		normal	leve	moderada	severa	Total
TomaMedicam	si	20	7	1	1	29
	no	15	1	0	0	16
Total		35	8	1	1	45

Tabla 17. En la tabla se puede ver que las personas que conforman la muestra tienden a ser más depresivos si están tomando algún medicamento.

### El participante toma medicamento y el nivel de ansiedad

		Baja	Moderada	Total
TomaMedicam	si	27	2	29
	no	15	1	16
Total		42	3	45

Tabla 18. En la tabla se observa que 29 participantes que toman algún medicamento tienen algún nivel de ansiedad.

### El participante toma medicamento y el nivel de funcionalidad

		normal	leve	moderada	severa	Total
TomaMedicam	si	20	8	1	0	29
	no	8	5	1	2	16
Total		28	13	2	2	45

Tabla 19. En la tabla se observa que dos personas que no toman medicamento tienen disfunción familiar severa.

## Capítulo 9

### Discusión

La ansiedad y la depresión son padecimientos emocionales que son comunes en la población de adultos mayores y que pocas veces son diagnosticados.

En varias investigaciones se ha estudiado si existe una relación entre estas variables, e incluso si están relacionadas con algunas otras. En el presente estudio se analizaron algunos parámetros demográficos, el primero de ellos fue el sexo de los participantes, en la muestra hubo un mayor número de participantes del sexo femenino en un porcentaje del 92%; no se pudo determinar si prevalecen los trastornos de ansiedad y depresión en hombres o mujeres porque en la población del Centro de Día, había pocos hombres. En otras investigaciones como las de Acosta y García (2007), los trastornos mencionados se presentan por igual en hombres y mujeres. Belló (2005), obtuvo que en las áreas rurales los hombres padecen más depresión y ansiedad que las mujeres, no así en las áreas urbanas, donde la prevalencia es en mujeres.

En cuanto a la edad, esta investigación arrojó que los participantes que oscilan entre 65 y 69 años ocupan un 31% de la muestra, otras investigaciones sobre adultos mayores han presentado rangos similares, ya que una persona se considera dentro de la etapa del adulto mayor a partir de los 60 o 65 años de edad. En cuanto a este parámetro no se observó alguna diferencia significativa de prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión, en estudios previos, no se menciona que haya alguna variación.

La escolaridad es un dato demográfico que en investigaciones previas no se ha tomado tanto en cuenta, en este caso la mayoría de las personas de la muestra han estudiado hasta el nivel medio superior, en los resultados se obtuvo que a menor escolaridad aumentan los niveles de ansiedad y depresión.

La ocupación actual de los adultos mayores, al igual que la escolaridad no se ha tomado en cuenta como variable en investigaciones previas, ya que se han enfocado solo en edad, sexo y enfermedades que tienen actualmente. En este caso el 67% de la población se dedican a su hogar, el 24% son jubilados y 9 % aún siguen empleados. Las amas de casa tienen mayor prevalencia a la depresión y ansiedad que los que tienen otras ocupaciones.

Otra variable que fue tomada en cuenta en esta investigación fue el estado civil de los participantes, ocupando un 33% las personas casadas, y un 40% los viudos o divorciados. Las personas viudas pueden llegar a tener una depresión severa y esto es más propenso en el sexo femenino. Esta variable también se tomó en cuenta en la investigación de Acosta y García con un 61% las personas casadas y 30% viudos o divorciados, en este análisis no se encontró diferencia significativa en trastornos de ansiedad y depresión relacionada con el estado civil de la población estudiada.

La variable que indica con quien vive el participante es importante en esta investigación ya que también se evalúa la percepción del funcionamiento familiar. Los resultados arrojaron que el 29% vive con su pareja, el 27% con algún hijo y el 13% con hijos y nietos. Dentro de la población en estudio se encontró un caso en

el cual una mujer sufría de depresión severa, probablemente porque vivía sola, se aclara que no se realizó un estudio de caso de forma individual, por lo que tampoco se determinó el funcionamiento familiar. En los demás casos se determinó una ansiedad moderada.

Otros datos demográficos que se obtuvieron en esta investigación, toman en cuenta si los participantes han tenido alguna pérdida significativa reciente y de qué tipo ha sido esa pérdida. El 69% no ha tenido alguna pérdida significativa y el 31% si la ha tenido, de este último porcentaje el 82% ha perdido algún familiar. En los resultados se obtuvo que las personas que han tenido una pérdida familiar reciente presentan niveles moderados de depresión y ansiedad.

Otra variable en este estudio, es si los participantes han tomado algún medicamento dando como resultado un si con un 64% y no con 36%. La otra variable es para qué tipo de enfermedad está tomando el medicamento, el 38% para la diabetes y el 38% para la presión; las personas que conforman la muestra y toman algún medicamento tienen un nivel moderado de depresión y ansiedad.

Esta variable fue ocupada en la investigación de Zavala-Rodríguez donde el 56% de los pacientes tienen diabetes mellitus tipo 2 y el 44% otras enfermedades, concluyó que el 92% toman medicamentos y tienen una ansiedad moderada.

En un estudio realizado por Canto Pech y Castro Rena los niveles de ansiedad resultaron significativos, pero su población fue tomada de un asilo. Sin embargo los resultados de niveles de ansiedad de la muestra de Acosta y García son similares, ya que 39 de los participantes (jubilados del ISSSTE, SNTE y del

INAPAM) también obtuvieron un nivel mínimo de ansiedad. Por lo que se puede inferir que las personas que están en un asilo son más propensas a la ansiedad y las personas de esta muestra no son tan vulnerables ya que pueden entrar y salir.

En cuanto a los niveles de funcionalidad familiar los resultados marcan que 28 personas obtuvieron un nivel normal de funcionalidad y 17 tienen un nivel de disfunción familiar. Esta es una variable que pocas veces se ha tomado en cuenta en una investigación y se considera necesario evaluar con una mayor profundidad, especificando datos estadísticos que describan cómo es el entorno familiar de las personas, así como su interacción. Una situación familiar conflictiva puede interferir directamente en la salud mental de una persona. Se encontró también que la disfunción familiar se correlaciona directamente con la ansiedad y a su vez incide con la depresión haciendo un efecto dominó.

Referente a los resultados de la depresión en la población de adultos mayores, 35 personas del total de la muestra no presentan ningún nivel de depresión, esto indica que tienen recursos psicológicos adecuados que los ayudan a evitar la aparición de este trastorno. Acosta y García, obtuvieron resultados similares, estando en un nivel de depresión mínimo 26 personas.

Respecto a la correlación de las variables, el nivel de ansiedad total está relacionado de manera inversamente proporcional a la variable de funcionalidad familiar, lo que quiere decir que a menor ansiedad se presenta mayor funcionalidad.

También se encontró otra correlación de manera directamente proporcional, donde el total de los niveles de ansiedad se relaciona con los niveles totales de depresión, lo que quiere decir, que, si aumentan los niveles de ansiedad, también aumentarán los de depresión.

## Capítulo 10

### Conclusiones

De acuerdo a lo ya analizado se concluye que la Hi en donde se afirma que existe relación entre los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, y el funcionamiento familiar, se acepta, ya que se evaluó que la ansiedad tiene una relación inversamente proporcional al funcionamiento familiar, la ansiedad disminuye cuando la funcionalidad aumenta, asimismo la ansiedad y la depresión se relacionan de una forma directamente proporcional, al aumentar la ansiedad, aumenta la depresión.

La ansiedad y la depresión son padecimientos emocionales que son comunes en la población de adultos mayores y pocas veces son diagnosticados.

Las personas que se encuentran desempleadas, jubiladas o que se dedican a su hogar suelen tener una disfunción familiar. En la población estudiada solo dos personas tienden a una disfunción familiar.

Se estimó que algunos factores aumentan los niveles de ansiedad y depresión, más que otros, entre ellos se determinaron la jubilación, situación económica, nivel de escolaridad, el vivir solos, si son viudos, o cuando han tenido una pérdida reciente. Si una persona es jubilada y vive sola tiende a tener niveles de ansiedad y depresión más altos que una jubilada que vive con sus hijos u otros familiares cercanos, lo mismo sucede cuando son viudos o desempleados.

A mayor nivel de estudios, es menor la prevalencia de ansiedad y depresión.

Las personas de la muestra que toman algún medicamento, tienden a presentar niveles de ansiedad y depresión moderados.

En el Centro de Día Fundación Héctor Vélez y de la Rosa, se estudiaron más casos de población femenina que de masculina, porque el tipo de actividades que hay en dichos centros son de más interés para las mujeres que para los hombres.

En estos Centros asisten Adultos mayores en un rango de edad entre 65 y 69 años, con esta edad el envejecimiento aún no es tan acentuado y las capacidades de los individuos les permiten tener independencia, además, a esta edad las personas están jubiladas y buscan actividades fuera de casa, también asisten a estos Centros porque en ellos algo importante es promover el cuidado de la salud.

Los Adultos con mayor escolaridad son los que tienen mayor asistencia a los Centros de Día, al contar con más tiempo buscan nuevamente aumentar su conocimiento, algunas veces inician la búsqueda de sus sueños perdidos, como aprender a bailar o a tocar algún instrumento, el desarrollo de manualidades hasta aprender un nuevo idioma o estudiar alguna carrera.

Las personas viudas o divorciadas tienen mayor asistencia a estos Centros, al encontrarse solas, buscan la compañía y el apoyo de otros sujetos que sean afines.

Los Adultos que viven con su familia, tienen una mayor motivación para socializar y tener actividades fuera del hogar, en los Centros de Día se promueven diversas dinámicas que incluyen a la familia de los afiliados para fortalecer los lazos parentales.

En futuras investigaciones se propone realizar una muestra con un número mayor de participantes, aplicar entrevistas y cuestionarios de manera individual, profundizando en las relaciones familiares, para determinar de manera más concreta el funcionamiento familiar, asimismo averiguar si existe alguna diferencia de los resultados en niveles totales comparados en diferentes épocas del año, ya que hay temporadas como en el otoño o el invierno en que las personas tienden a presentar depresión o ansiedad por las festividades de “Día de muertos” y la Navidad, lo cual a su vez puede originar un funcionamiento familiar negativo.

Sería interesante también hacer la muestra más equilibrada en lo que corresponde a sexo, para comparar si hay diferencias significativas de las variables de acuerdo a este dato demográfico de género.

Efectuar esta misma investigación mediante una comparación entre diferentes tipos de población de adultos mayores, tomando en cuenta personas que no acuden a ningún tipo de institución como modo de apoyo y una población como la que se ocupó en esta investigación, donde el adulto mayor es mucho más independiente y solo acude a una institución temporalmente.

Esta investigación muestra algunos factores que pueden originar trastornos como ansiedad y depresión en los Adultos mayores; la importancia de contar con

Fundaciones como los Centro de Día y otras Instituciones especializadas en Geriátría en donde se pueden manejar de forma oportuna y correcta dichos trastornos, con evaluaciones periódicas, tratamientos y actividades sociales que den al adulto mayor las herramientas que lo ayuden a tener una mejor calidad de vida. Estas instituciones también incentivan la cercanía y buena relación entre los integrantes de la familia para un mejor funcionamiento familiar.

Por lo tanto, se recomienda realizar más actividades donde el adulto mayor conviva con su familia, amigos o personas cercanas. Involucrar a la familia en las prácticas diarias del adulto mayor, hacer la invitación a ser más considerados con ellos, que eviten desplazarlos y lo hagan parte importante dentro del núcleo familiar. Se considera necesario darle seguimiento de su salud, no solo física sino también mental. Evitar el aislamiento o poca comunicación del adulto mayor con su familia o el exterior.

Para que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida, se considera necesario la ayuda de un especialista en terapias psicológicas, que determine el nivel de disfunción familiar, si este nivel es bajo, el individuo resistirá alguna pérdida de un ser querido, o si le ha llegado la etapa de la jubilación, por el contrario, si el nivel de disfuncionalidad es alto, es probable que la persona manifiesta trastornos de ansiedad y de depresión más graves.

Realizar talleres dentro de la institución donde se le enseñe a la familia y al adulto mayor a comunicarse de mejor manera, sobre todo cuando se trata de expresar emociones. También hacerlo partícipe de la toma de decisiones en

problemas familiares. Es necesario tomar en cuenta que una situación familiar difícil puede interferir en el estado de salud de una persona, corresponde tratar a tiempo una disfunción familiar, para que el adulto mayor no caiga en el trastorno de ansiedad y a su vez en el depresivo.

En los resultados se puede observar que el nivel académico es un factor que ayuda a las personas a mantener la salud mental, con la continua actividad intelectual, se evita en gran medida la manifestación de trastornos mentales, por lo que es recomendable invitar a los adultos mayores a seguirse superando académicamente, a reanudar sus estudios. Las Instituciones Geriátricas pueden proporcionar los medios necesarios que lo ayuden a continuar o concluir algún nivel académico.

Finalmente se proponen talleres donde el adulto mayor aprenda a afrontar y manejar las problemáticas que se le presenten, facilitar las herramientas adecuadas para cada situación, proporcionar información sobre redes de apoyo, que aprendan a identificar cuando existe un problema, inferir el origen y posibles soluciones, cuáles podrían ser sus consecuencias, toma asertiva de decisiones, planificar y valorar los resultados. Así también se recomiendan talleres donde se toque el tema sobre las pérdidas y el proceso de duelo.

## Referencias bibliográficas

1. Acosta, C., García, R; Ansiedad y Depresión en el Adulto Mayor (2007). Psicología y salud. Julio-Diciembre. Año/Vol. 17, núm. 002 Universidad Veracruzana, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf>
2. Aguilar, E. (2002). Comunicación sana. México: Árbol.
3. Aimar, Angela; et al. (2011). Desmitificando la vejez... Hacia una libertad situada. Argentina: Libro Universitario Argentino. Eduvin.
4. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Arlington: American Psychiatric Association.
6. Ares Muzio P. (2002). Psicología de la familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Facultad de Psicología. U H.
7. Ares, P. Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004.
8. Barraza, Andrea; Castillo, Mariel. (2006). El envejecimiento. 2017, de Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar Sitio web: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El\\_envejecimiento.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf)
9. Bazo, M.; García, B. (2005). Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional. Buenos Aires, Madrid: Panamericana.

10. Belló, Mariana, Puentes-Rosas, Esteban, Medina-Mora, María Elena, Lozano, Rafael. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México Salud Pública de México [en línea] 2005, 47 ( ) : [Fecha de consulta: 28 de septiembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>> ISSN 0036-3634
11. Belsky, Janet K. (1996). Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones. Barcelona, España. Masson.
12. Berger (2006). Psicología del Desarrollo. Infancia y adolescencia. Madrid, España: Panamericana.
13. Bonilla, Flory. (1998). Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida. Costa Rica. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
14. Bourne, E.; Garano, L. (2012). Haga frente a la ansiedad. España: Amat.
15. Burke, Mary B. (2008). Enfermería Gerontológica. España: Harcourt Brace.
16. Campos, C; Smith, M. (2003). Técnicas de diagnóstico familiar y comunal. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
17. Canto Pech, Hugo Guadalupe, Castro Rena, Eira Karla, Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñanza e Investigación en Psicología [en línea] 2004, 9 (julio-diciembre) : [Fecha de consulta: 14 de septiembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204>> ISSN 0185-1594
18. Caseras, X. (2009). Trastornos de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia. España: Amat.
19. Castellón Castillo, S. y Ledesma Alonso, E. (2012) "El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su

estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus” Cuba. Contribuciones a las Ciencias Sociales.

20. Craig, Grace (2009). Desarrollo Psicológico. Nueva York: Editorial Prentice-Hall.
21. Eguiluz, L. (compiladora). (2003). Dinámica de la familia: Un enfoque psicológico sistémico. México: Pax México.
22. Enciclopedia Británica en Español (2009). La familia: Concepto, Tipos y Evolución. Recuperado en 2009, de
23. Esteinou, R.; et. al. (2000). Léxico de la política. México: Fondo de Cultura Económica.
24. Estrada, L. (2003). El ciclo vital de la familia, México: Grijalbo
25. Facultad de Medicina: Universidad de Sevilla, España (2009). Trastorno de ansiedad en el anciano. Recuperado en 2009, de
26. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (2001). Procesos sociales, población y familia. México: Porrúa.
27. Ferer, R. (2016). Estructura depresiva de la personalidad versus Depresión. Recuperado en 2016, de [http://www.centrelondres94.com/files/ESTRUCTURA\\_DEPRESIVA\\_DE\\_LA\\_PERSONALIDAD\\_VERSUS\\_DEPRESION.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/ESTRUCTURA_DEPRESIVA_DE_LA_PERSONALIDAD_VERSUS_DEPRESION.pdf)
28. Franco, L. (2005). La comunicación en la familia. España: Hacer Familia.
29. Gallego, S. (2006). Comunicación familiar: Un mundo de construcciones simbólicas y relacionales. Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
30. González M., Landero R., García J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes

universitarios del norte de México. Revista Panam Salud Publica. Vol. 25  
pp. 141-145  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892009000200007&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892009000200007&script=sci_abstract&lng=es)

31. Ham, Roberto; Gutiérrez Luis. (2005). Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México. México: Organización Panamericana de la Salud.  
[http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec\\_42\\_LaFam\\_ConcTip&Evo.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf)  
[http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101\\_37\\_47.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf)
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2016. México, 2017.
33. Instituto Nacional de la Salud Mental (2009). Depresión. Recuperado en enero 2009 de NIH, de [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion\\_38791.pdf](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf)
34. Institutos Nacionales de la Salud (2011). Las mujeres y la depresión: Descubriendo la Esperanza. Recuperado en 2011, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>
35. Keck, M. (2010). La depresión. Recuperado el 31 de marzo de 2010, de Lundbeck, de [http://www.depression.ch/documents/depressionen\\_es\\_neu.pdf](http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf)
36. Martín, A., Cano, J. (2003). Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. España: Elsevier.

37. Morán, R. (2004). Educandos con desórdenes emocionales y conductuales. Estados Unidos de América: Universidad de Puerto Rico.
38. Morice C., M.L. (2007). Temas prácticos en Geriátría y Gerontología (Tomo 1) Depresión en el Adulto Mayor. Fernando Morales Martínez (editor). San José, Costa Rica.
39. Myers, D. (2005). Psicología. Buenos Aires, Madrid: Panamericana.
40. Myers, David. (2005). Psicología. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
41. OMS. (2017). Depresión. Recuperado en 2017, de Organización Mundial de la Salud, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
42. OMS. Guía de Bolsillo: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE- 10. Ginebra: OMS
43. Osho (2014). Nacer con una pregunta en el corazón. Barcelona: Grijalbo.
44. Polaino-Lorete, A. (1998), Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia. España. Instituto de ciencias para la familia.
45. Posada, et. al. (2005). El niño sano. Colombia: Panamericana.
46. Rocha, Laura. (2013). La vejez en movimiento. Un enfoque integral. Buenos Aires: Dunken.
47. San Molina L., A. B. (2010). Depresión. Barcelona, España: Amat
48. Santiago, J.; Etchebarne, I.; Gómez, M.; & Roussos, A. (2010, Julio 12). Una perspectiva Psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, Número 14, pp. 197-219.

49. Secretaría de Salud (2011). Diagnóstico y tratamiento de la depresión del Adulto Mayor en el primer Nivel de Atención. México.
50. Sierra, J.; Ortega, V.; Zubeidat. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: conceptos a diferenciar. Marzo 2003, de Periódicos Electrónicos en Psicología Sitio web:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)
51. Stuart-Hamilton. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid. Morata.
52. Terán, J. (2012). Ataque de pánico. Buenos Aires: Dunken.
53. Trickett, S. (2012). Supera la ansiedad y la depresión. Barcelona, España: Hispano Europea.
54. Trickett, S. (2012). Supera la depresión y la ansiedad. Barcelona, España: Hispano Europea.
55. Valdés, C.; Flórez, J. (1995). El niño ante el Hospital: Programas para reducir la ansiedad hospitalaria. España: Universidad de Oviedo.
56. Velázquez; (Colaboradores Lorenzo, P; et. al.) (2008). Farmacología básica y clínica. Madrid: Panamericana.
57. Zavala-Rodríguez, Ma. del Refugio, Ríos-Guerra, María del Carmen, García-Madrid, Guillermina, Rodríguez-Hernández, Claudia Patricia, Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica Aquichan [en línea] 2009, 9 (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147006>> ISSN 1657-5997

## Anexos

### Anexo 1 Cuestionario

Nombre		Edad	
Sexo		Escolaridad	
Ocupación		Edo. civil	
¿Cuánto tiempo tiene con ese estado civil?			
¿Con quién vive?			
¿Ha tenido alguna pérdida significativa? ¿Cuál?			
¿Toma algún medicamento? ¿Cuál o para qué es?			

## Anexo 2 APGAR Familiar.

Marque con una **X** dentro del recuadro solo una de las opciones.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface como compartimos en mi familia el tiempo para estar juntos, los espacios en casa y el dinero.					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

### Anexo 3 GDS.

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la **semana pasada**.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Puntaje: \_\_\_\_\_

#### ANEXO 4 Inventario Ansiedad de Beck.

En este cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique con una **X** dentro del recuadro cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

SINTOMAS	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores físicos o calientes				
PUNTAJE PARCIAL				
PUNTAJE TOTAL				