



---

---

# UNIVERSIDAD INSURGENTES

---

---

PLANTEL XOLA

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

“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y DEPENDENCIA  
FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS E  
INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA Y PERCEPCIÓN DE  
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES  
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11 DE TABASCO”.

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARTHA MARÍA VENTURA IZQUIERDO

ASESOR: MTRO. CÉSAR JAVIER ARÁMBULA RÍOS



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Depresión y adultez mayor.....	5
1.1 ¿Qué es la depresión?.....	5
1.2 Signos y síntomas de la depresión.....	9
1.3 Depresión geriátrica.....	13
1.4 Tratamiento.....	19
1.4.1 Psicoterapia para la depresión geriátrica.....	22
Capítulo 2. La Cotidianidad y sus factores asociados en el adulto mayor.....	27
2.1 ¿Qué es la cotidianidad?.....	27
2.2 Factores de riesgo.....	31
2.3 Funcionalidad familiar.....	37
2.4 Dependencia y funcionalidad.....	43
2.4.1Fragilidad.....	50
2.4.2 Valoración Geriátrica Integral (VGI).....	52
2.5 Demencia.....	55
Capítulo 3. La atención institucional del adulto mayor en el estado de Tabasco .....	58
3.1 Infraestructura del estado de Tabasco.....	58
3.2. Servicios de asistencia al adulto mayor.....	60
3.3 Programas sociales en Tabasco para adultos mayores.....	63
Capítulo 4. Método.....	65
4.1 Justificación.....	65
4.2 Planteamiento del problema .....	65
4.3 Objetivos.....	66
4.4 Variables.....	67
4.5 Hipótesis.....	68
4.6 Tipo de investigación.....	68
4.7 Diseño de investigación.....	68
4.8 Escenario.....	69
4.9 Población.....	69

4.10 Muestreo.....	69
4.11 Muestra.....	69
4.12 Instrumentos.....	70
4.13 Procedimientos.....	75
4.14 Análisis estadístico.....	75
Capítulo 5. Análisis de resultados.....	76
5.1 Estadística descriptiva.....	76
5.2 Estadística inferencial.....	98
Capítulo 6. Discusión.....	101
Capítulo 7. Conclusión.....	107
Referencias.....	111
Anexos.....	119

## RESUMEN

---

El objetivo del presente estudio fue describir y encontrar relaciones significativas de la dependencia funcional, la percepción de funcionalidad familiar con la depresión en el adulto mayor. La muestra estuvo conformada por 95 adultos mayores de 60 a 93 años (50 Hombres y 45 mujeres), derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México. Los instrumentos empleados se aplicaron a los sujetos mediante entrevistas individuales. Los cinco instrumentos utilizados para el recogido de información fueron un cuestionario de variables sociodemográficas, Índice de Katz (Escala AVD básica), Escala de Lawton & Brody (Escala AVD instrumental), Cuestionario APGAR Familiar y Escala de depresión de Yesavage (Versión reducida). El diseño empleado fue No Experimental en la modalidad descriptiva y correlacional. Los principales resultados del presente trabajo establecen que la depresión en el adulto mayor está más relacionada con la percepción de disfuncionalidad familiar que con alguna de las otras variables estudiadas.

**Palabras Clave:** Adulto mayor, Depresión, Funcionalidad Familiar, Dependencia, Funcionalidad, Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

## INTRODUCCIÓN

---

Una de las características más representativas de la situación demográfica actual es el aumento de los adultos mayores.

“La tasa de crecimiento de los adultos mayores en la última década superó a la del resto de los mexicanos y aumentó a un ritmo promedio anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años o más. Incluso las proyecciones de población indican que México está ubicado entre los 10 países que incrementarán más porcentualmente su número de ancianos en los próximos 30 años, llegando a sumar para el año 2030 más de 15 millones de personas en la vejez” (Romero, 2004, p.4).

Las psicopatologías, de acuerdo a diversas literaturas, más representativas en la vejez son las demencias y la depresión. A menudo la depresión no se encuentra diagnosticada ni tratada y siendo que ésta es una de las problemáticas más frecuentes en la vejez se vuelve un impedimento para el bienestar y salud de los adultos mayores. La depresión puede ser definida como una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían.

Ante la presencia de la depresión, existen factores que van a predisponer a la persona a padecerla, estos factores son denominados factores de riesgo. Los factores de riesgo atentan contra el equilibrio, contra la salud, causan enfermedades y muerte, suelen aparecer como características, rasgos, detalles o condiciones biológicas, psicológicas, sociales o ambientales, que se asocian con frecuencia significativa, preceden a la enfermedad y predicen su ulterior aparición.

Dentro de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en los adultos mayores se han estudiado la funcionalidad y dependencia física para la realización de las actividades de la vida diaria, así como la percepción de funcionalidad familiar de acuerdo al ambiente y rol que percibe y desempeña el adulto mayor en su entorno. De igual manera se ha investigado si la escolaridad, el estado civil y la presencia de enfermedades crónicas pueden ser predisponentes importantes para la depresión.

El objetivo de esta investigación reside observar si existen relaciones significativas de la disfuncionalidad física, percepción de funcionalidad familiar con la depresión en un

grupo de 95 adultos mayores, lo cual nos permitió determinar cuál es el factor que tiene más incidencia para el desarrollo de depresión en este grupo etario, para contribuir al número limitado de estudios existentes sobre los adultos mayores de esta localidad y en especial de los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 11.

En el capítulo 1 se abordan las definiciones teóricas de la depresión y tratamientos así como la etiología primaria y secundaria de la misma. De igual manera se habla de la prevalencia mundial y local de esta patología, así como la clasificación de la depresión en cuanto a sus signos y síntomas, tomando en cuenta el CIE 10 y el DSM IV.

El capítulo 2 se plantea el significado de lo cotidiano, las definiciones de los factores de riesgo y de la disfuncionalidad, funcionalidad familiar y dependencia. También se toma en cuenta la demencia, como otra patología importante en el adulto mayor.

En el capítulo 3 abordamos los datos de la infraestructura del estado de Tabasco, en cuanto a su tamaño poblacional y el acceso de los adultos mayores del estado a programas sociales y servicios de asistencia social.

En el capítulo 4 se presenta el planteamiento del problema y la descripción de la metodología empleada en esta investigación.

En el capítulo 5 se describe y se exponen los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, la descripción de los datos sociodemográficos de las muestras, análisis descriptivo e inferencial y las correlaciones encontradas entre las variables estudiadas.

En el capítulo 6 se presenta la discusión de los resultados en relación con los objetivos planteados y antecedentes señalados en el marco teórico.

Finalmente en el capítulo 7 se muestran las conclusiones a las que se llegó al término de esta investigación así como los alcances, sugerencias y limitaciones del estudio.

## **CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN Y ADULTEZ MAYOR**

---

En este capítulo abordamos definiciones teóricas de la depresión, la etiología primaria y secundaria de la misma. De igual manera se aborda la prevalencia mundial y local de esta patología, así como la clasificación de la depresión en cuanto a sus signos y síntomas, tomando en cuenta la CIE 10 y el DSM IV.

Se contempla también la depresión geriátrica y las características de los signos y síntomas específicos del grupo etario, del mismo modo para la comprensión de la vejez se toman en cuenta las teorías de Erik Erikson (1968; citado en González, 2004) y Robert Havighurst (1963; citado en Jones, 2005). Finalmente, se presentan los posibles tratamientos para la depresión en forma general y la depresión en el adulto mayor.

### 1.1 ¿Qué es la depresión?

Las enfermedades o trastornos afectivos componen uno de los problemas principales de salud mental, estos ocasionan alteraciones del estado de ánimo y disfunción en actividades de la vida diaria de quien lo padece. Existen diferentes trastornos del estado de ánimo, entre ellos se encuentran el trastorno bipolar, la distimia y la depresión.

Desde el siglo V a.c., las enfermedades han sido objeto de estudio para los clínicos iniciales, siendo la depresión una de las enfermedades mentales más antiguas conocidas. El origen del término de depresión fue inicialmente el de melancolía, relacionando con la postura de Hipócrates, quien creía que los estados de ánimo dependían del equilibrio entre cuatro humores: bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema; y al exceso de bilis negra se le adjudicaba la depresión. Fue en 1725, cuando por primera vez el británico Sir Richard Blackmore, usara la palabra del latín *depressus* (depresión) (González, 2010).

La depresión puede ser definida como una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer



por situaciones que antes lo producían. La depresión es vista como una tristeza patológica inmotivada o con poca relación de intensidad y duración con el evento desencadenante. De las enfermedades afectivas es una de las más frecuentes y discapacitantes, alterando las áreas familiares, escolares, laborales y sociales. Hall Ramírez (2003) puntualiza a la depresión como un sentimiento de tristeza intenso, que puede producirse tras una pérdida reciente o un hecho triste, que se vuelve desproporcionado en relación con la magnitud del hecho durando más tiempo de lo justificado. Este padecimiento llega a afectar la parte cognitiva y motora, habiendo enlentecimiento de pensamiento y movimientos.

La depresión se clasifica según su gravedad en ligera, moderada o grave. Si los sentimientos de tristeza, luto, melancolía al igual que la incapacidad para disfrutar cosas que se suelen disfrutar dura más de 6 semanas ya se puede diagnosticar como depresión, pero si estas características duran mínimo 2 años se diagnostica como trastorno distímico (Zarragoitía, 2011). Las causas de la depresión se desconocen en muchos casos, pero puede ser atribuida a factores de predisposición genética en conjunto a factores médicos y psicológicos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). Puede decirse que el ser humano es un ente Bio-psico-social, por lo tanto las causas de la depresión pueden estar regidas por estos tres aspectos. Últimamente también se han estudiado posibles causas relacionadas con la bioquímica cerebral atribuidas a sustancias químicas como la serotonina y regiones cerebrales involucradas en la regulación del estado de ánimo como el hipocampo. Psicoanalíticamente hablando, la depresión en la vejez se atribuye a un colapso narcisista, cuando la identidad que tiene la persona de sí, ya sea aferrada o frágil, se ve derrumbada por esta etapa de la vida (Quintanar, 2011).

Dentro de la etiología de la depresión se han estudiado diversos factores primarios como los bioquímicos cerebrales, neuroendocrinos, neurofisiológicos, factores de neuroimagen, genéticos, familiares y factores psicológicos (Ver Tabla 1); de igual manera, Toro y Yepes, en 1998 (citado en Hall, 2003),

mencionan factores secundarios donde se incluyen las drogas, enfermedades orgánicas, enfermedades infecciosas y enfermedades psiquiátricas (Ver Tabla 2). La depresión también puede aparecer consecutivamente a eventos estresantes y a las pérdidas, sean económicas, de algún ser querido o de algún miembro del cuerpo.

Bioquímicos Cerebrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en las Monoaminas cerebrales.</li> <li>• Déficit absoluto o relativo de la Norepinefrina.</li> <li>• Déficit de Serotonina.</li> </ul>
Neuroendocrinos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalías en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal.</li> <li>• Aumento del factor liberador de la corticotrofina (CRF) en plasma y líquido cefalorraquídeo.</li> <li>• Algunos síntomas del síndrome clínico como trastorno del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica.</li> <li>• Se ha encontrado relación con la función tiroidea.</li> <li>• Disminución en la liberación de la hormona del crecimiento (GH) durante las horas del sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de la depresión.</li> </ul>
Neurofisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño.</li> </ul>
Neuroimágenes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del hipocampo.</li> <li>• Aumento del volumen de la amígdala derecha o pérdida de la asimetría normal de las amígdalas.</li> <li>• Disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución de la corteza prefrontal.</li> </ul>
Genético-familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposición biológica (algunos tipos de depresión tienden afectar a miembros de la misma familia), como el trastorno depresivo mayor que es de 1,5 -3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.</li> </ul>
Factores psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca autoestima.</li> <li>• Personalidad (analítico) narcisista.</li> <li>• Se cree que es producto secundario de los fenómenos cognoscitivos donde se tienen pensamientos distorsionados produciendo una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.</li> </ul>

**Tabla 1:** Etiología primaria de la depresión (Tabla elaborado por la autora basada en Crespo, 2011; Hall, 2003).

Drogas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 200 medicamentos se relacionan con la aparición de la depresión: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ AINE (indometacina, fenocetina fenilbutazona).</li> <li>✓ Antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniazida).</li> <li>✓ Hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio).</li> <li>✓ Antipsicóticos</li> <li>✓ Drogas cardiacas (digitálicos, procainamida).</li> <li>✓ Otros como Corticoesteroides, Disulfirán, L, Dopa, metisérgida y contraceptivos orales.</li> </ul> </li> </ul>
Enfermedades orgánicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier enfermedad que cause depresión como reacción psicológica, las que más suelen tener este impacto son el Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsia, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, cáncer de páncreas, infarto al miocardio.</li> </ul>
Enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis, influenza y brucelosis.</li> </ul>
Enfermedades Psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La esquizofrenia puede producir cuadros depresivos.</li> <li>• Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión.</li> <li>• El alcoholismo y la farmacodependencia llegan a producir depresión secundaria.</li> </ul>

**Tabla 2:** Etiología secundaria de la depresión (Tabla elaborada por la autora basada en Hall, 2003).

A finales de la década de los 90', la OMS declaró a la depresión como un problema de Salud Pública con prevalencia mundial del 15% y afirmó que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, volviéndose un problema sanitario, económico y social de urgencia para las autoridades y la sociedad.

Uno de los principales problemas que coexisten con la depresión es que solo el 10% de las personas con ese trastorno son correctamente diagnosticados y no todos llevan un tratamiento adecuado, siendo esta cifra alarmante debido a que un millón de personas al año se suicidan por este trastorno (OMS, 2012).

### Datos y cifras

- La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo.
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad.
- La depresión afecta más a la mujer que al hombre.
- En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.
- Hay tratamientos eficaces para la depresión.

**Tabla 3:** Datos y cifras sobre la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2012).

## 1.2 Signos y síntomas de la depresión

De la Garza (2005, p. 14 y 15) refiere que los criterios de la depresión en general “son sentimientos de tristeza que sobrepasan la resistencia de la persona: Pérdida del interés por actividades que antes se disfrutaban o eran placenteras., pérdida de la energía, presencia de fatiga, cambios en el apetito o en el peso (tanto para subir como para bajarlo), dificultad para pensar y concentrarse (mala memoria, indecisión), síntomas físicos de sentirse lento o inquieto, sentimientos de culpa, de desesperanza o de baja autoestima, recurrentes pensamientos de muerte y suicidio o intentos de hacerlo, tales síntomas deben mantenerse durante dos semanas como mínimo”.

La intensidad de los síntomas y recurrencia dependerá del tipo de episodio depresivo que se está cursando y la comorbilidad con otras enfermedades.

La Asociación Psiquiátrica Americana ha desarrollado el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales llamado DSM, en su cuarta edición se mencionan los siguientes criterios para el episodio depresivo mayor.

- A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad

previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer<sup>1</sup>

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

---

<sup>1</sup> No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La OMS desarrolló la clasificación de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, nombrada CIE-10, la cual también nos ofrece criterios para el diagnóstico de la depresión, con ciertas variantes en relación al DSM IV. En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres variedades descritas en este manual, leve, moderada o grave, por lo general existe un humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y aún cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Otros síntomas comunes son:

- a) Disminución de la atención y concentración;
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y disminución de la autoestima;
- c) Ideas de culpa e inutilidad (incluso en episodios leves);
- d) Perspectiva sombría y pesimista del futuro;
- e) Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas;
- f) Trastornos del sueño;
- g) Pérdida de apetito.

Las categorías de episodio depresivo leve, moderado y grave, deben ser empleadas únicamente para episodios depresivos aislados (o para el primero). Los episodios depresivos posteriores deben clasificarse dentro de las subdivisiones de episodio depresivo recurrente. La diferencia entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, tipo y gravedad de los síntomas presentes.

Algunas variantes del DSM-IV en relación con los Criterios Diagnósticos de investigación de la CIE-10 son los siguientes (DSM-IV):

- ✓ La CIE-10 menciona diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de la autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad).
- ✓ La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 a 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 a 10, el nivel grave.
- ✓ El algoritmo diagnóstico es distinto en la CIE-10, ya que requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves.

Gerali (2011) menciona que en la depresión se pueden observar señales verbales mediante preguntas que los pacientes se formulan, por ejemplo: *¿la Biblia habla sobre el suicidio?, ¿si una persona se suicida se va al infierno?* O realizar comentarios tales como que desearían estar muertos, desearían no haber nacido o expresarse en términos de no tener futuro. También se mencionan algunas señales del comportamiento como comportamientos de riesgo, autolesiones, obsesión mórbida con la muerte, consumo y abuso de drogas y alcohol e intentos de suicidio en el pasado, sobre todo estas señales son observadas en personas deprimidas tendientes al suicidio.

La depresión es causante de diferentes grados de incapacidad dependiendo del número de síntomas y su gravedad. Los pacientes con episodios leves de depresión pueden llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria, en cambio los sujetos con episodios moderados presentan grandes dificultades para realizarlas. En episodios graves, los pacientes presentan síntomas en forma intensa y aparecen las ideas de suicidio.

Beck propuso en 1987 (citado en Crespo, Cuzco y Maza, 2012) una teoría donde se asume que los sujetos deprimidos se caracterizan por la existencia de un estilo cognitivo específico, denominado como la *Triada Cognitiva* (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro) y contribuye al mantenimiento de la depresión.

Crespo, Cuzco y Maza (2012) refieren clasificaciones actuales que dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente y trastornos persistentes). Posteriormente las subdivide de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos).

El deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas son datos observacionales poco específicos para la depresión mencionados por Molina y Mogrovejo (2011).

Belló, Puentes, Medina y Lozano aluden que “además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma” (2005, p. 5).

### 1.3 Depresión geriátrica

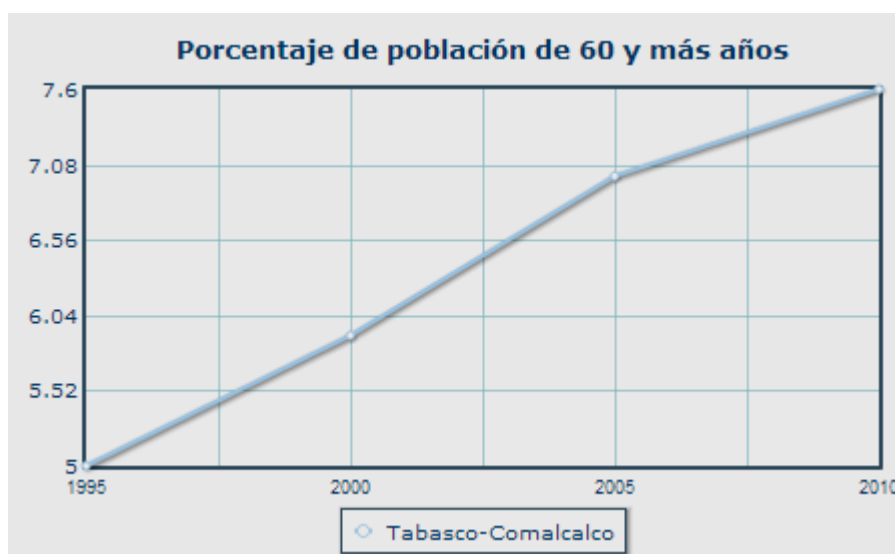
Una de las características más representativas de las sociedades actuales es el aumento de los adultos mayores.

En el año 2000, en México la población de 65 años o más alcanzó un monto de 4 750 311 personas, de las cuales 46.5% son hombres y 53.5% mujeres. La tasa de crecimiento de los ancianos en la última década superó a la del resto de los mexicanos y aumentó a un ritmo promedio anual de 3.5 personas por cada 100 de 65 años o más. Incluso las proyecciones de población indican



que México está ubicado entre los 10 países que incrementarán más porcentualmente su número de ancianos en los próximos 30 años, llegando a sumar para el año 2030 más de 15 millones de personas en la vejez (Romero, 2004).

En el caso del Municipio de Comalcalco, Tabasco, en el que se llevó a cabo esta investigación, la población mayor de 60 años ha mantenido un importante crecimiento del 5% en 1990 a un 7.6% en el 2010 (INEGI, 2014, ver Figura 1).



**Figura 1:** Porcentaje de población de 60 y más años. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Censo poblacional del estado de Tabasco*.

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2010, la población de adultos mayores de 65 años en este mismo municipio era de 10 166, siendo 4 954 hombres y 5 212 mujeres, estimándose que para el año 2030, la población de este grupo etario incrementará hasta 21 391, siendo un incremento de un poco más del 100% (CONAPO, 2014).

Behar (2003) expresa que en la actualidad, los avances científicos han incrementado la esperanza de vida, lo cual, aunado al crecimiento demográfico y a la aparición de nuevas enfermedades, da como resultado un aumento significativo de pacientes adultos mayores, crónicos y en fase terminal.

Existen varias formas de nombrar al adulto mayor, se les denomina ancianos, viejos, senectos, abuelos, gerontes, longevos, etcétera. Se nombran de acuerdo a la cultura, ya que para una población el ser llamado *geronte* es aceptable pero el ser llamado senecto puede tomado como una expresión peyorativa.

Sobre lo que es una persona adulta mayor, el Instituto Nacional de Geriátría menciona que la Ley Federal de los Derechos de las Personas Adultas Mayores define que una persona adulta mayor es aquella que tiene 60 años y más. Por su parte, la Organización de las Naciones Unidas establece que en los países en vías de desarrollo, la edad para definir a una persona como adulta mayor es de 60 años, mientras que en un país desarrollado es de 65 años, por lo tanto en México se denominaría adulto mayor a las personas de 60 años en adelante (Instituto Nacional de Geriátría, 2014). Sin embargo, en éste país hay programas de bienestar social para este grupo etario que se aplican a partir de los 65 años.

Dos de las perspectivas teóricas sobre la vejez más importante son las planteadas por Erik Erikson y Robert Havighurst.

➤ Teoría de Erik Erikson (1968).

Nos habla de la octava y última etapa –integridad contra desesperación-, la cual empieza a los 65 años y acaba con la muerte (citado en Jones, 2005).

La integridad se entiende por ver las experiencias pasadas de forma positiva a pesar de los errores cometidos. En la integridad se contempla tanto la renuncia como la sabiduría. En la renuncia se abandonan las metas que ya no se pueden cumplir y se da la aceptación de la vida por lo que fue y lo que es ahora. Las personas que logran cumplir con la renuncia no se culpan de los errores. La sabiduría tiene que ver con la capacidad para transmitir los conocimientos, el juicio maduro y las experiencias a las próximas generaciones. Las nuevas metas planteadas deben ser alcanzables y realistas. Un adulto con integridad será aceptado con alegría debido a su alegría y forma positiva de ver la vida.

El aspecto contrario, la desesperación, se caracteriza por centrarse en el pasado dándole un sentido de enojo, plantearse metas inalcanzables e irreales y por temor a la muerte. Los adultos con estas características pueden ser rechazados debido a su forma negativa de ver la vida y la poca capacidad de transmitir sabiduría debido al centrarse en errores del pasado.

➤ Teoría de Robert Havighurst

De acuerdo con Havighurst (1962), una tarea evolutiva “es una tarea que surge en cierto período de la vida del individuo cuya debida realización lo conduce a la felicidad y al éxito en las tareas posteriores, y cuyo fracaso conduce a la infelicidad del individuo, a la desaprobación de la sociedad y a la dificultad en el logro de tareas posteriores” (citado en Jones, 2005, p.5).

Havighurst plantea tareas evolutivas para lo que él refería como final de la madurez, etapa que comprende desde los 65 años hasta la muerte, estas tareas son:

1. Adaptarse a una fuerza física y a una salud en descenso. Se refiere a la adaptación del envejecimiento biológico que conlleva a la disminución del funcionamiento de las células y el sistema celular.

2. Adaptarse a la jubilación y a los ingresos reducidos. La forma en que la persona se adapte a la jubilación dependerá del significado que tenga el trabajo para esa persona. También depende de las expectativas que tenga después de jubilarse, si hace planes más allá de la jubilación. Habrá personas que jubilarse les ilusiona porque podrán hacer actividades que no podían realizar por el trabajo. También se toma el aspecto de la reducción de ingresos, el cual afectará dependiendo de las actividades que se tendrán que reducir o eliminar y la importancia que se le dé a esas actividades.

3. Adaptarse a la muerte del cónyuge. Una persona se verá afectada en medida de los lazos emocionales que hayan existido en la pareja, la dependencia hacia el fallecido, el acompañamiento de familiares y amigos. Se dice que las

mujeres suelen verse más afectadas debido que estadísticamente las mujeres viven más.

4. Establecer una afiliación explícita con el grupo de edad afín. La afiliación del grupo se determinará por los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Biológicas por las características físicas y biológicas compartidas, psicológicas por la percepción de premio/castigo al convivir con personas de la tercera edad.

5. Adaptarse a las funciones sociales de un modo flexible. Supone la adaptación a las nuevas funciones sociales tanto en aspectos familiares como a las actividades de la comunidad.

6. Establecer planes satisfactorios de vida. Arreglos en el nuevo modo de vida de acuerdo a los cambios biológicos, psicológicos y sociológicos dados.

El principal problema psicológico que se plantea al envejecer, es cómo lograr adaptarse a esta nueva situación existencial, si se adaptan bien para un buen envejecimiento o si se adaptan mal para un mal envejecer. La sensación de inseguridad aumenta al envejecer, a causa de dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, restricciones del entorno social y aislamiento, pérdidas de familiares y amigos, menor autonomía y disminución en el grado de funcionalidad.

En la vejez se pasa por diversas psicopatologías, pero las más representativas en cuanto a la salud mental son las demencias y la depresión, soliendo equiparar muchas veces a la depresión con la vejez, sin embargo esta patología no debe ser normal ni propia de esta etapa de la vida.

Pese a lo anterior, todo parece indicar que la mayoría de los adultos mayores presentan crisis depresivas debido a los estereotipos negativos acerca del envejecimiento y la vejez, conformando el imaginario colectivo y perjudicando el buen envejecer, dificultando así la adecuada inserción del adulto mayor a la sociedad. Todas estas actitudes negativas que giran en torno a la vejez, que

suelen ser desfavorables, son asumidas por los adultos mayores, quienes llegan a comportarse de acuerdo a ellas (Crespo, 2011).

El preámbulo de la depresión en el adulto mayor se da al no aceptar la vejez como una etapa más del desarrollo, al sentirse inútil sin las mismas capacidades que tuvo en etapas anteriores y al pensar que son una carga; asimismo, las condiciones de vulnerabilidad social también influyen.

El adulto mayor deprimido puede expresar la enfermedad de diferentes maneras, la sintomatología suele ser diferente de un caso a otro. Algunos de los signos presentes en el adulto mayor con depresión son la postura inmóvil, cara triste, hostilidad, negativismo, pueden estar confusos, poco colaboradores y, en casos graves, presentan un aspecto desaliñado con babeo, mutismo, estupor y marcha lenta y torpe. Suelen tener brotes de agresividad e intentos de suicidio (los cuales son menos frecuentes en los adultos mayores que en los jóvenes, pero los intentos reales de suicidios si son más frecuentes).

Fogel y Fretwell (1985, citados en Brás Mertins Afonso & Bueno Martínez, 2011) han sugerido una configuración típica de síntomas de la depresión en la vejez que han designado como “síndrome de depleción”, caracterizada por sentimientos de falta de utilidad, falta de interés por las cosas, pérdida de apetito, desesperanzas, pensamientos de muerte y suicidio.

Aspecto funcional	Abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc.
Aspecto cognoscitivo	Alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, sentimientos de inutilidad, desesperanza, etc.
Aspecto físico	Anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, agitación o retraso psicomotor, pérdida del apetito, alteraciones metabólicas, dolores de cabeza, disminución de la libido, etc.
Aspecto volitivo	Pérdida de motivación o parálisis de la voluntad.

**Tabla 4:** Sintomatologías presentes en el adulto mayor deprimido (Crespo, 2011).

La evaluación diagnóstica de la depresión se basa principalmente en la entrevista con el sujeto. La historia clínica debe orientarse a conocer los síntomas, la forma de comienzo de la enfermedad, la posible existencia de factores favorecedores o desencadenantes de la depresión, la existencia de antecedentes personales, entorno social del paciente y la toma de medicación que fomentan la depresión (reserprina, propanolol, tranquilizantes, etc.). En cuanto al estado mental, hay que valorar la conciencia, el afecto, el humor, el comportamiento, la actividad psicomotora, el pensamiento, la capacidad perceptiva, las ideas de autodestrucción, etc. También son tomados en cuenta los instrumentos de evaluación que facilitan la identificación de casos o probables casos de depresión. Una de las escalas más utilizadas actualmente en la población mayor de 60 años es la Escala de Depresión de Yesavage, escala autoaplicable de 15 preguntas (en su versión reducida) con respuestas dicotómicas (si, no) específicamente diseñadas para este grupo etario.

A menudo la depresión no se encuentra diagnosticada ni tratada, volviéndose un impedimento para el bienestar y la salud de los adultos mayores, causando un sufrimiento innecesario para el senecto y su familia. Blanco et al citan que “el diagnóstico de la depresión no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste” (2009, p.59).

#### 1.4 Tratamiento

Existen diversas maneras de dar manejo a la depresión: cuando ésta se vincula con trastornos reactivos, por lo general no requiere fármacos y se puede tratar solo con psicoterapia. En los casos más graves, donde los signos vegetativos son significativos y los síntomas han persistido por más de unas cuantas semanas, lo más adecuado es la terapéutica con fármacos antidepresivos. Todos los antidepresivos actualmente disponibles alteran la función de la serotonina o noradrenalina a nivel del Sistema Nervioso Central (Ver tabla 5).

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Citalopram, Escitalopram, Fluexetina, Paroxetina, entre otros.
Antidepresivos “nóveles”	Bupropión y la Mirtazapina.
Antidepresivos de acción dual	Venlafaxin y Duolexetina.
Antidepresivos tricíclicos y tetra cíclicos	Clomipramina, Imipramina.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	Selegnina y Tranilcipromina.
Atípicos	Trazodona, Viloxazina y Mianserina

**Tabla 5:** Clasificación de fármacos antidepresivos (Crespo, Cuzco y Maza, 2012).

Los antidepresivos tricíclicos y los IMAO demostraron ser eficaces alrededor del 70%; los nuevos antidepresivos, duales y otros no probaron ser más eficaces ni más útiles respecto de la remisión del malestar del paciente (Crespo, Cuzco y Maza, 2012).

Hernández Zamora en el 2011 argumentó sobre el manejo de la neurosis depresiva, subrayando que una persona con este padecimiento es aquella que suele tener ideas de estar siempre solo, abandonado: nadie lo quiere ni lo ha querido nunca, se siente perdido y no es valorado como se lo merece. Esos introyectos son proyectados hacia el exterior, y la mayor parte de las veces las emociones enlazadas son retrofectadas (irse furtivamente en contra), de tal suerte que la energía negativa vuelve a depositarse hacia este Yo deprimido.

El trabajo psicoterapéutico con una persona neurótica demanda una comprensión lúcida de los tipos de introyectos y los patrones concretos de resistencia, los confines de la resistencia y las resistencias que brotan conforme el introyecto surge. El objetivo de la terapia con un sujeto neurótico es entender y trabajar exhaustivamente durante la fase de identificación del contexto en que se asimiló el introyecto con el fin de establecer los distintos patrones de resistencia, las fronteras de resistencia y las resistencias introyectadas para apoyar a las personas a que optimicen sus contactos. Conforme la terapia avanza, el foco de los introyectos debe limitarse; tiene que ser claro y además ser trabajado de tal modo que la persona ya no lo proyecte hacia los demás y sea capaz de vivir

cotidianamente sin esos introyectos que están obstaculizando sus habilidades de contacto. Si las metas se logran, el individuo es capaz de crecer y expandir sus fronteras en beneficio de su salud integral.

La terapia cognitiva de Beck (Crespo, Cuzco y Maza, 2012) es una alternativa usada en el manejo de la depresión, ésta plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado de ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta. Beck a partir de la observación del pensamiento de los sujetos deprimidos crea la hipótesis de la existencia de una “tríada cognitiva” en estos pacientes. El razonar negativamente distorsionando la “realidad” se expresa en tres áreas configurando la “tríada”: pensamiento negativo de sí mismo, del mundo y del futuro.

Otros tratamientos utilizados para el restablecimiento del equilibrio en la depresión son la Terapia de Luz (Fototerapia) y la Terapia Electroconvulsiva (ECT) (Hall, 2003). La ECT ha sido y continúa siendo el tratamiento más efectivo para la depresión grave. Entre el 60% y 80% de los pacientes depresivos que han recibido una ECT han respondido al tratamiento. El ECT debe ser considerado como un tratamiento de primera línea en pacientes depresivos con características psicóticas, pacientes con ideas suicidas y pacientes que no hayan dado respuesta o que no toleran la quimioterapia antidepresiva.

Aunque el mecanismo de eficacia de la ECT permanece confuso, la electroencefalografía muestra una disminución de la actividad en la corteza prefrontal (reflejando un proceso neurobiológico) en pacientes que responden a la ECT. La fototerapia es un tratamiento efectivo para la depresión grave con variaciones estacionales, particularmente aquellas depresiones que surgen durante otoño/invierno. Su eficacia en la depresión estacional no se ha establecido. El tratamiento usual es de al menos 30 minutos por día de terapia de luz con un dispositivo estándar de fototerapia durante todo el episodio de otoño/invierno (Pérez, 2007).



### 1.4.1 Psicoterapia para la depresión geriátrica

Entre los sistemas encontrados para tratar la depresión en el adulto mayor se encuentran la terapia ocupacional, la psicomotricidad terapéutica y la reminiscencia.

➤ De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Terapia Ocupacional es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posibles del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. Calatayud y Gómez (2002) llevaron a cabo un estudio longitudinal retrospectivo con 33 pacientes de la Unidad de Semiválidos (ubicada en el centro de día de Válidos de la Fundación La Caridad) en el mes de Julio del 2001 a Julio del 2002, este estudio tenía como uno de sus objetivos planteados el análisis de efectividad de la Terapia Ocupacional en el campo de la prevención en la tercera edad, unida al tratamiento farmacológico. A cada paciente se le realizó una valoración inicial, repetida posteriormente a los cuatro meses con el fin de determinar una evolución. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se utilizó para estudiar la variable de depresión. El perfil de los sujetos constó de adultos mayores con una edad media de 82 años, de estado civil viudo/a (70% de los casos), que convivían con sus hijos. La distribución por sexo fue 55% mujeres y 48% hombres En cuanto a la Escala de Depresión, se observaron diversos resultados (Ver Tabla 6). En conclusión, el uso de la Terapia Ocupacional en esta investigación sirvió para desaparecer la depresión en un 8,47% de los casos, recalcando que, en los casos de Depresión Severa (que fueron los menos), los valores en la escala de depresión se mantuvieron elevados y se analizaron las causas, comprobando el gran agravio de la situación socio-familiar.

Primera valoración	Segunda valoración
--------------------	--------------------

-No presenta depresión el 53, 84%	-No presenta depresión el 62,31%
-Presenta depresión media el 38,46%	-Presenta depresión media el 30,00%
-Presenta depresión severa el 7,69%	-Presenta depresión severa el 7,69%

**Tabla 6:** Resultados de la utilización de la Terapia Ocupacional en relación con la Escala de Depresión (Calatayud y Gómez, 2010).

➤ El término psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial, desempeñando un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. La intervención psicomotriz se da a cualquier edad en los ámbitos preventivos, educativos, reeducativos y terapéuticos. Su campo de actuación se centra en dos áreas: educativa/reeducativa con el propósito de llevar al individuo hasta la consecución de sus máximas posibilidades de desarrollo de habilidad, de autonomía y de comunicación; rehabilitadora/terapéutica orientada hacia la superación de los déficit provocados por causas orgánicas, afectivas, cognitivas o ambientales. El adulto en la tercera edad dirige su atención hacia el cuerpo frágil, que está lesionado o se convierte en territorio de dificultades psicológicas. Las indicaciones son muy amplias y poco específicas debido que este ámbito de actuación es relativamente nuevo. El problema básico es metabolizar el sufrimiento relacionado con las pérdidas y con los duelos (vida personal, social, profesional, disminución de las capacidades corporales, físicas e incluso intelectuales), así como descubrir posibles deleites, a pesar de las limitaciones reales o imaginadas, por lo tanto las indicaciones de la psicomotricidad no deberían ser abarcando patologías específicas o síndromes determinados sino que deben tener en cuenta las principales funciones del sujeto y orientarse hacia la comprensión y la activación física y psíquica de lo que puede y debe funcionar para la tercera edad. El adulto mayor debe conservar un cuerpo activo y encaminado hacia experiencias, siendo nuestro papel el de animarle cotidianamente a que piense “*soy todavía bastante joven para...*”, debido que la activación a lo largo de la edad adulta parece ayudar a proteger contra la hipertensión, las enfermedades del corazón y la osteoporosis, así como mejorar la agilidad mental y el desempeño cognoscitivo, impidiendo o mejorando la

depresión. De este modo, generalmente el adulto mayor recupera el estado de ánimo.

Por lo antes dicho, de acuerdo a Vizcarra (2009) los objetivos de la intervención en los adultos mayores serán:

1. Toma de conciencia de los recursos motores, cognitivos y de relación de la persona mayor.
2. Mantenimiento del flujo sensoriomotriz para evitar el aislamiento y la desconexión con el mundo.
3. Conocer y experimentar las posibilidades y limitaciones actuales.
4. Tomar conciencia del esquema corporal, espacial y temporal, si es que se han visto afectados.
5. Facilitar las actividades de la vida diaria.
6. Favorecer la comunicación
7. Dar importancia a la capacidad representativa y simbólica

Vizcarra (2009) propone que el método de trabajo cuente con actividades corporales adecuadas a las características del grupo con el que se trabaje, que permita al adulto mayor de modo sencillo y agradable experimentar el propio cuerpo, creando situaciones individuales y colectivas donde puedan expresar sus deseos, ideas, iniciativas y sentimientos en un encuadre terapéutico.

La terapia de la reminiscencia de acuerdo a Brás Mertins Afonso & Bueno Martínez (2011) puede constituir una alternativa y un complemento viable que se relaciona estrictamente con tareas psicosociales previstas para esta fase evolutiva. Esta terapia se basa en el relato de episodios, acontecimientos e historias que la persona cuenta sobre sí misma. Como técnica, trata de promover el recuerdo de acontecimientos para favorecer su integración y activación, lo que genera recursos de autoconfianza y seguridad para que la persona mayor se sienta capaz de afrontar los cambios y pérdidas que pueden ocurrir en la vejez. Con la reminiscencia en los adultos mayores se obtienen beneficios relacionados con su bienestar, aceptación de la muerte, funcionamiento cognitivo, aceptación de la vida tal como se ha vivido, estado de ánimo y mantenimiento y desarrollo de la identidad. La reminiscencia se sitúa entre las psicoterapias que tienen efectos clínicos en la reducción de la sintomatología depresiva en la vejez. Existen dos tipos de

reminiscencia, la de integración y la instrumental (Ver Tabla 7), ambas asociadas al bienestar y a la salud física y mental (Wong y Watt, 1991, citados en Quintanar, 2011). Las dos incluyen procesos y contenidos cognitivos que se relacionan con el mantenimiento y desarrollo de la depresión, como la autoevaluación, atribuciones causales para los acontecimientos, evaluaciones de los recursos personales de afrontamiento y selección de estrategias de afrontamiento, permitiendo acceder a pensamientos personales con elevado potencial de reestructuración cognitiva (Cappeliez, 2002). Las intervenciones con esta técnica se pueden desarrollar en grupo o individualmente optando por la realización de actividades escritas u orales, y se pueden o no usar temas o materiales para activar el recuerdo (Brás Mertins Afonso & Bueno Martínez, 2011).

<b>Tipos</b>	<b>Características</b>	<b>Objetivos</b>
Instrumental	Puede ayudar a la persona a sentirse más capaz y a afrontar más activa y adaptativamente los retos que pueden ocurrir en la vejez.	La recuperación de recuerdos relacionados con: 1) acciones de afrontamiento de situaciones del pasado; 2) escenas desarrolladas para resolver situaciones difíciles; 3) actividades dirigidas hacia objetivos y 4) situaciones en las que la persona ha logrado objetivos o en que ha ayudado a otras a conseguirlos (Watt y Wong, 1991, citados en Quintanar, 2011).
Integración	Facilita la percepción de un sentido de continuidad entre el pasado y el futuro, así como el descubrimiento de que la propia vida, tal como se ha vivido, tiene valor (Butler, 1963; Erikson, 1980; Wong, 1989).	Trabajar con: 1) creencias que uno tiene sobre sí mismo; 2) actitudes y cogniciones sobre el mundo; 3) atribuciones hechas para las causas de los acontecimientos negativos; 4) cogniciones negativas; 5) estilo de procesamiento de información subyacente al humor negativo y a los síntomas conductuales de la depresión; 6) percepción del yo y 7) reglas tácitas de interpretación de las experiencias (Watt y Cappeliez, 1995, citados en Quintanar, 2011).

**Tabla 7:** Tipos de reminiscencia y sus objetivos (Quintanar, 2011).

En el presente capítulo abordamos definiciones teóricas de la depresión, su etiología y la prevalencia mundial y local de esta patología, así como sus criterios diagnósticos tomando en cuenta la CIE 10 y el DSM IV. En el siguiente capítulo hablaremos de la cotidianidad, de las definiciones de los factores de riesgo,

disfuncionalidad, funcionalidad familiar y dependencia. Y se toma en cuenta la demencia, como otra patología importante en el adulto mayor.

## **CAPÍTULO 2. LA COTIDIANIDAD Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN EL ADULTO MAYOR**

---

En este capítulo, se menciona la cotidianidad, la funcionalidad, los factores de riesgo presentes en el adulto mayor y las consecuencias de la disfuncionalidad familiar en este sector de la población. También se aborda la importancia de la valoración geriátrica integral y la demencia como otro problema común e importante que se da en los adultos mayores.

### 2.1 ¿Qué es la Cotidianidad?

Hablar de lo cotidiano desde lo filosófico y lo social nos refiere a que el tiempo pasa como si no pasara nada o nos lleva a pensar en los quehaceres que sólo nos permiten llegar al día siguiente, así como al aburrimiento o a las cosas tan habituales que no podemos distinguir entre ellas, donde sólo se llega a percibir aquello que lo corrompe, lo violenta o lo sorprende o se sale de lo habitual. Como indica Beltrán: “los seres humanos somos flexibles y creativos cuando la vida cotidiana rompe su rutina abruptamente” (2008, p.48).

La vida cotidiana es el marco, la base, el reflejo y la edificación de la interacción psicosocial. Para León es el “espacio de intersección entre el individuo y la sociedad, [...] es allí donde se hace, se deshace y se vuelve a hacer el vínculo social: las relaciones entre los seres humanos” (2000, citado en Beltrán, 2008, p.46).

Lo cotidiano no es idéntico para todos porque está determinado por los aspectos históricos, económicos, culturales e incluso geográficos, “todos necesitan dormir o alimentarse, pero ninguno lo hará en las mismas circunstancias o del mismo modo, lo cotidiano de una persona, puede ser un desorden o carecer de armonía para otra y no obstante, otorgar sentido y estructura” (Beltrán, 2008, p.48).

Las personas adultas mayores brindan diariamente a la sociedad contribuciones variadas y trascendentales para el desarrollo de los grupos con los cuales interaccionan, los cuales implican ayuda, afecto y afirmación.

Al analizar la situación de las personas adultas mayores, no solo se debe pensar en carencias y necesidades, pues en ciertas dimensiones de la cotidianidad sus contribuciones son necesarias e imprescindibles (Fernández y Robles, 2008), como por ejemplo la transmisión de cuestiones culturales, relatos de mitos y leyendas, tradiciones y actividades, las cuales tienen impacto en la sociedad y sin ellas no sería lo mismo.

Muchos de los adultos mayores ocupan su tiempo en labores no remuneradas que contribuyen a la economía y a la sociedad, muchas de estas actividades no remuneradas entran en el comercio informal.

“El trabajo, la familia, la educación, el descubrimiento de los propios talentos, la alimentación, las maternidades y paternidades, la recreación, la reflexión, el rescate de la historia familiar y comunitaria, la expresión artística, el cuidado de la salud, la formación en valores, son algunos de las situaciones cotidianas en las que la mayoría de las personas adultas mayores juegan un papel protagónico” (Fernández y Robles, 2008, p.25).

Fernández y Robles realizaron un estudio en el 2008 en Costa Rica, contando con la participación de 30 personas (15 hombres y 15 mujeres) con un rango de edad entre los 60 y 93 años, en un estudio tipo transversal con enfoque cualitativo y análisis descriptivo. Se realizó una entrevista en profundidad de manera individual. De las 30 personas entrevistadas, 19 (63% de la muestra) aún desempeñaban alguna actividad remunerada como la agricultura, la costura, la confección de dulces y cajetas, la venta de comidas, la música y cuidado de niños. Se identificaron cuatro conjuntos de aportes de las personas entrevistadas: a) los trabajos no remunerados en el ámbito familiar, b) los trabajos no remunerados en el ámbito comunitario, c) las labores remuneradas y d) los aportes en el ámbito cultural y artístico (Ver Tabla 8).

Dentro de los acontecimientos diarios se suele ver que las mujeres adultas mayores contribuyen con las actividades domésticas, muchas de estas son mujeres de baja escolaridad, que suelen trabajar en su casa y en casas ajenas

para contribuir económicamente a la familia; mientras que los hombres adultos mayores habitualmente contribuyen realizando trámites fuera de casa, tales como mandados, así como acompañar a la esposa e hijas cuando salen de la casa, también ayudan al mantenimiento o embellecimiento de la casa con actividades de carpintería, pintura o electricidad y rara vez toman el papel de cuidadores de los nietos.

Trabajos no remunerados en el ámbito familiar	Mantenimiento y el embellecimiento de la casa, los oficios domésticos (preparación de alimentos, limpieza de la casa y lavado de la ropa), la realización de trámites fuera del hogar o “hacer los mandados de la casa”, el cuidado regular de nietos, nietas o bisnietos y bisnietas, el resguardo de los bienes de la familia cuando ésta no se encuentra presente en la casa, el cuidado de las mascotas y la enseñanza de un oficio a sus descendientes.
Trabajos no remunerados en el ámbito comunitario	participación en el sector político y social en favor del bienestar comunitario; la pertenencia a grupos organizados; el trabajo de voluntariado en la comunidad o instituciones de bienestar social; el cuidado de personas enfermas; la realización de talleres para la capacitación de generaciones más jóvenes en artes manuales, dramáticas y musicales. Igualmente el liderazgo y la creación de actividades de superación, de capacitación, y de emprendimiento.
Labores remuneradas	Actividades que generan ingresos mediante la producción agrícola, la confección de ropa, la venta de comidas y dulces tradicionales; las actividades comerciales en venta de bienes y servicios; el cuidado de la niñez; la venta de obras de arte, bisutería y artesanías; la dirección de grupos musicales y enseñanza privada de la música; la oferta de tratamientos de la medicina tradicional y algunos proyectos productivos.
Aportes en el ámbito cultural y artístico	Transmisión del saber popular sobre medicina tradicional, comidas regionales, música autóctona y artesanía, desempeñan papeles como capacitadoras y transmisoras de conocimientos ancestrales.

**Tabla 8.** Grupo de contribuciones cotidianas de los adultos mayores descritos por Fernández y Robles (2008).

“Tanto en hombres como en mujeres se encontraron contribuciones relacionadas con el cuidado de la casa durante el tiempo que otros miembros de la



familia salen a trabajar, estudiar o pasear, asumiendo el cuidado de mascotas, plantas ornamentales y hasta huertos para el consumo familiar” (Fernández y Robles, 2008, p.28).

Los aportes de las personas adultas mayores pueden pasar desapercibidos por la familia, debido a la creencia de que sus aportes son obligaciones, esto trae como consecuencia que el adulto mayor carezca de libertad para decidir sobre su propio destino y establecimiento de nuevas metas, sobreviniendo la pérdida del interés por innovar, el aislamiento y la frustración paralizante (Fernández y Robles, 2008). Como refiere Erik Erikson: “en la renuncia se abandonan las metas que ya no se pueden cumplir y se da la aceptación de la vida por lo que fue y lo que es ahora” (1968, citado en Jones, 2005, p.16).

Diariamente, muchas mujeres mayores, a pesar de sentir cansancio, estar decaídas o deprimidas, continúan haciéndose cargo de las labores del hogar y el cuidado de los nietos, así como de otros miembros de la familia, recayendo en ellas el cuidado de hasta tres generaciones [padres, hijos (los cuales cada vez salen a mayor edad del hogar) y nietos].

“Muchos de los desafíos a los que se enfrentan las personas mayores en su día a día están relacionados con la autonomía y la independencia de sus condiciones de vida, si son o no capaces de lidiar y tomar decisiones personales diariamente, mientras vivan de forma independiente con poca o ninguna ayuda de otros” (Eurostat, 2012, p.93).

Las actividades de la vida diaria incluyen actividades de autocuidado y domésticas y estas se ven afectadas cuando una persona es dependiente, impactando tanto a quien lo padece como a quienes lo rodean, ya que por este estado las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Colldefors, s.f). Con respecto a esto Albala y Marín (2003, p.19) señalan que “las limitaciones funcionales ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del

individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas”.

Rodríguez Cabrero (2000) menciona que una persona es socialmente dependiente cuando “como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana” (citado en Colldefors, *s.f.*, p.2).

## 2.2 Factores de riesgo

Ante la presencia de la depresión como se mencionó anteriormente, existen factores que van a predisponer a la persona a padecerla, estos factores son denominados factores de riesgo. El concepto de factor de riesgo se acuñó aproximadamente, en la mitad del siglo XX gracias al estudio Framingham, definiéndose como “aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad aumentada de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición” (1947, citado en López, 2003). Según Pons “se denomina factor de riesgo a toda variable cuya presencia en una persona o en su entorno aumenta la probabilidad de aparición de una determinada conducta desajustada (por ejemplo, de la conducta de consumo abusivo de drogas o de la conducta adictiva a drogas)” (2007, p.71).

Los factores de riesgo atentan contra el equilibrio, contra la salud, causan enfermedades y muerte, suelen aparecer como características, rasgos, detalles o condiciones biológicas, psicológicas, sociales o ambientales, que se asocian con frecuencia significativa, preceden a la enfermedad, predicen su ulterior aparición y se relacionan con su patogenia.

La depresión se puede desarrollar con o sin factores, sin embargo mientras más tengan, será mayor la probabilidad de desarrollar depresión.

Dentro de los factores de riesgo para la depresión se incluyen factores personales, cognitivos, familiares, sociales y genéticos. Dentro de los personales y sociales se asocian la pobreza, enfermedades crónicas (tanto físicas como

mentales), consumo de alcohol y tabaco y circunstancias laborales como el desempleo y jubilación. El estado civil y el estrés crónico también son variables asociadas a esta patología.

Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza (2007, citados en Douglas, 2010), explican que la falta de empleo y la viudez son considerados como factores de riesgo, ya que ambos representan pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión.

Pérez en el 2007 realizó un estudio para medir la presencia de depresión en la Unidad de Medicina Familiar 44 de Monterrey, Nuevo León, hallando una prevalencia de depresión del 20%, menciona que en su muestra encontró características bien determinadas para la depresión como el tener entre 70 a 75 años de edad, manifestación de incapacidad para la realización de algunas tareas y algunos con el sólo hecho de sentir la edad los encaminaba a ese estado depresivo.

Diversos estudios coinciden que en la depresión geriátrica están presentes las siguientes variables: jubilación, sedentarismo, familias disfuncionales, discapacidad, viudez, soltería, divorcio, historia de abuso en la niñez, institucionalización y bajos niveles escolares.

A la revisión de los diversos textos sobre factores de riesgo (Crespo, Cuzco, Maza, 2012; Crespo, 2011; Molina y Mogrovejo, 2011), se encontró que los factores que más incidencia tienen en la predisposición de la depresión son:

1.- Historia de enfermedad mental: En las implicaciones genéticas o ambiente familiar compartido se menciona que las personas con familiares que padecen depresión tienen mayor probabilidad de desencadenarlo que las que no tienen antecedentes familiares de esta índole. Familiares de primer grado tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, también se ven afectados los familiares de segundo grado.

2.- Trastornos físicos. Se refiere a los dolores agudos y la dificultad para poder desempeñarse de la forma deseada cuando el sujeto está sufriendo por una enfermedad que puede ser mortal o que pueda incapacitarlo. Algunas enfermedades afectan la función cerebral y, consecuentemente, pueden desencadenar depresión. Investigaciones recientes han encontrado que los cambios físicos en el cuerpo pueden estar acompañados por cambios mentales.

3.- Estrés y cambios en la vida. Pérdida grave, relación difícil, trauma o problemas financieros.

4.- Social. Tener pocas relaciones o que éstas no sean de apoyo incrementa el riesgo de depresión tanto en hombres como mujeres.

5.- Bajo estatus socioeconómico. Se alude al bajo estatus social percibido, factores culturales, problemas financieros, entorno estresante, aislamiento social y mayor estrés diarios.

6.- Sexo. El género también es tomado como un factor para la depresión. La depresión suele presentarse más en las mujeres que en los hombres, sin embargo, en la adultez mayor los hombres deprimidos suelen tener mayor indicio de suicidio que las mujeres. Algunos autores mencionan que la alta incidencia en el sexo femenino no se debe a una mayor vulnerabilidad sino a las situaciones de estrés que muchas mujeres enfrentan como responsabilidades primordiales en el hogar, el trabajo, el ser madre, cuidado de los niños y de personas mayores, además de acontecimientos femeninos como el ciclo menstrual, embarazo, puerperio, infertilidad, menopausia, también se toman en cuenta las hormonas sexuales que afectan las sustancias químicas del cerebro que controlan las emociones y los estados de ánimo. Teorías feministas deducen que un poder limitado en la condición social de las mujeres puede contribuir a sus altas tasas de depresión. Asimismo se han planteado hipótesis de que las diferencias de prevalencia de la depresión en cuanto al género pueden ser debidas a sesgos por la mayor disposición de las mujeres a expresar sus emociones y reconocer sus sentimientos negativos. En contraparte, el alza de muertes por suicidio en

comparación con las mujeres refleja que los hombres solicitan ayuda y tratamiento para la depresión con mucho menos frecuencia, esto puede ser debido a factores sociales, según los cuales el hombre, al expresar sus emociones, estaría en vulnerabilidad en relación con los estereotipos manejados. Los hombres, además, presentan mayor probabilidad de desarrollar abuso de sustancias tóxicas.

7.- Institucionalización. La institucionalización en residencias se relaciona a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso. Sentimientos de abandono, aislamiento o alejamiento de la red socio familiar, cambios significativos en el ritmo de vida con adaptación a un reglamento, pérdida de autonomía generando sentimientos de minusvalía.

8.- Enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas y sus consecuencias se involucran como causantes de trastornos del estado de ánimo. Lustman (2001; citado en Molina y Mogrovejo, 2011) refiere que la persona con diabetes puede desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que sólo el 37% son detectados.

Muchas personas que padecen Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial también padecen algún grado de depresión, la mayoría de las veces no diagnosticadas dado que lo consideran normal dentro de las patologías crónicas. Por lo tanto la depresión dificulta el manejo de las enfermedades y estas pueden llegar a impedir el correcto diagnóstico de los cuadros depresivos. Asimismo, cuando la depresión no es tratada trae consigo otras consecuencias, como alteración del estado general, más susceptibilidad para sufrir otras enfermedades como las gastrointestinales y las respiratorias y afecta el correcto control de la patología base.

Un estudio realizado por la Universidad Católica de Chile en el 2011 mostró que la prevalencia de la depresión en la población hipertensa era del 51%,

mientras que el estudio realizado por MEDLINE en el mismo año en Colombia mostró que la prevalencia de la depresión de la población de diabéticos era del 30%. Pineda, Bermúdez y Cano (2004) también realizaron un estudio en Chile sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2. Los resultados indican que un 55% de los pacientes evidenciaban algún nivel de depresión, el sexo femenino evidenció niveles más graves de depresión y mayor índice de sintomatología característica de la depresión que los hombres, concluyendo la comorbilidad existente entre la Depresión y Diabetes Mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y calidad de vida de pacientes con Diabetes (Molina y Mogrovejo, 2011). Se estima que la carga personal de un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 meses, es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

9.-Jubilación. Éste será un factor de riesgo dependiendo el tipo de personalidad, historia de vida y necesidades del adulto mayor. El inicio de la jubilación significará para unos el disfrute de cosas que por laborar no habían podido realizar como el viajar, pasar más tiempo con su familia o el inicio de nuevos proyectos; para otras será motivo de pérdida de vitalidad, de aburrimiento, inactividad y disminuciones físicas. Vizcarra Carrillo (2009) refiere que la jubilación implica el reconocimiento de que el individuo se ha cansado o ya no cuenta con facultades suficientes para realizar actividades productivas.

10.- Personalidad neurótica. Las personas con rasgos neuróticos tienen mayor incidencia de cuadros depresivos, sobre todo ante situaciones adversas de la vida, así como algunas enfermedades, por ejemplo. las cardíacas y diversas enfermedades endócrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinémica.

La sociedad también puede jugar el papel de factor de riesgo para los adultos mayores, como aluden Fernández y Robles: “el imaginario social predominante sobre la vejez en las sociedades occidentales, se relacionan con el

deterioro, la enfermedad, la dependencia, la carga y la ruptura de vínculos sociales, pérdidas de la autonomía, de las capacidades físicas y cognitivas, de las habilidades, de la salud, de la belleza, del poder y de la vida misma” (2008, p.35).

Se debe tener en la mente que algunos de los cambios más frecuentes que pueden ocurrir en la personalidad de los viejos, sin llegar a ser enfermedades mentales (aunque parezcan), son: acumular cosas, locuacidad y dependencias, acusaciones caprichosas, regresión, egoísmo, repeticiones, fantasías y alucinaciones, depresión, estados maníacos e ideación suicida. Las funciones que se basan en las capacidades físicas o fisiológicas son las que principian a declinar más precozmente que las capacidades cuya base es puramente psicológica, las variaciones difieren de una persona a otra (Vizcarra Carrillo, 2009).

Ante la existencia de factores de riesgo igualmente existen factores protectores o capacidades específicas que pueden ayudar a sobrellevar las situaciones de riesgos, estas son la aceptación, afrontamiento, constancia, comunicación, apertura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro-activa, vinculación a redes de apoyo (básicas y especializadas), acceso a atención médica y/o psicológica, que sean un soporte emocional fuerte que propicie la inclusión del paciente en actividades nuevas o grupos que enriquezcan y mejoren sus experiencias en el curso de la situación que vive. Los factores protectores con más incidencia benéfica en el adulto mayor son la religiosidad, cobijo de la familia y plan de vida después de la jubilación.

Un factor de protección, del cual por desgracia no todos cuentan, es una buena situación socioeconómica porque posibilita la prevención, el cuidado y un mejor tratamiento de las condiciones de fondo que ocasionan el deterioro funcional y permitiendo el acceso a la rehabilitación (Varela, Chávez, Gálvez y Méndez, 2005).

Fernández y Robles (2008) enmarcan que hay tres elementos que pueden ayudar a un envejecer positivo: 1. el trabajo y la actividad permanente a lo largo del ciclo de vida, 2. la resiliencia y 3. el establecimiento de redes de apoyo para la

realización de los proyectos personales y comunitarios. De acuerdo con Bonilla y Mata (1998; citados en Fernández y Robles, 2008) el trabajo como actividad productiva nos brinda la posibilidad de promover estilos de vida activos que orienten a la población general a comprender el envejecimiento como un proceso que no se inicia a los 60 o 65 años de edad, sino que forma parte del ciclo de vida de todas las personas. Razón por la cual es importante la creación de un plan de vida para después de la jubilación o retiro laboral y el cuidado de la salud desde edades tempranas. Otra propuesta dada por estos autores es que conforme las personas envejecen deben ir redescubriendo sus esperanzas y fortalezas, buscar nuevas aspiraciones y continuar soñando sin dejar que la fuerza se extinga y dejar de darle mayor importancia a las contribuciones de recursos económicos y de fuerza física que a las contribuciones cognitivas y afectivas, para que cuando las primeras se vean disminuidas cobren fuerzas las segundas.

“Si el envejecimiento se produce en el marco de acciones específicas que promueven el respeto a los derechos de las personas adultas, y que garanticen la protección, la atención integral y la educación, la actividad y la vida digna para este grupo de la población, la vejez podría entenderse como un momento de plena creatividad y participación” (Fernández y Robles, 2008, p.35).

### 2.3 Funcionalidad familiar

Elizondo (1997; citado en Ochoa, 2009, p.14) refiere que “por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y o unión estable y que viven en un mismo hogar”.

Para Gómez y Huerta, Valdés y Sánchez (2000; 2001; citados en Mendoza, Soler, Sainz, Gil, Mendoza y Pérez, 2006)

“La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, éstas son las



características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semi-integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir (s.f.) son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad, los límites que representan la reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la Comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada” (como se mencionó en Mendoza, Soler, Sainz, Gil, Mendoza Sánchez y Pérez, 2006, p.28).

Como se indicó anteriormente, la familia tiene ciertas características tipológicas las cuales se describen a continuación.

- Composición: Familia Nuclear se refiere al modelo de la familia actual, formada por padre, madre e hijos.  
Familia Extensa, es la formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad.  
Familia Extensa Compuesta, son las que además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de los amigos y compadres, (Ochoa, 2009).
- Desarrollo: “Tradicional, se refiere a las familias con estructura tradicional común (padre, madre y uno o varios hijos)” (Sánchez, 2010, p.6). Se caracterizan por poseer una estructura de autoridad donde se evidencia un claro predominio masculino. El padre es

proveedor y la madre está encargada en las labores del hogar y la crianza de los hijos (Gutiérrez et al., s.f.).

- Moderna: “son familias no tradicionales, donde sus estructuras difieren más o menos de la familia tradicional común, están formadas por parejas que optan por no tener hijos, progenitores viudos, madres solteras, padres divorciados, parejas del mismo sexo, familias que provienen de matrimonios separados o divorciados” (Sánchez, 2010, p.6), Gutiérrez et al. (s.f.), refieren que son donde ambos cónyuges trabajan.

- Integración: Integrada, es aquella en la cual los cónyuges y sus hijos viven juntos y en armonía. Es la familia ideal (Lara, Aguilar y Campos, 1994).

Semi -Integrada: es donde los cónyuges comparten social o formalmente la vida, pero el interior del núcleo familiar padece serios desajustes y, por lo mismo, no cumple cabalmente sus funciones (Lara, Aguilar y Campos, 1994).

Desintegrada: es aquella en la cual falta uno de los cónyuges, por divorcio, muerte o abandono (Lara, Aguilar y Campos, 1994).

- Limites: Claros, que definen las reglas de interacción con precisión, Difusos, que no definen las reglas de interacción con precisión y caracterizan a las familias con miembros muy dependientes entre sí. Rígidos que definen interacciones en las que los miembros de la familia son independientes, desligados.

- Nivel de Autoridad: “Los autoritarios valoran la obediencia como una virtud. Utilizan medidas de castigo o de fuerza, y están de acuerdo en mantener a los niños en un papel subordinado y en restringir su autonomía” (Jiménez, 2010, p.8).

“Los permisivos dotan al menor de gran autonomía, siempre que no esté en peligro su integridad física. Se comporta de una forma afirmativa, aceptadora y benigna hacia los impulsos y las acciones

del niño. Lo libera de todo control y evita utilizar la autoridad, las restricciones y el castigo” (Jiménez, 2010, p.8).

“Los Democráticos, intentan dirigir la actividad del niño, pero utilizan el razonamiento y la negociación. Tienden a dirigir la actividad del niño de una manera racional, partiendo de una aceptación de los derechos y deberes propios, así como de los derechos y deberes de los niños, cada miembro de la familia tiene derechos y responsabilidades con respecto a los demás” (Jiménez, 2010, p.9).

- Comunicación: Directa es Cuando se enfoca directamente a quien va dirigido.

Clara es en relación a que la entrega del mensaje se lleve a cabo de forma clara.

Enmascarada, en relación a que la entrega del mensaje se lleve a cabo.

Desplazada, es Cuando se utiliza algún intermediario.

Para Minuchin (1986; citado en Soria, Montalvo y Herrera, 1998) la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los períodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una nueva etapa más compleja. Las cuatro etapas son: a) la formación de la pareja, b) la pareja con hijos pequeños, c) la familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes y d) la familia con hijos adultos. Este autor también señala que cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema (párrafo 11).

Ochoa (2009) cita que la funcionalidad familiar “es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se pueden presentar, la cual va a depender del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible”. Otorgándoles la capacidad de cumplir con las tareas encomendadas de acuerdo a su ciclo vital y demandas del ambiente externo.

Los adultos mayores corren el riesgo de estar solos tras una disfunción o ruptura familiar, alejamiento y abandono de los hijos, por lo tanto la soledad se vuelve un factor de riesgo importante dado en esta etapa de la vida, en ocasiones se suele igualar la soledad con la depresión. La población se conformó por 100 adultos mayores (55% masculinos y 45% femeninos).

La investigación realizada en el 2013 por Rodríguez, tuvo como objetivo determinar cuál era el grado de depresión y funcionalidad en el adulto mayor en el primer nivel de atención médica, en la U.M.F. N0. 52 de la localidad de Cañitas de Felipe Pescador, Zacatecas. Se encontró que 61% de los adultos mayores estaban sin depresión, 32% con depresión leve y 7% con depresión moderada a grave. De los 39 casos que se presentaron con depresión 6 percibieron disfuncionalidad familiar. Rodríguez (2013, p.52) menciona que “la relación entre funcionamiento familiar y depresión es compleja: intervienen múltiples factores biológicos que condicionan enfermedad y mecanismos psicosociales que condicionan el reconocimiento, como el uso de herramientas por la familia (recursos), para solucionar el conflicto traducido como enfermedad, en uno de sus miembros de mayor edad”. Rodríguez concluyó con los resultados obtenidos que la funcionalidad familiar se encontró con efecto nulo en cuanto a la relación con el grado de depresión y que no tuvo significancia estadística, debido al tamaño inadecuado de la muestra. González en el 2002 con su estudio realizado en la U.M.F. No. 20 de Vallejo, tampoco encontró relación significativa entre la depresión y la percepción de disfuncionalidad familiar.

En el artículo de Wagner, González, Sánchez, García y Gallo (2012) se menciona que en el Estudio del Contexto Sociocultural de la Depresión llama la atención el sentimiento de soledad que los adultos mayores ligan fuertemente con conceptos de la depresión, a pesar de que la soledad no es parte del criterio profesional de la depresión. Los ancianos explicaron cómo la depresión no era simplemente equiparable a la soledad. En cambio, la soledad era vista como un precursor de la depresión. Los adultos mayores tomaron de sus ideas acerca del

envejecimiento cuando dijeron que la soledad está muy relacionada con el envejecimiento.

En el 2008 Guzmán et al. llevó a cabo un estudio para identificar la asociación entre la estructura familiar, disfunción familiar y la depresión en pacientes geriátricos. Su estudio incluyó 100 pacientes de un primer nivel de atención, se evaluó la estructura familiar y la depresión. Ellos encontraron que el 20% de los pacientes con depresión pertenecían a familias con disfunción familiar.

Roldan (2013) identificó la asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar en el adulto mayor en derechohabientes de la UMF No. 2 del IMSS en Xochitepec Morelos. Participaron 99 mujeres y 65 hombres, con una edad promedio de 68 años. El 49% de los sujetos percibieron a la familia de manera funcional, 26% con disfunción leve, 14% con disfunción moderada y el 11% con disfuncionalidad severa, en cuanto a la depresión el 65 % resulto sin depresión. La identificación de la asociación entre depresión y funcionalidad familiar fue estadísticamente más elevada que la reportada por Zavala y Domínguez (2010).

La conformación de la familia ha ido cambiando y sufriendo modificaciones drásticas en la actualidad, estas modificaciones son más presentes en las zonas urbanas y las más notables son que tienen pocos hijos (1 o 2) y que las mujeres trabajan, esto trae como consecuencia que la responsabilidad que se le da generalmente a la mujer de cuidar a los adultos mayores o enfermos vayan disminuyendo porque no pueden ser cumplidas en su totalidad por las nuevas actividades de las féminas, respecto a esto Calatayud y Gómez refieren que “en el caso concreto de las personas mayores cuyas necesidades eran satisfechas dentro del marco familiar, en cuyo seno vivían, hoy ocurre que en muchas ocasiones no son cubiertas por ninguna instancia social” (2002, citado en Calatayud y Gómez, 2010, p.26).

“El cambio social es un fenómeno en curso que caracteriza a las últimas dos décadas por una mayor proporción de viviendas unipersonales, divorcios, parejas sin hijo o familias que viven alejados unos de otros. Estos cambios tienen

impacto sobre la cantidad de prestación de atención informal que pueden requerir los miembros mayores de la sociedad” (Eurostat, 2012, p.94)

Que los adultos mayores tengan por principales cuidadores a sus familiares directos implica que tengan una actitud mayormente positiva hacia el adulto mayor en las áreas afectivas y social (Varela et al. 2005).

Esquivel en el 2013 evaluó la percepción de la funcionalidad familiar del adulto mayor en su hogar, contó con la participación de 248 adultos mayores (53% mujeres y 47% hombres) derechohabientes de la Unidad Familiar N.20 en Juárez Nuevo León. Los resultados que obtuvo en cuanto a percepción familiar se encontró que los pacientes con disfunción grave fueron 1 (.5%), disfunción leve fueron 0 (0%), normo funcional 234 (99%) en un total de 235 adultos mayores. La conclusión que llegó este investigador fue que su muestra tuvo una edad promedio de 70 años, predominó el sexo femenino, estado civil casado, escolaridad analfabeta y ocupación labores del hogar.

Guerrero investigó en el 2010 cuál era el grado de percepción de la funcionalidad familiar en el adulto mayor de la U.M.F. No. 22 de San Juan de Abajo, Nayarit. La muestra estuvo conformada por 69 adultos mayores derechohabientes (42% hombres y 58% mujeres). Encontró que el 71% percibe a su familia con alto apoyo, 25% familia con apoyo medio y 4% con apoyo nulo.

#### 2.4 Dependencia y funcionalidad

Como hemos mencionado, la esperanza de vida en México ha aumentado y con ello el incremento de la población de adultos mayores; al mismo tiempo, se ha presentado una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, lo que conlleva a un problema de salud pública y a una mala calidad de vida en el adulto mayor.

La funcionalidad se entiende como la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. La alteración de la funcionalidad puede ser un indicador importante de una enfermedad, permitiendo el diagnóstico, pronóstico e intervención y tipo de cuidado, así como de la calidad de vida del adulto (Varela et

al. 2005), por lo cual, para muchos, la parte primordial de la valoración integral del paciente adulto mayor es la evaluación funcional.

La pérdida de la funcionalidad provoca dependencia funcional. Al respecto, De La Fuente, Quevedo, Jiménez y Zavala, (2010) mencionan que existen factores comúnmente asociados a la dependencia funcional como: obesidad, hipertensión arterial esencial, depresión endógena, artropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, edad mayor de 80 años, caídas recurrentes, fracturas e insomnio.

Algunas de las enfermedades que mostraron relación con deterioro funcional en diversos estudios son la enfermedad osteomuscular, diabetes, enfermedad vascular (EVC), problemas cardiacos, fractura de cadera, enfermedad de Parkinson, osteoporosis, deterioro cognitivo y alteración emocional.

Existe una relación entre las enfermedades crónicas y la incapacidad pero hay que recalcar que son dos situaciones diferentes y no se deben igualar. El deterioro funcional para los gerontólogos constituye el parámetro conductual de enfermedad más importante para determinar la calidad de vida de nuestros últimos años (Belsky, 1996).

El estado funcional abarca cuatro dimensiones: la física, la mental, la emocional y la social. Cuando se habla de funcionalidad nos referimos al aspecto físico, a determinar la dependencia que tiene el individuo para realizar sus actividades de la vida diaria. Las funciones físicas se clasifican en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD).

Las ABVD “son actividades que permiten al individuo ser independiente en su domicilio” (De La Fuente et al. 2010, p.2). Incluyen elementos de autocuidado y la motilidad como comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia de esfínteres urinarios y anales, permitiendo la independencia del individuo dentro de su domicilio.

Las AIVD son más complejas que las ABVD y se refieren a las capacidades necesarias para vivir independientemente en la comunidad e incluye tareas como usar el teléfono, tomar la medicación, manejar el dinero o usar el transporte público.

Las AAVD sirven para que el individuo desarrolle un rol social, se refieren a actividades como realizar un deporte, aficiones, viajes o participaciones sociales.

Para ilustrar lo anterior, hay que mencionar que de noviembre de 2009 a Enero de 2010 se realizó un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 39 del IMSS, ubicada en la ciudad de Villahermosa, Tabasco que abordó a 155 adultos mayores de 60 años. Al término del estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones: en cuanto a las ABVD, el 97.4% poseían funcionalidad normal, el 1.9% se encontró muy levemente incapacitado y 0.6% estaban moderadamente incapacitados. En lo referente a las AIVD, el 62.6% eran independientes, 32.9% moderadamente dependientes, y 4.5% totalmente dependientes (Zavala, Posada y Cantú, 2010).

Otro estudio realizado Tabasco, fue el que llevaron a cabo Quevedo et al. para evaluar la funcionalidad para las actividades de la vida diaria del adulto mayor de las comunidades de Boquerón 1ª, 2ª y 3ª sección, del municipio de Centro, Tabasco. Los resultados obtenidos para la funcionalidad para las ABVD fue de 77% normal, 16.3% muy levemente incapacitados, 3.5% moderadamente incapacitados, y 2.5% severamente incapacitados. Encontrando factores de riesgo para dependencia funcional para las ABVD el sexo masculino y estado civil no unido. El resultado de la funcionalidad para las AIVD fue de 13.9% independientes, 61.4% moderadamente dependientes, y 24.8% dependientes y sus factores de riesgo fueron vivir acompañado. Ellos llegaron a la conclusión que la prevalencia de dependencia funcional para las ABVD es similar a otros reportes, mientras que para las AIVD es elevada.

En un estudio efectuado de junio a diciembre de 2004 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zuribán, en la ciudad de



México, con una población de 4872 personas mayores de 65 años, se obtuvieron los siguientes resultados: las comorbilidades crónicas más frecuentes son la hipertensión arterial sistémica (43%), caídas (42.9%) y depresión (42.8%). En relación con el estado funcional de los sujetos, el 24 % de la muestra resultó dependiente en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el 23% en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las actividades básicas más afectadas fueron la continencia urinaria, capacidad para vestirse y la capacidad para desplazarse. La actividad instrumental más afectada fue la capacidad para realizar compras y la capacidad para preparar alimentos, en conclusión mencionaron que las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión (Barrantes Monge et al, 2007).

Varela et al (2005) realizaron un estudio en Perú para determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. La investigación incluyó 400 pacientes de 60 años y más. Al final de la investigación se encontraron una frecuencia de autonomía funcional de 53%; bañarse y vestirse fueron las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Varela et al concluyeron que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor fue elevada. Se encontró que la mayor edad, presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocian a deterioro funcional. También se encontró asociación entre el grado de dependencia y edad. El género, estado civil y el grado de instrucción (escolaridad) no estuvieron asociados a la dependencia, de igual manera no hubo relación significativa entre la funcionalidad y el sexo o estado civil. En cuanto a los órganos sensoriales, hallaron que en el grupo de pacientes con deterioro funcional severo existían más casos de privación visual, en cambio el compromiso auditivo se encontró débilmente asociado a la disminución de la capacidad funcional.

Soberanes, Pedraza y Moreno llevaron a cabo en el 2009 una investigación en la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez (ISSSTE) en la Ciudad de México para conocer la funcionalidad de los adultos mayores con cada escala de medición relacionada con actividades de la vida diaria y relacionarlas con la calidad de vida. En cuanto a actividades básicas, 27.1% de los pacientes tuvieron incapacidad leve y 1.3% invalidez; para actividades instrumentales, 16% mostraron dependencia y 15.6% deterioro funcional, y para equilibrio y marcha, 34.7% tuvieron riesgo leve de caída y 16%, riesgo alto. Hubo asociación estadística significativa entre el grado de funcionalidad y la mala calidad de vida. Concluyendo que para las tres escalas de funcionalidad, uno de cada tres pacientes tuvo algún grado de disfunción, similar a lo reportado por otros autores. Se identificaron factores propios que sugieren: a menor funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de vida.

Las caídas y la incontinencia urinaria también pueden influir en el grado de funcionalidad del adulto mayor. Una caída puede provocar deterioro funcional por lesión y que el sujeto limite su actividad tratando de evitar nuevas caídas. La incontinencia urinaria puede tener una represión psicológica que limite su actividad social y afectiva disminuyendo los niveles de funcionalidad (Varela et al, 2005).

Maya (2014, p.7) nos menciona que “la capacidad para realizar actividades de autocuidado que prodigan bienestar en el adulto mayor (funcionalidad), puede verse limitada por cambios propios de la edad y de comorbilidades agregadas, disminuyendo la calidad de vida y aumentando morbimortalidad”. Maya en el 2014 realizó un estudio para determinar la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria en el adulto mayor con EPOC con oxígeno suplementario en la UMF núm.33, la muestra estuvo conformada por 96 adultos mayores (45 hombres y 51 mujeres). Aplicando el índice de Katz para la evaluación de la dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria, obtuvieron que 46 pacientes (48%) no presentaron dependencia, 26 pacientes (27%) con dependencia leve, 19 pacientes (20%) con dependencia moderada y 5 pacientes (5%) con dependencia severa).

La Doctora Torres en los años 2011 a 2013 también realizó un estudio con respecto a la funcionalidad, pero ella evaluó la dependencia en pacientes geriátricos para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, lo llevó a cabo en la UMF #8 en la Ciudad de México. Su muestra estuvo conformada por 230 pacientes (57% mujeres y 43% hombres) de los cuales se observó que 85 (37%) fueron totalmente independientes para realizar actividades instrumentales, 61 (26.5%) presentaron dependencia moderada, mientras que 58 (25.2%) tuvieron dependencia leve, 23 (10%) mostró dependencia severa y solo 3 (1.3%) permaneció con dependencia total. Igual observó que el rango de edad que prevaleció para realizar con independencia total las actividades instrumentales fue de 60-70 años.

En otro estudio realizado pero en Colombia por Pinillos y Prieto (2012) para determinar la funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. Participaron 469 personas mayores (214 residentes en Hogares Geriátricos y 255 miembros de un club/grupo geriátrico). Se valoró la funcionalidad física en términos de dependencia o independencia a las actividades básicas de la vida diaria, utilizando el Índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria por medio del Índice de Lawton. Los resultados fueron que el 73,6 % eran mujeres y el 26,4 % hombres. La media de edad fue de 76 (DE=8,9 años). Existe riesgo para mayor dependencia funcional en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria cuando las personas mayores tienen antecedentes, están institucionalizadas y realizan la deambulación o sus desplazamientos con ayuda/soporte. En relación con los riesgos a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, éste es mayor en aquellas personas que viven en un hogar geriátrico y deambulan con ayuda/soporte. Ellos concluyeron que la funcionalidad de las personas mayores está relacionada con el lugar de residencia, con las ayudas o soportes para realizar la deambulación o desplazamiento y la presencia de antecedentes médicos.

Al estudiar la funcionalidad se debe tomar en cuenta el entorno porque éste puede incrementar las posibilidades físicas del individuo o exagerar sus incapacidades. Las incapacidades excesivas se dan cuando en un sujeto sus funciones están en un nivel inferior al previsto, éstas se desarrollan con frecuencia porque la situación vital del individuo actúa como obstáculo de un funcionamiento independiente teniendo como barreras el entorno físico real del individuo y las barreras interpersonales.

En un estudio realizado por diversos investigadores (Osberg, McGinnis, Dejong & Seward, 1987) se encontró que más allá de la situación económica, relaciones sociales o estado conyugal, el alcance del deterioro funcional del individuo constituyó el factor más íntimamente correlacionado con el estado de ánimo.

El cuidado de los adultos mayores por parte de sus familiares puede ser positivo en el aspecto afectivo y social, pero puede existir cierto grado de indiferencia hacia el cuidado directo de la salud al no tener la capacidad o conocimiento acerca del cuidado y prevención de sus enfermedades o considerar que la pérdida de funcionalidad es parte natural del proceso de envejecimiento (Varela et al, 2005).

Entre las escalas más representativas para evaluar la funcionalidad, encontramos el Índice de Katz, el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody.

- Índice de Katz fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. Posee buena consistencia interna y validez. Concordancia con otros test de ABVD básica es alta. Buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, así como de la necesidad de institucionalización, del tiempo de estancia en pacientes hospitalizados y de la eficacia de los tratamientos (Cabañero, Cabrero, Richart y Muñoz, citado

en Trigas, Ferreira y Mejide, 2011). También ha demostrado ser un predictor eficaz de expectativa de vida activa. Su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda.

- Índice de Barthel se diseñó en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicados diez años después. En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas (Cabañero, Cabrero, Richart y Muñoz; Baztán, Pérez y Alarcón, citado en Trigas, Ferreira y Mejide, 2011). Su principal limitación es la dificultad para detectar cambios en situaciones extremas (puntuaciones próximas a 0 o a 100) y valora principalmente tareas dependientes de extremidades inferiores. Estos inconvenientes no resultan problemáticos en la práctica clínica habitual pero es necesario tenerlos en cuenta en la investigación.
- Escala de Lawton y Brody fue Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center para evaluación de autonomía física y AIVD en población anciana institucionalizada o no. Su traducción al español se publicó en el año 1993. Permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems. Ha demostrado su utilidad como método objetivo y breve que permite implantar y evaluar un plan terapéutico tanto a nivel de los cuidados diarios de los pacientes como a nivel docente e investigador. Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Una de sus desventajas es la influencia de aspectos culturales y del entorno sobre las variables que estudia, siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona (Cabañero, Cabrero, Richart y Muñoz, citado en Trigas, Ferreira y Mejide, 2011).

#### 2.4.1 Fragilidad

Síndrome caracterizado por la disminución de la reserva y resistencia del organismo los cuales se relacionan con un ciclo de declives en múltiples sistemas

trayendo consigo consecuencias como balance de energía negativa, sarcopenia<sup>2</sup>, disminución de la fuerza y menor tolerancia al esfuerzo (Huerta, 2013). Buchner (1992; citado en Redín, 1999, p.48) considera a la fragilidad como “el estado en que la reserva fisiológica esta disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad”.

Las personas frágiles presentan mayor riesgo de caídas, discapacidad, hospitalidad y mortalidad por lo tanto recurren con mayor frecuencia a los servicios de salud.

Algunos factores de riesgo asociados a la fragilidad son la edad avanzada, el sexo femenino, enfermedades agudas o crónicas, factores de abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos) y factores de desuso (inactividad, inmovilidad, déficits nutricionales), polifarmacia, problemas cognitivos o afectivos, problemas de deambulacion (caídas), sin soporte social (que vivan solos), ingresos familiares bajos (pobreza) y baja escolaridad (Huerta, 2013; Redín, 1999; Albala y Marín, 2003).

Para autores como Brown, Sinacore, Binder y Kohrt (2000; citados en Huerta, 2013), la fragilidad es un estado exclusivamente dependiente de la función motriz que puede ser diagnosticada con sólo realizar pruebas de función física. Huerta (2003) refiere que no todos los adultos mayores con discapacidad son frágiles y no todos los ancianos frágiles presentan discapacidad, más sin embargo la discapacidad puede ser la consecuencia más grave y preocupante del síndrome de fragilidad.

Carrasco (s.f.) cita que en el individuo con fragilidad hay un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestado por mayor morbilidad y mortalidad, de igual manera puede haber una capacidad reducida del organismo para enfrentar el estrés.

Redín (1999) menciona que el cuestionario de Barber es utilizado para la valoración de la fragilidad en Atención primaria el cual consta de 9 ítems y es de fácil aplicación (Ver tabla 9).

---

<sup>2</sup>Pérdida de masa muscular pendicular esquelética menor a dos desviaciones estándar debajo del promedio en personas jóvenes (Huerta, 2013).

1. Vive solo.
2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.
3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente.
4. Necesita de alguien que le ayude a menudo.
5. Le impide su salud salir a la calle.
6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo.
7. Tiene dificultades con la vista para realizar labores habituales.
8. Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal.
9. Ha estado ingresado en el hospital en el último año.

**Tablas 9:** Cuestionario de Barber (Escala de valoración entre 0 y 1 en cada ítem) (Redín, 1999).

#### 2.4.2 Valoración Geriátrica Integral (VGI)

De la Fuente et al. definen a la VGI “como un proceso diagnóstico multidisciplinario<sup>3</sup> y multidimensional destinado a identificar las necesidades de cuidado y plan de cuidado –para generar mejoría en los ancianos frágiles- mejorar la exactitud diagnóstica, el tratamiento médico y sus resultados, la funcionalidad, la calidad de vida y sobre todo disminuir una hospitalización innecesaria” (2010, p.1). Redín (1999) menciona que la VGI es considerada la herramienta fundamental de diagnóstico global y de valoración de fragilidad, en que se basa en la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, siendo el mejor instrumento del que se dispone tanto a nivel hospitalario como de atención primaria, para la correcta atención geriátrica con resultado ciertamente positivo en la calidad asistencial,. Colldefors, también refiere que “la VGI ha sido definida como “la piedra angular” en la práctica de la geriatría, dando respuesta a la alta prevalencia en el adulto mayor de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas que escapan a la tradicional valoración clínica biomédica” (s.f., p.2).

Los antecedentes de la VGI remontan a los años 40s con la Doctora Marjory Warren, quien estableció un programa de detección sistemática de

<sup>3</sup>La VGI es multidisciplinario porque incluye la participación de médicos, enfermeras, asistentes sociales e incluso psiquiatras y psicólogos si se considerase necesario (Redín, 1999).

problemas geriátricos, los cuales dieron resultados alentadores, logrando la inclusión en 1948 de la Medicina Geriátrica en el Sistema Nacional del Reino Unido. En los años 80s estos programas de valoración, mediante ensayos controlados en unidades geriátricas hospitalarias en Estados Unidos, demostraron su utilidad en reducción de la mortalidad, mejoría funcional, disminución de las tasas de reingreso hospitalarios e institucionalización, así como el ahorro de recursos económicos o una mejor utilización de los mismos (Redín, 1999).

La VGI (Valoración Geriátrica Integral) nos permite intervenir para preservar o aumentar la autonomía del adulto mayor contribuyendo a la disminución de la morbilidad de este grupo (De La Fuente, et al. 2010).

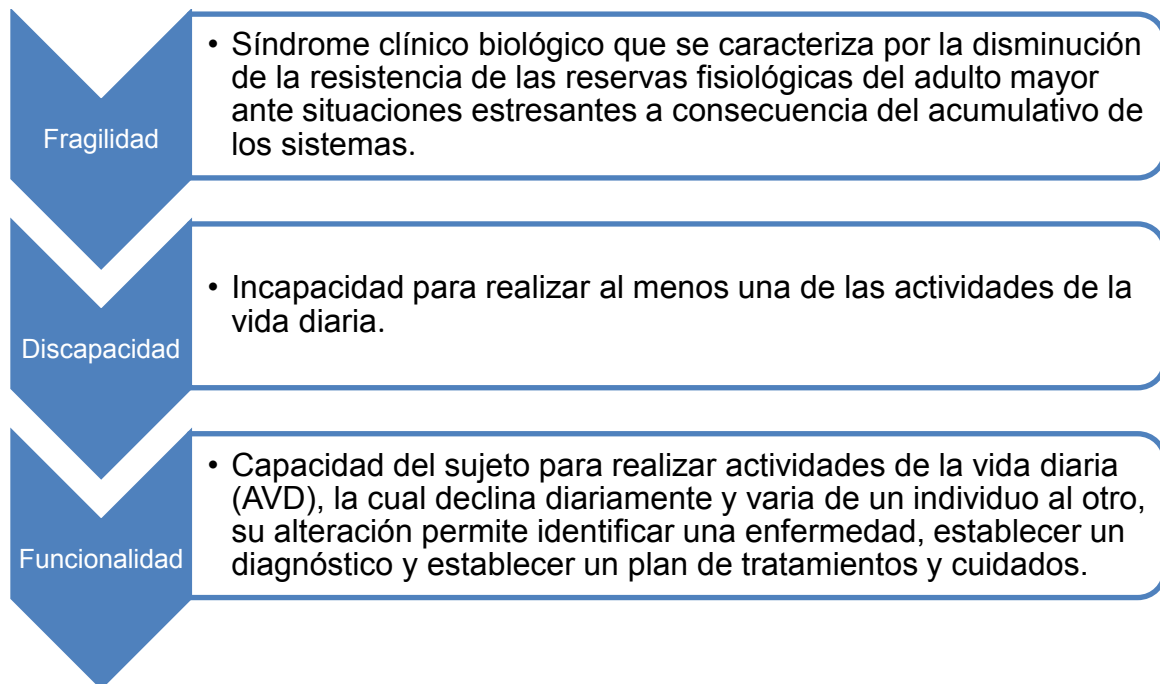
Redín (1999) cita que la VGI también nos ayudará a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor, permitiéndonos desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos, mejoría del estado funcional, disminución de institucionalización y disminución de hospitalización.

La fragilidad, discapacidad y funcionalidad son términos que se deben tomar en cuenta en la VGI, los cuales no deben confundirse ni generalizarlos (Ver tabla 10).

Los datos que se recogen en la VGI son:

- Datos biomédicos, diagnósticos actuales y pasados.
- Datos farmacológicos, datos nutricionales.
- Datos psicológicos, cognitivos y emocionales.
- Datos funcionales, básicos e instrumentales.
- Datos sociales, capacidad social y sistemas de apoyo.





**Tabla 10:** Fragilidad, discapacidad y funcionalidad (Fuente de la, Quevedo-T., Jiménez-S. y Zavala-G. 2010).

Redín (1999) señala que la historia clínica es fundamental sin embargo al realizarla con un adulto mayor podemos encontrar diversas problemáticas basadas en los déficits sensoriales que con frecuencia presentan estos pacientes, por lo tanto se necesita de la colaboración de algún familiar, conocido que colabore para completar la información y de preferencia que sea la persona que más conviva con el paciente o que sea su cuidador primario. Así mismo comenta que “podemos facilitar la comunicación y confianza del paciente en un entorno de silencio e iluminación adecuada, expresándonos claramente y con terminología comprensible” (Redín, 1999, p.43).

La información que se recolecta en la historia clínica es:

1. Antecedentes personales (incluye enfermedades, cirugías, tratamientos y antecedentes familiares).
2. Historia farmacológica,
3. Anamnesis de acuerdo a Redín es “tener presente las variaciones de la sintomatología, el síntoma principal suele estar sustituido por varios síntomas inespecíficos o inconexos derivados de la pluripatología tan común o simplemente no referir ninguna sintomatología” (1999, p.4).

4. Anamnesis por aparatos, se refiere a la interrogación por aparatos u órganos que con más frecuencia están afectados en el paciente geriátrico (órganos de los sentidos, cardiovascular, gastrointestinal, genitourinario, músculoesquelético, neurológicos y endocrinológico) (Redín, 1999).
5. Exploración física en el aspecto general, cuidado y aseo.
6. Determinación de constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria).
7. Valoración de dolor, sobre todo si es dolor crónico.

Redín (1999) señala que se realiza una revisión de determinados aspectos de la exploración en el adulto mayor, siguiendo el orden clásico (cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, neurológico, piel) así como pruebas complementarias de gasometría arterial, prueba funcional respiratoria y funcional renal, glucemia, función tiroidea, ácido úrico, entre otros.

## 2.5 Demencia

El concepto de salud en el anciano se define fundamentalmente en términos del mantenimiento de funcionalidad y de la autonomía, cuyos componentes principales son movilidad y función neurocognitiva adecuados (Albala y Marín, 2003).

La función neurocognitiva es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores, limitándoles la capacidad de vivir en forma independiente y productiva, siendo la demencia la forma más frecuente de deterioro cognitivo.

Albala y Marín (2003) señalan que las cifras de demencia aumentan con la edad, en tal forma que la prevalencia se dobla cada 5 años de edad después de los 65 años, llegando a cifras superiores al 35% a la edad de 95 años. También aportan que se puede reducir la velocidad de declinación de la función cognitiva, mediante intervenciones relativamente sencillas que van desde la farmacología hasta las redes de apoyo social.

Albala y Marín (2003) mencionan un estudio realizado por el Proyecto Sabe en el 2000 en cinco ciudades latino americanas (S. Paulo, México, B. Aires,

Santiago y Habana) donde con respecto al deterioro cognitivo se concluyó que éste es más frecuente a mayor edad y en sujetos con menos años de escolaridad, la prevalencia de deterioro cognitivo es mayor en las mujeres pero, si se efectúa ajuste por edad y años de escolaridad, desaparecen las diferencias de género.

Quintanar (2011) menciona, que las enfermedades más comunes relacionadas con la demencia son la enfermedad Alzheimer, demencia vascular, cuerpos de Lewy (variante de Alzheimer), Corea de Huntington y Parkinson.

Quintanar (2011) refiere que el Alzheimer es un desorden cerebral degenerativo progresivo que se caracteriza por una atrofia cerebral, pérdida neuronal y sináptica y presencia de placas seniles y nudos neurofibrilares. Cummings y Benson en 1994 (citados en Quintanar, 2001) mencionaron que la característica clínica principal del Alzheimer es una demencia global profunda que se caracteriza por una amnesia severa con déficit adicional en el lenguaje, funciones ejecutivas, atención y habilidades visoespaciales y visoconstructivas. “Debido a la ausencia de marcadores periféricos, el Alzheimer sólo puede ser diagnosticado clínicamente a través de documentar la presencia de demencia y de excluir otras posibles causas” (Quintanar, 2011, p.76-77).

La demencia vascular es un decremento acumulado en el funcionamiento cognoscitivo secundario, debido a infartos múltiples o estratégicos, con daño isquémico y lesiones hemorrágicas. Los criterios del DSM-IV para su diagnóstico son: a) Presencia de trastornos cognoscitivos múltiples, b) presencia de alteraciones significativas y decremento social u ocupacional, c) el decremento no debe ocurrir durante el curso del delirio, d) presencia de signos y síntomas neurológicos y e) evidencia de laboratorio de enfermedad cardiovascular, que se piense está etiológicamente relacionada con el trastorno (Quintanar, 2011).

La condición de cuerpos de Lewy, fue recientemente identificada y se encuentra en aproximadamente 25% de todos los pacientes con demencia. Se diferencia del Alzheimer, ya que la demencia por cuerpos de Lewy incrementa la prevalencia de hallazgos motores extrapiramidales (bradiquinesia, rigidez y máscara facial) alucinaciones y un deterioro más rápido (Quintanar, 2011).

Quintanar (2011) cita que, la Corea de Huntington es una enfermedad autosómica dominante que resulta en trastornos de movimiento y demencia. Neuropatológicamente se caracteriza por un deterioro primario del neostriado (núcleo caudado y putamen), con pérdida selectiva de neuronas espinales y el relativo mantenimiento de interneuronas no espinales. Su inicio ocurre en la cuarta y quinta década de la vida, también puede darse antes de los 20 años. Sus manifestaciones clínicas primarias son los movimientos coreiformes, demencia progresiva y cambios emocionales y de personalidad.

La enfermedad de Parkinson es un desorden degenerativo y su neurodegeneración ocasiona severas pérdidas dopaminérgicas. Se identifica clínicamente por la triada de síntomas motores: temblor de reposo, rigidez y bradiquinesia, también pueden presentarse trastornos posturales y síntomas clínicos asociados (cara de máscara, micrografía, hipofonía, disartria y prosodia pobre). Su inicio ocurre entre los 40 y 70 años, con un pico a los 60 años (Quintanar, 2011).

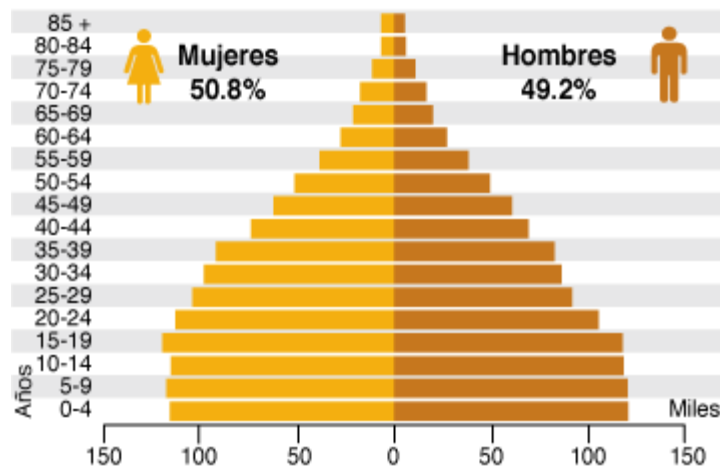
En este capítulo, se abordó la cotidianidad, la funcionalidad, los factores de riesgo presentes en el adulto mayor, las consecuencias de la disfuncionalidad familiar, la importancia de la valoración geriátrica integral y la demencia como otro problema común e importante que se da en los adultos mayores. En el capítulo 3, hablaremos de la infraestructura del estado de Tabasco, en cuanto a su tamaño poblacional y el acceso de los adultos mayores del estado a programas sociales y servicios de asistencias.

### CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN EL ESTADO DE TABASCO

En este capítulo abordaremos los datos de la infraestructura del estado de Tabasco, en cuanto a su tamaño poblacional y el acceso de los adultos mayores del estado a programas sociales y servicios de asistencia social.

#### 3.1 Infraestructura del estado de Tabasco

De acuerdo a las fuentes del INEGI (2015), el estado de Tabasco en el 2010 ocupa el lugar 20 a nivel nacional por su número de habitantes, siendo integrado por 1 137 845 mujeres y 1 100 758 hombres.

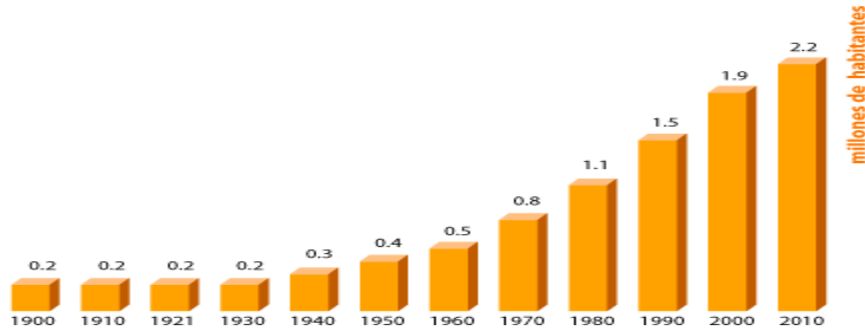


**Figura 2:** Panorama sociodemográfico de Tabasco (INEGI, 2015).

En el año 2010 la distribución de la población era 57% en zona urbana y el 43% rural.

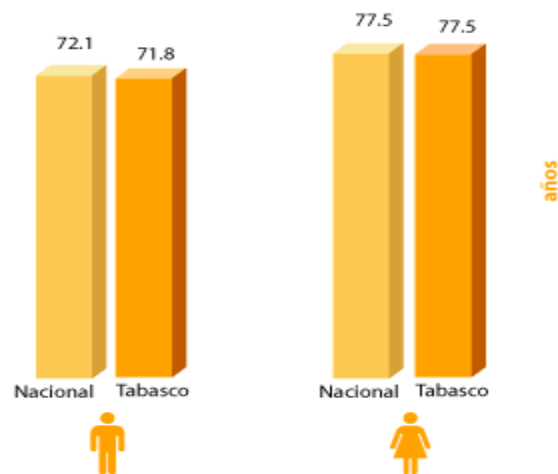
Con respecto al crecimiento de la población el INEGI informa que:

- De 1900 al 2010, la tendencia de crecimiento en Tabasco ha sido irregular ya que, en los primeros años, la población casi no creció.
- De 1960 a 1970 se observa un mayor crecimiento de la población.
- De 1960 al 2010, la población en la entidad aumentó casi cinco veces.








**Figura 3:** Censo de población y vivienda 2010 (INEGI, 2015)

La esperanza de vida para los hombres en el estado es de 71.8 años y para las mujeres 77.5 (Véase gráfica X). Siendo registrado en el 2012, 48 806 nacimientos y 10 834 defunciones.



**Figura 4:** Esperanza de vida por entidad federativa (INEGI, 2015).

Con respecto a los hogares el INEGI (2015) menciona que en el 2010, en la entidad había 559 114 hogares de los cuales el 23% (129 184 hogares) tienen jefatura femenina y el 77% (429 930 hogares) tienen jefatura masculina. Los hogares también son divididos en subtipos dependiendo su conformación, para el año 2010 el 65.5% de los hogares tabasqueños eran nucleares formados por mamá, papá y los hijos, también pudieron ser formados por sólo la mamá o el papá con hijos o bien una pareja que vive junta y no tiene hijos.

<b>Porcentaje</b>	65.6%	23.8%	1.2%	8.0%	0.4%
<b>Tipo</b>	 nuclear	 ampliado	 compuesto	 unipersonal	 corresidente

**Figura 5:** Tipos de hogares en tabasco (INEGI, 2010)

En cuanto a materia de salud el INEGI informa que en el 2010 habían 1,645,246 derechohabientes a servicios de salud en el estado de Tabasco. En el 2010 eran 315,783 derechohabientes a servicios de salud del IMSS, 162, 248 derechohabientes a servicios de salud del ISSSTE y del seguro popular no hay registros. Por otro lado, son 564,426 personas en el estado sin derechohabiencia a servicios de salud. En cuanto a las unidades médicas que operaron en el estado hasta el 2011 son 34 unidades médicas del IMSS, 18 unidades médicas del ISSSTE y 561 unidades médicas en la Secretaría de Salud del Estado (INEGI, 2015).

El municipio de Comalcalco, donde se realizó ésta investigación, en el 2010 contaba con 192, 802 habitantes. En el 2012 se registraron 4, 404 nacimientos y 982 defunciones. En cuanto a los hogares, en el 2010 se tuvo registro de 46, 466. En materia de salud en el municipio se tiene registrado que en el 2010 habían 130, 848 derechohabientes a servicios de salud, de los cuales 17,639 son derechohabientes al IMSS, 8,473 al ISSSTE y del seguro popular no se tiene registro. La población sin derechohabiencia a servicios de salud son 60,797 personas.

### 3.2 Servicios de asistencia al adulto mayor

Los centros recreativos y casas de asistencia en el estado son pocos y muy limitados. Xicontécatl (2010) menciona que de los 154 mil ancianos registrados en Tabasco apenas el 1.2 por ciento, es decir mil 848, reciben asistencia social; a diferencia de otras entidades aquí no hay la cultura de recluir a las personas de la tercera edad en albergues o asilos de ancianos.

En el 2010 de acuerdo al Instituto Nacional para el Adulto Mayor (INAPAM) en Tabasco existían únicamente cinco asilos de ancianos, dos de ellos particulares y tres más del DIF, como la Casa del Árbol ubicada en Parrilla, Centro, uno más en Nacajuca y otro en Tenosique.

El día de hoy sigue en funcionamiento la casa del árbol, Asilo San Judas Tadeo y Azul Centro de Día para adultos mayores.

El Centro Asistencial Residencia del Anciano, “Casa del Árbol”, se maneja con ayuda, aunque poca, del gobierno, se otorga atención a adultos mayores en estado de vulnerabilidad que requieren de la asistencia social, proporcionándoles un hogar digno con calidad y calidez. Se encuentra ubicada en KM. 9.5 carretera Villahermosa-Teapa, poblado Huapinol., parrilla, centro. Con horario de atención de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 hrs atención al público y de 16:00 a 20:00 hrs. información. Los requisitos son edad igual o mayor a 60 años, estar en situación de abandono o desamparado, que el ingreso sea de manera voluntaria y sin problemas de salud psiquiátrica o mental. El cobro o cuota se determina con base al estudio socioeconómico, dando un plazo de una semana mínimo para obtener respuesta. Domínguez Sosa (DIF Tabasco, 2014), Directora de Atención al Adulto Mayor en Tabasco, comentó que en la Casa del Árbol, el área médica brinda una atención integral, realizando todos los estudios requeridos a la hora del ingreso de los pacientes, se cuenta con áreas de enfermería, terapia física y rehabilitación, nutrición, lavandería, belleza, así como el área de terapia ocupacional la cual ayuda a mejorar sus capacidades físicas y mentales. Los adultos mayores ingresados son atendidos las 24 horas del día. En la actualidad hacen revisión exhaustiva de las solicitudes de ingreso, permitiendo acceder sólo a los adultos mayores abandonados que no cuenten con familiares y a los adultos que si cuenten con ella, tratan de sensibilizar a la familia para que no abandone al adulto.

El Asilo San Judas Tadeo, se encuentra ubicado en el Poblado la Loma en el municipio de Nacajuca Tabasco. Abrió sus puertas en el 2000 con 4 adultos mayores, actualmente son 30 los ingresados. El director es el religioso Isidro



Medina Guerrero. En un principio recibían apoyo gubernamental, pero ahora sólo se mantiene con la ayuda de los ciudadanos, asociaciones civiles y religiosas. Se les brinda residencia, asistencia alimentaria y médica, no cuentan con apoyos psicológicos, mencionando que sólo comparten o platican sus problemas con los religiosos del lugar. No cobran cuotas fijas, ya que atienden a adultos de escasos recursos.

El centro gerontológico de día para adultos mayores “Azul”, es una empresa no gubernamental, privada. Se encuentra en Reforma No. 211, Col. Campestre, Villahermosa, Tabasco. Se ofrecen los servicios de consulta geriátrica, estimulación cognitiva, ejercitación física, ergoterapia, kinesiología, atención médica, atención nutricional, atención psicológica, cuidados de enfermería postoperatorios y administración de medicamentos. En este centro los adultos mayores sólo son atendidos por las mañanas y los costos dependen de la funcionalidad del adulto mayor, van de los \$120 a los \$320 pesos

Tabasco cuenta con la Agencia Especializada de Atención al Adulto Mayor cuyo objetivo es iniciar averiguaciones previas por ilícitos cometidos en agravio de adultos mayores, donde pueda recibir un trato sensible y humano, garantizando el pleno acceso a sus derechos. Ofrecen servicios de Inicio de averiguaciones previas, asesoría jurídica gratuita, valoraciones médicas, valoraciones psicológicas y referencia a otras instituciones para otros servicios. Se encuentran ubicados en Cerrada del Macayo s/n Col. El Recreo (atrás del Hospital Roviroso), en Villahermosa Tabasco.

En el año 2012 con el gobierno anterior de Andrés Granier Melo, se prometió la entrega del centro gerontológico el cual pretendía contar con áreas de atención para valorarlos integralmente, de salud, de rehabilitación, biblioteca, aulas de capacitación, de cómputo, cancha de cachibol, de usos múltiples, de petanca, que es una especie de rayuela para adultos mayores, también que se impartirían talleres, que tendría una capilla ecuménica, así como un espacio para el cultivo de hortalizas y plantas. A tres meses de la apertura, el nuevo gobernador de Tabasco, Arturo Núñez, decretó el cierre del centro, porque la anterior

administración no previó las inversiones y los gastos que éste necesitaba para su correcto funcionamiento.

En el municipio de Comalcalco Tabasco, desafortunadamente, no se cuenta con ningún asilo, centro gerontológico o casa de asistencia.

### 3.3 Programas sociales en Tabasco para adultos mayores

En el 2014 por parte del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco se llevaron a cabo programas enfocados al Adulto mayor. Entre ellos destaca la capacitación por parte de la Cruz Roja a adultos mayores del CECUIDAM-ISSET, su objetivo fue dar a conocer los cuidados que deben tener los adultos mayores en el hogar, analizar los factores de riesgo y sus consecuencias para plantear medidas de prevención. También en Octubre de 2014, se llevó a cabo la 2da Feria Nacional de Empleo para Personas con Discapacidad y Adultos Mayores, buscando la inserción o reinserción del adulto mayor en el ámbito laboral de manera legal. De igual manera el Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia (DIF) Tabasco realizó entregas de Lentes a beneficiarios de los municipios de Jalpa de Méndez, Nacajuca, Jonuta y Tenosique, Tabasco. En Octubre de 2014, también se apertura el comedor comunitario “de mujer a mujer” donde se atiende a niños, adultos mayores y mujeres en lactancia, esto en el municipio de Villahermosa.

Por parte de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), se otorga la pensión para adultos mayores, el objetivo de este programa es asegurar un ingreso mínimo y apoyos de protección social a las personas adultas mayores de 65 años de edad en adelante que no reciben ingreso mensual superior a 1,092 pesos por concepto de jubilación o pensión de tipo contributivo (SEDESOL, 2015). Los requisitos para ser beneficiados es tener 65 años en adelante, no recibir ingresos superiores a los \$1092 pesos mensuales. Su cobertura es a nivel nacional, siendo el municipio de Comalcalco también beneficiado.

En cuanto a la Secretaria de Salud del estado de Tabasco, se lleva a cabo el programa GAM (Grupo de Autoayuda al Adulto mayor), dónde se busca el control

de los adultos mayores con hipertensión arterial, diabetes mellitus y síndrome metabólico, evitando sus recaídas y hospitalizaciones. Dentro de este programa también se incluye la orientación de un nutricionista y un activador físico (que llega cada mes), los temas se programan mensualmente, trabajando un tema por semana, cada centro de salud programa sus temas dependiendo de las necesidades detectadas en su población. En estos grupos los adultos cuentan sus experiencias y cómo han ido saliendo adelante con su padecimiento, no se incluye la orientación psicológica salvo que alguien solicite la ayuda o se detecte algún factor de riesgo emocional se canaliza con el psicólogo.

El IMSS desarrolló el Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS como una estrategia para responder de manera integral y armónica a las necesidades del Adulto Mayor. Proporciona apoyo en los servicios especializados del área médica, enfermería, nutrición, rehabilitación y socio-familiar, así como en todas aquellas que intervienen en caso de hospitalización (IMSS, 2015). Sin embargo en la unidad médica del IMSS de Comalcalco, Tabasco no se lleva a cabo, llevando sólo el control mensual de la presión arterial y de la diabetes mellitus por parte de la atención primaria de los enfermeros.

## **CAPÍTULO 4. MÉTODO**

---

### 4.1 Justificación

Las últimas décadas han sido caracterizadas por un incremento de la esperanza de vida o disminución de índices de la mortalidad, esto gracias a los avances de la medicina. Esta característica trae consigo un aumento de la población de adultos mayores, lo cual se verá aún más reflejado en los próximos años. Las proyecciones de población indican que México está ubicado entre los 10 países que incrementarán más porcentualmente su número de ancianos en los próximos 30 años, llegando a sumar para el año 2030 más de 15 millones de personas en la vejez (Romero, 2004, p.4).

En el caso del Municipio de Comalcalco, Tabasco, en el que se llevó a cabo esta investigación, la población mayor de 60 años ha mantenido un importante crecimiento del 5% en 1990 a un 7.6% en el 2010, en ese mismo año, la población de adultos mayores de 65 años en Comalcalco era de 10 166, siendo 4 954 hombres y 5 212 mujeres, estimándose que para el año 2030, la población de este grupo etario incrementará hasta 21 391, siendo un incremento de un poco más del 100% (CONAPO, 2014).

Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida no garantiza que sea una vida de calidad, refiriéndonos a que existen diversas patologías que han estado afectando con mayor frecuencia al ser humano y sobre todo a los grupos más vulnerables, como los adultos mayores. Estas patologías, conocidas como enfermedades crónicas, son la hipertensión arterial, la Diabetes mellitus, la artritis, el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), entre otras.

La depresión es el trastorno del estado de ánimo que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables; sus manifestaciones clínicas y complicaciones van más allá de la salud mental, pues impacta en la salud, en la funcionalidad del individuo y en su desempeño laboral; experimentando falta de interés y placer en desarrollar

las actividades que antes le daban satisfacción (Gobierno del Estado de Tabasco, 2015).

La depresión tiende a empeorar estas enfermedades debido a que, quienes lo padecen suelen tener menor apego a los tratamientos. Por lo tanto es de gran importancia la atención de estas dos situaciones crecientes en el país, tanto el conocimiento de los factores que están incidiendo en el incremento de la depresión en los adultos mayores, la cual reduciría costos a los servicios de salud (a través del mayor apego de los enfermos al tratamiento y evitando recaídas) y lo más importante, el ofrecerles una mejora en la calidad de vida a los adultos mayores y reduciendo los porcentajes de dependencia en sus actividades diarias.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 11 que se encuentra ubicada en Comalcalco (uno de los municipios más importantes del estado de Tabasco) no se han llevado a cabo estudios de ésta línea de investigación que muestren la prevalencia de la depresión en los adultos mayores, ésto nos revela la necesidad de emprender investigaciones que lleven a reconocer las áreas de oportunidades para implantar acciones de mejora en la atención médica del adulto mayor, recalcando que esta unidad de salud no cuenta con área de psicología, por lo que es de esperar que los resultados obtenidos en ésta investigación justifiquen la ampliación de la unidad y la creación de un departamento de psicología.

#### 4.2 Planteamiento del problema

- ¿Cuál es la relación entre depresión, dependencia funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y percepción de disfuncionalidad familiar en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México”?

#### 4.3 Objetivos

#### OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que hay entre la depresión, la percepción de disfuncionalidad familiar y la dependencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores de la muestra.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir el nivel de depresión, dependencia funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y percepción de funcionalidad familiar presentes en la muestra.
- Determinar la relación que hay entre la depresión y dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores de la muestra.
- Determinar la relación que hay entre la depresión y la percepción de disfuncionalidad familiar en los adultos mayores de la muestra.

### 4.4 Variables

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Depresión	“Trastorno mental afectivo, caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes” (Pérez y Arcia, 2008, p.1).	Se utilizó la Escala de depresión de Yesavage (Versión reducida)
<b>Variables Independiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Actividades básicas de la vida diaria	De la Fuente et al. mencionan que “son actividades que permiten al individuo ser independiente en su domicilio” (2010, p. 2). Incluyen elementos de autocuidado y la motilidad como comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia de esfínteres urinarios y anales, permitiendo independencia del individuo dentro de su domicilio.	Se utilizó el Índice de Katz (Escala AVD básica)
Actividades instrumentales de la vida diaria	Son actividades más complejas que las ABVD y se refieren a las capacidades necesarias para vivir independientemente en la comunidad e incluye tareas como usar el teléfono, tomar la medicación, manejar el dinero o usar el transporte público (Barrantes, García, Gutiérrez & Miguel, J. 2007)	Se ocupó la Escala de Lawton & Brody (Escala AVD instrumental)

Funcionalidad familiar	Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia (Castellón y Ledesma, 2012, p.1). De acuerdo con Zavala y Domínguez (2010), una familia es funcional si cuenta con unos recursos adecuados de soporte social.	Se utilizó Cuestionario APGAR de la familia.
------------------------	--	--

Tabla 11: Variables, definiciones conceptuales y operacionales.

## 4.5 Hipótesis

### 4.5.1 Investigación

- Existe relación significativa entre la depresión y la dependencia funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores de la muestra.
- Existe relación significativa entre la depresión y la percepción de la funcionalidad familiar en los adultos mayores de la muestra.

### 4.5.2 Nulas

- No existe relación significativa entre la depresión y la dependencia funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en los adultos mayores de la muestra.
- No existe relación significativa entre la depresión y la percepción de la funcionalidad familiar en los adultos mayores de la muestra.

## 4.6 Tipo de investigación

### Correlacional

Se utilizaron diversos instrumentos que permitieron medir las variables para ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y por consiguiente se utilizó un análisis de correlación lineal.

## 4.7 Diseño de la investigación

- No experimental

En la investigación no se manipularon deliberadamente las variables, solo se observaron relaciones ya existentes.

➤ Diseño transeccional correlacional

Se describieron relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.

#### 4.8 Escenario

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México

#### 4.9 Población

Esta conformada de adultos mayores de 60 años, ambos sexos, sin importar su edad, escolaridad, nivel socioeconómico o estado civil, derechohabientes de la unidad No. 11 de Tabasco. Se realizó la captación entre los meses de octubre y noviembre de 2014,

#### 4.10 Muestreo

Muestra no probabilística por conveniencia de modalidad sujetos tipo, siendo que los sujetos elegidos cubren ciertas características fijadas por el investigador.

#### 4.11 Muestra

Estuvo conformada por 95 adultos mayores de 60 a 93 años, 50 hombres y 45 mujeres, de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México. Sin deterioro cognitivo que le impidiera contestar lo requerido, con residencia en Comalcalco, Tabasco.

##### 4.11.1 Criterios de inclusión

- Edad mayor de 60 años
- Sexo femenino y masculino
- Ser derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México.



- No presentar incapacidad para contestar a lo que se le pregunta.

- Con residencia en Comalcalco, Tabasco, México.

#### 4.11.2 Criterios de exclusión

- Edad menor de 60 años
- No ser derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México.

- Presentar incapacidad para contestar a lo que se le pregunta.
- Antecedentes de hospitalización hasta un año previo al estudio
- Que no resida en Comalcalco, Tabasco, México.

#### 4.12 Instrumentos

##### ❖ Escala de depresión de Yesavage (Versión reducida)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95), y distintos tipos de validez. En 1986, se creó su cuestionario corto, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.

El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. Las versiones abreviadas también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles, y el español para mexicanoamericanos. De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz

más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV; por esta razón, la actualización y revisión de sus diferentes versiones y traducciones constituye un reto (Aguilar, fuentes, Ávila y García, 2007).

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: 0 a 5: Normal; 6 a 10: Depresión moderada; más de 10: Depresión severa.

La consistencia interna es adecuada (Coeficiente Alfa de 0.74). El punto de corte de 5/9 puntos tiene una sensibilidad y especificidad de 80.7% y 68.7%, respectivamente, para el diagnóstico de depresión. La confiabilidad prueba contra prueba presenta un Coeficiente de Correlación Intraclase de 0.933. Finalmente, los límites de acuerdo entre la prueba y contra prueba muestran una diferencia de 0.22 puntos porcentuales.

❖ Índice de Katz (Escala AVD básica)

Creado en 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de cadera y publicado por primera vez un año después con el título de *Index of Independence in Activities of Daily Living*. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice. Consta de seis elementos que cubren las actividades de la vida diaria (AVD) siguientes: Bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, movilidad mínima, controlar esfínteres y comer. Estas se valoran de acuerdo con definiciones específicas y claras de la independencia y dependencia funcional (Trigás, s.f).

Tras la evaluación de todas las actividades, se traslada a un índice alfabético jerárquico que nos permite adjudicar una categoría de funcionamiento, de la siguiente forma:

A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.

B. Independiente para todas las funciones anteriores, excepto una.

C. Independiente para todas, excepto bañarse y otra función adicional.

D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.

E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.

F. Independiente para todas, excepto bañarse, uso del retrete, levantarse y otra función adicional.

G. Dependiente en las seis funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

A (máxima independencia) – G (máxima dependencia)

Finalmente, el resultado se informa utilizando la letra adecuada en cada caso, por ejemplo: Índice de Katz: C.

Existe una forma de corrección que se aplica de la siguiente forma:

A cada ítem contestado como “independiente” se le asigna un punto.

- Una puntuación de 6 indica independencia.
- Una puntuación de 4 indica deterioro moderado.
- Una puntuación de 2 o menor indica deterioro funcional grave.

Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVD básica es alta. Además, es un buen indicador de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados, así como la eficacia de los tratamientos. Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo es poco sensible ante cambios pequeños de la capacidad funcional.

Algunos autores han utilizado el índice de Katz para validar sus propias escalas, además, el índice está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Finalmente, el Índice tiene un buen nivel de reproducibilidad, tanto intraobservador (con coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador, con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados (Trigás, s.f).

❖ *Escala de Lawton & Brody (Escala AVD instrumental)*

Publicada en 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física e AIVD. Su traducción al español se publicó en el año 1993.

Valora ocho ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les asigna un valor numérico: 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al individuo o a su cuidador principal. El tiempo medio requerido para su realización es de 4 minutos.

Tiene un coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94). No se han comunicado datos de fiabilidad. En general es una escala sensible pero poco específica (Trigás, s.f).

❖ Cuestionario APGAR de la familia.

Fue diseñada en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: Adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y resolutive (resolve).

Se establecieron los puntajes de calificación APGAR con base en el grado de satisfacción de los miembros de la familia, en cada uno de los componentes básicos de la función familiar, considerando los niveles de 0-3 como baja satisfacción de la función familiar, de 4-6 como media satisfacción de la función familiar y de 7-10 como alta satisfacción de la función familiar.

La correlación promedio inter-variables fue de 0.41 y la covarianza promedio inter-variables fue de 0.159, ambos valores se consideran adecuados ya que la exploración de la satisfacción familiar se identifica con los cinco reactivos que forman el instrumento y denotan cierto grado de independencia entre los reactivos del constructo. La consistencia interna del instrumento fue buena, con un alfa de Cronbach de 0.770.

Utiliza una escala de medición Tipo Likert con tres categorías: Casi siempre, Algunas veces, Dificilmente (casi nunca). Su forma de calificar consiste en asignar dos puntos a “casi siempre”, un punto a “algunas veces” y cero puntos a “casi nunca”, sumándose todos los puntajes al final.

La validación inicial del APGAR familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89). Después de esta validación inicial, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, como la efectuada por los

departamentos de psicología y de psiquiatría de la Universidad de Washington y el estudio longitudinal de la Universidad de Taiwan, que mostraron unos índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83. En tales estudios se estableció que el soporte social que suministran los amigos se percibía como un factor importante para el individuo y se correlacionaba significativamente con la función familiar. Esto motivó al autor del APGAR familiar a incluir en su evaluación, el apoyo que brindan las amistades (Gutiérrez, Briseño, Robles, Rodríguez, Sandoval y Yáñez, s.f).

#### 4.13 Procedimiento

1. Del 20 de octubre al 20 de noviembre aproximadamente, se obtuvieron los datos de los 95 sujetos participantes de esta investigación en la unidad N.11, de lunes a viernes, de 10:00 am a 13:00 pm, logrando captar de 5 a 7 sujetos por día.
2. Para la consecución de los objetivos se realizó la solicitud de participación voluntaria y autorización verbal
3. Se explicaron las características del instrumento y el tiempo aproximado en que se llevaría a cabo, que fue de aproximadamente 20 a 25 minutos
4. Se realizó la aplicación de los instrumentos aplicándolos a los sujetos por medio de entrevista directa

#### 4.14 Análisis estadístico

Se realizó un análisis de estadística descriptiva para calcular las medias y las medidas de desviación y, posteriormente, se llevaron a cabo las pruebas de hipótesis por medio de las correlaciones de Pearson, con el fin de establecer las relaciones entre las variables, utilizando el paquete estadístico SPSS 17.

## CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 5.1 Estadística descriptiva

En primer lugar, se elaboró el análisis estadístico de los datos epidemiológicos, continuando con los datos de la escala de Depresión de Yesavage, el índice de actividades básicas de la vida diaria (KATZ), escala de las actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton & Brody) y se concluyó con el análisis de los resultados del APGAR Familiar.

#### 5.1.1 Datos demográficos y epidemiológicos

En este apartado analizamos la edad, el sexo, estado civil, escolaridad y las enfermedades presentes en la muestra recabados mediante el cuestionario de datos sociodemográficos.

##### 5.1.1.1 Edad

A continuación se presenta el análisis de la edad de los adultos mayores participantes en la investigación.

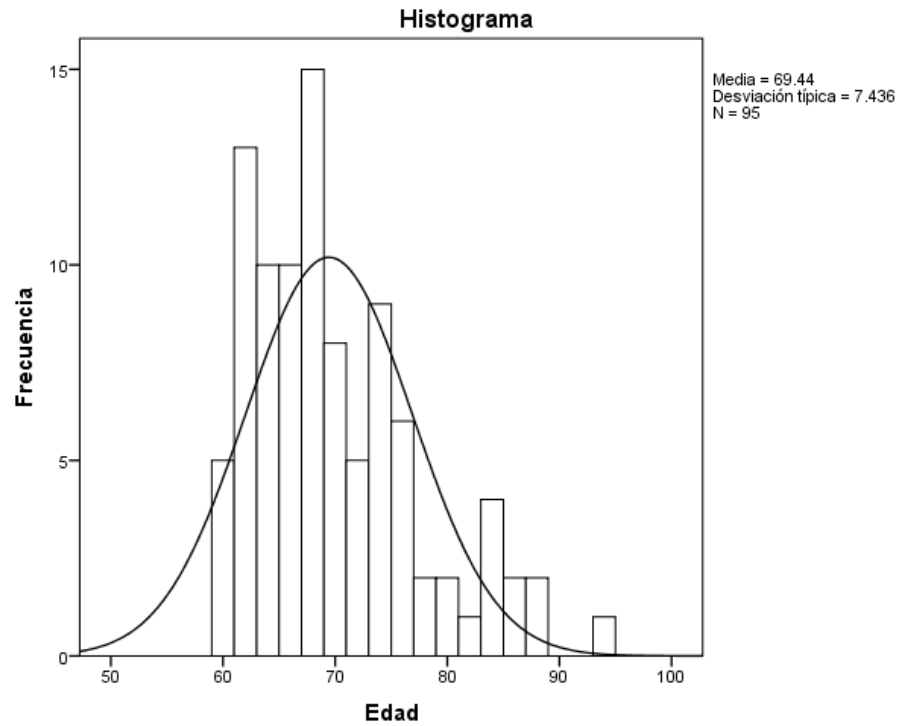
#### Estadísticos

Edad		
N	Válidos	95
	Perdidos	0
Media		69.44
Mediana		68.00
Moda		65 <sup>a</sup>
Desv. típ.		7.436
Varianza		55.292
Rango		33
Mínimo		60
Máximo		93
Suma		6597

a. Existen varias modas.  
Se mostrará el menor  
de los valores.

**Tabla 12.** Edad de los adultos mayores participantes

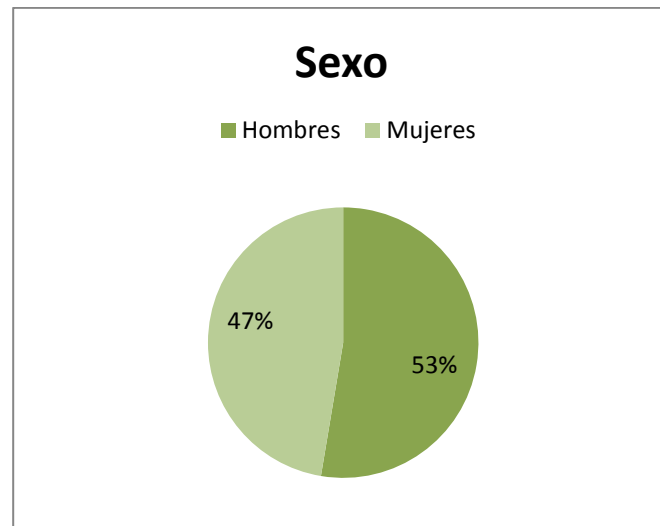
La Media en cuanto a la edad de los participantes fue de 69.44 años, la Mediana de 68 años. La edad mínima fue de 60 años y la máxima de 93 años.



**Figura 6.** Histograma de edad de los adultos mayores de la muestra

### 5.1.1.2 Sexo

A continuación se presenta los datos epidemiológicos referentes al Sexo de los participantes.



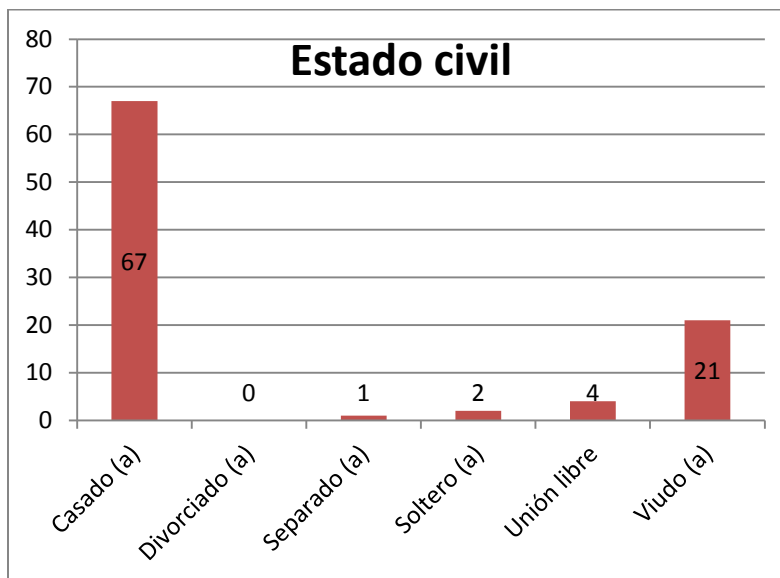
**Figura 7.** Sexo de los participantes.

La muestra fue representada en su mayoría por hombres, siendo 50 hombres participantes y 45 mujeres.



### 5.1.1.3 Estado civil

Inmediatamente se presenta el análisis estadístico de los adultos mayores presentes en la investigación.

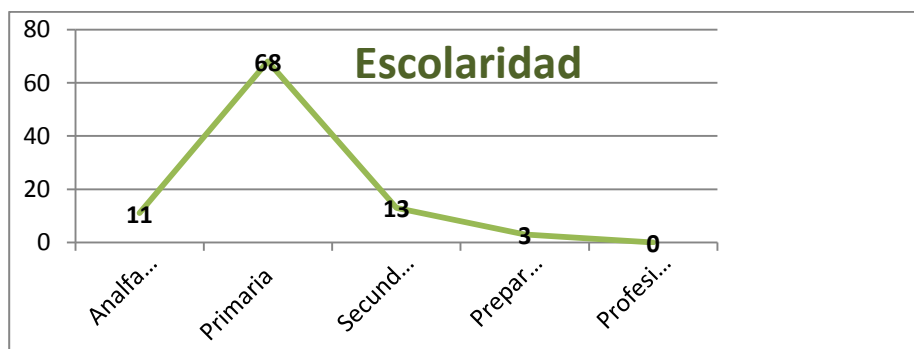


**Figura 8.** Estado civil de participantes

La muestra fue integrada por 67 adultos mayores casados (71%), 21 viudos (22%), cuatro en unión libre (4%), dos solteros (2%) y un adulto mayor separado (1%).

### 5.1.1.4 Escolaridad

Enseguida se muestra la distribución de la muestra en cuanto al grado de escolaridad.



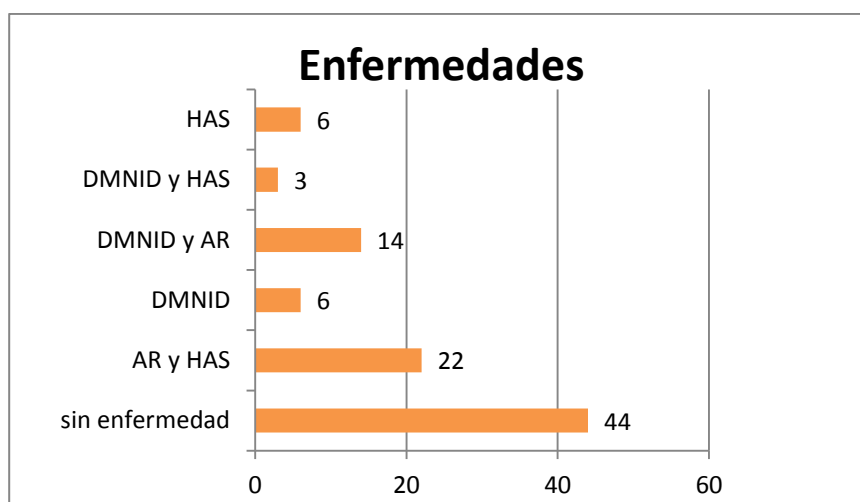
**Figura 9.** Escolaridad de los participantes

Se observa que el grado de escolaridad máximo de los participantes es la preparatoria y la mínima el analfabetismo. En cuanto a porcentajes, 71.5% adultos

mayores tienen grado de primaria, 13.6% estudiaron hasta la secundaria, 3.1% hasta la preparatoria y 11.5% son analfabetas.

#### 5.1.1.5 Enfermedades

A continuación se presentan las enfermedades presentes en los adultos mayores participantes.



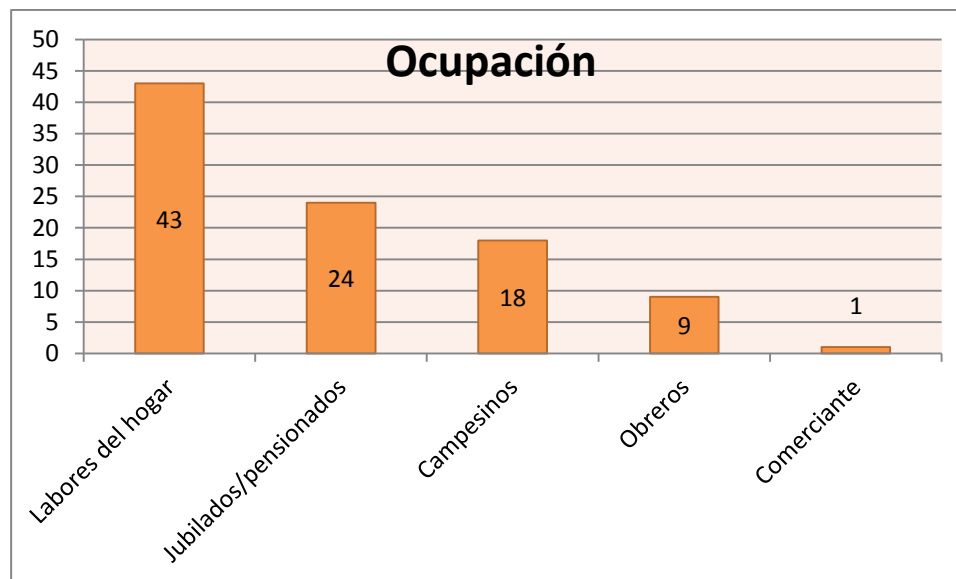
**Figura 10.** Enfermedades presentes en los adultos mayores de la muestra

51 adultos (53.68%) presentaron al menos una enfermedad y 44 (46.31%) tuvieron ausencia de ellas. De los adultos mayores que presentaron enfermedades, 22 padecen de Artritis Reumatoide e Hipertensión Arterial (23.1%), 14 padecen Diabetes Mellitus en conjunto con Artritis Reumatoide (14.7%), 6 presentaron sólo Diabetes Mellitus (6.3%), de igual manera 6 personas sólo presentaron Hipertensión Arterial (6.3%) y 3 personas presentaron la presencia de Diabetes Mellitus en conjunto con Hipertensión Arterial (3.1%).

#### 5.1.1.6 Ocupación

Enseguida se muestran las actuales ocupaciones de los adultos mayores participantes (ver figura 11).

Se observa que, 43 (45.25%) de los adultos mayores se ocupan de las labores del hogar, 24 (25.26%) son jubilados/pensionados, 18 son campesinos (18.94%), 9 obreros (9.47%) y uno es comerciante (1.05%).



**Figura 11.** Ocupación de los adultos mayores participantes

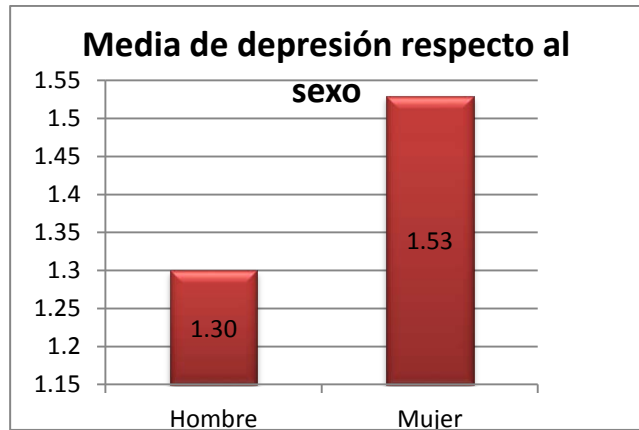
### 5.1.2 Depresión

Se elaboró el análisis estadístico de los datos obtenidos con la escala de Depresión de Yesavage, tomando en cuenta que entre mayor es la media mayor es la presencia de depresión.

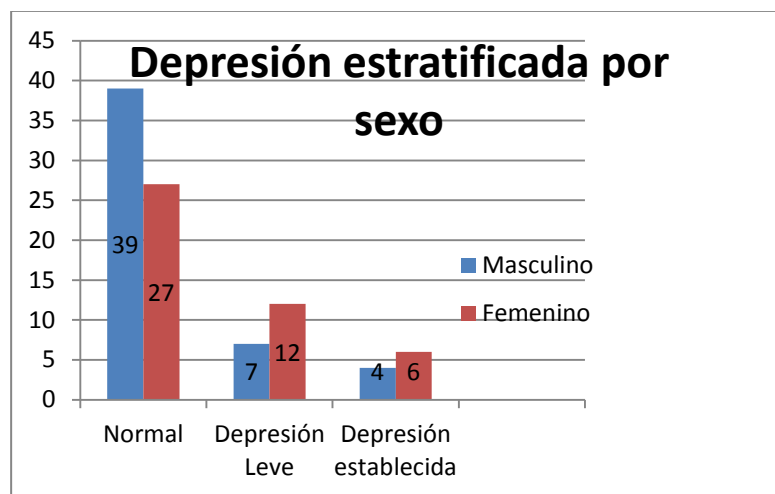
#### 5.1.2.1 Presencia de Depresión respecto al sexo

A continuación se realiza el análisis estadístico de la Depresión encontrada tanto en hombres como en mujeres (ver figura 12 y 13).

En las mujeres la depresión mostró una Media de 1.53 y una Mediana de 1.00; en los hombres la depresión mostró una Media de 1.30 y una Mediana de 1.00. Se encontró mayor puntaje de depresión en las mujeres que en los hombres.



**Figura 12.** Depresión en hombres y mujeres de la muestra.

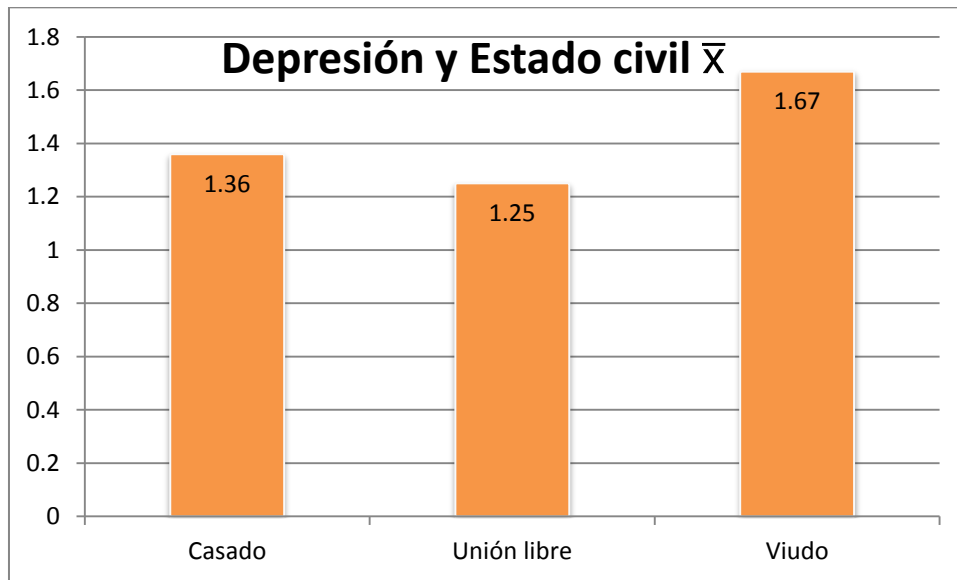


**Figura 13.** Depresión (Yessavage) estratificada por sexo

#### 5.1.2.2 Presencia de Depresión respecto al estado civil

Enseguida se muestra en análisis estadístico de la Depresión encontrada en los adultos mayores de acuerdo a su estado civil (ver figura 14).

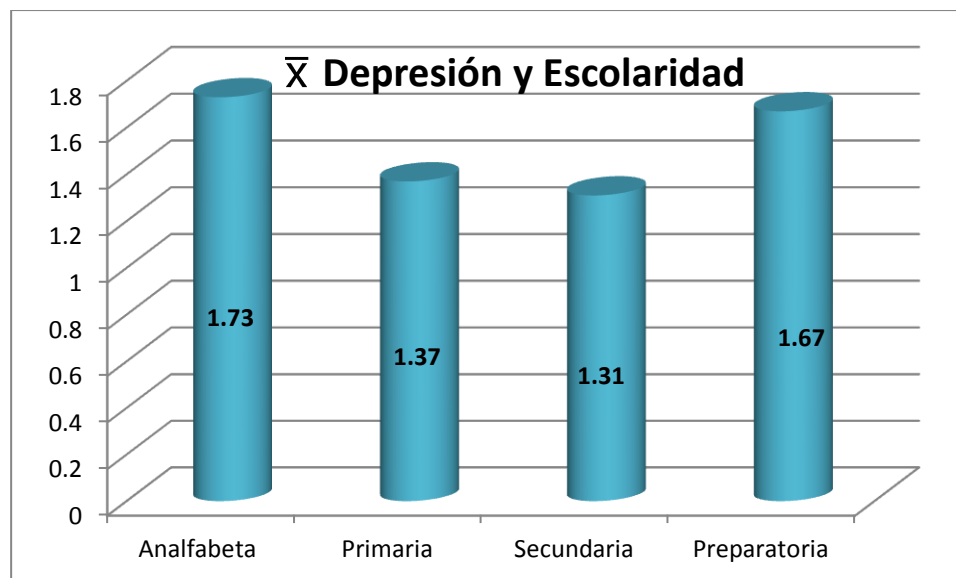
Los adultos mayores Viudos tuvieron mayor presencia de depresión con una Media de 1.67 y una Mediana de 1.00. Los que tuvieron menor presencia de depresión fueron los adultos mayores en Unión libre con una Media de 1.25 y una Mediana de 1.00, los adultos mayores casados presentaron más depresión que los adultos mayores en Unión libre y menos depresión que los viudos su Media fue de 1.36 y su Mediana de 1.00. Por los resultados anteriores encontramos que los adultos mayores participantes con estado civil viudo tienen un mayor índice de depresión. La prevalencia total de depresión en la población es de 31%.



**Figura 14.** Depresión respecto al estado civil de los participantes

#### 5.1.2.3 Presencia de Depresión respecto a la escolaridad.

A continuación se muestra el análisis descriptivo de los resultados encontrados de la Depresión en concordancia con la escolaridad de los adultos mayores participantes.



**Figura 15.** Depresión respecto a la escolaridad de los participantes

Se observa que la depresión es mayor en los adultos mayores analfabetas con una media de 1.73 y menor en los adultos mayores con escolaridad secundaria con una media de 1.31; por lo demás, los adultos mayores con escolaridad preparatoria alcanzaron una media de 1.67 y los que estudiaron hasta la secundaria, alcanzaron una media de 1.37.

5.1.2.4 Presencia de Depresión respecto a la ocupación

A continuación, se muestra la correspondencia que se encontró de la depresión respecto a la ocupación de los adultos mayores participantes.

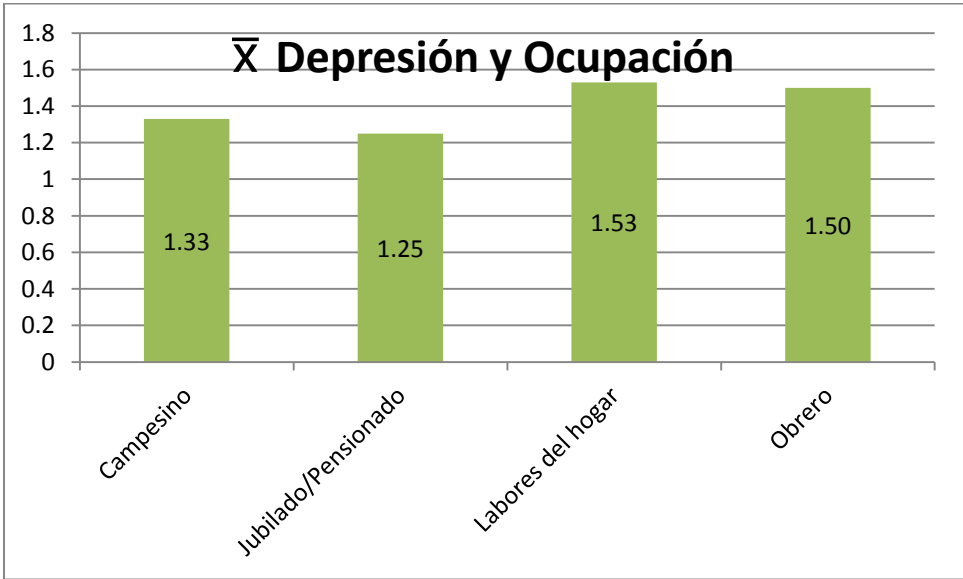
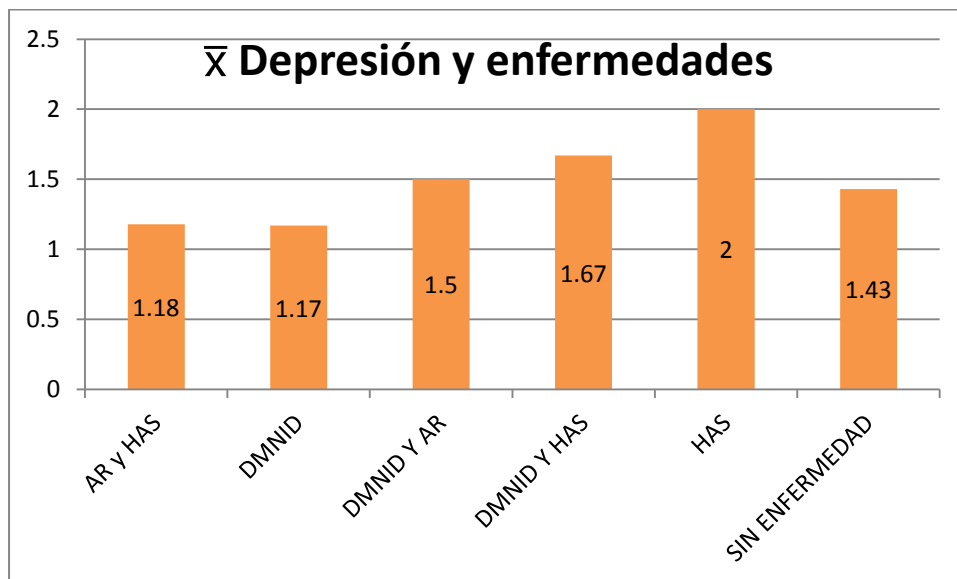


Figura 16. Depresión respecto a la ocupación de los adultos mayores participantes.

Se observó que los adultos mayores que se ocupan de las labores en el hogar obtuvieron mayor presencia de depresión, la media de este grupo es de 1.53. Los adultos mayores jubilados/pensionados, obtuvieron menor presencia de depresión, la media para este grupo es de 1.25. Los adultos mayores que son obreros obtuvieron una media cerca de los adultos mayores obreros, la cual es de 1.50, para los campesinos su media fue de 1.33.

5.1.2.5 Presencia de Depresión respecto a las enfermedades presentes en los adultos mayores.

Enseguida se muestra la presencia de depresión respecto a las enfermedades que se encontraron presentes en los adultos mayores de la muestra.



**Figura 17.** Depresión respecto a las enfermedades presentes en los adultos mayores participantes.

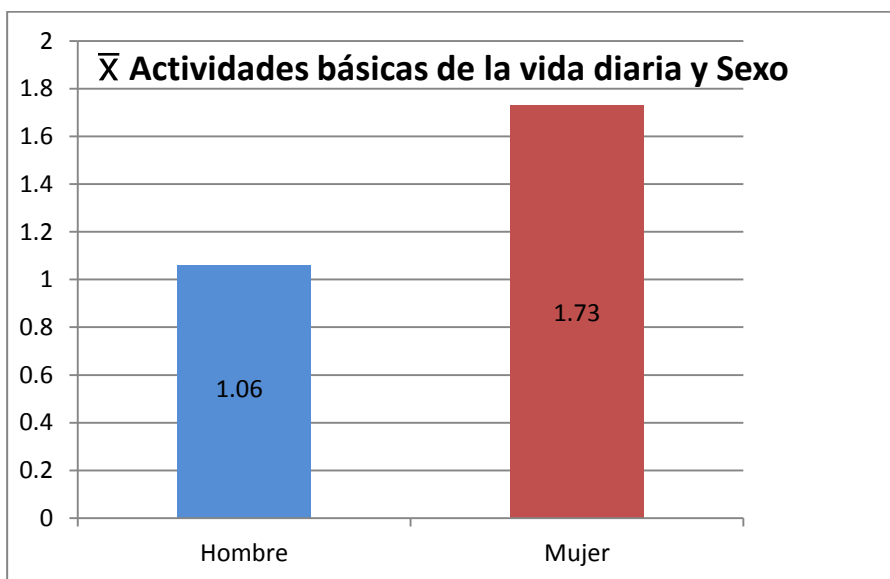
Los adultos mayores que obtuvieron mayor índice de depresión respecto a las enfermedades presentes fueron los que presentaron Hipertensión Arterial (Media 2.00) y Diabetes en conjunto con la Hipertensión Arterial (Media 1.67); los que obtuvieron menor presencia de depresión fueron los adultos mayores que presentaron sólo Diabetes (Media 1.17) e Hipertensión Arterial en conjunto con la Artritis Reumatoide (Media 1.18). Con los resultados encontrados, puede afirmarse que los participantes que negaron la presencia de enfermedades crónicas alcanzaron una media mayor que los participantes que mencionaron tener una o dos enfermedades, por lo tanto, la presencia de enfermedades crónicas puede ser un factor relevante para desarrollar depresión, pero no es determinante.

### 5.1.3 Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD, Katz).

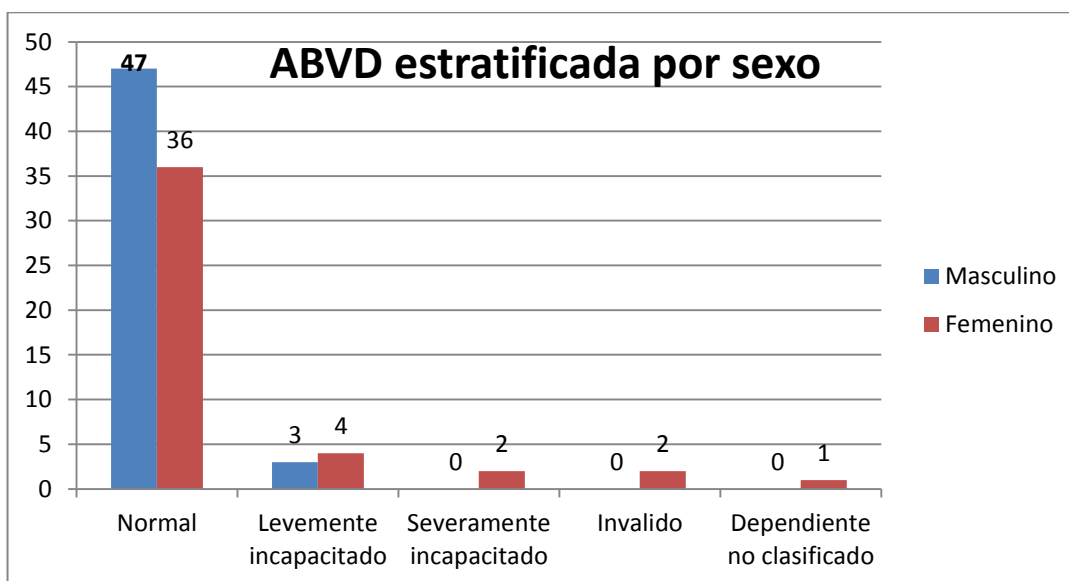
Se elaboró el análisis descriptivo de los datos obtenidos con el Índice de Katz, tomando en cuenta que entre mayor es la media mayor es la dependencia funcional para las ABVD.

### 5.1.3.1 Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto al sexo.

A continuación se realiza el análisis descriptivo de las ABVD (Katz) respecto al sexo de los adultos mayores participantes en la muestra.



**Figura 18.** Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto al Sexo de la muestra.



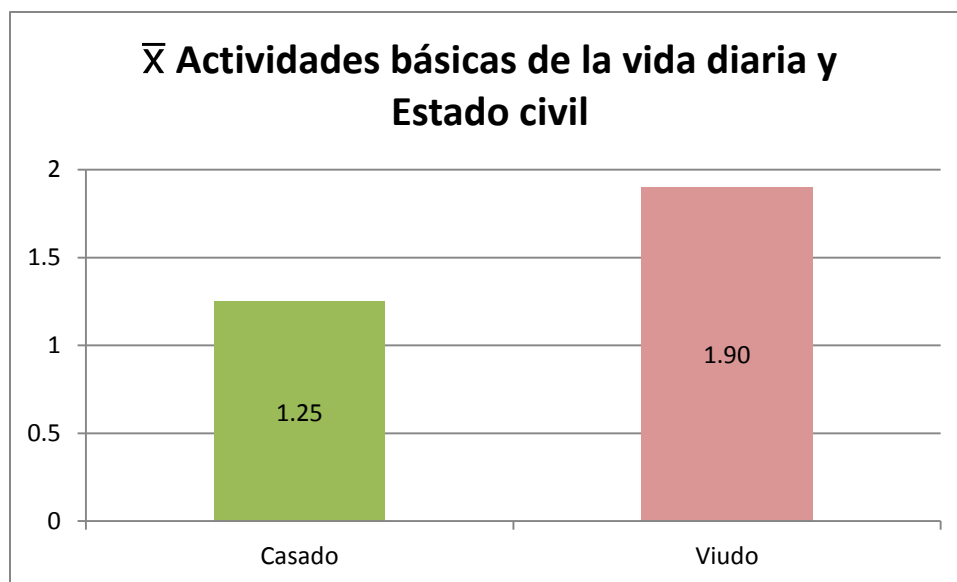
**Figura 19:** Funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria estratificada por sexo



Se observa que las mujeres de la muestra obtuvieron una Media 1.73 y los hombres una Media de 1.06 respecto a la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria, por lo tanto el 9.47% de las mujeres de la muestra ven más afectada la funcionalidad para las ABVD que los hombres (3.15%).

#### 5.1.3.2 Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto al estado civil.

Enseguida se realiza el análisis descriptivo de las ABVD (Katz) respecto al estado civil de los adultos mayores participantes en la muestra.

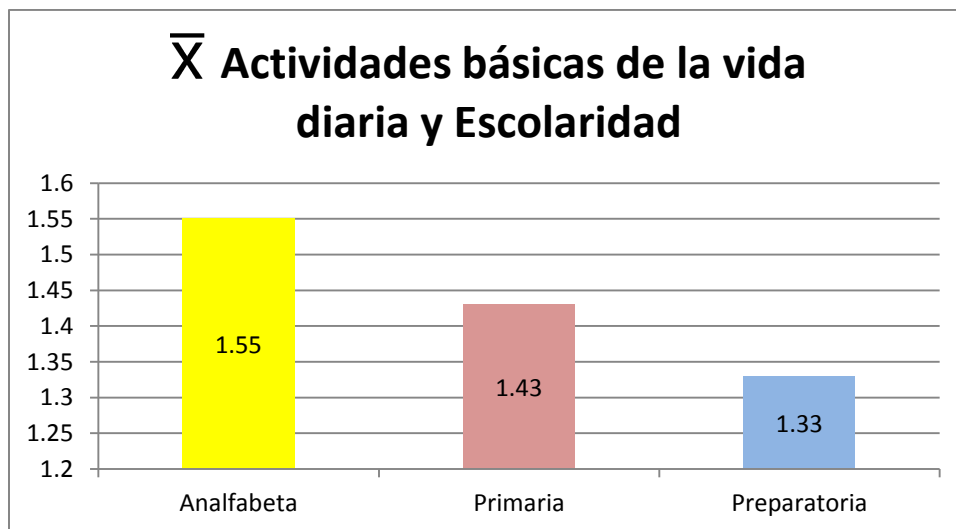


**Figura 20.** Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto al estado civil de la muestra

Se observa que los adultos mayores viudos ven más deteriorado su funcionalidad para las ABVD con una media de 1.90, en relación con los adultos mayores que aún permanecen casados, estos últimos obtuvieron una media de 1.25.

#### 5.1.3.3 Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto a la escolaridad.

En seguida se muestra el análisis descriptivo de las ABVD (Katz) respecto a la escolaridad de los adultos mayores participantes en la muestra.



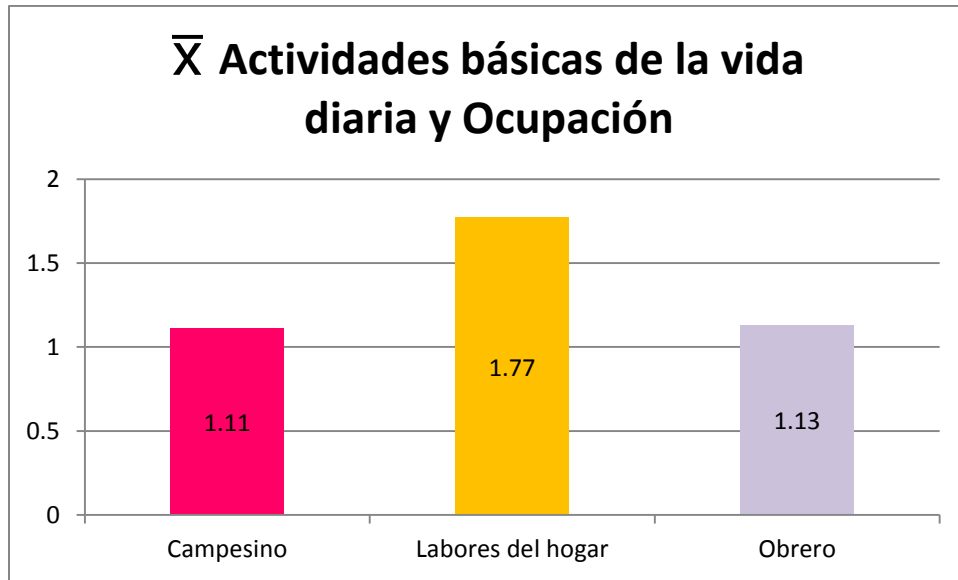
**Figura 21.** Funcionalidad respecto a la escolaridad de la muestra.

Se observa que los adultos mayores analfabetas ven más deteriorada su funcionalidad para las ABVD con una media de 1.55, los adultos mayores con escolaridad hasta la primaria obtuvieron una media de 1.43, mientras que los adultos mayores que presentan menos afectada la funcionalidad para las ABVD son los que estudiaron hasta la preparatoria, su media es de 1.33. Ante dichos resultados, se observa que hubo un mayor índice de disfuncionalidad para las ABVD en los adultos mayores con menor escolaridad.

#### 5.1.3.4 Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto a la ocupación.

A continuación se muestra la estadística descriptiva de las ABVD (Katz) respecto a la ocupación de los adultos mayores participantes en la muestra (ver figura 22).

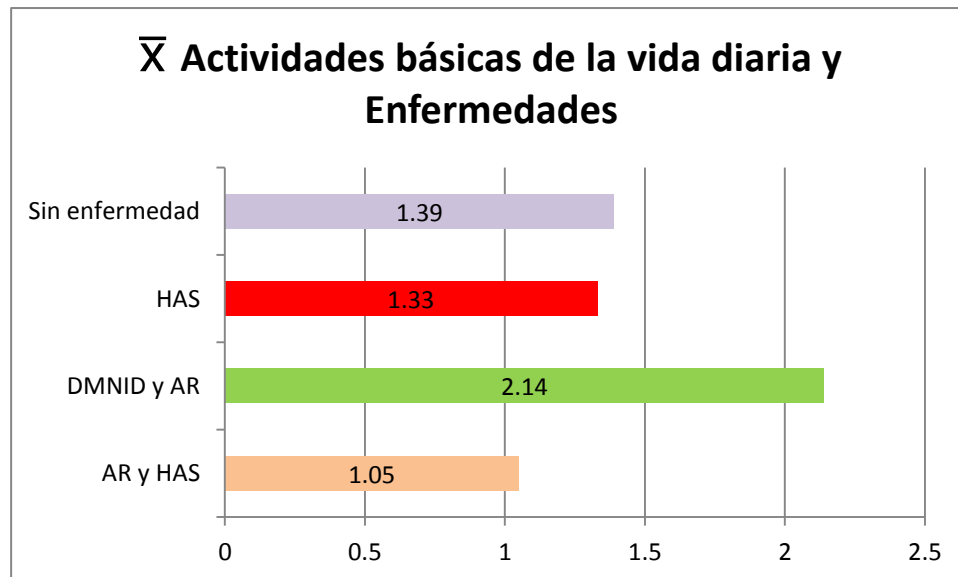
Se encontró que los adultos mayores que se ocupan de las labores del hogar ven más afectada su funcionalidad para las ABVD (media 1.77) que los adultos mayores campesinos, los cuales resultaron con menor deterioro (media 1.11).



**Figura 22.** Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto a la ocupación de la muestra.

#### 5.1.3.5 Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto a las enfermedades presentes en los participantes.

A continuación se muestra el análisis descriptivo de los resultados de las ABVD (Katz) respecto a las enfermedades presentes de los adultos mayores participantes en la muestra.



**Figura 23.** Funcionalidad de las ABVD (Katz) respecto a las enfermedades presentes en la muestra.

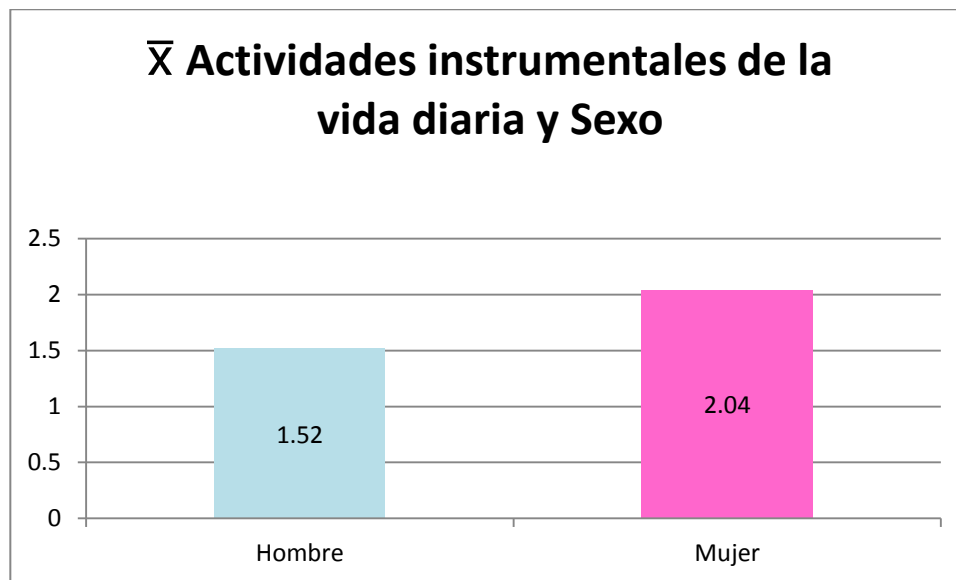
Se observa que la(s) enfermedades que más afectan la funcionalidad para las ABVD de los adultos mayores participantes de la muestra es la Diabetes Mellitus cuando se presenta junto con la Artritis Reumatoide (Media 2.14).

#### 5.1.4 Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVD, Katz).

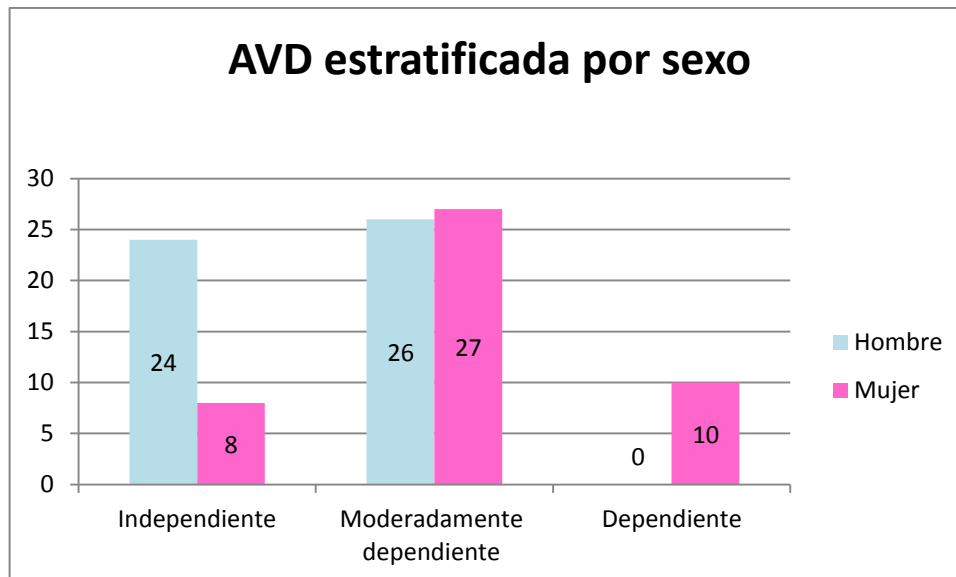
Se elaboró el análisis descriptivo de los datos obtenidos con el Índice de Lawton & Brody, tomando en cuenta que entre mayor es la media mayor es la dependencia funcional para las AVD.

##### 5.1.4.1 Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto al sexo de los participantes.

A continuación se muestra el análisis descriptivo de los resultados de las AVD (Lawton & Brody) respecto al sexo de los adultos mayores participantes en la muestra.



**Figura24.** Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto al sexo de los participantes.



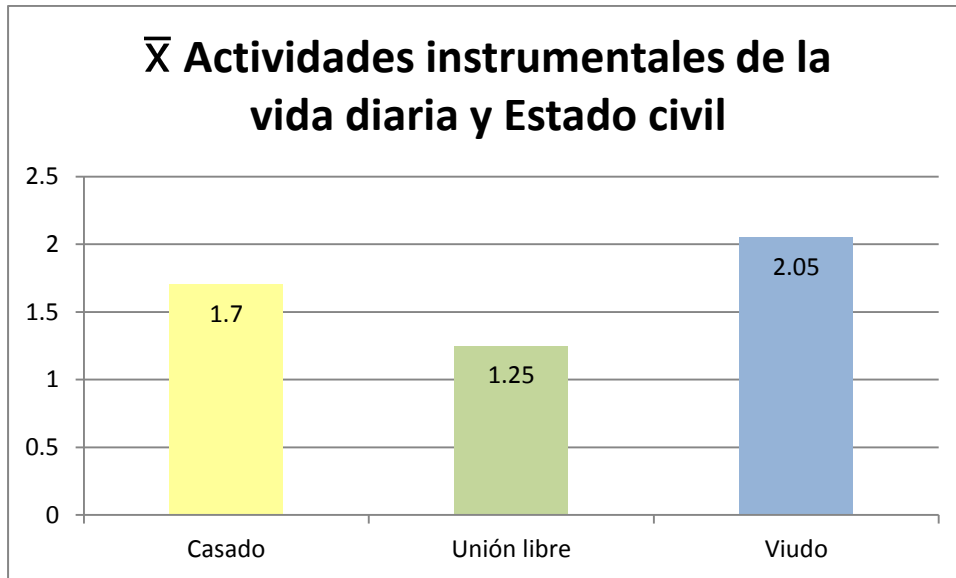
**Figura 25.** Funcionalidad para las actividades instrumentales de la vida diaria estratificada por sexo

Se encontró que las mujeres ven mucho más afectada su funcionalidad para las Actividades Instrumentales de la Vida diaria con una media de 2.04, mientras que los hombres alcanzaron una media de 1.52.

5.1.4.2 Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto al estado civil de los participantes.

A continuación se muestra el análisis descriptivo de los resultados de las AVD (Lawton & Brody) respecto al estado civil de los adultos mayores participantes en la muestra (ver figura 26).

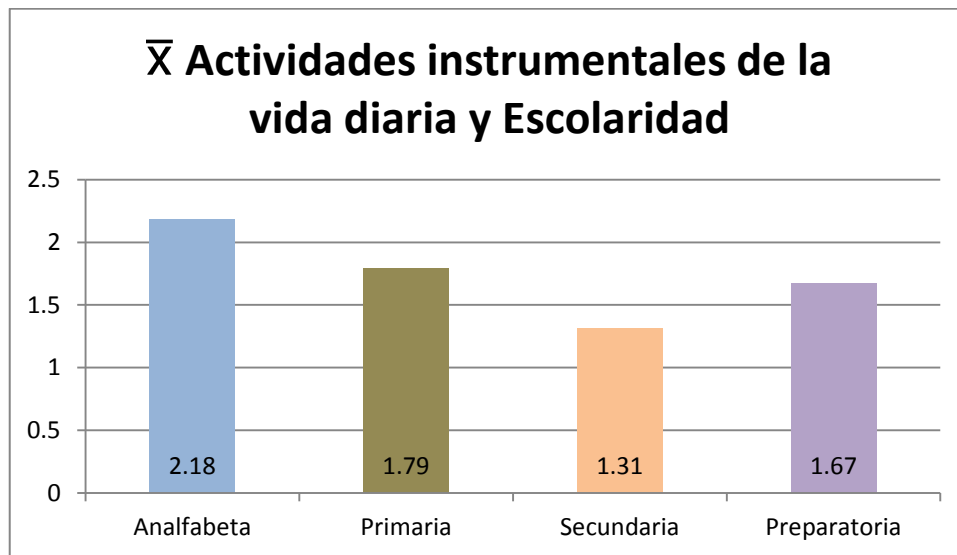
Se encontró que los adultos mayores viudos ven más afectados su funcionalidad para las AVD (Media 2.05), mientras que los adultos mayores en unión libre fueron los que presentaron menos deteriorada su funcionalidad para las AVD (Media 1.25). Por otra parte, los casados ven menos afectada sus AVD (Media 1.70) que los viudos y que los participantes en unión libre.



**Figura 26.** Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto al estado civil de los participantes

5.1.4.3 Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto a la escolaridad de los participantes.

A continuación se muestra el análisis estadístico de los resultados de las AVD (Lawton & Brody) respecto a la escolaridad de los adultos mayores participantes en la muestra.

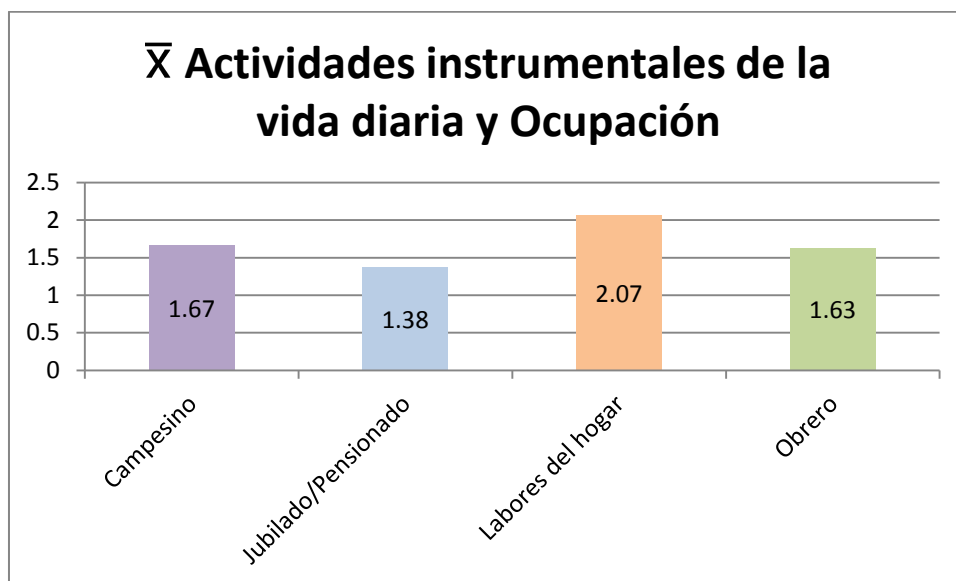


**Figura 27.** Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto a la escolaridad de los participantes.

Se observa que los adultos mayores analfabetas ven más deteriorada su funcionalidad para las AVD con una media de 2.18, los adultos mayores con escolaridad hasta la primaria obtuvieron una media de 1.79, mientras que los adultos mayores que presentan menos afectada la funcionalidad para las AVD son los que estudiaron hasta la secundaria, su media es de 1.31, mientras que quienes estudiaron hasta la preparatoria obtuvieron una media de 1.67.

5.1.4.4 Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto a la ocupación de los participantes.

A continuación se muestra el análisis descriptivo de los resultados de las AVD (Lawton & Brody) respecto a la ocupación de los adultos mayores participantes en la muestra.

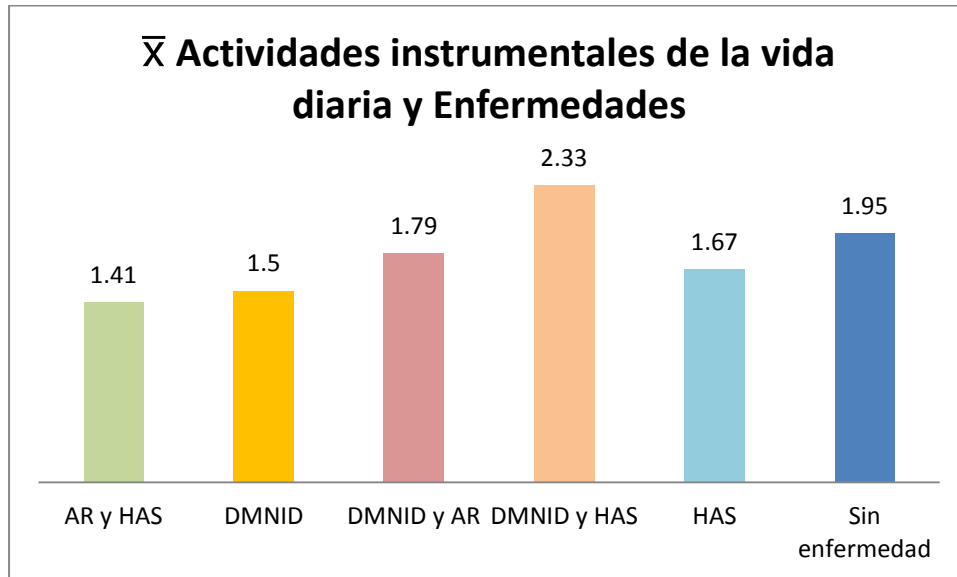


**Figura 28:** Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto a la ocupación de los participantes.

Se encontró que los adultos mayores que se ocupan de las labores del hogar ven más afectada su funcionalidad para las AVD (media 2.07) que los adultos mayores jubilados o pensionados, los cuales resultaron con el menor deterioro (media 1.38).

5.1.4.5 Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto a las enfermedades presentes en los participantes.

A continuación se muestra el análisis descriptivo de los resultados de las AVD (Lawton & Brody) respecto a las enfermedades presentes de los adultos mayores participantes en la muestra.



**Figura 29.** Funcionalidad de las AVD (Lawton & Brody) respecto a las enfermedades presentes en la muestra

Se observó que la(s) enfermedades que más afectan la funcionalidad para las ABVD de los adultos mayores participantes de la muestra es la Diabetes Mellitus cuando se presenta junto con la Hipertensión Arterial (Media 2.33).

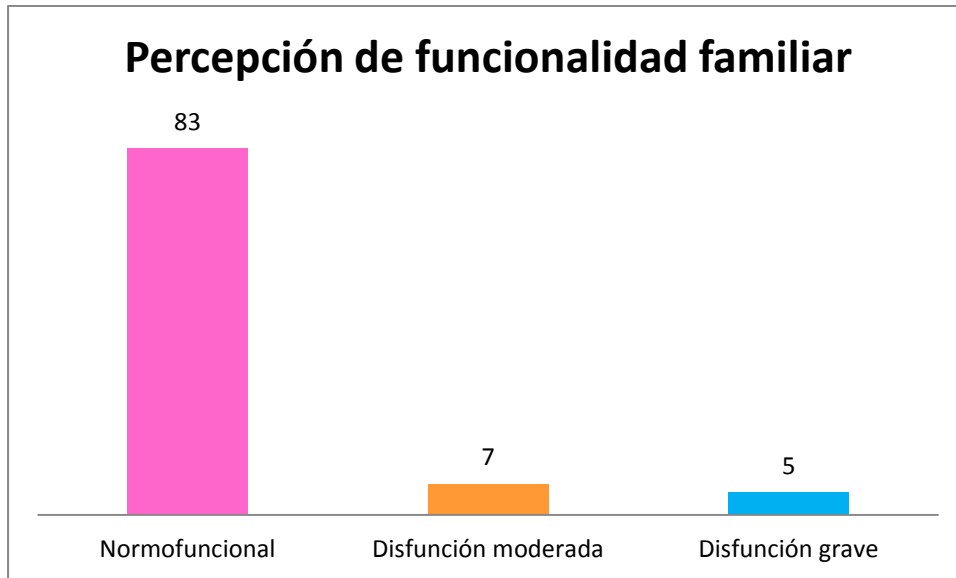
#### 5.1.5 Funcionalidad familiar

Se elaboró el análisis estadístico de los datos obtenidos del cuestionario de APGAR de la familia, tomando en cuenta que entre mayor es la media mayor es la percepción de disfuncionalidad familiar.

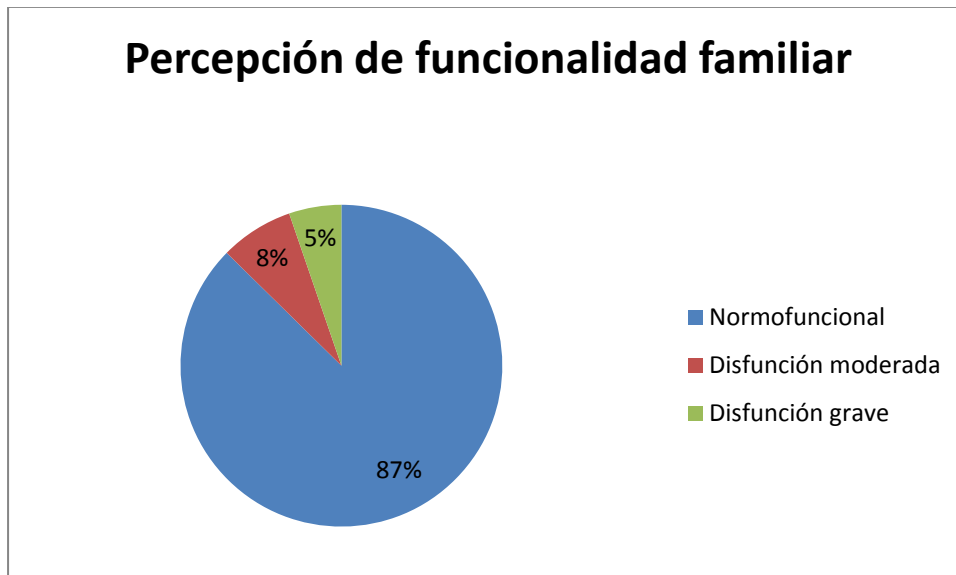
##### 5.1.5.1 APGAR familiar respecto al sexo

A continuación se realiza el análisis estadístico de los resultados obtenidos con el APGAR familiar tanto en hombres como en mujeres.

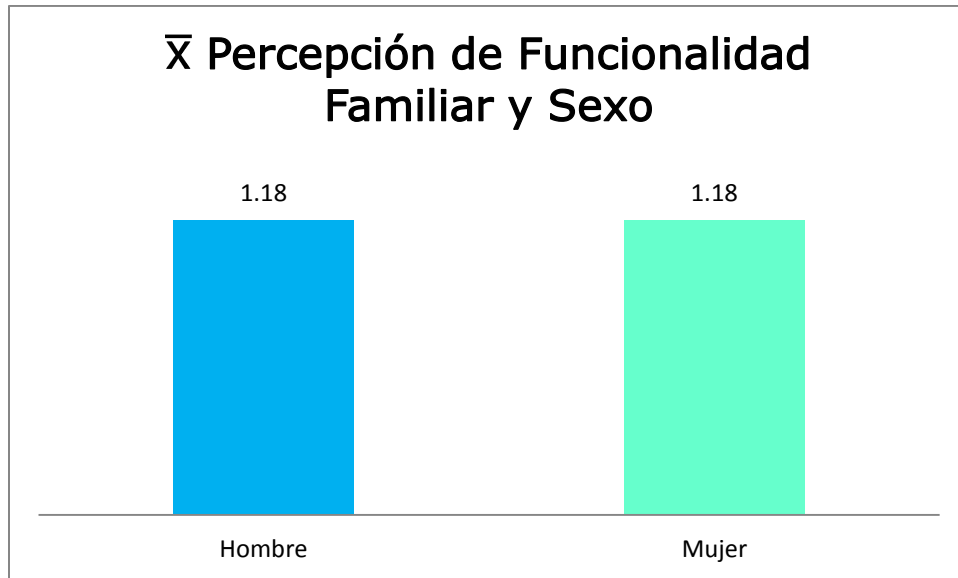




**Figura 30** Distribución de la percepción de funcionalidad familiar.



**Figura 31.** Porcentaje de distribución de la percepción de funcionalidad familiar.

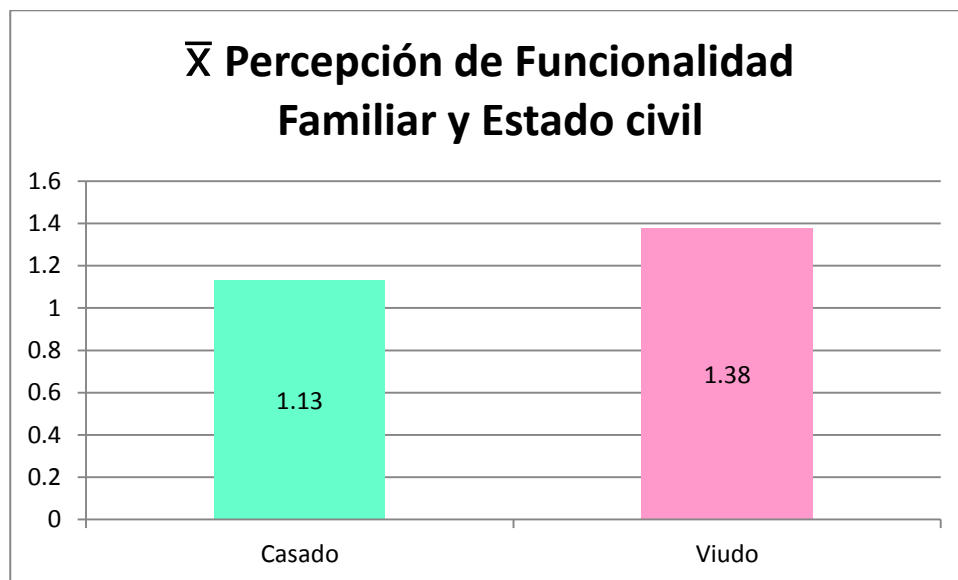


**Figura 32.** APGAR Familiar respecto al sexo de los participantes.

Se encontró que tanto los hombres como mujeres obtuvieron la misma media de 1.18, respecto a la manera de percibir su funcionalidad familiar. El 87% tiene una percepción funcional de su familia, el 8% percibe a su familia con una disfunción moderada y el 5% con una disfunción grave.

#### 5.1.5.2 APGAR familiar respecto al estado civil

A continuación se realiza el análisis descriptivo de los resultados obtenidos con el APGAR Familiar respecto al estado civil de los participantes.

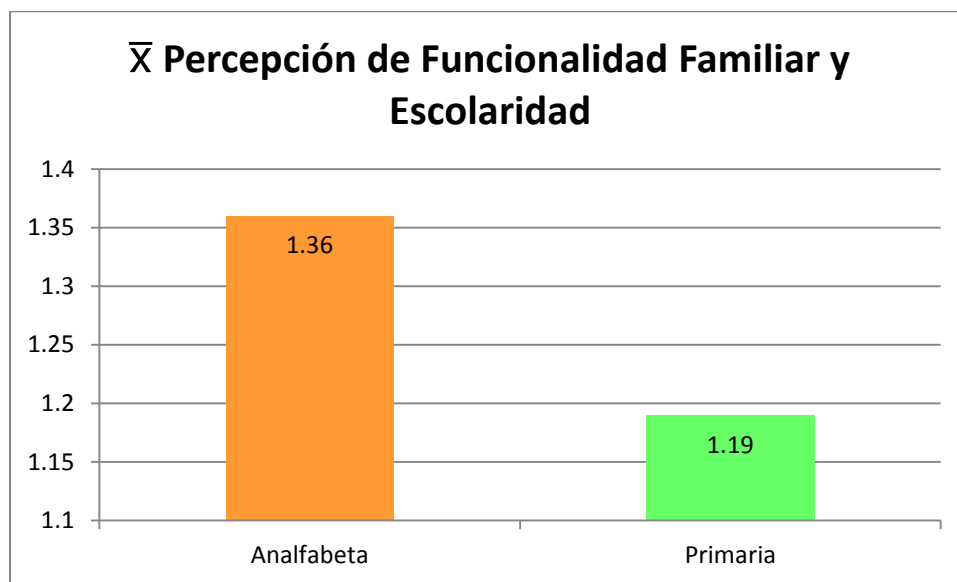


**Figura 33.** APGAR Familiar respecto al estado civil de los participantes

Se encontró que los adultos mayores viudos perciben con menor funcionalidad a su familia (Media 1.38) que los adultos mayores casados (Media 1.13).

#### 5.1.5.3 APGAR familiar respecto a la escolaridad

A continuación se realiza el análisis descriptivo de los resultados obtenidos con el APGAR Familiar respecto a la escolaridad de los participantes.

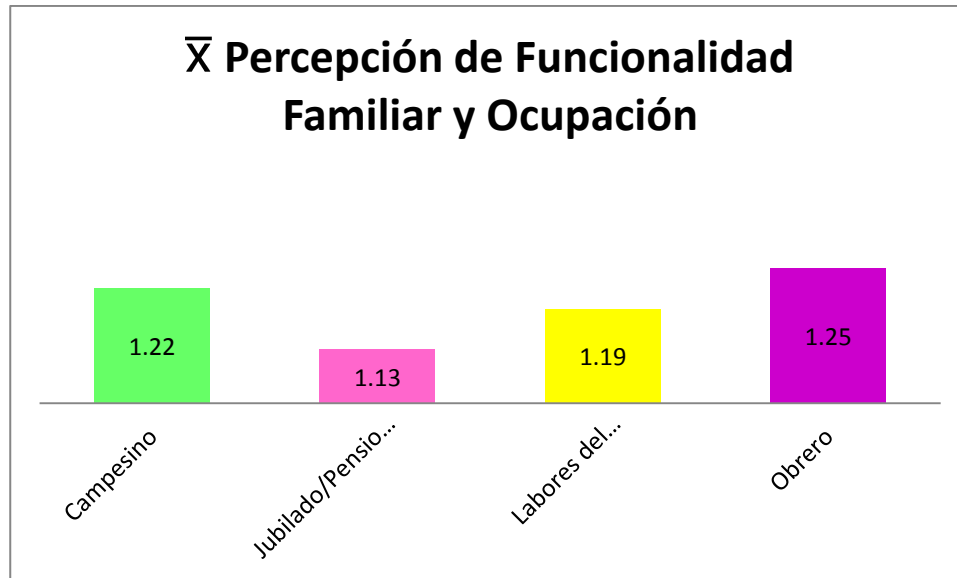


**Figura 34.** APGAR Familiar respecto a la escolaridad de los participantes

Se encontró que los adultos mayores analfabetas perciben con menor funcionalidad a su familia (Media 1.36) que los adultos mayores con escolaridad primaria (Media 1.19).

#### 5.1.5.4 APGAR familiar respecto a la ocupación.

A continuación se realiza el análisis descriptivo de los resultados obtenidos con el APGAR Familiar respecto a la ocupación de los participantes.

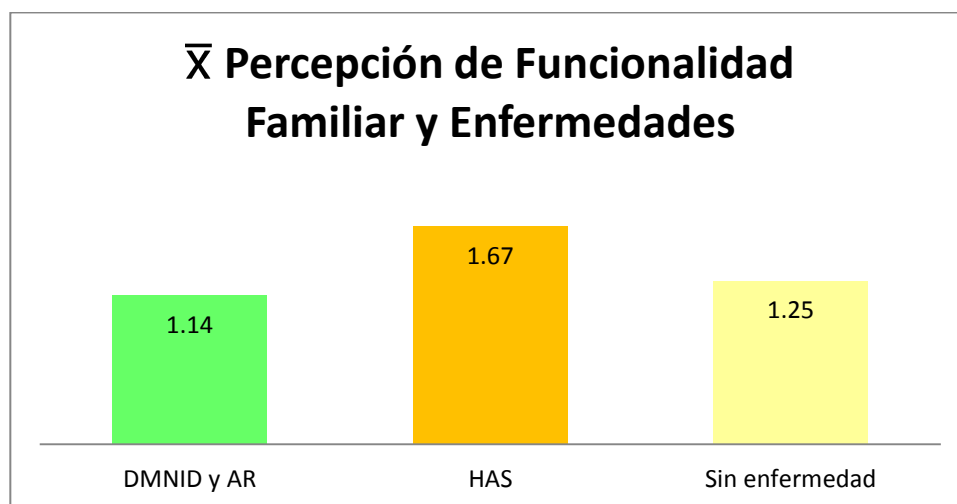


**Figura 35.** APGAR Familiar respecto a la ocupación de los participantes

Se observa que los adultos mayores obreros perciben con menor funcionalidad a su familia (Media 1.25) que los adultos mayores jubilados/pensionados (Media 1.13).

#### 5.1.5.5 APGAR familiar respecto a las enfermedades.

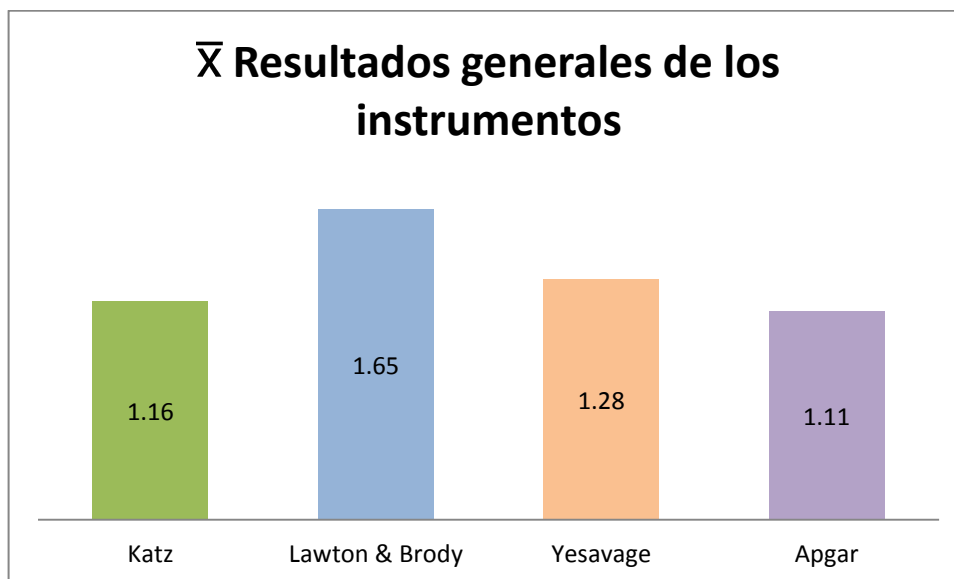
A continuación se realiza el análisis estadístico de los resultados obtenidos con el APGAR Familiar respecto a las enfermedades presentes en los adultos mayores participantes de la muestra.



**Figura 36:** APGAR Familiar respecto a las enfermedades presentes en los participantes

Se observa que los adultos mayores con presencia de Hipertensión Arterial son los que perciben con menor funcionalidad a su familia (Media 1.67).

#### 5.1.6 Resultados generales de los instrumentos utilizados en la población



**Figura 37.** Resultados generales de los instrumentos

Se observa que la escala de Lawton & Brody fue el instrumento que alcanzó la mayor Media, sin embargo entra dentro del rango de normalidad

#### 5.2 Estadística inferencial

Se elaboró el análisis estadístico inferencial de las correlaciones obtenidas con el Coeficiente de Correlación de Pearson.

##### 5.2.1 Correlación entre el Índice de Depresión del Yesavage y el Índice de Katz.

En este apartado analizaremos la correlación existente entre la depresión y la dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz).

**Correlaciones**

		Vida Diaria Básicas	Depresión
Vida Diaria Básicas	Correlación de Pearson	1	.169
	Sig. (bilateral)		.101
	N	95	95
Depresión	Correlación de Pearson	.169	1
	Sig. (bilateral)	.101	
	N	95	95

**Tabla 13:** Correlación Yesavage & Katz

No podemos determinar que la depresión tenga correlación con la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria porque elevando  $r$  al cuadrado obtenemos el error existente  $r^2 = 0.0285$ , donde el 2.85% de los casos presentes de depresión se debe a la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria. No existe una relación significativa para la población respecto a estas variables. Con los datos obtenidos se acepta la  $H_0$ .

5.2.2 Correlación entre el Índice de Depresión y la Escala de Lawton & Brody

A continuación se analiza la correlación existente entre la depresión y la dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton & Brody).

**Correlaciones**

		Depresión	Vida Diaria Instrumentales
Depresión	Correlación de Pearson	1	.202
	Sig. (bilateral)		.050
	N	95	95
Vida Diaria Instrumentales	Correlación de Pearson	.202	1
	Sig. (bilateral)	.050	
	N	95	95

**Tabla 14.** Correlación entre el Yesavage y la Escala Lawton & Brody

Podemos determinar que la depresión tiene correlación con la dependencia para las actividades de la vida diaria porque elevando  $r$  al cuadrado obtenemos el error existente  $r^2 = 0.0408$ , donde el 4% de los casos presentes de depresión se

debe a la dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria. Existe una relación significativa de baja intensidad para la población respecto a estas variables. Con los datos obtenidos se rechaza la Ho.

### 5.2.3 Correlación entre el Índice de depresión del Yesavage y el Cuestionario de APGAR Familiar.

A continuación se analizará la correlación existente entre la depresión y la percepción de la funcionalidad de la familia (Cuestionario de Apgar Familiar).

**Correlaciones**

		Depresión	Funcionalidad familiar
Depresión	Correlación de Pearson	1	.468**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	95	95
Funcionalidad familiar	Correlación de Pearson	.468**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	95	95

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

**Tabla 15.** Correlación entre el Yesavage y el Cuestionario de Apgar Familiar

Entre las variables de depresión y la percepción de la funcionalidad familiar existe una correlación positiva moderada en los datos de la muestra. Elevando r al cuadrado obtenemos el error existente  $r^2 = 0.2190$ , donde el 22% de los casos presentes de depresión se debe a la percepción de disfunción familiar. Existe una correlación significativa moderada para la población respecto a estas variables. Con los datos obtenidos se rechaza la Ho.

## **CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN**

---

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de éste estudio es medir la depresión, los índices de funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, medir el grado de percepción de funcionalidad familiar para después poder determinar la relación existente de la depresión con las demás variables.

En esta investigación se encontró una frecuencia de depresión leve del 20% y de depresión moderada-severa del 11% y sin depresión del 69%. Estos hallazgos de presencia de depresión son menores a los reportados por Zavala y Domínguez (2010) en Cárdenas, Tabasco, donde obtuvieron una frecuencia de 34%, 19% y 47% respectivamente, estas diferencias pueden deberse que la muestra de nuestra investigación estuvo conformada por más hombres que mujeres y de acuerdo a la literatura el sexo femenino es el más afectado por la depresión. En cuanto a los factores asociados a depresión en el adulto mayor en nuestra investigación se encuentra pertenecer al sexo femenino, dedicarse a las labores del hogar, baja escolaridad (analfabeta) y ser viudo, concordando con Zavala y Domínguez, ya que ellos también encontraron variables sociodemográficas como la escolaridad y estado civil relacionadas a la depresión, aunque no coinciden en que el sexo sea un factor que influya. Rodríguez en el 2013 también reporta porcentajes más altos de presencia de depresión en Zacatecas.

La presencia de depresión es mayor a la encontrada por Roldan (2013) en Morelos y por Zavala, Posada y Cantú (2010) en Villahermosa, Tabasco, siendo la frecuencia de depresión leve del 5.2% y depresión moderada-severa del 1.9%, estos resultados obtenidos por estos últimos investigadores, llaman la atención porque la población estudiada se conformó por menos adultos mayores casados y más viudos y personas con más enfermedades, pero, los cuales poseían menor grado de analfabetismo y más alto grado de escolaridad alcanzando el 4.50% escolaridad profesional. Algunos factores que pueden incidir en éstas diferencias pueden estar determinados por la infraestructura de Villahermosa, ya que es una



ciudad más grande que Comalcalco, es una zona más urbana que cuenta con más espacio de esparcimiento para los adultos mayores y donde se localizan la mayoría de los centros que atienden a los adultos mayores así como especialistas geriatras y gerontólogos, retomando esto nos lleva a lo planteado por Havighurst como la cuarta tarea para el final de la madurez, que es el “establecer una afiliación explícita con el grupo de edad afín”, el hacerlo correctamente conduciría a la felicidad y éxito.

De igual manera, el porcentaje de depresión encontrado ha sido más alto que el encontrado por Pérez en el 2007 en la Unidad de Medicina Familiar 44 de Monterrey, Nuevo León, hallando una prevalencia de depresión del 20% en su muestra, las diferencias entre estos resultados no las podemos determinar, ya que no ofrece datos y porcentajes de otras variables, sin embargo ambos estudios coinciden en que la mayoría de los adultos mayores con depresión son mujeres.

Respecto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en esta investigación se encontró que el 87.36% no tiene dependencia, 7.36% es levemente dependiente y el 5.26% es moderadamente dependiente. Por lo tanto, la dependencia funcional hallada para las ABVD, de acuerdo a la escala de Katz, es del 12.62%, resultados mayores a los encontrados en la población de Villahermosa, Tabasco, estudiada por Zavala, Posada y Cantú en el 2010, donde la frecuencia fue del 2.6%. Ambas investigaciones fueron llevadas a cabo en unidades médicas del IMSS, la investigación de Zavala, Posada y Cantú tuvo mayor frecuencia de adultos mayores viudos y del sexo femenino, mientras que ésta investigación tuvo mayor frecuencia de adultos mayores que padecen Diabetes-Artritis y con presencia de depresión, los cuales de acuerdo a la literatura, son factores relacionados a la disfuncionalidad de las ABVD. El porcentaje de independencia para las ABVD es mayor a las reportadas por Soberanes, González y Moreno en el 2009 en la Ciudad de México y por las observadas en el 2008 por Quevedo et. al. en Centro, Tabasco.

En el estudio realizado por Barrantes Monge et al, en el año 2004 en la ciudad de México con personas mayores de 65 años, el 24% de la muestra resultó

dependiente en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), casi el doble de lo encontrado en este estudio, estas diferencias pueden deberse a que en su muestra participaron más mujeres, la media de edad es mayor (72 años) y la patología predominante en éste estudio fue la Hipertensión arterial sistémica con un 43% mientras que en nuestra investigación ésta enfermedad crónica alcanza un porcentaje de presencia del 33%.

En la investigación realizada por Valera et al. en el 2005, se obtuvo en su población un porcentaje de 53% de funcionalidad para las ABVD mientras que en ésta investigación se observó un porcentaje mayor de 87.36%. Las diferencias entre los estudios pueden estar determinadas a que en la muestra utilizada por Varela et al. fue evaluada la funcionalidad en un tiempo cercano a la hospitalización y la edad media fue mayor (74 años). Aunque ellos reportan no haber encontrado relación significativa entre el sexo y la dependencia funcional para las ABVD, en nuestra investigación se encontró que las mujeres perciben más afectada su funcionalidad que los hombres.

En el estudio realizado por Maya (2014) en la UMF núm.33 en la Ciudad de México, el 48% de su muestra no tenía dependencia funcional para las ABVD, cifras menores comparadas con las obtenidas en nuestro estudio, esta diferencia se pudo dar porque la muestra de Maya contó con más mujeres y por la enfermedad base estudiada (EPOC) en los participantes, también el aumento en la edad promedio pudo haber afectado. En su estudio encontró mayor relación de la dependencia para las ABVD con el estado civil casado, mientras que en nuestra investigación esta se relacionó más con el estado civil viudo. Con respecto a lo que se coincide con éste estudio, con el de Barrantes et al. y con Zavala es que la enfermedad con mayor presencia en la población es la hipertensión arterial.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), en los adultos mayores de esta investigación, obtuvieron frecuencias del 33.68% de personas independientes, 55.78% moderadamente dependientes y 10.52% dependientes, de nuevo la dependencia total en esta investigación (66.3%) se reporta mayor que la encontrada por Zavala, Posada y Cantú (2010) en Villahermosa, Tabasco

(37.4%). De las variables reportadas como predisponentes a la dependencia de las AIVD, se identificó a ser viudo, analfabeta, labores del hogar y padecer Diabetes-Hipertensión arterial, en esta investigación la única que se encuentra con mayor porcentaje es el ser analfabeta, en comparación con lo obtenido por Zavala, Posada y Cantú. Sin embargo ambas investigaciones coinciden que las mujeres son las que ven más afectada la funcionalidad para las AIVD. En el estudio de Barrantes Monge et al. en el año 2004 en la ciudad de México, se encontró el 23% de dependencia en su población para las AIVD, muy por debajo de lo encontrado en esta investigación, como se mencionó anteriormente hubieron factores que pudieron haber determinado esta diferencia de porcentajes. Torres del 2011 al 2013 también evaluó las AIVD en adultos mayores, reportando porcentajes más altos de pacientes independientes que ésta investigación (37%), cabe señalar que aunque su muestra se conformó en su mayoría por mujeres y personas jubiladas (variables que de acuerdo a la literatura tienden más a la dependencia funcional) su población tenía mayores grados de escolaridad, característica que diversos autores mencionan como factor de protección para el desarrollo de disfuncionalidad. Soberanes, Pedraza y Moreno en el 2009 también encontraron un porcentaje mayor de personas independientes para las AIVD que los observados en esta investigación. Pinillos y Prieto en Colombia en el 2012 obtuvieron resultados similares de personas autónomas para las AIVD que esta investigación, con sólo 1.68% por debajo, estos resultados casi similares nos asombra, ya que los datos sociodemográficos de la población de Pinillos y Prieto difieren con los nuestros porque la mayoría son mujeres, estado civil viudo y fueron personas institucionalizadas. Mientras que Quevedo et al. en el 2008 observaron mayor dependencia funcional para las AIVD que esta investigación.

En cuanto a la prevalencia de la percepción de disfuncionalidad familiar, fue del 13%, siendo predominante la percepción de disfuncionalidad familiar moderada. Este resultado es inferior a lo comunicado por Roldan (2013) del 51% y Zavala y Domínguez (2010), quienes comunicaron una frecuencia del 49% en su estudio realizado en Cárdenas, municipio muy cercano a Comalcalco, encontraron relación entre la disfunción familiar percibida con la edad y la escolaridad. La

diferencia en las prevalencias encontradas puede deberse a las diferencias sociodemográficas y culturales que existen entre las diferentes localidades, también puede deberse que la población utilizada por Zavala y Domínguez estuvo conformada por más mujeres, más adultos mayores con estado civil no unido y población con mayor número de enfermedades, sin embargo ambas investigaciones coinciden con el 83% de adultos mayores con escolaridad primaria o menor. Esquivel en el 2014 reportó en Monterrey mayor porcentaje de adultos mayores que perciben con funcionalidad a la familia (99%), mientras que Guerrero en el 2010 en Nayarit observó un porcentaje menor de percepción de funcionalidad familiar (71%), coincidiendo que los factores de riesgo asociados a la percepción de disfuncionalidad familiar es ser viudo, analfabeta (baja escolaridad) y/o padecer Hipertensión Arterial, demostrando lo que diversos autores mencionan, que a menor escolaridad, los adultos mayores perciben como disfuncional su núcleo familiar con mayor frecuencia, lo que supone que a mayor escolaridad se hace más uso de lo intelectual, teniendo mejores ingresos, lo que hace a muchos adultos mayores que aún apoyen económicamente, sintiéndose útiles en su entorno familiar. Un factor de protección predominante en diversas investigaciones es el estado civil casado.

En cuanto a la correlación de la dependencia para las ABVD y la depresión fue positiva y con porcentaje similar al encontrado por Maya (2014), en comparación con Zavala, Posada y Cantú (2010) donde se observó una correlación lineal negativa, sin embargo ninguna fue significativa, a diferencia de Varela et al. donde sí halló relación positiva y significativa entre estas dos variables.

Con respecto a la correlación de la dependencia para las AIVD y la depresión fue positiva y con relación significativa al igual a la encontrada por Zavala, Posada y Cantú (2010) y Pinillos y Prieto (2012). Barrantes Monge et al. en el año 2004 encontró una correlación mayor a las observadas en ésta investigación.

En esta investigación se encontró una fuerte correlación entre la depresión y la percepción de disfuncionalidad familiar. En el estudio hecho por Roldan (2013) y el realizado por Zavala y Domínguez (2010) también se halló alta correlación entre la depresión y la percepción de disfuncionalidad familiar. La investigación llevada a cabo por Guzmán en el 2008, registró 2% menos de relación de la percepción de disfuncionalidad familiar y depresión que en esta investigación. Rodríguez en el 2013 reporta que la relación entre estas variables no tuvo significancia estadística al igual que lo reportado por González (2002).

## **CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES**

---

En el presente estudio de investigación donde se buscó la relación de la depresión con la dependencia funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, la percepción de funcionalidad en los adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de Comalcalco, Tabasco, México se concluye que la prevalencia de depresión fue de 31%, los factores asociados a la depresión fueron el sexo femenino, dedicarse a las labores del hogar, padecer hipertensión arterial, analfabetismo, ser viudo y también se encontró que a mayor edad se incrementa la posibilidad de padecer depresión.

En cuanto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), se encontró que el 12.62% tiene algún grado de disfuncionalidad para llevar a cabo las ABVD. Los datos asociados a la disfuncionalidad fueron el sexo femenino, ser viudo, padecer Diabetes Mellitus al mismo tiempo que Artritis Reumatoide. También se observó que el incremento de la edad no es factor de riesgo para la disfuncionalidad de las ABVD.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) mostraron disfuncionalidad en el 66.3% de la población, asociándose a ellos el sexo femenino, ser viudo, analfabeta, ocuparse de las labores del hogar, padecer Diabetes Mellitus al mismo tiempo que Hipertensión Arterial de igual manera que a mayor edad se incrementa el riesgo para la disfuncionalidad para las AIVD.

Se observó que el 13% de los participantes percibían su entorno familiar como disfuncionalidad las variables relacionadas fueron el ser viudo, analfabeta y el padecimiento de Hipertensión Arterial.

Entre la Depresión y la disfuncionalidad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria no se encontró relación significativa para la población estudiada, por lo tanto se acepta la hipótesis nula.

La Depresión y la disfuncionalidad para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria obtuvieron una relación significativa de baja intensidad, por consiguiente se acepta la hipótesis de investigación.

En cuanto a la Depresión y la percepción de Disfuncionalidad Familiar, entre estas variables existe una correlación significativa moderada para la población estudiada, aceptando la hipótesis de investigación.

La importancia de esta línea de investigación se debe a que la pirámide poblacional a nivel mundial se está invirtiendo y en Comalcalco no es la excepción, aunado al crecimiento demográfico y a la aparición de nuevas enfermedades, da como resultado un aumento significativo de pacientes adultos mayores, crónicos y en fase terminal (Behar, 2003) y tomando en cuenta que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, volviéndose un problema sanitario, económico y social de urgencia para las autoridades y la sociedad (OMS,1998), es de gran interés seguir investigando sobre estas variables porque si no empezamos atender a esta población el grado de incapacidad que se tendrá para el futuro rebasará los sistemas de Salud Pública teniendo efectos sociales y económicos .

Otra característica que hace significativa a esta investigación radica que no se han realizado estudios similares dirigidos a esta población y existen pocas referencias sobre los problemas psicosociales del adulto mayor de este municipio y en especial de la Unidad de Medicina Familiar No. 11, la cual no cuenta con un departamento de psicología, impidiendo dar una atención multidisciplinaria que proporcione un manejo integral oportuno al adulto mayor derechohabiente de esta unidad.

Para nosotros como psicólogos es importante seguir estudiando a la población geriátrica, siendo éste un campo de trabajo que día a día se irá ampliando. Investigar sobre el envejecimiento, la depresión geriátrica y sus posibles causas es relevante para poder detectarla y prevenirla, para que el adulto mayor posea una mejor calidad de vida.

La presente investigación contó con ciertas limitaciones y posibles sesgos. El tamaño limitado de la muestra y haber sido seleccionada por conveniencia, pudo no ser representativa del universo al que pertenece, por lo tanto los resultados obtenidos pueden ser aplicables sólo para la localidad estudiada; sin embargo, puede ser considerada importante para guiarse de los resultados y reproducirse en investigaciones similares en regiones parecidas a ésta.

Por último, lo que propongo para futuros estudios es expandir la investigación, para que se incluyan otras variables, como las actividades ejecutivas de la vida diaria, si el adulto mayor tiene antecedentes familiares de depresión, si tuvo pérdidas afectivas, los roles familiares y si ha sido institucionalizado.

De igual manera me parece importante la implementación del APGAR Familiar dentro de un diseño de un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica o rehabilitadora desde el primer contacto del adulto mayor en atención primaria, para la detección de grupos de riesgo, sabiendo y confirmando una vez más con esta investigación, que la disfuncionalidad familiar es de los factores desencadenantes de depresión que más afecta a este grupo etario.

Sería oportuno anexar un módulo de Psicología en la Unidad de Medicina Familiar No. 11, donde puedan ser atendidos los adultos mayores en riesgo o crear grupos de autoayuda como lo manejan en la Secretaría de Salud Estatal, donde unos y otros, con ayuda de un grupo multidisciplinario, puedan prevenir enfermedades y mejorar las enfermedades crónicas que padezcan, así como actividades recreativas con la familia para la integración de los adultos mayores a los roles familiares, utilizando programas de intervención para mejorar redes de apoyo y redes sociales. Implementar intervenciones para revertir o detener el proceso de disfuncionalidad física y depresión, la aplicación de tratamiento oportuno que evite el deterioro funcional.

Fomentar el conocimiento de factores de riesgo para el adulto mayor, tanto en la población joven como en la población adulta, para que en el 2030 que se



espera el exponencial crecimiento de adultos mayores, la población pueda estar preparada y no sea una sociedad enferma y disfuncional.

## REFERENCIAS

---

Albala, C. & Marín, P. (2003). *Funcionalidad, salud y envejecimiento en América Latina*. Recuperado de: URL: [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD067\\_Albala.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD067_Albala.pdf) [08.08.2014]

Barrantes, M., García, M., Gutiérrez, R. & Miguel, J. (2007). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49 (4), 459-466.

Bello, M., Lozano, Puentes, R. E., Medina, M. M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 47, Suplemento 1, S4-S11.

Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento, teoría, investigaciones e intervenciones*. España: MASSON.

Calatayud, S. E. & Gómez, S. I. (2010). *Terapia ocupacional en Geriatría: Guía de aplicación de los cuadernos de colores de activación mental* (1ª ed.). Estados Unidos: LULU.

Consejo Nacional de Población. (2014). *Proyecciones de población municipal 2010-2030*. Recuperado de: URL: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones\\_Datos](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos) [09.07.2014].

Crespo, K. M., Cuzco, M. A. & Maza, J. V. (2012). *Prevalencia, características de depresión y factores asociados en los/las estudiantes de la Escuela de Enfermería*. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, 2011 (Tesis pregrado). Ecuador, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas.

Crespo, J. R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011*. (Tesis Pregrado). Ecuador, Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias Médicas.

Escobar, M.A., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C. & Blanco, J. (2009). Sintomatología depresiva en ancianos: la influencia de género. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48 (2), 59-64.

Esquivel, C. (2014). *Percepción de la funcionalidad familiar del adulto mayor (Tesis de posgrado)*. Nuevo León, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Fernández & Robles. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Fiscalía General del Estado. (2015). *Agencia Especializada de Atención al Adulto Mayor*. Recuperado de URL: [http://www.fiscaliatabasco.gob.mx/agencia\\_adultos\\_mayores.html](http://www.fiscaliatabasco.gob.mx/agencia_adultos_mayores.html)

Fuente de la, T., Quevedo, T. E., Jiménez, S. A. & Zavala, G. M. A. (2010). Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar*, 12 (1), 1-4.

Garza de la, F. (2005). *Depresión, angustia y bipolaridad*. México: Trillas.

Gil, P. & Martín, M. (2004). Guía de buena práctica clínica en Geriátría: depresión y ansiedad. *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología y Scientific Communication Management*. M-27362-2004

Gobierno del Estado de Tabasco. (2014). *2da Feria Nacional de Empleo para Personas con Discapacidad y Adultos Mayores*. Recuperado de URL: <http://tabasco.gob.mx/content/2da-feria-nacional-de-empleo-para-personas-con-discapacidad-y-adultos-mayores>

González, G. (2002). *Funcionalidad familiar en el adulto mayor con depresión en la Unidad de Medicina Familiar No.20 del Instituto Mexicano*

*del Seguro Social (Tesis de especialidad)*. México, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Guerrero, I. (2010). *“Percepción de la funcionalidad familiar en el adulto mayor de la unidad de medicina familiar No. 22, de San Juan de Abajo, Nayarit” (Tesis de especialidad)*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Gutiérrez, E. A., Briseño, R., Robles, M. A., Rodríguez, L., Sandoval, M.A. & Yañez, A. (s.f.). Taller de nuevas estrategias en el estudio de salud familiar. En Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C. *La medicina familiar a la vanguardia de la salud mundial*. Simposio llevado a cabo en el XII congreso estatal de medicina familiar, México. Recuperado de URL: [http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/manual\\_nuevas\\_estrategias\\_en\\_el\\_estudio\\_de\\_salud\\_familiar.pdf](http://residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/manual_nuevas_estrategias_en_el_estudio_de_salud_familiar.pdf) [11.02.2015].

Guzmán, P., Gutiérrez, R., Valadez, T.F., Valadez, T.C., Robles, R. & Yanez, O. (2008). Funcionalidad Familiar en el Paciente Geriátrico. *Atención Familiar*, 15 (2), 38.

Hall, V. (2003). *Depresión. Fisiopatología y tratamiento* (Tesis Posgrado). Facultad de Farmacia, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Hernández, Z. E. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2 (7), 79-100.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *Censo poblacional del estado de Tabasco*. Recuperado de: URL: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=27>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2015). *Cuéntame... Información por entidad*. Recuperado de URL: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tab/poblacion/vivienda.aspx?tema=me&e=27>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2014). *México en cifras*. Recuperado de URL: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=27>  
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=27>

Instituto Nacional de Geriátrica. (2014). *Preguntas frecuentes*. Recuperado de: URL: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/interior/preguntas.html#och> [15.07.2014].

Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco. (2015). *Capacita Cruz Roja a adultos mayores del CECUIDAM-ISSET*. Recuperado de URL: <http://isset.tabasco.gob.mx/content/capacita-cruz-roja-adultos-mayores-del-cecuidam-isset>

Jiménez, M.J. (2010). *Estilos educativos parentales y su implicación en diferentes trastornos*. España. Junta de Andalucía. Recuperado de URL: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052> [11.02.2015]

Jones, A. (2005). *Cambios evolutivos. Red de adultos mayores*. Recuperado de: URL: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD058.pdf> [15.07.2014].

Lara y M. R. (2005). *Medicina y cultura: hacia una formación integral del profesional de la salud*. México: Manual Moderno.

López, M.A (2003). *Riesgo social y envejecimiento*. Programa de Desarrollo del CITED Recuperado de URL: [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG021\\_Lopez.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG021_Lopez.pdf) [05.02.2015].

Maya, B. (2014). *Funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor con EPOC con oxígeno suplementario en la U.MF. 33* (Tesis especialidad). México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Mendoza, L., Soler, E., Sainz, L., Gil, I., Mendoza, H. & Pérez, C. (2006). Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 8 (1), 27-32.

Molina, J. C., & Mogrovejo, J. F. (2011). *Relación entre depresión con diabetes e hipertensión arterial en pacientes que asisten al dispensario médico y centro de servicio social del IESS 2011* (Tesis pregrado). Ecuador, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas.

Montes, C. (2004). *La depresión y su etiología: Una patología compleja*. Academia Biomédica Digital, Recuperado de: ISSN 1317-987X, N°. 18, 2004. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=825625>

Ochoa, P. (2009). *“Composición y Funcionalidad Familiar en Pacientes con Intento de Suicidio que acuden al servicio de Urgencias del Hospital General de Cunduacán, de la Jurisdicción Sanitaria 06” de Enero a Diciembre del 2007*. (Tesis de especialidad). México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión*. Recuperado de: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/#content> [22.10.2014].

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de: URL: [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/) [05.02.2015].

Pérez, M. & García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13 (3), 493-510.

Pérez, R. L. (2007). *Depresión en el adulto mayor* (Tesis especialidad). Nuevo León, Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Pérez, V. T. & Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (3).

Pinillos-P. & Prieto-S. (2012). Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14 (3), 436-445

Quevedo-T., Fuente-B., Jiménez-S. & Zavala-G-. (2008). Funcionalidad en el Adulto Mayor para las Actividades de la Vida Diaria, en Boquerón, Centro, Tabasco. *Atención Familiar*, 15 (2), 35-36.

Quintanar, O. F. (2011). *Atención psicológica de las personas mayores: Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (1ª ed.). México: Pax México.

Redín, J. (1999). *Valoración geriátrica integral I (I). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. ANALES Sis San Navarra*, 22 (1), 41-50

Rodríguez, Z. (2013). *Depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor* (Tesis especialidad). Zacatecas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Romero, M. (2004). Demografía de la vejez. En N. Asili (Ed.). *Vida plena en la vejez: un enfoque multidisciplinario* (pp. 4-11). México: Pax-México

Roldan, P. (2013). *Depresión y funcionalidad familiar en el adulto mayor en derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Xochitepec, Morelos* (Tesis especialidad). Morelos, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sahili, L. F. (2010). *Psicología para el docente, consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial* (1ª ed.). Guanajuato: Universidad de Guanajuato.

Sánchez, R. (2010, Septiembre). "La familia como escenario del desarrollo infantil". N. 34 ISSN 1988-6047. Recuperado de URL: [http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_34/M\\_ROSARIO\\_SANCHEZ\\_ROMERO\\_2.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_34/M_ROSARIO_SANCHEZ_ROMERO_2.pdf) [11.02.2015].

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. (2014). *Dotar de una vida digna a los adultos mayores, compromiso del DIF Tabasco*. Recuperado de URL: <http://dif.tabasco.gob.mx/content/dotar-de-una-vida-digna-los-adultos-mayores-compromiso-del-dif-tabasco>

Soberanes, F., Pedraza, A. & Moreno, C. (2009). *Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14 (4), 161-172.

Soria, R., Montalvo, J. & Herrera, P. (1998). Terapia familiar sistémica en un caso de esquizofrenia. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 1 (1). Recuperado de URL: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/esquizo.html> [11.02.2015].

Torres, G. (2014). *Evaluación de la dependencia en pacientes geriátricos para realizar actividades instrumentales de la vida diaria en el HGZ/UMF #8 "DR. Gilberto Flores Izquierdo"* (Tesis de posgrado). México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Trigás, M., Ferreira, L. & Mejide, M. (2011). *Escalas de valoración funcional en el anciano*. Sociedad Galena de Medicina Interna, 72 (1), 11-16.



Varela, P. L., Chavez, J.E., Galvez, C.M. & Méndez, S.F. (2005). Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica Herediana*, 16 (3), 165-171.

Vizcarra, G. (2009). *Actividades psicomotrices para la tercera edad como alternativa de Tratamiento complementario en la depresión* (Tesis Licenciatura). México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Zavala, G. & Domínguez, S. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2 (1), 41-48.

Zavala, G., Posada, A. & Cantú, P. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 12 (4), 116-126.

**ANEXOS**

**Cuestionario Sociodemográfico**

Estado civil	Casado(a)___ Divorciado(a)___ Separado(a)___ Soltero(a)___ Unión libre___ Viudo(a)___
Escolaridad	Analfabeta___ Primaria___ Secundaria___ Preparatoria___ Licenciatura___
Ocupación	Campesino___ Comerciante___ Jubilado/pensionado___ Labores del hogar___ Obrero___ Oficinista___ Profesionista___
Enfermedad crónica	Si___ No___
Enfermedad	AR,HAS___ DMNID___ DMNID,AR___ DMNID, HAS___ Dislipidemia___ EPOC___ HAS___ HAS, Dislipidemia___ HAS, Púrpura Trombocitopénica Idiopática___ Secuelas de Enfermedad Cerebrovascular___ Síndrome Metabólico___ Síndrome Metabólico, Glaucoma___
Uso de auxiliar	Si___ No___
Auxiliar	Bastón___ Lentes___ Bastón, Lentes___
AR: Artritis Reumatoide; HAS: Hipertensión Arterial Sistémica; DMNID: Diabetes Mellitus No Insulinodependiente; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.	
Nombre:	Edad:    Sexo F   M

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-**

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía ).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

**Bibliografía**

- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psycosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919.
- Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1.970; 10(1): 20-30.

**ESCALA DE LAWTON. 8 FUNCIONES.**  
**(Escala AVD instrumental)**

<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	
• Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
• Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
• Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
• No utiliza el teléfono	0
<b>COMPRAS</b>	
• Realiza independientemente las compras necesarias	1
• Realiza independientemente pequeñas compras	0
• Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
• Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
• Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
• Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
• Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
• Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	
• Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
• Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
• Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
• Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
• No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE ROPA</b>	
• Lava por sí solo toda su ropa	1
• Lava por sí solo prendas pequeñas	1
• Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
• Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
• Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
• Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1
• Utiliza el taxi o automóvil, pero solo con ayuda de otros	0
• No viaja en absoluto	0
<b>RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	
• Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
• Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0
• No es capaz de administrarse su medicación	0

#### MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras 1
- Incapaz de manejar dinero 0

**Se puntúa con 1 punto las actividades independientes y con un 0 las actividades dependientes**

**Dependencia total: 0 puntos Independencia total: 8**

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN REDUCIDA)**  
**(Valoración Mental Área Afectiva)**

	<b>Si</b>	<b>No</b>
• ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
• ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
• ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
• ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
• ¿Tiene a menudo buen estado de ánimo?	0	1
• ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
• ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
• ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
• ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
• ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
• ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
• ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
• ¿Se siente lleno de energía?	0	1
• ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
• ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

**Normal: 0 -5**

**Depresión leve: 6 - 9**

**Depresión establecida: > 10**



## VALORACIÓN FAMILIAR

### CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

Cuestiones	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre Vds. los problemas que tienen en casa?			
Las decisiones importantes, ¿se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y Vds. están juntos?			
Siento que mi familia me quiere			
Instrucciones:			
'Casi nunca' se valora con 0; 'A veces' se valora con 1; 'Casi siempre' se valora con 2. El índice está entre 0 y 10. Familia normofuncional: entre 10 y 7 Disfunción familiar moderada: entre 6 y 4 Disfunción familiar grave: entre 3 y 0			