



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Impacto de las Redes de Apoyo Social sobre la Presencia de
Sintomatología Depresiva en Adultos Mayores**

**ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)**

Ximena Magnolia Velda Hernández

Directora: Dra. Ana Luisa Mónica Gonzalez-Celis Rangel

Dictaminadores: Mtra. Margarita Chávez Becerra

Lic. Jorge Víquez Rodríguez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 8/09/2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

La realización de este reporte de investigación y el poder concluir una licenciatura es un triunfo para mí, hecho realidad gracias al apoyo de muchas personas, principalmente:

A mi mamá, por cuidar de mí toda la vida de una manera excepcional, por darme su apoyo incondicional, por enseñarme a que todo el tiempo debo ser mejor, y por ser la mejor mamá del mundo.

A mi papá, por trabajar arduamente todos los días para su familia y darme el apoyo moral y económico para poder llevar a cabo la realización de todos mis sueños.

A mi hermana Kenia, por regalarme de su simpatía de su atención al exponerle este trabajo y secar mis lágrimas cuando fue necesario.

A Alexis por su apoyo técnico en la utilización de Word para mejoras del presente trabajo, y por el apoyo emocional que me brindo a lo largo de este proceso.

A la Dra. Ana por todo el conocimiento que me ha transmitido desde el primer semestre de la Licenciatura, por abrirme las puertas en el proyecto y sobre todo por el tiempo que me regaló para corregir y perfeccionar este trabajo.

A mi amigo y Maestro Jorge por enseñarme además de lo académico, a ver la vida desde otra perspectiva.

A la Maestra Margarita, por su apoyo al aceptar ser parte de mi jurado y concederme de su valioso tiempo para concluir este trabajo.

A todos los adultos mayores que regalaron un poco de su tiempo para poder hacer posible este y muchos otros trabajos.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN PARCIALMENTE APOYADO POR:
PAPIIT EN EL PROYECTO N° IN310716

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
1. ¿Qué es envejecimiento y vejez?.....	4
1.1. Envejecimiento en México.....	6
1.2. Envejecimiento en la Ciudad de México.....	8
1.3. Envejecimiento en el Estado de México.....	9
2. ¿Qué son las Redes de Apoyo Social?.....	11
3. ¿Qué es la Depresión?.....	14
3.1. Depresión en la vejez.....	17
4. Planteamiento del problema.....	20
4.1. Pregunta de investigación.....	20
4.2. Objetivo general.....	20
4.3. Objetivos específicos.....	20
4.4. Hipótesis general.....	20
4.5. Hipótesis específicas.....	21
5. Método.....	22
5.1. Definición de variables.....	22
5.2. Participantes.....	29
5.3. Escenario.....	29
5.4. Instrumentos.....	29
5.5. Tipo de estudio.....	33
5.6. Diseño.....	33
5.7. Procedimiento.....	34

6.	Resultados.....	36
6.1.	Resultados descriptivos.....	36
6.2.	Resultados comparativos.....	38
7.	Discusión.....	46
8.	Conclusiones.....	49
	Bibliografía.....	52
	Anexos.....	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Índice de envejecimiento en México, 1990 a 2010.....	6
Figura 2. Crecimiento poblacional de adultos mayores en la Ciudad de México.....	8
Figura 3. Crecimiento poblacional de adultos mayores en el Estado de México.....	10
Figura 4. Presencia de sintomatología depresiva con red de apoyo familia y amigos.....	39
Figura 5. Nivel de presencia se sintomatología depresiva según la edad.....	43
Figura 6. Nivel de presencia de sintomatología depresiva según el sexo.....	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción operacional de las variables.....	23
Tabla 2. Conversión de puntuaciones para facilitar lectura de datos.....	35
Tabla 3. Distribución del porcentaje de participantes según sintomatología depresiva enfunción de la red social con la que cuenta el anciano.....	38
Tabla 4. Puntuaciones obtenidas para Red de Apoyo Familia y Amigos.....	40
Tabla 5. Puntuaciones obtenidas para Red de Pareja, Cultura y Deporte y Grupos no Específicos.....	42
Tabla 6. Comparación entre lugar de residencia y presencia de sintomatología.....	42
Tabla 7. Comparación entre estado civil y presencia de sintomatología depresiva.....	45

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 1. Carta de aceptación del participante
- Anexo 2. Ficha de datos sociodemográficos
- Anexo 3. Escala de bienestar subjetivo
- Anexo 4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage
- Anexo 5. Escala de Bienestar Subjetivo
- Anexo 6. Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos
- Anexo 7. Escala de Comportamientos Generativos

IMPACTO DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL SOBRE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES

RESUMEN

En México cada año aumenta la cifra de adultos mayores, sin embargo no todos cuentan con redes de apoyo social que ayuden a disminuir o evitar la presencia de sintomatología depresiva que frecuentemente se asocia a esta etapa. Es por ello que el objetivo de este trabajo fue comparar el impacto que tiene la red de apoyo social (pareja, familia, amigos, cultura y deporte, y grupos no específicos) además del género y edad, sobre la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores del Estado de México y la Ciudad de México. La muestra fue representada por 316 adultos mayores de 60 años residentes de estas dos áreas geográficas. Estos datos fueron analizados a través de *t* de Student y análisis de varianza de un factor; se encontró que la red de apoyo con mayor impacto positivo fue la familia ($t = 2.41$, $gl = 64.98$, $p < .002$), seguida de la red de apoyo social amigos ($t = 4.096$, $gl = 55.098$, $p < .000$); así como una relación significativa entre el ser mujer y presentar mayor presencia de sintomatología depresiva. Debido a esto se puede concluir que es de suma importancia la búsqueda y el conocimiento de los componentes existentes y nuevos que favorecen al envejecimiento exitoso, ya que permitirá efectuar esquemas, planes, programas sociales y metodologías más eficaces de intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida en las personas mayores de México.

Palabras clave: Vejez, Redes de Apoyo Social, Depresión, Adultos mayores, Envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestro país, al igual que en muchos otros países del mundo, el tema del envejecimiento está cobrando relevancia debido a que los descubrimientos en salud año con año aumentan y prosperan, elevando la esperanza de vida del ser humano, lo cual permite que en el mundo se acrecienten las cifras respecto a la cantidad de adultos mayores que habitan las ciudades.

La problemática en relación a esto, es que no todos los países cuentan con las condiciones necesarias, tanto sociales, culturales, de infraestructura, etcétera, para el desarrollo adecuado de este segmento de la población que cada vez se vuelve más grande. Debido a esto, muchos investigadores y científicos de todas las áreas del conocimiento han hecho especial énfasis en el tema del envejecimiento dentro de sus investigaciones, ya que cualquier hallazgo será benéfico para encontrar respuestas que contribuyan a elevar la calidad de vida de esta población, principalmente para favorecer la situación de los ancianos en México.

Asimismo, la búsqueda y el conocimiento de los componentes que favorecen al envejecimiento exitoso, permitirá efectuar programas políticos y sociales, esquemas, planes y metodologías más eficaces de intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida en las personas mayores de México, en donde el objetivo principal de todo el proceso debe ser concebir al ser humano envejecido como alguien que tiene la capacidad de disfrutar de la vida, estar satisfecho con lo que hace y piensa, estar de acuerdo con el lugar que tiene en la sociedad y que se considere como un ser humano quien aún tiene mucho que aprender y aportar a la vida diaria.

Un reto difícil al que se enfrentan los ancianos es la pérdida, ya que es en la edad adulta mayor, cuando las personas sufren pérdidas continuamente, desde las pérdidas físicas, como la decadencia de los sentidos y la salud en general, las pérdidas de los seres queridos como los decesos de amigos, familia y donde se experimenta la viudez, así como la pérdida de fuentes de trabajo y la reducción de entradas monetarias; recuérdese que en

esta etapa por ley también son jubilados, retirados y separados de sus actividades laborales aunque no lo deseen. Es por ello que muy a menudo los adultos mayores comienzan a presentar sintomatología depresiva derivada de todos estos fuertes cambios, incluso algunos estudios afirman que la depresión en adultos mayores es común y se presenta con altos porcentajes sin que siempre sea atendida.

Es por esto que las investigaciones de los últimos años respecto al tema sostienen que un hallazgo importante ha sido el descubrimiento de la importancia que tiene contar con redes de apoyo social en la vejez; se dice que contar con éstas, facilita tener un envejecimiento exitoso, inclusive, los ancianos en varios estudios admiten que si se cuenta con redes de apoyo social es más fácil tolerar y adaptarse a los cambios que la edad trae consigo. Estas redes de apoyo social son divididas en dos clases, las formales, como son los apoyos económicos gubernamentales, de canasta básica, pensiones laborales etc. Y las informales, que son los bienes económicos, sentimentales, de vivienda, vestido y calzado y alimentación entre otros que provienen de la familia, amigos y todos aquellos círculos de personas cercanas a ellos que aporten algo al anciano.

Los adultos mayores afirman, que la parte de la familia como red de apoyo social, es el apoyo que más impacto tiene sobre el bienestar e incluso también es el apoyo más importante a la hora de enfrentarse con adversidades como pérdidas y enfermedades.

Es así que surge el interés de hacer un estudio en donde la estadística sea la principal herramienta para comparar el impacto que tienen las redes de apoyo social sobre la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor.

Este trabajo deriva del proyecto “Factores Asociados al Envejecimiento: calidad de vida, bienestar, generatividad, autoeficacia y depresión”, el cual es motivado por identificar la asociación entre distintos factores determinantes de un envejecimiento exitoso, además de descubrir la manera en que estos factores tienen que ver con la calidad de vida, para la construcción de un modelo de envejecimiento exitoso.

1. ¿QUÉ ES ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ?

El ciclo de la vida después del nacimiento comprende el desarrollo del individuo hasta la adultez, posteriormente viene una declinación que culmina con la muerte. El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y finalmente a la muerte (Gaviria, 2007).

Asimismo, Montes de Oca (2010) nos señala que el envejecimiento es un proceso en el tiempo que inicia desde el nacimiento y termina hasta la muerte, y que incluso hay posturas científicas que indican que este proceso comienza desde la gestación en el vientre materno. Por eso, el análisis del envejecimiento debe comenzar desde las etapas previas al nacimiento, y abarcar desde los grupos más jóvenes hasta los grupos en edades avanzadas, ya que este término contiene de manera implícita la idea de que hay un desarrollo humano en todo el curso de la vida.

Ahora bien, para contestar que es la vejez, Cardona, Estrada y Agudelo (2003), mencionan que la “tercera edad” es llamada así, haciendo alusión a la etapa número tres luego de haber transitado por las dos primeras, que son la juventud y la vida adulta, e históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada.

Uno de los fenómenos asociados al rápido incremento de la población de adultos mayores es que, por un lado, el declive de la mortalidad da origen a un progresivo aumento de la esperanza de vida y, en consecuencia, un número cada vez mayor de personas llega con vida a edades avanzadas. Por otro, la caída de la fecundidad se refleja a la larga tanto en una cantidad menor de nacimientos, como en una reducción sistemática de la proporción de niños y jóvenes en la población total (Zuñiga & Garcia, 2008).

Por otra parte, Acuña y Hernández (2009), aclaran que existen diversos cambios en las personas de la tercera edad al igual que en el resto de las etapas de la vida, muchos de los cambios ocurridos en este periodo pueden ser considerados como negativos o pérdidas, tal es el caso de la aparición de enfermedades físicas y de la discapacidad consiguiente; de fenómenos neurodegenerativos o enfermedades físicas que pueden producir sintomatología depresiva. Debido a esto, la dependencia del adulto mayor a otros miembros de la familia incrementa. Cuando se llega a la edad adulta avanzada, lo anterior es una posibilidad que puede afectar la relación con los hijos y propiciar confusión y la reversión de roles, que puede amenazar la estabilidad familiar.

Sin embargo este deterioro no solo afecta al organismo físico, sino también deteriora las cuestiones psicológicas, ya que con este deterioro físico, vienen los cambios en la manera de cómo es que se percibe la vida y sobre todo en cómo se vive esta misma.

Así es como Machado, Salmazo y Galhardoni (2008) mencionan que existe una diferencia entre el proceso de envejecimiento y la vejez, el envejecimiento se define para ellos como un proceso multifacético socio-vital que sucede a lo largo de la vida, y la vejez se refiere al “ser viejo” condición resultante del envejecer y los elementos como la salud física y mental, independencia en las actividades diarias, la participación, la satisfacción con su vida, los recursos económicos, la productividad, etcétera, son decadentes.

Es por esto que la vejez es entendida como una etapa de la vida, donde convergen una serie de pérdidas y deterioros en distintos niveles, físico, psicológico y social, así como ganancias, sin embargo se asocia a la vejez una etapa exclusiva de pérdidas, las cuales ocasionan sentimientos de inutilidad, baja autoestima, y depresión.

1.1. Envejecimiento en México

Los datos respecto al envejecimiento en nuestro país son muy interesantes ya que nuestra población de adultos mayores, se ubica entre las que están creciendo más rápidamente en el mundo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México a nivel nacional, de los 117.9 millones de habitantes que contabilizó el Censo de Población y Vivienda 2010, 10.1 millones son personas adultas mayores, lo que representa 9.0%, es decir, casi 1 de cada 10 habitantes del país (INEGI, 2016).

En el portal del INEGI (2016) existe la siguiente figura (Ver figura 1) en donde se puede visualizar el crecimiento poblacional de adultos mayores durante los últimos años.

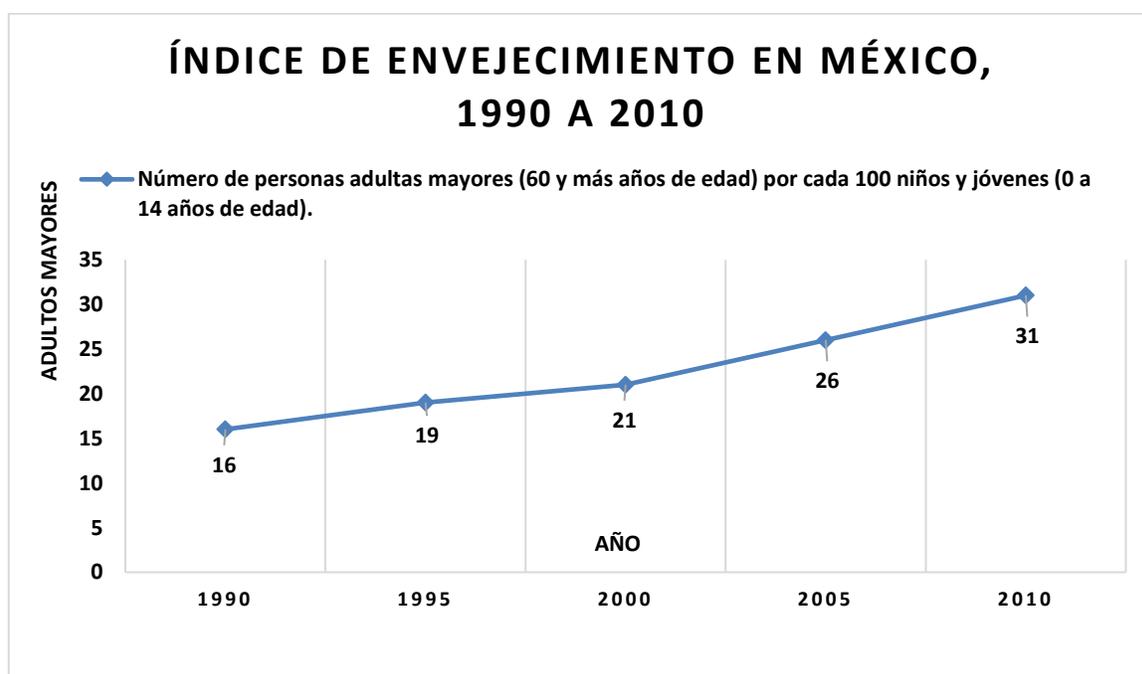


Figura 1. Índice de envejecimiento en México, 1990 a 2010.

Para dar un panorama general respecto al crecimiento poblacional, la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2007), señala que la población de personas adultas mayores se ha incrementado notablemente, y que continuará aumentando, pues para el 2050 serán aproximadamente dos mil millones de personas ancianas en el mundo.

Particularmente, la población de adultos mayores en la Ciudad de México y Zona Metropolitana alcanza una cifra de 1,964,896 adultos mayores, lo que en porcentaje se traduce como el 18.66% de la población total del país, del cual el 44% es de hombres y el 56% representa a las mujeres (INEGI, 2016).

1.2. Envejecimiento en la Ciudad de México

En la Ciudad de México hay una población de 8,918,653 personas de las cuales 1,276,452 son mayores de 60 años de edad, encontrándose que 541,865 son hombres y 734,587 mujeres (INEGI, 2016).

En la figura 2 se muestra el proceso de crecimiento poblacional que se ha registrado en la Ciudad de México en los últimos años y cómo se espera que aumenten las cifras para 2030, se muestra que en el 2010 de cada 100 habitantes residentes de esta área, 34 eran adultos mayores es decir con edades de 60 años o más. En el 2013, de cada 100 habitantes 39 eran adultos mayores, por lo que la estadística nos muestra un incremento de esta población en donde en el año 2030 se esperará que de cada 100 habitantes de esta ciudad 78 personas sean ancianos, situación que al compararse con el nacional ubica a la Ciudad de México en el primer lugar en el proceso de envejecimiento poblacional del país (CONAPO, 2014).

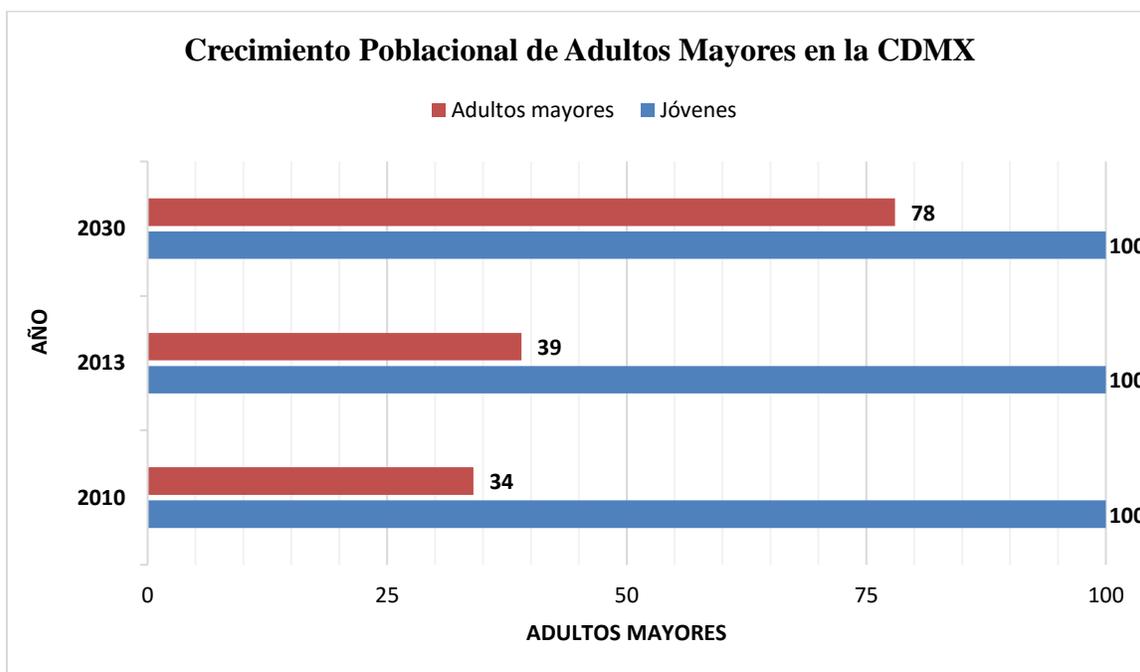


Figura 2. Crecimiento poblacional de adultos mayores en la Ciudad de México.

1.3. Envejecimiento en el Estado de México

El estado de México es la entidad más poblada del país. Concentra acerca de 16,187,608 de habitantes. Es decir, la población mexiquense es aproximadamente 14% de la población total del país. A pesar de que el estado de México es una de las entidades federativas que aún conservan una estructura por edad media de 27.4 años, lo cierto es que experimenta procesos internos que aceleran un cambio en la estructura hacia un envejecimiento de su población. Pero, independientemente de este proceso, la realidad es que el Estado de México concentra a un número cercano al millón de personas con 60 años y más, es decir, una octava parte de la población anciana de todo el país. Es, en términos absolutos, la entidad que tiene un mayor número de personas adultas mayores, de todas las entidades federativas del país (Montes de Oca & Hebrero, 2008).

La figura 3 señala el crecimiento poblacional de los últimos años, y la proyección que se tiene para 2030. En el año 2010, habían 17 adultos mayores por cada 100 jóvenes, 19 ancianos en 2013 y para el año 2030 se estima que habrán casi 43 adultos mayores por cada 100 jóvenes, situación que al compararse con el nacional ubica al Estado de México en el lugar 25 en el proceso de envejecimiento poblacional del país (CONAPO, 2014).

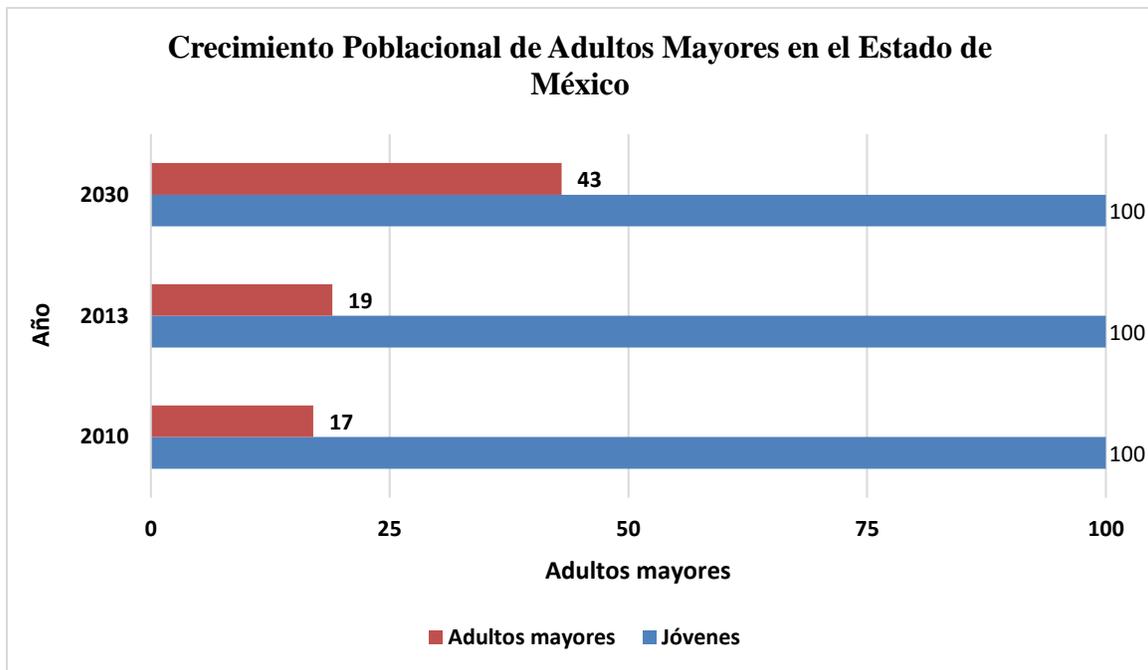


Figura 3. Crecimiento poblacional de adultos mayores en el Estado de México

Lo cierto es que, este crecimiento poblacional, refleja una serie de necesidades que deben ser parte de las políticas públicas en donde se involucre tanto a las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, iniciativa privada, sociedad, familias mexiquenses como a las mismas mujer y hombres adultos en la búsqueda de soluciones compartidas (Montes de Oca & Hebrero, 2008).

2. ¿QUÉ SON LAS REDES DE APOYO SOCIAL?

Para responder a este cuestionamiento, Mendoza y Martínez (2009), explican que las redes de apoyo social se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

Ahora bien, de acuerdo a Sluzki, (1996), las redes sociales de apoyo son “la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad”, misma que incluye los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo.

Y Para Cardona, Estrada y Agudelo (2003), el apoyo social, es entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en: familiar o de tipo informal, ofrecido por los miembros de la familia (red primaria) vecinos, amigos o parientes (red secundaria) residan o no con el anciano; y el apoyo institucional o de tipo formal, donde organismos públicos y privados asisten a la población, entre ellos se cuentan las instituciones de atención en salud, fondos de pensiones, grupos religiosos, humanitarios, y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios, establecidos según el propósito y el objetivo de su constitución. Por otra parte, la red social constituye una de las claves centrales de la experiencia de identidad, bienestar, competencia y protagonismo o autoría.

Del mismo modo, existen distintos autores que afirman la presencia de algunos otros componentes en las redes de apoyo, como pueden ser, los integrantes que forman la familia o amigos, vecinos, los materiales o instrumentos proporcionados, etcétera.

De este modo lo que se presenta en la literatura bajo el nombre de redes de apoyo social, y de acuerdo a la definición que dan los autores, el Centro de Estudios Sociales y de

Opinión Pública (CESOP), dice que vivir solo representa importantes retos en la calidad de vida y el estado anímico de los adultos mayores, ya que vinculadas con la edad es frecuente que se presenten enfermedades degenerativas o limitaciones físicas que requieren del apoyo de familiares o amigos (CESOP, 2011).

Por lo tanto, la red de apoyo social y sus diferentes componentes pueden influir en la percepción positiva que el individuo de la tercera edad realiza sobre su capacidad para ejecutar actividades de la vida diaria (Acuña & González-Celis, 2010).

De acuerdo con el INEGI uno de cada siete hogares integrado por al menos un adulto mayor es unipersonal, lo que en términos de población significa que 12% de los adultos mayores viven solos (INEGI, 2011).

De igual modo, se propone que la red social tiene influencia en los hábitos relativos a la salud, ya que el sujeto es más propenso a adoptar estilos de vida saludables si tiene con quien compartirlos y, por otro lado, la internalización de normas de conducta que ofrece la familia, los amigos y el grupo comunitario puede influir de manera significativa (Mendoza & Martínez 2009).

Es por esto que el aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales; la comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios son fundamentales para proteger la salud tanto física como mental. Las personas mayores tienen probabilidades más altas de perder seres queridos y por esta razón son más vulnerables a la soledad y al aislamiento social (De la Serna, 2003).

Asimismo Vera, Sotelo y Domínguez (2005), afirman que las fuentes de apoyo (instrumental y emocional) son indispensables para el bienestar del anciano, y que todas las personas desean convivir, compartir y sentirse acompañadas de su familia y amistades.

Del mismo modo, Acuña y González-Celis (2010), mencionan que la red social de mayor apoyo hacia los adultos mayores es la familia, y que esta es la principal red de apoyo de la cual hacen uso los ancianos; ya que el apoyo que se recibe de esta red, es principalmente emocional, sin embargo también es la que propicia ayuda material y económica, y constituye un factor de vital importancia para la realización de actividades diarias que favorecen la satisfacción y el bienestar del anciano.

3. ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of American Psychiatric Association* (APA, 2012) clasifica la depresión como: presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante mínimo las dos últimas semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días. Según lo indica el propio sujeto (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto).
2. Disminución del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, la mayoría de los días (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia la mayoría de los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores la mayoría de los días (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía la mayoría de los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) la mayoría de los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, la mayoría de los días (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.

Se debe tomar en cuenta que los síntomas no cumplan los criterios para un episodio mixto, que no sean provocados por malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, que los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como una droga o un

medicamento e incluso una enfermedad médica, y finalmente que los síntomas no se expliquen mejor por la presencia de un duelo, por ejemplo después de la pérdida de un ser querido. Los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Asimismo, el *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2016) menciona que la depresión es una enfermedad que hasta ahora no tiene una causa única conocida por la cual es provocada, más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos.

Generalmente es compuesta por algunos o todos de los siguientes síntomas: sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío, sentimientos de desesperanza y/o pesimismo sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga y falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento; sin embargo estos son solo síntomas generales, también hay muchas opiniones acerca de que existen tipos de depresión con sintomatología específica, por ejemplo, se menciona en la literatura la depresión psicótica, post parto, la depresión grave, entre otras.

La depresión es más común en mujeres que en hombres; hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden estar relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres que en los hombres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz,

cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados.

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva (NIMH, 2009).

3.1. Depresión en la vejez

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 20% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente (OMS, 2016).

Sin embargo, actualmente no existe unanimidad sobre el concepto de depresión. En muchas ocasiones los investigadores no comparten el mismo significado para este concepto, aun así, la naturaleza de la depresión en la vejez parece ser fenomenológicamente distinta a la de otras edades. A ello contribuye sin duda la especial asociación de la depresión con el deterioro cognitivo en este periodo de la vida, que puede producir una importante confusión en la labor clínica con los ancianos (Latorre & Montañez, 1997).

Incluso, autores como Newmann, (1989) Gatz y Hunwicz, (1990) pueden confirmar la creencia común de que la depresión alcanza valores altos en la juventud, disminuye durante la adultez y vuelve a incrementarse en la vejez a valores similares a los de la juventud.

Navas (2013) señala que el anciano deprimido se encuentra triste, inhibido, sin ilusión por las cosas ni por lo que le rodea, apático, abatido, con pesimismo y sensación de vacío, llanto fácil, irritable, desesperanzado, preocupado, con sensación de soledad e inutilidad; con sentimientos de inadecuación y de culpa, rumiando los problemas y con pensamientos suicidas. Disminuye su apetito, pierde peso, sufre alteración del sueño, y, como se ha señalado, presenta diversas manifestaciones somáticas, con algias vagas y difusas. No disfruta con sus actividades habituales ni con los seres queridos. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria e, incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición.

Asimismo Gatz (1994) menciona que durante la vejez pueden aparecer altos niveles de síntomas depresivos sin que necesariamente alcancen el criterio para el diagnóstico de depresión.

Rivera, Benito-León y Pazzi (2015) realizaron un estudio en donde uno de los objetivos fue establecer la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor en Ciudad Victoria (Tamaulipas). La muestra fue de 1126 personas de 60 o más años (455 hombres y 671 mujeres) en donde la depresión fue evaluada con el Geriatric Depression Scale (GDS) y la escala de Yesavage (30 reactivos). Los resultados arrojaron que la prevalencia de síntomas depresivos en esta población fue del 29%, un 14.3% para la depresión leve y un 14.7% para la depresión mayor. Las mujeres mostraron una mayor proporción de síntomas depresivos (31.6%) que los varones (25.2%), aunque no alcanzaba la significación estadística ($p = .072$).

De igual modo Vázquez y Sanz, (1995). Encontraron que las mujeres presentan mayores tasas de depresión en todas las edades, incluso en la vejez. Y, que el riesgo más elevado de padecer un episodio depresivo se observa entre los jóvenes adultos y disminuye a partir de esta edad, dándose una curva descendente a partir de los 45 años.

Un estudio más, realizado por Segura, Cardona, Segura, y Garzón (2015) tuvo por objetivo explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del Departamento de Antioquia en el año 2012. La muestra fue de 4248 adultos mayores de 60 años La condición anímica de los adultos mayores, medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, fue categorizada en dos grupos (con y sin riesgo). El 29.5 % presentó riesgo de padecer depresión y el 70.5 % se mostró sin riesgo.

Es por los motivos antes mencionados que se tiene la certeza de que el adulto mayor enfrenta muchos cambios físicos, psicológicos, emocionales, culturales, en esta etapa, que lo hacen susceptible a desarrollar sintomatología depresiva, y que es altamente probable

que si este tiene redes de apoyo social estables y estrechas, podrá mantener un mejor estado de salud física y psicológica.

Para detectar algún tipo de presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, González-Celis (2009) señala que de los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión está el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, o bien la Escala de Auto-evaluación de la Depresión de Zung. De éstas, el inventario de Beck y la escala de Zung fueron creadas originalmente para población adulta, así que se debe ser cuidadoso al interpretarlas para personas mayores.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Pregunta de investigación

¿Las redes de apoyo social disminuyen o previenen la presencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores?

4.2. Objetivo general

Comparar el impacto que tiene la red de apoyo social (pareja, familia, amigos, cultura y deporte, y grupos no específicos) además del género, estado civil y edad, sobre la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores del Estado de México y Ciudad de México.

4.3. Objetivos específicos

- Comprobar qué red de apoyo social tiene mayor impacto respecto a la presencia de sintomatología depresiva.
- Identificar si existen diferencias significativas en el nivel de sintomatología depresiva entre los adultos mayores de la Ciudad de México y Estado de México.
- Identificar el rango de edad más propenso a presentar sintomatología depresiva.
- Comparar el nivel de sintomatología depresiva entre hombres y mujeres.
- Identificar si el estado civil es un factor significativo para la presencia de sintomatología depresiva.

4.4. Hipótesis General

Con la presencia de redes de apoyo social, se encontrará menor sintomatología depresiva en los adultos mayores.

4.5. Hipótesis Específicas

- Al contar con una red de apoyo social familiar, se encontrará un menor impacto en la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor.
- Los habitantes de la Ciudad de México cuentan con una menor presencia de sintomatología depresiva
- A mayor edad, mayor presencia de sintomatología depresiva.
- Las mujeres presentarán una mayor presencia de sintomatología depresiva.
- Quienes no cuentan con una pareja sentimental, presentarán mayor sintomatología depresiva.

5. MÉTODO

5.1. Definición de Variables

Conceptuales

Depresión

Un estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más (WHO, 1992).

Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social se refieren a los contactos personales, comunitarios e institucionales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo material, instrumental, emocional e informativo. Mendoza y Martínez (2009)

Operacionales

La tabla 1 muestra cómo fueron definidas las variables que se utilizaron en el presente trabajo, así como sus dimensiones, los instrumentos utilizados, los reactivos que fueron tomados en cuenta y el tipo de escala con el que fue medido.

Tabla 1. Descripción operacional de las variables

Variable	Dimensión	Instrumentos	Reactivos	Nº de Reactivo	Tipo de escala
Depresión	1.-Agitación 2.-Actitud hacia su propio envejecimiento 3.-soledad /insatisfacción	Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage	Escala completa	15	Opciones de respuesta dicotómicas con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad/insatisfacción.
Redes de Apoyo Social	Familia	Ficha de datos sociodemográficos	¿Con qué frecuencia convive con sus hijos(as)?	9.	Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 Una o dos veces al mes.2 Una vez a la semana o más 3.
			¿Con qué frecuencia convive con sus nietos?	10.	Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 Una o dos veces al mes.2 Una vez a la semana o más 3.
			¿Con qué frecuencia convive con sus familiares o parientes?	11.	Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 Una o dos veces al mes.2 Una vez a la semana o más 3.

	Escala de Bienestar Subjetivo	Ve o suficiente a mis familiares	17.	Opciones de respuesta dicotómicas con valores de cero y uno.
	Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos	Platicar con familiares Visitar familiares Hablar por teléfono con familiares	S-1 S-3 S-5	Respuesta con cuatro opciones tipo Likert, con puntuaciones de 0 a 100
Amigos	Ficha de datos sociodemográficos	¿Con qué frecuencia convive con sus amigos(as)?	12.	Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 Una o dos veces al mes.2 Una vez a la semana o más 3.
	Escala de Bienestar Subjetivo	Ve o suficiente a mis amigos	17.	Opciones de respuesta dicotómicas con valores de cero y uno.
	Escala de Ryff Abreviada	A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos	2.	Respuesta tipo Likert de siete opciones desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”, con una puntuación de 1 a 6 puntos.

		íntimos		
		Siento que mis amistades me aportan muchas cosas	14.	
		La mayoría de las personas tienen más amigo que yo	20.	
		Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí	32.	
Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos	Platicar con amigos	S-1	Respuesta tipo Likert, con puntuaciones de 0 a 100	
	Visitar amigos	S-4		
	Hablar por teléfono con amigos	S-5		
Pareja	Ficha de datos sociodemográficos	Estado civil:	3.	Soltero (1) Casado (2) En unión libre o concubinato (4) Con pareja (3) Separado (5) Divorciado (6) Viudo (7)

		¿Con qué frecuencia convive con su pareja?	8.	Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 Una o dos veces al mes.2 Una vez a la semana o más 3.
Cultura y Deporte	Ficha de datos sociodemográficos	Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre	20.	*sociales culturales educativas *oficios *deportivas *hacer ejercicio
		¿Pertenece algún grupo o asociación?	21. 22.	*Cultural *Educativa *Deportiva
		¿De qué tipo?		
	Escala de comportamientos generativos.	Me he comprometido en asuntos políticos, sociales o religiosos.	10.	Escala de tres puntos. “nunca” “una vez” “dos o más veces”
Grupos no específicos	Ficha de datos sociodemográficos	¿Con qué frecuencia convive con sus vecinos(as)?	13.	Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 Una o dos veces al mes.2 Una vez a la semana o más 3.
		Mencione que	20.	*manualidades *domésticas

actividades

realiza en su

tiempo libre

¿Pertenece 21. *Recreativa

algún grupo o 22. *Social

asociación? *Voluntariado

¿De qué tipo? *Altruista

*Religiosa

Escala de He participado 18.
comportamientos en reuniones
generativos. de vecinos o
de la

comunidad

He participado 28.

en asociación u

organización

como

voluntario

Instrumento de Platicar con S-2 Respuesta tipo Likert, con puntuaciones de 0 a

Expectativas de vecinos 100

Autoeficacia para Convivir con S-6

Realizar gente de mi

Actividades edad

Cotidianas en

Ancianos

5.2. Participantes

La muestra constó de 316 adultos mayores de 60 años y más, 188 residentes del Estado de México y 128 residentes de la Ciudad de México, sin importar el género, estado civil, ocupación, pertenencia a algún grupo, o la escolaridad, preferentemente alfabetos, y sin mostrar deterioro cognitivo aparente. Muestreo no probabilístico, intencional y selectivo, por participación voluntaria.

5.3. Escenario

Sitios en donde habitualmente se reúnen las personas mayores, para realizar diferentes actividades, como centros culturales y recreativos de la tercera edad, instalaciones donde se llevan a cabo diversas actividades y una Clínica familiar de atención medica general.

5.4. Instrumentos

Se utilizó una Carta de Consentimiento informado del participante, la cual contiene información detallada acerca del objetivo de la batería. Este fue firmado por el participante. (Ver anexo 1)

También se utilizó la Ficha de datos sociodemográficos (Ver anexo 2), sin embargo únicamente fueron utilizados los siguientes reactivos:

“Estado”

“1. Sexo: Femenino (1) Masculino (2)”

“2. Edad (años)”

“3. Estado civil: soltero (1) Casado (2) En unión libre o concubinato (4)

Con pareja (3) Separado (5) Divorciado (6) Viudo (7)”

“8. Pareja ¿Con qué frecuencia convive con su pareja?”

Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 una o dos veces al mes.2 una vez a la semana o más 3.

“9. ¿Con qué frecuencia convive con sus hijos(as)?”

Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 una o dos veces al mes.2 una vez a la semana o más 3.

“10. ¿Con qué frecuencia convive con sus nietos?”

Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 una o dos veces al mes.2 una vez a la semana o más 3.

“11. ¿Con qué frecuencia convive con sus familiares o parientes?”

Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 una o dos veces al mes.2 una vez a la semana o más 3.

“12. ¿Con qué frecuencia convive con sus amigos(as)?”

Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 una o dos veces al mes.2 una vez a la semana o más 3.

“13. ¿Con qué frecuencia convive con sus vecinos(as)?”

Nunca.0 Menos de una vez al mes.1 una o dos veces al mes.2 una vez a la semana o más 3.

“20. Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre.

Ver televisión/escuchar música (1) Leer (2) Caminar (3) Domésticas (4) Manualidades (5)

¿Cuáles? Sociales, culturales, educativas (6) ¿Cuáles? Oficios (7) ¿Cuáles? Deportivas (8)

¿Cuáles? Hacer ejercicio ¿Cuáles? Dormir/descansar (9) Otras, ¿Cuáles? (10)”

“21. ¿Pertenece algún grupo o asociación? Sí (1) No (2)

“22. ¿De qué tipo?

Recreativa (1) Cultural (2) Educativa (3) Social (4)

Voluntariado (5) Altruista (6 Religiosa (7) Civil (8)

Deportiva (9) Otra ¿cuál?”

Escala de Bienestar Subjetivo (Ver Anexo 3), elaborada por Lawton en 1975 y adaptada para población anciana en México por González-Celis (2002), con un Alfa de Cronbach de .81 y un coeficiente de correlación “r” de Pearson de .62 con el Instrumento de Calidad de Vida Breve (WHOQoL-BREF). La escala está constituida por 17 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas, con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento, y soledad/insatisfacción. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 17, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mejor es el

bienestar emocional del individuo. De esta escala fue retomado el reactivo 17 el cual es redactado de la siguiente manera.

“17. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares”

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (GDS) (15 reactivos), (Ver Anexo 4) En una muestra de adultos mayores mexicanos se obtuvo una consistencia interna de Alfa de Cronbach de .55 y un coeficiente de estabilidad temporal de $r = .67$ ($p < .05$) (González-Celis, 2002). La escala está constituida por 15 afirmaciones con opciones de respuesta dicotómicas con valores de cero y uno, agrupadas en tres dominios: agitación, actitud hacia su propio envejecimiento y soledad/insatisfacción. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 15, donde cuanto mayor sea la puntuación obtenida, más intensa es la sintomatología de depresión del individuo. Con un punto de corte de 5 o más, que indica presencia de sintomatología de depresión leve, y moderada a partir de 10.

Escala de Ryff Abreviada (ERA) (Ver Anexo 5) para evaluar bienestar psicológico subjetivo (39 reactivos), traducida y validada en español con muestras de personas mayores por Villar, Triadó, Celdrán y Solé (2010). La escala cuenta con 39 ítems, agrupados en seis dimensiones: Auto-aceptación, Dominio del medioambiente, Relaciones positivas con otros, Autonomía, Crecimiento personal y Propósito en la vida (Ryff, 1995). De los seis dominios, los primeros cuatro integran la medición del bienestar “hedónico”, mientras los dos últimos, crecimiento personal y propósito en la vida, están asociados a un bienestar “eudaimónico”. La escala tiene un formato de respuesta tipo Likert de siete opciones desde “Totalmente de acuerdo” hasta “Totalmente en desacuerdo”, con una puntuación de 1 a 6 puntos. La puntuación total podía tener un rango de 39 a 234 puntos, en donde a mayor puntuación mostraría un mayor bienestar. La escala aplicada con población mayor, ha demostrado tener una aceptable consistencia interna, con una alfa de Cronbach de .73. De este instrumento fueron rescatados los siguientes reactivos:

“2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos”

“14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas”

“20 La mayoría de las personas tienen más amigos que yo”

“32 Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí”

Instrumento de Expectativas de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Ancianos (AeRAC-Breve) (Ver Anexo 6) contiene 26 reactivos agrupados en cinco dimensiones: Actividades de Independencia, Actividades Recreativas Mentales, Actividades Recreativas Físicas, Actividades Sociales y Actividades de Protección a la Salud. Fue diseñada por González-Celis (2009), con un Alfa de Cronbach de .87 y un coeficiente de correlación “r” de Pearson de .54 ($p < .01$) con el cuestionario de calidad de vida WHOQoL-Bref, de .35 ($p < .01$) con la Escala de Bienestar Subjetivo de Lawton, y de -.31 ($p < .01$) con el Inventario Multifacético de Soledad. El AeRAC-Breve está constituido por 26 reactivos con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, con puntuaciones de 0 a 100, agrupados en cinco dominios: actividades de independencia, actividades recreativas mentales, actividades recreativas físicas, actividades sociales y actividades de protección a la salud. El promedio de la suma total de sus reactivos va de 0 a 100, donde mientras más alta es la puntuación, mayor es la percepción de autoeficacia del individuo. Sin embargo para este estudio solo se utilizó el apartado de actividades sociales, que es:

“Platicar con amigos y familiares”

“Platicar con vecinos”

“Visitar familiares”

“Visitar amigos”

“Hablar por teléfono con amigos y familiares”

“Convivir con gente de mi edad”

Escala de Comportamientos Generativos (ECG), (Ver Anexo 7) versión traducida al español de la *Generative Behavioral Checklist* (GBC por sus siglas en inglés), destinada a evaluar la frecuencia de conductas generativas en población adulta. De la escala original de 65 ítems (49 actos generativos y 16 neutros), y con el fin de obtener un instrumento más corto y adaptado a las personas mayores, se seleccionaron los 29 que más relevancia podrían tener en

la vejez, eliminando además los ítems neutros. La escala resultante se antecedió de la instrucción ‘Indique cuántas veces en los últimos dos meses ha realizado cada una de las siguientes actividades’, equivalente a la de la escala en inglés. Al igual que la versión original, los ítems se contestan utilizando un formato de respuesta de 3 puntos (0 “nunca”, 1 “una vez”, 2 “dos o más veces”). La puntuación total tiene un rango de 0 a 58 puntos, en que a mayor puntuación indica mayor comportamiento generativo del mayor. La ECG original en inglés demostró validez de constructo al correlacionar positivamente con la EGL ($r = .53$) y con otras medidas de generatividad (McAdams & de St. Aubin, 1992; McAdams et al., 1993). De este instrumento fueron utilizados los reactivos:

“10. Me he comprometido en asuntos políticos, sociales o religiosos”

“18. He participado en reuniones de vecinos o de la comunidad”

“28. He participado en una asociación u organización como voluntario”

5.5. Tipo de estudio

Comparativo

Los estudios comparativos permiten comparar, ya sea a las mismas personas a través de periodos de tiempo, o de varios grupos de diversas edades, sexo, ocupaciones, etc. El propósito de un estudio comparativo es poner a prueba las posibles diferencias en los valores de las variables dependientes y atribuir esas diferencias a la presencia de las variables independientes. Este tipo de estudios se usan cuando el objetivo de investigación incluye la comparación de por lo menos dos niveles de una misma variable (González-Celis & Ríos 2006).

5.6. Diseño

No experimental, observacional y transversal.

El diseño no experimental, no existe manipulación de variables independientes, por ello es observacional, ya que solo se mide el comportamiento del fenómeno o variable mediante registros o instrumentos de medida, que en la investigación se emplearon cuestionarios aplicados a la muestra de sujetos participantes; también es transversal, cuando la investigación se centra en analizar cuál es el nivel de una o diversas variables en un momento dado, asimismo es adecuado para analizar la relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo (González-Celis & Ríos 2006).

5.7. Procedimiento

Se inició con la revisión de la literatura acerca de la depresión y las redes de apoyo social en los adultos mayores, así como la relación positiva y negativa que existe entre estos dos factores; se hizo una exploración de estadísticos que nos muestren la situación de nuestro país referentes al tema, y consecutivamente se buscó información específicamente de la Ciudad de México y el Estado de México.

Posteriormente, se llevó a cabo una visita a una clínica de salud del Estado de México y algunos otros puntos de encuentro de adultos mayores en la Ciudad de México para hacer la recolección de datos; se les aplicó la batería completa junto con el consentimiento informado y la hoja de datos sociodemográficos. Ulteriormente, fueron introducidos a un paquete estadístico (SPSS versión 20) en donde las preguntas fueron seleccionadas y agrupadas según la red de apoyo social a donde pertenecieran, es decir, se hizo una selección de los ítems que estuvieran relacionados con actitudes y comportamientos referentes a las redes de apoyo social, y fueron agrupados en cinco dimensiones diferentes: “Familia” “Pareja” “Amigos” “Cultura y Deporte” y “Grupos no Específicos”.

Para utilizar las variables creadas fue necesario recodificar las puntuaciones a manera de que todos los reactivos fueran positivos, o negativos según fuera el caso, con la finalidad de que la variable completa fuera unánime, y posteriormente fue pertinente realizar una

transformación de escala del rango mínimo y máximo con el fin de facilitar la lectura de los resultados, esto se llevó a cabo a partir de convertir las puntuaciones totales de la variable en porcentajes de 0% a 100%. Esto se logró a través de un ajuste en las puntuaciones donde se agregó una variable nueva en el paquete estadístico (SPSS) y se le da la orden de ejecutar la siguiente formula:

$(X * 100) /$ los reactivos a convertir.

Donde X corresponde al total de puntuaciones originales de la variable a convertir. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Conversión de puntuaciones para facilitar lectura de datos.

Instrumento	Número de ítems utilizados	Puntuación mínima	Puntuación máxima	Fórmula
Escala de Ryff Abreviada (ERA)	6	5	30	$((ERA_TOTAL - 5) * 100 / 25)$
Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	15	0	15	$((GDS_TOTAL * 100) / 15)$
Escala de Bienestar Subjetivo (EBS)	1	0	1	$((EBS_TOTAL * 100) / 1)$
Instrumento de expectativas de autoeficacia para realizar actividades cotidianas en ancianos. (AERAC)	6	0	6	$((AERAC_TOTAL * 100 / 6)$
Escala de Comportamientos Generativos (ECG)	3	0	3	$((ECG_TOTAL * 100) / 3)$

Subsiguientemente los datos fueron analizados mediante Análisis de Varianza de un factor (ANOVA), y t de Student, para así comparar los resultados que arrojaron las variables de interés, y responder si las redes de apoyo social tienen un impacto en la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores.

6. RESULTADOS

6.1. Resultados Descriptivos

La muestra total de participantes fue de 316 de los cuales 224 corresponde a participantes femeninos y 92 a participantes masculinos. En donde las mujeres representaron un 70.9% del total, mientras que el 29.1% restante corresponde a los hombres.

La edad de los participantes tuvo un rango de 60 a 94 años, y se presentó una media de edad de $M = 69.5$ años. Del total de la muestra, 252 participantes tenían entre 60 y 74 años que corresponde al 79.7% del total, y 64 adultos mayores tenían entre 75 y 94 años, que corresponden al 20.3% restante.

Del total de la muestra, 66 personas no cuentan con pareja lo que corresponde al 20.9%, esta situación civil puede referirse a que son solteros, separados o divorciados; 174 son personas con pareja, algunos de ellos son casados, o viven en concubinato y esta cifra corresponde al 55.1%, y finalmente, 72 personas son viudas, cifra que corresponde al 22.8% del total. Las cuatro personas faltantes (1.2%) no contestaron cuál es su estado civil.

Los residentes del Estado de México fueron 88, lo cual representa al 74.4% de la muestra, y 128 eran habitantes de la Ciudad de México, lo cual corresponde al 25.6% restante.

Respecto a los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica, 36 participantes que es el 74.7% de la muestra total, obtuvieron puntuaciones de 0 a 5, lo que indica ausencia de sintomatología depresiva; 33 adultos mayores que corresponde al 10.4% del total, obtuvieron puntuaciones de 6 a 8 puntos, lo que indica que muestran una leve presencia de sintomatología depresiva; 14 ancianos que es el 4.4% de la muestra, obtuvieron puntuaciones de 9 a 12 lo que señala que presentan una moderada presencia de sintomatología depresiva; y 2 personas que es 0.6% del total de la muestra obtuvo de 13 a 15 puntos que representan una

severa presencia de sintomatología depresiva. Las 31 personas faltantes que representa el 9.8% de la muestra, no contestaron.

Se encontró que de los 316 participantes, únicamente 252 contestaron las preguntas correspondientes a la red de apoyo social familia, resultando que de esta cifra solamente 194 respondieron que si cuentan con este apoyo. Respecto a la red de apoyo social amigos, se encontró que de la muestra total, solo 257 respondieron los reactivos correspondientes a esta red, y únicamente 206 afirman contar con ella. Asimismo solo 261 participantes respondieron los ítems acerca de la red de apoyo pareja resultando que tan solo 165 personas cuentan con esta red. Un dato muy relevante es que de los 138 ancianos que respondieron los reactivos referentes a la red de apoyo cultura y deporte, únicamente diez personas tienen el apoyo de esta red. Y finalmente 111 ancianos respondieron los ítems referentes a la red de apoyo grupos no específicos, encontrándose que 70 encuestados son los que cuentan con este apoyo.

Ahora bien, en la tabla 3 se indica cómo se distribuye el porcentaje de participantes según el nivel de sintomatología depresiva presentada, dependiendo de las redes de apoyo social con las que cuentan los adultos mayores. Es decir, el 79.3% de las personas que cuentan con la red de apoyo social familia reportan un nivel ausente de sintomatología depresiva, el 16.2% de las personas que cuentan con esta red de apoyo familia, tiene una presencia de sintomatología depresiva leve, el 4.5% tiene una presencia de sintomatología depresiva moderada y nadie presentó tener una sintomatología depresiva severa. Mientras que el 83.5% de las personas que cuentan con una red de apoyo social de amigos, tienen ausencia de sintomatología depresiva, el 13.3% de las personas que cuentan con esta red, presentan un nivel leve de depresión, el 3.2% muestra un nivel moderado de depresión, y nadie reporta tener depresión severa. Respecto a la red de apoyo social pareja, se encontró que el 76.5% de los adultos mayores que cuentan con esta red, obtuvieron ausencia de depresión, 18.8% obtuvo un nivel leve de sintomatología depresiva, 3.4% obtuvo una puntuación de sintomatología depresiva moderada y 1.3% registro depresión severa. En cuanto a la red de apoyo social, cultura y deporte, el 90% de las personas que cuentan con el apoyo de esta red, no presenta ningún nivel de sintomatología depresiva, mientras que el 10% restante muestra

un nivel leve de depresión. Y finalmente el 77.3% de las personas que cuentan con la red de apoyo social por parte de grupos no específicos, reportan una ausencia de sintomatología depresiva, mientras que el 18.2% una depresión leve, el 3% una sintomatología de depresión moderada y un 1.5% resultó en sintomatología de depresión severa.

Tabla 3. Distribución del porcentaje de participantes según sintomatología depresiva en función de la red social con la que cuenta el anciano.

Presencia de Sintomatología Depresiva	Red de Apoyo Social				
	Familia	Amigos	Pareja	Cultura y Deporte	Grupos no específicos
Ausencia	79.3	83.5	76.5	90	77.3
Leve	16.2	13.3	18.8	10	18.2
Moderada	4.5	3.2	3.4	0	3
Severa	0	0	1.3	0	1.5
Total de porcentaje	100	100	100	100	100

6.2. Resultados Comparativos

En la Tabla 4 se muestra que para el caso de Familia como red de apoyo social, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión, entre personas que cuentan con esta red de apoyo social, en comparación con quienes no cuentan con esta red ($t = 2.903$, $gl = 228$, $p < .05$), donde la media de depresión para los ancianos sin esta red de apoyo fue $M = 4.12$, $DE = 3.52$; mientras que la media para los ancianos que si cuentan con la familia fue $M = 2.85$, $DE = 2.49$. De acuerdo a estas cifras es claro, que la familia, es la principal fuente de apoyo para el adulto mayor.

La red de apoyo social amigos, tuvo una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión ($t = 4.096$, $gl = 55.098$, $p < .000$) en donde la media de presencia de sintomatología depresiva para los ancianos sin esta red fue $M = 5.00$, $DE = 3.94$, mientras que la media para los ancianos que si cuentan con amigos como red de apoyo social fue $M = 2.57$,

DE = 2.26. Este hallazgo demuestra que los círculos de amistad son de las redes más importantes para esta población.

En la figura 4, se muestran las diferencias en las puntuaciones de presencia de sintomatología depresiva, entre adultos mayores que cuentan con las redes de apoyo antes mencionadas y los que no la tienen.

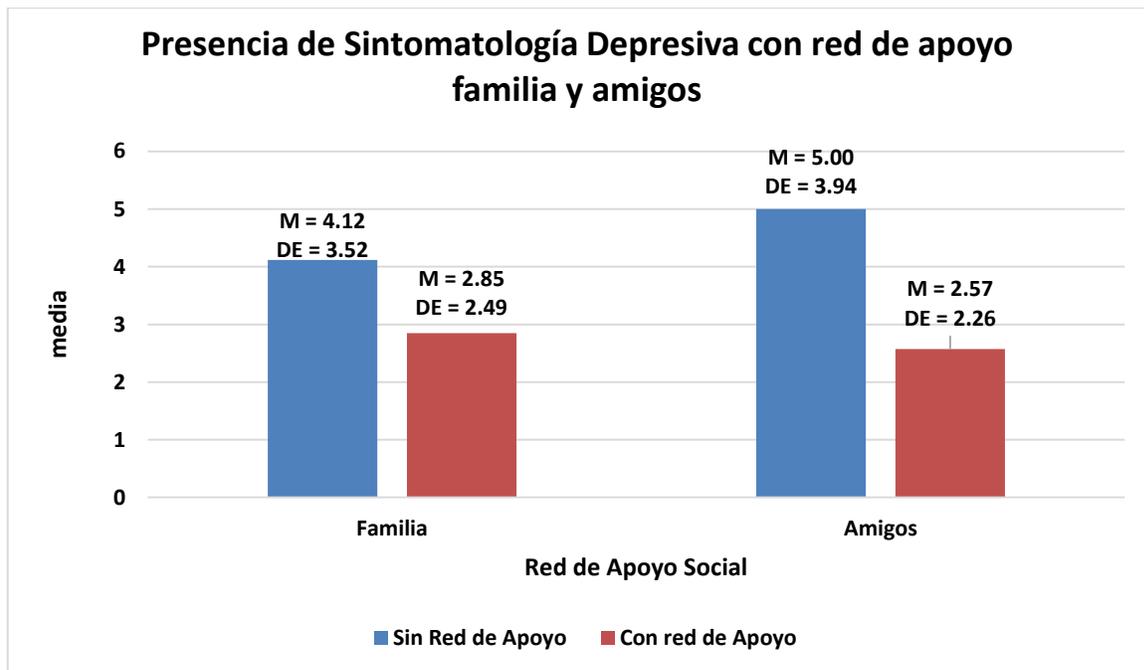


Figura 4. Presencia de sintomatología depresiva con red de apoyo social familia o amigos.

En la tabla 4 se muestran las puntuaciones de presencia de sintomatología depresiva obtenidas para las redes de apoyo social familia y amigos, en donde se encontró suficiente evidencia estadística para comprobar el impacto positivo que tiene el contar con este apoyo.

Tabla 4. Puntuaciones obtenidas para Red de Apoyo Familia y Amigos

Redes de Apoyo Social.	n	M	DE	t (gl)	p
Familia					
Sin red de apoyo social	51	4.12	3.52	2.90(228)	.002*
Con red de apoyo social	179	2.85	2.49		
Amigos					
Sin red de apoyo social	48	5.00	3.94	5.59(234)	.000***
Con red de apoyo social	188	2.57	2.26		

Nota: la muestra para cada grupo es diferente debido a que algunos participantes no respondieron a alguno de los reactivos.

* $p \leq .05$

*** $p \leq .001$

Sin embargo para los tres grupos restantes de redes de apoyo social (pareja, cultura y deporte, y otros grupos no específicos) no hubo una diferencia estadísticamente significativa aun así, es perceptible que contar con al menos alguna de las cinco redes de apoyo social que se establecieron en el presente trabajo, disminuyen notablemente la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, incluso, la puntuación que se obtiene en todas la redes de apoyo social es menor que quienes no la tienen.

Para el caso de la pareja como red de apoyo social ($t = 0.574$, $gl = 233$, $p > .05$) se encontró que la puntuación promedio de depresión para los ancianos que no cuentan con una pareja como apoyo social fue $M = 3.25$, $DE = 3.02$, mientras que la puntuación promedio para los que sí cuentan con pareja como red de apoyo social fue $M = 3.02$, $DE = 2.89$. Estos datos confirman que contar con una pareja como apoyo social, también tiene un impacto sobre la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, sin embargo, para interpretar estos resultados, hay que tomar en cuenta que del total de esta muestra de adultos mayores ($n = 316$), el 22.8% ($n = 72$) son viudos, por lo que puede considerarse como un factor importante al interpretar los datos.

Respecto a la red de apoyo cultura y deporte ($t = 1.527, gl = 124, p > .05$) se encontró que la puntuación promedio de sintomatología depresiva para los ancianos que no cuentan con esta red de apoyo fue $M = 3.20, DE = 2.86$. Mientras que los que sí cuentan con esta fue $M = 1.80 DE = 1.62$. A pesar de que la puntuación no fue estadísticamente significativa, estos resultados demuestran que la cultura y el deporte como red de apoyo social también son beneficiosos pues los adultos mayores que si cuentan con esta red de apoyo, mostraron puntuaciones menores a diferencia de quienes no la tienen.

Y finalmente respecto a la red de apoyo social grupos no específicos ($t = .773, gl = 102, p > .05$) en donde se tomaron en cuenta grupos temporales, grupos casuales, poco frecuentes, vecinos y similares, se encontró que la puntuación promedio de presencia de sintomatología depresiva para los ancianos que no cuentan con esta red de apoyo fue $M = 3.58 DE = 2.88$, por el contrario la puntuación promedio que se obtuvo para los ancianos que cuentan con la red de apoyo de los grupos no específicos fue $M = 3.12$ y $DE = 2.92$. Si bien los resultados de este análisis no fueron estadísticamente significativos, las puntuaciones señalan que estar en contacto y recibir apoyo de este círculo social es conveniente para reducir la presencia de sintomatología depresiva, y lograr una mejor calidad de vida en la vejez.

En la tabla 5 se muestran las puntuaciones de depresión obtenidas para las redes de apoyo social pareja, cultura y deporte y grupos no específicos.

Tabla 5. Puntuaciones obtenidas para Red de Pareja, Cultura y Deporte y Grupos no Específicos.

Redes de Apoyo Social.	N	M	DE	t (gl)	p
Pareja					
Sin red de apoyo social	86	3.25	3.02	.574(233)	ns
Con red de apoyo social	149	3.02	2.89		
Cultura y Deporte					
Sin red de apoyo social	116	3.20	2.86	1.527(124)	ns
Con red de apoyo social	10	1.80	1.62		
Grupos no específicos					
Sin red de apoyo social	38	3.58	2.88	.773(102)	ns
Con red de apoyo social	66	3.12	2.92		

Nota: la muestra para cada grupo es diferente debido a que algunos participantes no respondieron a alguno de los reactivos.

ns = no significativo

Subsiguientemente, se realizó una prueba t de Student para comparar las puntuaciones entre los residentes de la Ciudad de México y el Estado de México ($t = 1.687$, $gl = 283$, $p > .05$) se encontró que los habitantes de la Ciudad de México obtuvieron un promedio de $M = 2.69$ $DE = 2.70$, mientras que los habitantes del Estado de México obtuvieron $M = 3.26$ $DE = 2.83$. Si bien las puntuaciones no resultaron ser estadísticamente significativas, se puede observar en la Tabla 7 que la media de la Ciudad de México es menor a la del Estado de México. Lo cual puede ser atribuido al estilo de vida de cada región.

Tabla 6. Comparación entre lugar de residencia y presencia de sintomatología

Estado	n	M	DE	t (gl)	p
Ciudad de México	113	2.69	2.70	-1.687(283)	ns
Estado de México	172	3.26	2.83		

Nota: la muestra para cada grupo es diferente debido a que algunos participantes no respondieron a alguno de los reactivos.

ns = no significativo

Consecutivamente, se realizó una prueba t de Student para calcular el impacto que tienen la sintomatología depresiva respecto a la edad. Se encontraron valores significativos, ($t = 2.651$, $gl = 101.093$, $p < .000$) ya que la media de presencia de sintomatología depresiva en las personas menores y hasta 74 años es $M = 2.74$, $DE = 2.44$ Mientras que para las personas mayores de 74 es de $M = 3.89$ $DE = 3.48$. Estos datos pueden ser interpretados en base a las condiciones de vida de las personas respecto a su edad, los resultados demuestran que las personas mayores de 74 años presentan una mayor presencia de sintomatología depresiva que los menores de 74 años.

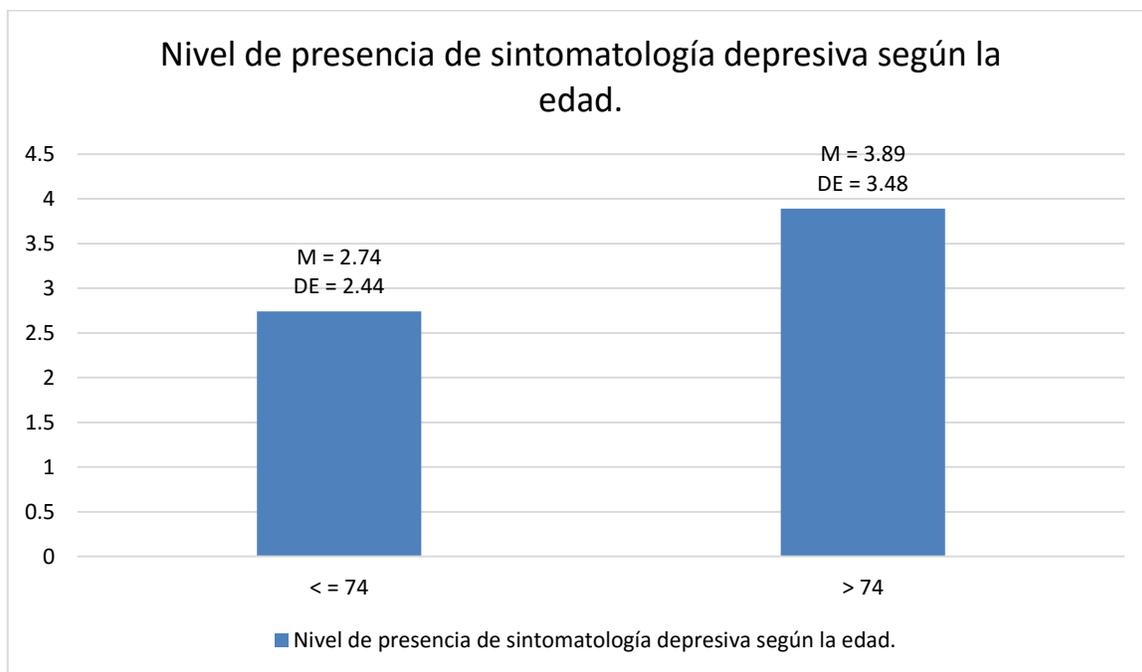


Figura 5. Nivel de presencia de sintomatología depresiva según la edad.

Posteriormente se realizó una prueba t de Student para comparar puntuaciones entre el ser hombre o ser mujer ($t = 3.393$, $gl = 197.107$, $p < .003$) y presentar sintomatología depresiva. Para el sexo femenino se obtuvo una media de $M = 3.35$ $DE = 2.94$ Mientras que para el sexo masculino se obtuvo una media de $M = 2.27$ $DE = 2.22$, lo que indica que las mujeres son más propensas que los varones a presentar algún grado de sintomatología depresiva incluso en la vejez.

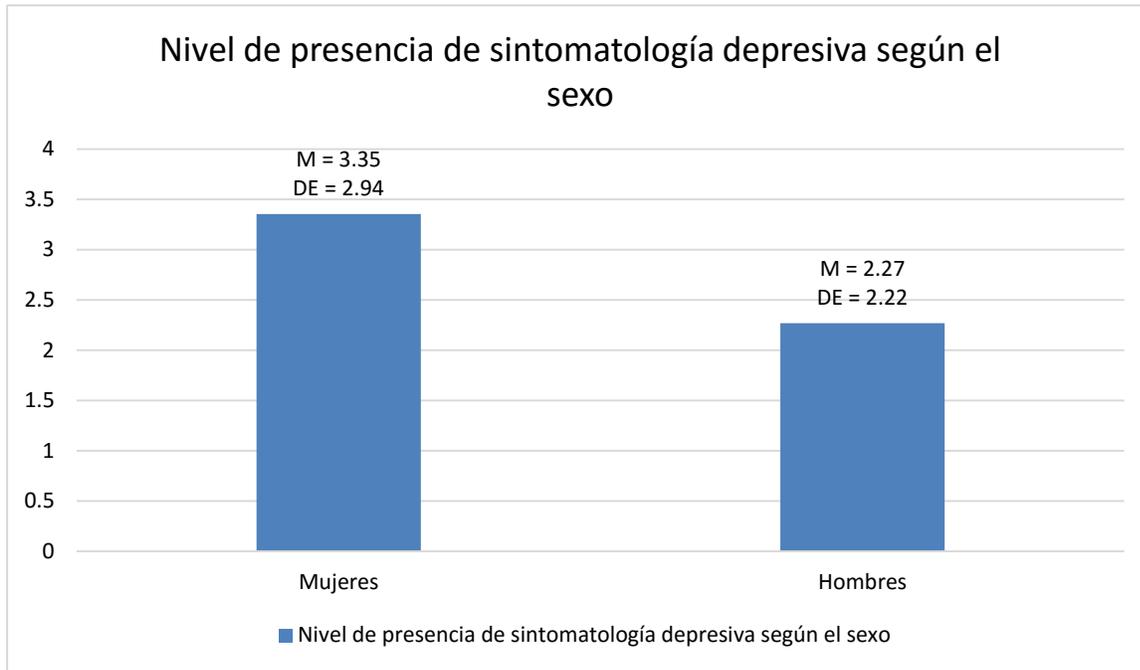


Figura 6. Nivel de presencia de sintomatología depresiva según el sexo.

Y finalmente, se realizó un análisis de varianza de un solo factor para comparar el nivel de sintomatología depresiva en los ancianos, respecto al estado civil ($F_{(2, 278)} = 1.695, p > .05$) y la presencia de sintomatología depresiva. Se encontró que el promedio para los ancianos con pareja es $M = 3.05$ $DE = 2.88$. Mientras que el promedio para los adultos mayores sin pareja es $M = 2.52$ $DE = 2.37$. Y por último los ancianos viudos tienen una media de $M = 3.45$ y $DE = 2.89$. Encontrándose que aunque las puntuaciones no son estadísticamente significativas, quienes reportaron tener menor presencia de sintomatología depresiva son los adultos mayores sin pareja, seguidos de los que sí tienen una pareja y finalmente las personas viudas son las que mayor presencia de sintomatología depresiva tienen. (Ver tabla 6)

Tabla 7. Comparación entre estado civil y presencia de sintomatología depresiva.

Estado Civil	n	M	DE	F(gl)	p
Sin pareja	57	2.52	2.37	1.695 (2, 278)	ns
Con pareja	158	3.05	2.88		
Viudo	66	3.45	2.89		
Total	281				

Nota: la muestra para cada grupo es diferente debido a que algunos participantes no respondieron a alguno de los reactivos.

ns = no significativo

7. DISCUSIÓN

Después de analizar los resultados, se confirmó que todas las puntuaciones obtenidas en relación a las cinco redes de apoyo señaladas en este trabajo, indican que tener redes de apoyo social reduce la presencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores.

Respecto a los resultados encontrados, los hallazgos más significativos son, que las redes de apoyo social, familia y amigos son las más importantes para evitar y reducir la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor; estas dos redes de apoyo mostraron puntuaciones significativas y según la literatura estos resultados son consistentes con otros estudios, ya que también afirman que la familia es el primer círculo de apoyo para los adultos mayores, por ejemplo, en un estudio realizado por Meléndez, Tomás y Navarro (2007), se encontró que, en cuanto al funcionamiento de los tipos de apoyo, según el género, se ha reconocido que, en lo referente al apoyo psicológico, la pareja es para los hombres la figura más importante, seguida de los hijos. En cambio, en el caso de las mujeres, se identifica una clara orientación hacia los hijos como proveedores de apoyo. Para ambos casos, los amigos se convertían en la tercera figura de apoyo más importante.

Esto puede deberse a que la familia es quien provee al anciano de las necesidades básicas, como alimento, techo y cobijo, entre otros. Los resultados de la red de apoyo social amigos se encuentran significativos ya que las actividades y charlas que comparten los adultos mayores son particularmente similares, tal cual lo muestra la literatura. Es por esto que resulta muy importante comenzar a pensar en acciones que lleven a propiciar mayor convivencia entre las familias y sus ancianos, así como lugares o actividades en donde los adultos mayores puedan tener convivencias efectivas con sus iguales.

Las redes de apoyo social de pareja mostraron ser importantes, ya que aquellos adultos mayores que contaban con una pareja presentaron menores puntuaciones en la presencia de sintomatología depresiva sin embargo no fueron significativos, aun así esta información es confirmada por el estudio de Segura, Cardona, Segura y Garzón, (2015) en donde se encontró

que la mayor probabilidad de padecer depresión la tienen quienes se encuentran solos, específicamente para aquellos separados/divorciados, solteros y viudos. Es importante retomar que esta muestra tuvo un porcentaje importante de viudos y de personas sin pareja, lo cual debe ser un punto retomar para interpretar los resultados. En este caso es importante promover planes de acción para asistir los duelos de la pérdida de pareja en el adulto mayor y con esto lograr reducciones en las puntuaciones de presencia de sintomatología depresiva.

Los resultados demostrados respecto a la red de apoyo social cultura y deporte y grupos no específicos, que contar con estas redes logra disminuir la presencia de sintomatología depresiva, sin embargo en una población latina, como es el caso de la mexicana, muy probablemente no es muy apegada a incluirse en actividades culturales y deportivas así como ser partícipe de actividades eventuales y/o temporales; esto debe ser otra área de oportunidad, en donde se desarrollen estrategias para incluir a los ancianos a proyectos sociales en donde sea posible potencializar estos dos círculos de apoyo social.

Esto es importante ya que en un estudio realizado por Mercado, Oudhof y Robles (2014) en donde se tuvo por objetivo comparara la depresión entre ancianos residentes del valle de Toluca respecto a la actividad física y condiciones de salud entre otras variables, se encontró que los adultos mayores que no practicaban actividad física mostraron síntomas de depresión en la dimensión fisiológica psicológica y de insatisfacción personal. Es importante indagar acerca del porque la población de ancianos de la Ciudad de México y área metropolitana no están suficientemente interesados en este tipo de actividades, o las razones por las cuales no se unen a estas.

Asimismo, la comparación de las puntuaciones de presencia de sintomatología depresiva por edad en este trabajo muestran que los ancianos mayores de 74 años, sufren más depresión que los adultos mayores de 60 a 74 años; este dato es de gran relevancia ya que es necesario realizar estrategias de inclusión a las redes de apoyo social a los mayores de 75 años con el fin de disminuir estas cifras. En el estudio de Latorre y Montañés (1997) también encontraron que las personas mayores de 80 años tienen mayores índices de presencia de

sintomatología depresiva sin embargo estos autores suponen que estas puntuaciones están asociadas a que a mayor edad más deterioro cognitivo existe.

Con base a los resultados obtenidos se puede confirmar que las mujeres en la senectud son más propensas a desarrollar sintomatología depresiva; esto coincide con el estudio realizado por Latorre y Montañés (1997) en donde participaron 230 adultos mayores de 60 años, a quienes se les entrenó para responder dos escalas de depresión (CES-D y Escala de Depresión según criterios del DSM III, que se han pasado conjuntamente con otras pruebas sobre deterioro cognitivo. Entrevista neuropsicológica, tests neuropsicológicos y un cuestionario sociodemográfico) se encontró que la presencia de sintomatología depresiva en ancianos, también es más frecuente en las mujeres (45.5 ó 46.2%) que para los hombres (26.6 ó 25%) respectivamente. De igual modo en el estudio realizado por Mercado, Oudhof y Robles (2014) se encontró que las personas entre 65 y 70 años tienen mayor depresión que los de 60 a 64 años, dato que confirma que entre mayor edad mayor depresión, posiblemente por deterioros mayores que lleva consigo la edad.

Y finalmente, respecto al estado civil, se confirmó que este es un factor importante sobre la presencia de sintomatología depresiva ya que al igual que en un estudio realizado por Ocampo, J. Romero, N. Saa, H. Herrera, J. y Reyes-Ortiz, C. (2006), se confirmó que la viudez es una etapa que favorece la aparición de síntomas depresivos.

8. CONCLUSIONES

Lo anteriormente mostrado, confirma una vez más que las redes de apoyo social para los adultos mayores son muy importantes, debido a que representan una parte muy significativa, tanto en el plano emocional como en el material.

El hecho de que un adulto mayor cuente con el apoyo emocional de alguna de las redes aquí propuestas, o algunas otras más incluyendo las institucionales, seguramente hará la diferencia para evitar la presencia de sintomatología depresiva que suele aparecer durante esta etapa, lo cual será benéfico tanto para el anciano como para la gente que lo rodea.

Cabe mencionar que actualmente existen propuestas para fomentar e incrementar la socialización de los adultos mayores mexicanos, con el fin de crear, incrementar y mejorar las redes de apoyo social que los ayudan a lograr un envejecimiento exitoso, tal como lo propone Acuña, (2008) en donde el propósito de su investigación fue diseñar, desarrollar y evaluar los efectos de una intervención basada en el entrenamiento de habilidades sociales desde un enfoque cognitivo-conductual, en donde se encontró que la implementación de un taller en donde se puedan desarrollar estas habilidades, puede ser una herramienta útil para fortalecer las redes de apoyo social de los adultos mayores, y con esto mejorar la calidad de vida, bienestar emocional, autoeficacia en actividades de la vida diaria, sentimientos de soledad y estado de salud.

Respecto a este trabajo, es necesario mencionar que en cuanto a la red de apoyo familia, aún quedan muchos aspectos por evaluar, ya que aquí no se especificó que tipos de familia, o quienes se consideran como familia, son quienes brindan el apoyo social al anciano. Es importante especificar este rubro porque este apoyo en sí mismo podría tener variantes importantes.

En cuanto a la red de apoyo social pareja, cabe mencionar que la población viuda en esta etapa empieza a ser una cifra mayor o igual que los otros estados civiles, y esto puede resultar interesante para implementar atención específica en el tema dentro de los apoyos institucionales que se les brinda a los ancianos.

Asimismo en la red de apoyo social cultura y deporte, se apreció que muy pocos adultos mayores de la muestra total cuentan con esta red, sin embargo se debe indagar la razón correcta de por qué no reportan tenerla. Se pueden valorar aspectos de problemas físicos, motivos económicos, falta de espacios deportivos, recreativos o culturales e incluso políticas públicas mal estructuradas.

En relación a los resultados provenientes del nivel de presencia de sintomatología depresiva respecto al lugar de residencia, es interesante ver como el área geográfica en donde se vive puede influir en el bienestar de los adultos mayores. Estos hallazgos deben ser cuestionados y retomados para ahondar en los aspectos que hacen mejores o peores a las ciudades en cuanto a los apoyos institucionales que les brindan a sus habitantes y más específicamente a los ancianos. Se deben tomar en cuenta todos aquellos aspectos de seguridad, espacios adecuados para la recreación, apoyos gubernamentales entre otros, para que el fin sea ofrecer a esta población creciente lugares dignos para seguir desarrollándose.

Otro aspecto importante a considerar es la edad, los resultados mostraron que conforme más edad se tiene, es más probable la presencia de sintomatología depresiva, lo que indica que es importante recurrir a prácticas distintas para mejorar la calidad de vida, conforme a la edad.

Del mismo modo se confirmó que el sexo femenino, al igual que durante todas las etapas de desarrollo del ser humano, es más susceptible de sufrir cuadros depresivos durante la vejez, lo que también debe ser retomado en las estrategias aplicadas en beneficio a los adultos mayores.

Una recomendación importante que se deriva de este trabajo es la selección de la población, tal vez la recolección de datos pueda ser de una manera más distribuida a través de las entidades que fueron elegidas, así como incluir datos de otros estados de la república mexicana.

Otro punto a tomar en cuenta para futuras investigaciones, podría ser concentrar las preguntas específicas a lo que señala el objetivo general, para así evitar que los participantes se agoten o se confundan con los cuestionamientos de la batería completa; en este caso fue necesario aplicarla completa debido a que este trabajo deriva de otro proyecto.

También, podría considerarse definir de manera más estricta la conformación de las redes de apoyo social, a manera de saber con precisión, quienes conforman cada red y de qué manera influyen en la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor, así como incluir a las redes de apoyo social institucionales y averiguar el impacto que tienen sobre el tema.

Y finalmente, se debe reconocer más en las instituciones públicas la aportación del psicólogo respecto al tema vejez, depresión y redes de apoyo social ya que es el profesional encargado de investigar, divulgar y entrenar las actitudes, cogniciones y comportamientos que se derivan en las personas respecto al impacto tanto positivo como perjudicial, que tiene el tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, M. y González-Celis, A. (2010) Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2 (2). 71-81.
- Acuña, M. (2012). Fortalecimiento de las redes de apoyo social e impacto en la adaptación psicológica en la vejez. Efectos de una intervención sobre la calidad de vida en adultos mayores. Disertación doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012).
- Acuña, M. y Hernández, M. (2009). Reflexiones sobre la investigación actual de redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista de conducta, salud y temas sociales*. (1). 69-79.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR.
- Cardona, D. Estrada, A. y Agudelo, H. (2003). Envejecer nos "toca" a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Recuperado de: <http://goo.gl/07xjMP>.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). (2011). Adultos mayores en zonas metropolitanas de México. Disponible en: <http://goo.gl/yJHkY>.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2014). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. CONAPO, México. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Analisis.
- De la Serna, I. (2003). Salud mental en el anciano. Identificación y cuidados de los principales trastornos. *Instituto de Salud Pública*. Madrid.

- Gatz, M. (1994). Dificultades en la salud mental de los adultos mayores. Conferencia impartida en el Campas Universitario de Albacete. Inédita.
- Gatz, M. y Hunwicz, M. (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology and Aging*. 5 (2). 284-290.
- Gaviria, D. (2007). Envejecimiento: teorías y aspectos moleculares. *Revista Médica de Risaralda*. 13 (2).
- González-Celis, A. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis de Doctorado en Psicología no publicada. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- González-Celis, A. (2009). Autoeficacia para realizar actividades cotidianas (AeRAC) en ancianos mexicanos. En: A L González-Celis R (Comp.) Evaluación en Psicogerontología. México: Manual Moderno. (pp. 47-75).
- González-Celis, A. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of behavior, health & social issues*. 15-28.
- González-Celis, A. y Rios. M. (2006). La investigación en psicología tipos de estudio, objetivos e hipótesis. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). Censo General de Población y Vivienda, Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos. Disponible en: www.censo2010.org.mx/.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). Censo General de Población y Vivienda 2010. Recuperado de: <http://goo.gl/9RuDZP>.

- Latorre, J. y Montañés, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2 (3). 243-264.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Machado, A. Salmazo, H. y Galhardoni, R. (2008). Envejecimiento exitoso: trayectorias de un constructo y nuevas fronteras. *Interface*. 12 (27). 795-807.
- McAdams, P. St Aubin, E. y Logan, R. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Ageing*, 8, 2, 221-230.
- McAdams, P. y St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 6, 1003-1015.
- Meléndez, Juan. Tomás, J. y Navarro, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México*. 49 (6). 408-414.
- Mendoza V. y Martínez, M. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En: González-Celis, A. (Coord.) *Evaluación en Psicogerontología*. México: Manual Moderno. 95-112.
- Mercado, A. Oudhof, H. Robles, E. (2014). Visión existencial de la depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*. 22 (2). 64-71.
- Montes De Oca, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *En Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*. 1 (62).

- Montes de Oca, V. Hebrero, M. (2008). ¿Cómo envejece el estado de México? *Revista horizontes Órgano informativo del consejo de población del Estado de México*. 16 (13).
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2016). Department of Health and Human Services. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>.
- Navas, W. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 495-501.
- Newmann, J. (1989). Aging and depression. *Psychology and Aging*. 4. 150-165.
- Ocampo, J. Romero, N. Saa, H. Herrera, J. y Reyes-Ortiz, C. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Colombia Médica*. 37 (2). 26-30.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2007). World economic and social survey. Development in an ageing world. *United Nations Publication*. 50, (1), 5-260.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). La salud mental y los adultos mayores. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.
- Rivera, J. Benito-León, J. y Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*. 103-118.
- Robles, R. Jusidman, C. Gómez, M. Yanes, P. Cisneros, E. Caro, E. y Ormsby, L. (1999). Seminario: la situación de los adultos mayores en el distrito federal elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil demográfico, epidemiológico y sociológico. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales. Recuperado de: <http://goo.gl/2oQ6e1>.

- Ryff, C. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Segura, A. Cardona, D. Segura, y A. Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia 2012. *Revista salud pública*. 17 (2). 184-194.
- Segura, Alejandra. Cardona, D. Segura, Ángela. y Garzón, M. (2012). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. *Revista de Salud Pública*. 17 (2). 184-194.
- Sluzki, C. (1996). La red social proposiciones generales. *La red social: frontera de la práctica sistemática*. 37-61.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. Madrid. McGraw-Hill.
- Vera, J. Sotelo, T. y Domínguez, M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 7 (2). 57-78.
- Villar, F. Triadó, C. Celdrán, M. y Solé, C. (2010). Measuring well-being among Spanish older adults: Development of simplified version of Ryff's Scale of Psychological Well-being. *Psychological Reports*, 107, 1, 265-280.
- World Health Organization (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: WHO. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. (Recuperado 12 Agosto 2013).

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Carta de consentimiento informado

El presente es un estudio realizado por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el propósito de recopilar información, acerca de la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como de algunos otros factores asociados a ella. Es por ello que se le hace una atenta invitación para que participe dentro del estudio como voluntario. Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines exclusivamente de investigación, para la creación de programas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos. Nos interesa su participación voluntaria, y la honestidad de sus respuestas, ya que con ello permitirá que los resultados sean válidos y confiables, para lo cual le damos de antemano nuestro sincero agradecimiento.

Participante

Acepto participar

Nombre y firma

Lugar y fecha

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Ficha de datos sociodemográficos

Fecha _____ Grupo _____ Turno _____

Estado _____ Municipio _____

Nombre _____ Teléfono _____

1. Sexo: femenino (1) masculino (2) 2. Edad _____ (años)

3. Estado civil:

soltero (1) casado (2) en unión libre o concubinato (4)

con pareja (3) separado (5) divorciado (6) viudo (7)

4. ¿Sabe leer y escribir? Sí (1) No (2)

5. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?

Ninguno en absoluto (1) primaria incompleta (2) primaria completa (3)

secundaria o nivel técnico (4) bachillerato o profesional (5)

6. ¿Con cuántas personas vive? _____

7. ¿Con quién vive actualmente? solo (1) con su pareja o cónyuge (2) hijos (3) nietos (4)

hermanos (5) amigos (6) personas sin vínculos (7) con un familiar (8) otro (9) ¿quién?

8. ¿Con quién convive?

8.1. Pareja				
¿Con qué frecuencia convive con su pareja?	Nunca. 0	Menos de una vez al mes. 1	1 o dos veces al mes. 2	1 vez a la semana o más. 3.
9. Hijos (as) ¿cuántos hijos tiene? ()				
¿Con qué frecuencia convive con sus hijos(as)?	Nunca. 0	Menos de una vez al mes. 1	1 o dos veces al mes. 2	1 vez a la semana o más. 3
10. Nietos ¿Cuántos tiene? ()				
¿Con qué frecuencia convive con sus nietos?	Nunca. 0	Menos de una vez al mes. 1	1 o dos veces al mes. 2	1 vez a la semana o más. 3
11. Familiares próximos ¿Cuántos tiene? ()				
¿Con qué frecuencia convive con sus familiares o parientes?	Nunca. 0	Menos de una vez al mes. 1	1 o dos veces al mes. 2	1 vez a la semana o más. 3
12. Amigos (as) ¿Cuántos tiene? ()				
¿Con qué frecuencia convive con sus amigos(as)?	Nunca. 0	Menos de una vez al mes. 1	1 o dos veces al mes. 2	1 vez a la semana o más. 3
13. Vecinos(as)				
¿Con qué frecuencia convive con sus vecinos(as)?	Nunca. 0	Menos de una vez al mes. 1	1 o dos veces al mes. 2	1 vez a la semana o más. 3

14. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Sí (1) No (2)

15. ¿Quién se lo proporciona? _____

Familiar (1) conyugue (2) pensión (3) otro (4) más de uno de los anteriores (5)

16. ¿el ingreso satisface sus necesidades? Sí (1) No (2)

17. ¿cuál es su actividad principal? empleado (1) trabaja por su cuenta (2) retirado, jubilado o pensionado (3) labores del hogar (4) busca trabajo (5) otra (6) ¿cuál?

18. ¿Cuál era su actividad anterior? Empleado (1) trabajaba por su cuenta (2) labores del hogar (3) otra (4) ¿cuál? _____

19. Fecha de su retiro:

Día _____ Mes _____ Año _____

20. Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre.

Ver televisión escuchar música (1) Leer (2) Caminar (3) domésticas (4)

Manualidades (5) ¿Cuáles? _____

Sociales, culturales, educativas (6) ¿Cuáles? _____

Oficios (7) ¿Cuáles? _____

Deportivas (8) ¿Cuáles? _____

Hacer ejercicio ¿Cuáles? _____

Dormir/descansar (9) _____

Otras, ¿Cuáles? (10) _____

21. ¿Pertenece algún grupo o asociación? Sí (1) no (2)

22. ¿De qué tipo?

Recreativa (1) Cultural (2) Educativa (3) Social (4)

Voluntariado (5) Altruista (6) Religiosa (7) Civil (8)

Deportiva (9) Otra ¿cuál? _____

23. ¿Qué tiempo le dedica? al menos una vez a la semana (1) al menos una vez al mes (2) ocasionalmente (3)

24. ¿Está enfermo en este momento? Sí (1) no (2)

25. ¿Cuál es su enfermedad?

26. ¿desde hace cuánto tiempo padece la enfermedad o problema?

Días _____ Meses _____ Años _____

27. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:

1. _____

2. _____

3. _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALA DE BIENESTAR SUBJETIVO

Instrucciones: Lea atentamente cada una de las afirmaciones y marque la respuesta que se ajuste a los sentimientos y pensamientos que ha experimentado en **las dos últimas semanas**.

Factor 1 - Agitación	Si	No
1. Las pequeñas cosas me molestan más este año		
2. Algunas veces me preocupo tanto que no puedo dormir		
3. Tengo muchas cosas porque estar triste		
4. Tengo miedo de muchas cosas		
5. Me enfurezco más de lo acostumbrado		
6. La vida es dura para mí casi todo el tiempo		
7. Tomo las cosas duramente		
8. Me altero fácilmente		
Factor 2 - Actitud hacia su propio envejecimiento	Si	No
9. Las cosas se ponen cada vez peor conforme me hago más viejo		
10. Yo tengo hoy tanta energía como la tenía el año pasado		
11. Las pequeñas cosas me molestan más este año		
12. Conforme envejezco, soy menos útil		
13. Conforme envejezco, las cosas son mejores/peores de lo que creí que serían		
14. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla		
15. Soy tan feliz ahora como cuando era más joven		
Factor 3 - Soledad/Insatisfacción	Si	No
16. ¿Qué tan solo me siento? (describa)		
0= mucho		
1: medianamente		
2: totem		
17. Veo lo suficiente a mis amigos y familiares		
18. Algunas veces siento que la vida no vale la pena vivirla		
19. La vida es dura para mí casi todo el tiempo		

20. ¿Qué tan satisfecho estoy con mi vida actualmente? (describa)	0.nada 1:mediana mente 2: totalmente
21. Tengo muchas cosas porque estar triste	
22. A la gente le iba mejor en tiempos pasados	
23. Una persona debe vivir el presente y no preocuparse por el mañana	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Instrucciones: Lea atentamente y marque con una cruz (X) la respuesta **SI** o **NO**, después de cada pregunta.

	Si	No
1.- ¿Está satisfecho con su vida?		
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?		
3.- ¿Siente que su vida está vacía?		
4.- ¿Se encuentra aburrido?		
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
6.- ¿Teme que le ocurra algo malo?		
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?		
8.- ¿Se siente a menudo abandonado?		
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?		
10.- ¿Nota más problemas de memoria que los demás?		
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12.- ¿Se siente usted inútil?		
13.- ¿Se siente usted lleno de energía?		
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?		
15.- ¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?		

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALADE BIENESTAR SUBJETIVO (Riff, 1989)**

Instrucciones: A continuación se presentan preguntas sobre sus pensamientos y sentimientos, le pido que piense en **las dos últimas semanas** y seleccione la respuesta que considere más apropiada.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerd o	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Estoy contento(a) sobre cómo han resultado las cosas en mi vida						
2. A menudo me siento solo/a porque tengo pocos amigos íntimos						
3. Expreso mis opiniones, aunque sean opuestas a la mayoría						

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerd o	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
4. Me preocupa cómo se evalúan las elecciones que he hecho						
5. Es difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes y trabajar para hacerlos realidad						
7. En general, me siento seguro/a conmigo mismo/a						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme						
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que me propongo						

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerd o	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
13. Si pudiera, hay muchas cosas de mí mismo(a) que cambiaría						
15. Tiendo a estar influenciado por gente con fuertes convicciones						
16. Siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
17. Me siento bien con lo hecho en el pasado y con lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más satisfactorios que frustrantes						
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20 La mayoría de las personas tienen más amigos que yo						
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerd o	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida						
24. En general, siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo/a						
25. Me siento decepcionado/a de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Me es difícil expresar mis opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bueno/a manejando las responsabilidades de mi vida						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						
30. Hace tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras en mi vida						
31. Me siento orgulloso/a de quién soy y la vida que llevo						
32. Puedo confiar en mis amigos, y ellos en mí						

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerd o	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
33. Cambio mis decisiones, si mis amigos o familia están en desacuerdo						
34. Mi vida está bien como está, no cambiaría nada						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias						
36. Realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. La vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, cambio y crecimiento						
39. Si me sintiera infeliz con mi vida trataría de cambiarla						

Anexo 6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
INSTRUMENTO DE EXPECTATIVAS DE AUTO-EFICACIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS
E ANCIANOS (AeRAC-Breve)

Instrucciones: Señale la respuesta que mejor describa **qué tan capaz o competente** se percibe para realizar cada una de las actividades.

		Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
I-1	Preparar sus alimentos					
I-2	Planchar su ropa					
I-3	Quehaceres domésticos					
I-4	Lavar su ropa					
I-5	Asear su habitación					
I-6	Ir de compras					

	Actividades recreativas mentales	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
RM-1	Resolver juegos de pasatiempos					
RM-2	Armar rompecabezas					
RM-3	Pintar, dibujar iluminar					
RM-4	Jugar juegos de mesa					
RM-5	Leer					
RM-6	Ver televisión					

	Actividades recreativas físicas	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
RF-1	Hacer aerobics					
RF-2	Correr o trotar					
RF-3	Hacer ejercicio					
RF-4	Bailar o cantar					
RF-5	nadar					

	Actividades sociales	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
S-1	Platicar con amigos y familiares					
S-2	Platicar con vecinos					
S-3	Visitar familiares					
S-4	Visitar amigos					
S-5	Hablar por teléfono con amigos y familiares					
S-6	Convivir con gente de mi edad					

	Actividades de protección a la salud	Completamente	Bastante	Moderadamente	Un poco	Nada
PS-1	Realizar análisis médicos					
PS-2	Tomar medicamentos					
PS-3	Visitar al médico o ir al hospital					

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
ESCALA DE COMPORTAMIENTOS GENERATIVOS**

Instrucciones: Lea atentamente e indique cuántas veces **en los últimos dos meses** ha realizado cada una de las siguientes actividades.

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
1. He visitado a una persona enferma en el hospital o en su casa			
2. He realizado alguna actividad manual o artística (como alfarería, bordado, pintura, etc.)			
3. He transmitido valores a personas más jóvenes			
4. He donado dinero a una causa benéfica			
5. He tenido a mis nietos a mi cargo			
6. He dirigido a un grupo de personas para conseguir un bien común			
7. He continuado desempeñando mi profesión u oficio			
8. He contado a alguien experiencias personales que considero valiosas			
9. He atendido las necesidades de personas que me rodean			
10. Me he comprometido en asuntos políticos, sociales o religiosos			
11. He dado dinero a personas de mi familia, o a amigos			
12. He ayudado a personas allegadas con problemas			
13. He arreglado cosas de la casa (una máquina, un mueble, un aparato...)			
14. He enseñado una habilidad o conocimiento a alguien			

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
15. He echado una mano a otras personas en su trabajo			
16. He cuidado de plantas o animales domésticos			
17. He organizado un viaje, una fiesta o un evento social			
18. He participado en reuniones de vecinos o de la comunidad			
19. He aconsejado a otras personas sobre decisiones que tenían que tomar			
20. He cuidado del bienestar de mi familia			
21. He regalado a un familiar o amigo algo que necesitaba			
22. He dado limosna a personas que lo necesitan			
23. He escrito relatos, poesías o memorias			
24. He ayudado a mis hijos en tareas cotidianas			
25. He actuado como mediador en conflictos de personas de mi entorno			
26. He aprendido alguna habilidad o conocimiento útil para mi vida cotidiana			
27. He realizado acciones que ayudan a mejorar el medio ambiente (reciclar, plantar un árbol, recoger basura de la calle, etc.)			
28. He participado en una asociación u organización como voluntario			
29. He cuidado a personas dependientes			
