

CONTEXTO Y SITUACIÓN ACTUAL
DE LOS ADULTOS MAYORES

Primera Edición 2016

Comité revisor:

M. C. E. Lourdes Lizbeth Rocha Aguirre
Universidad Autónoma de Zacatecas

D. C. E. Fany Villa Rivas
Universidad Juárez del Estado de Durango

Dra. Rosa Isabel Garza Sánchez
Universidad Autónoma de Coahuila

Dra. Alicia Hernández Montaña
Universidad Autónoma de Coahuila

*Contexto y situación actual
de los adultos mayores*

Derechos Reservados conforme la ley

© Perla María Trejo Ortiz
José González Tovar
Fabiana Esther Mollinedo Montaña
Roxana Araujo Espino
(Coordinadores)

© Unidad Académica de Enfermería, UAZ

© Taberna Libraria Editores
Víctor Rosales 156, Colonia Centro
98000, Zacatecas, Zacatecas
Tel. (01492) 154.5448
tabernalibrariaeditores@gmail.com

Diseño y edición: Juan José Macías

Corrección de estilo: Brenda Ortiz Coz

ISBN: 978-607-9455-33-0

Impreso y hecho en México

Contexto y situación actual de los adultos mayores



PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ
JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR
FABIANA ESTHER MOLLINEDO MONTAÑO
ROXANA ARAUJO ESPINO
(Coordinadores)





Prólogo	9
<i>Asociación entre actividad física y calidad de vida en el adulto mayor</i>	II
ANA BEATRIZ ÁVILA DELGADO / CLAUDIA OROZCO GÓMEZ OSCAR JOEL DÍAZ DE LEÓN BURCIAGA / LENNY LUCINA RUELAS MEDINA ANGÉLICA PINALES MORENO / KARINA BELEM GARCÍA ESPINOZA	
<i>Funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor con diabetes tipo 2</i>	25
M. E. TERESA CARREÓN LOZANO / M. C. E. MARÍA LUZ DE AVILA ARROYO M. C. E. INÉS TENAHUA QUITL / M. C. E. PERLA GUADALUPE SIFUENTES PASILLAS M. C. E. GRACIELA ARRIJOA MORALES / M. E. MÓNICA MARTÍNEZ FUENTES	
<i>La desesperanza aprendida como predictor de indicadores de depresión y funcionalidad en el adulto mayor</i>	45
MTRA. AZENET GUADALUPE MARTÍN FABELA / DR. JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR DR. JESÚS ACEVEDO ALEMÁN / MTRO. DANIEL SIFUENTES LEURA	
<i>Asociación entre la violencia intrafamiliar y calidad de vida en el adulto mayor</i>	63
PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ / FLOR BARRIOS HERNÁNDEZ VIRGINIA DELGADO MARTÍNEZ / ROXANA ARAUJO ESPINO FABIANA ESTHER MOLLINEDO MONTAÑO	
<i>Depresión y consumo de alcohol en adultos mayores en un municipio de Zacatecas</i>	83
MARICRUZ VIDALES JARA / MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO LUZ MA. DELGADILLO LEGASPI / ROSA EDITH RÍOS GONZÁLEZ MARÍA DEL SOCORRO SALINAS CONTRERAS / LAURA BELINDA SANDOVAL DÍAZ	
Sobre los autores	103



PRÓLOGO

*El secreto de una buena vejez no es otra cosa
que un pacto honrado con la soledad.*

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ

Uno de los grandes retos de la humanidad es el envejecimiento de la población, y México no es la excepción. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 1 de cada 10 mexicanos es mayor de 60 años, lo que muestra un incremento cercano a 4% en los últimos 25 años; en Europa, prácticamente 25% de su población se encuentra en esta circunstancia. De acuerdo con el INEGI, según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica «en 2014, del total de adultos mayores (60 años y más) 26% tiene discapacidad y 36.1% posee alguna limitación».¹

Si consideramos los rangos de edad en la pirámide demográfica, de acuerdo con la encuesta intercensal de 2015, la población entre 30 y 59 años de edad es 36%, lo que muestra un incremento de 10% con relación a los años 90: en poco tiempo, nuestro país experimentará un envejecimiento aún más agudo de su población y, con ello, se pondrá en importante reto al sistema de salud, de vivienda y pensionario en México. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2030 un 15% de la población total de nuestro país estará por encima de los 60 años.

Lo que presentamos en este libro es una serie de reflexiones sobre dicha problemática con trabajos producidos a partir de investigaciones empíricas de corte cuantitativo, que abordan la situación de los adultos mayores desde diferentes perspectivas, merced a la formación de sus coautores.

En el primer capítulo, Ávila Delgado y colaboradores abordan la importancia del ejercicio físico como base para un mejor desempeño funcional y un envejecimiento saludable que se vea reflejado en una adecuada calidad

¹ Estadísticas a propósito del día mundial de la población, en: <http://www.inegi.org.mx/salade-prensa/aproposito/2016/poblacion2016.o.pdf>

de vida. La aportación del segundo capítulo, titulado «Funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor con diabetes tipo 2», es producto de lo que Carreón Lozano y colaboradores consideran un factor básico para que los adultos mayores afronten el envejecimiento de manera más positiva: el apoyo familiar. Específicamente, se enfocan en los adultos mayores con diabetes mellitus por la prevalencia de esta patología y la serie de cambios que implica, los cuales representan un reto para el enfermo y su núcleo familiar en general, aspecto fundamental para definir el nivel de calidad de vida.

Martín Fabela y coautores, en el tercer capítulo, abordan cómo los cambios sociodemográficos han aumentado la prevalencia de adultos mayores que viven en soledad y, por tanto, su vulnerabilidad a desarrollar desesperanza, manifestada en su mayoría por una expectación negativa del futuro que genera mayores niveles de depresión y deterioro de la funcionalidad física.

En el cuarto capítulo, Trejo Ortíz y colaboradores detallan cómo los cambios propios del envejecimiento y la cultura del cuidado hacia el adulto mayor lo vuelven más susceptible de violencia intrafamiliar, sobre todo psicológica, con un deterioro de su calidad de vida. Especifican cómo la edad, la escolaridad y las personas con quien vive el adulto mayor son factores que pueden agravar o reducir esta problemática.

La obra cierra con el abordaje que Vidales Jara y coautores realizan sobre la depresión y consumo de alcohol en los adultos mayores. Parten del referente de investigaciones realizadas en las que se especifica la vulnerabilidad que tiene un adulto mayor de consumir alcohol problemáticamente cuando presenta problemas mentales o de comportamiento. Concluyen señalando una relación positiva entre las variables de estudio.

De esta manera, dejamos a consideración de los lectores esta aportación que esperamos sea útil como un recurso de consulta y análisis sobre los adultos mayores y su situación actual.

PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ

Noviembre del 2016

ASOCIACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

ANA BEATRIZ ÁVILA DELGADO / CLAUDIA OROZCO GÓMEZ
OSCAR JOEL DÍAZ DE LEÓN BURCIAGA / LENNY LUCINA RUELAS MEDINA
ANGÉLICA PINALES MORENO / KARINA BELEM GARCÍA ESPINOZA
Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas



Introducción

En la actualidad el porcentaje de adultos mayores ha incrementado considerablemente; se puede observar que este grupo etario ocupa un amplio espacio en la gráfica poblacional. En la región de las Américas, en el año 2010, la población de 60 años y más alcanzó 13.1% de la población total, con un índice de envejecimiento de 53 adultos mayores por cada 100 niños menores de 15 años y 49 adultos de 75 años y más por cada 100 niños menores de 15 años (Organización Panamericana de Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). A su vez en México, en el año 2012, la población de adultos mayores era de 10.9 millones, lo que representa 9.3% de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013). Este mismo fenómeno ocurre en Zacatecas, donde la información censal señala que en el 2010 la población era de 152,152 adultos mayores, 10.2% de la población total (INEGI, 2014).

El envejecimiento se define como el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos generados por el paso del tiempo de forma irreversible en los organismos vivos (Marín, 2003). Estas modificaciones se ven reflejadas en aparatos y sistemas del individuo, por lo que el adulto mayor presenta limitación en el desarrollo de sus actividades, más vulnerabilidad a desarrollar enfermedades, disminución de la actividad física y tendencia a una vida más sedentaria (Jones, Wen, Herring & Evernson, 2015). Se ha documentado que aproximadamente un tercio de los adultos en todo

el mundo son inactivos y los adultos mayores propenden a la inactividad (Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell & Ekelund, 2012), lo cual puede contribuir al sobrepeso y obesidad. En la vejez el peso corporal disminuye, sin embargo, las tendencias actuales indican que la prevalencia de la obesidad en este grupo de edad se incrementará (Mathus-Vliegen, *et al.*, 2012). De acuerdo con el reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Barquera, *et al.*, 2013) en México se reportó una prevalencia de sobrepeso de 40.2% y 30% de obesidad en adultos mayores. Dicha condición puede acelerar el envejecimiento y/o la mortalidad en este grupo poblacional y contribuir al desarrollo de otras patologías como la hipertensión arterial, la cual se presenta en 50% de los adultos mayores, y la diabetes mellitus, que incide en 1 de cada 3; estos padecimientos generan disminución en las habilidades funcionales (Villar, Triadó, Pinazo, Celdrán & Solé, 2010).

El envejecimiento humano, también considerado como característica demográfica, provoca en el individuo una serie de modificaciones biofisiológicas en el funcionamiento del organismo que resultan progresivas e inevitables; sin embargo, se ha demostrado que el ritmo de degeneración varía con la realización de actividad física, ya que el ejercicio puede contribuir a conservar capacidades funcionales como la flexibilidad, el equilibrio, la fuerza y la agilidad o movilidad. Contribuye, además, a retardar el declive fisiológico de los sistemas corporales durante el proceso de envejecimiento corporal y mejorar el estado mental, con lo que una persona aumenta significativamente su calidad de vida (Díaz, Espinoza-Navarro & Pino, 2015; Lepe, Díaz & Araya, 2011; Vidarte, Quintero & Herazo, 2012).

La actividad física en el adulto mayor está determinada por aspectos personales (estado de salud general), aspectos psicológicos (percepción de beneficios al efectuarla, su disfrute y la autoeficacia para llevarla a cabo) y determinantes sociales como la red social o compañeros que influyan para realizar la actividad física, enmarcados por la percepción de un medio ambiente seguro y facilidad de acceso a las actividades e instalaciones (Bauman, *et al.*, 2012; Van Stralen, De Vries, Mudde, Bolman & Lechner, 2009).

La ausencia de actividad genera una atrofia muscular que afecta las capacidades físicas (principalmente a la fuerza) y coordinativas. El problema de un bajo nivel de actividad física en el adulto mayor radica en el estilo de vida que se adquiere durante la juventud, pues ésta tiende a permanecer

en etapas posteriores, situación que complica el proceso de envejecimiento porque las tasas de discapacidad por inactividad física son elevadas y las personas presentan mayores dificultades para ejecutar actividades cotidianas (Peña–Ordóñez, Bustamante–Montes, Ramírez–Durán, Halley–Castillo & García–Cáceres, 2015).

Se ha observado que quienes son físicamente activos presentan menores tasas de mortalidad por enfermedades crónico degenerativas y depresión; asimismo, presentan mejor funcionamiento de su sistema cardio-respiratorio, previenen las enfermedades antes mencionadas, mejoran la salud ósea, tienen mayor salud funcional y menor riesgo de caídas, sus funciones cognitivas están mejor conservadas y aminoran el riesgo de limitaciones funcionales (Vidarte, Quintero & Beltrán, 2012). Los adultos mayores que no llevan a cabo actividad física sufren mayor número de caídas hasta en 34.8% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). La inmovilidad y la inactividad son agravantes del envejecimiento que generan incapacidad en la vida diaria (Moreno, 2005).

La actividad y el ejercicio mantienen el bienestar físico y mental del adulto mayor, asimismo, se consideran elementos protectores durante el proceso de envejecimiento activo, el cual brinda oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida (OMS, 2010), definida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Giusti–Ortiz, 1991). Mantener una calidad de vida adecuada en su última etapa es uno de los aspectos que preocupan al adulto mayor, tanto como a su familia y a las instituciones de salud, pues la capacidad funcional en etapas previas se puede reducir debido a algún tipo de discapacidad física, mental o social. Es común que el adulto mayor presente molestias como dolor, fatiga e incomodidad a causa de una disfuncionalidad fisiológica y anatómica que lo conduce a alejarse de su entorno social y a limitar sus relaciones, provocando que su calidad de vida disminuya (Jiménez, Yeimi, Núñez, Miriam & Coto, 2013). Por tanto, resulta de suma importancia el fomento de la actividad física como un factor indispensable para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que mejora la salud física y mental, permite a las personas desarrollarse integralmente en sus diferentes entornos sociales y es componente esencial, in-

dependiente, necesario e íntimamente relacionado con una calidad de vida positiva (Zamarripa, Ruiz, López & Fernández, 2013).

Se han estudiado los niveles y beneficios de la actividad física en el adulto mayor (Jaramillo, Páramo & Araiza, 2011; Serón, Muñoz & Lanas, 2010; Vidarte, *et al.*, 2012) así como la calidad de vida (Estrada, Cardona, Segura, Chavarriaga, Ordóñez & Osorio, 2013; Maldonado & Mendiola, 2009; Salcedo-Álvarez, Zarza-Arizmendi, Alba-Leonel & Fajardo-Ortiz, 2010) y la relación entre ellos (Moscoso-Sánchez, *et al.*, 2009). Sin embargo, en la población zacatecana poco se han estudiado estas variables. Ante este panorama, el objetivo de la presente investigación fue conocer la asociación entre actividad física y calidad de vida en el adulto mayor teniendo como objetivos específicos describir la calidad de la vida que lleva e identificar el tipo de actividad física que realiza. La información obtenida permitirá proponer estrategias para concientizar a la población sobre la importancia de la actividad física en el bienestar del individuo y sobre todo en la población adulta mayor.

Metodología

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal (Hernández Sampieri, Fernández-Collado & Baptista, 2006). La población consistió en adultos mayores que acudieron a consulta externa durante 2 meses a un hospital de segundo nivel del estado de Zacatecas. La muestra se calculó mediante la fórmula para población finita con intervalo de confianza de 95% y error de estimación de .05. Participaron 118 adultos mayores en total, elegidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, pues se incluyen adultos mayores que participaron de forma voluntaria orientados en tiempo, lugar y persona, sin problemas auditivos y capaces de comunicarse con el investigador; si contaban con alguna discapacidad para efectuar lo mencionado se excluyeron, así como aquellos con una discapacidad física que les impidiera caminar.

Se efectuaron mediciones de lápiz y papel. Se incluyó una cédula de datos personales para conocer las condiciones sociodemográficas de los participantes: edad, escolaridad, género, estado civil, lugar de residencia, ingreso mensual y apoyos económicos.

El cuestionario de salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) permitió determinar la calidad de vida; consta de 36 preguntas que se agrupan en 8 dimensiones: a) salud general y transición en salud, preguntas 1, 2, 33, 34, 35 y 36, b) función física, preguntas 3 a 12, c) rol físico, preguntas 13 a 16, d) rol emocional, preguntas 17 a 19, e) dolor corporal, preguntas 21 y 22, f) vitalidad, preguntas 23, 27, 29 y 31, g) salud mental, preguntas 24, 25, 26, 28 y 30, y h) rol social, preguntas 32 y 33. Las escalas de respuesta se encuentran en escala de puntuación y dicotómica («sí o no»). Para su interpretación, se construyó un índice que contiene de 0 a 100; a mayor puntuación, mejor calidad de vida. Este instrumento reporta confiabilidad aceptable en sus sub-escalas, *alpha* mayor a .8 (Lugo, García & Gómez, 2006). Asimismo, ha sido empleado en adultos mayores mexicanoamericanos mostrando validez y una confiabilidad aceptable (Peek, Ray, Patel, Stoeberner-May & Ottenbacher, 2003).

La actividad física fue determinada mediante el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (CMAF) elaborado por la OMS (Armstrong & Bull, 2006). Consta de 18 preguntas con escala de respuestas dicotómicas («sí o no») que incluye el número de días y horas-minutos de actividad física debida al trabajo, al desplazamiento o al esparcimiento, e identifica un comportamiento sedentario. Las actividades se clasifican en 3 tipos: el nivel de actividad física alto corresponde a la ejecución de cualquier actividad en 7 días de la semana (caminata o actividades de moderada o alta intensidad); el nivel moderado, 3 o más días de actividad vigorosa durante, por lo menos, 20 minutos, y el nivel bajo, cuando el individuo no reporta actividad incluida en las categorías alta o moderada. Este instrumento también permite determinar el gasto energético (en MET-minutos/semana) que en este estudio no fue determinado.

Para llevar a cabo el estudio, primero se obtuvo la autorización del departamento de enseñanza de la institución en la que se efectuó. Una vez aprobado, se solicitó el número total de adultos mayores que acuden a consulta externa durante 2 meses (previos al levantamiento de encuestas) para calcular la muestra. Se acudió al área de consulta externa y se notificó a la jefa de este servicio que se aplicarían encuestas a adultos mayores en la sala de espera. Para encontrar a los participantes, primero se preguntó la edad a cada candidato para saber si era adecuado; si cumplía con los criterios de inclusión se le invitaba a participar, se le daban a conocer los objetivos del

estudio y, si aceptaba, se le leía un consentimiento informado en que debía firmar o, en caso de no saber escribir, colocar su huella digital. Cabe señalar que éste fue elaborado tomando en cuenta las especificaciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Posteriormente, se llenaba la cédula de datos personales, luego el instrumento de calidad de vida y, al final, el de actividad física. Las preguntas fueron leídas y marcadas por el investigador. En caso de que la pregunta no fuera entendida por el participante se leía nuevamente. Al finalizar se agradecía su participación.

Para el análisis de datos, la información fue procesada a través del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 17; se obtuvieron tanto estadísticas descriptivas (frecuencias y proporciones) como medidas de tendencia central (media) y de dispersión para características sociodemográficas de la muestra y para los objetivos. Se determinó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov, en la cual se observaron patrones normales que condujeron a la utilización de estadística paramétrica para dar respuesta al objetivo general empleando una correlación de Pearson.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 118 adultos mayores de edades entre 60 y 75 años que acudían a la consulta externa. Su edad promedio fue de 64.91 años ($DE = 4.26$); 53.4% (63) de los participantes consistió en hombres y 46.6% (55) en mujeres. Los adultos mayores en su mayoría, 75.4% (89), refirieron estar casados, 12.7% (15) se declararon viudos, 7.6% (9) divorciados y solo 4.2% (5) solteros. La escolaridad promedio fue de 5.36 años ($DE = 4.60$), mínimo de 0 y máximo de 19, el promedio de ingreso mensual fue de \$2,909.32 ($DE = 2\,994.79$), mínimo de 0 pesos y máximo de 18,000. Cabe señalar que 41.5% tenía algún apoyo económico y, de éstos, 12.7% lo obtenía del programa de gobierno llamado «70 y más».

De los participantes, 61% (72) eran originarios de municipios cercanos a la zona conurbada de la capital, rurales en su mayoría, 33.9% (40) de la zona urbana de la capital y 5.1% (6) de otro estado. Se observó que 80.5% (95) pre-

sentó diagnóstico de alguna enfermedad; se encontró la hipertensión arterial con el mayor porcentaje, 22.9% (27), seguida de la diabetes con 19.5% (23), diabetes e hipertensión con 7.6% (9), cardiopatías con 5.9% (7), enfermedad prostática con menor proporción, 5.1% (6), y otras enfermedades con un 19.5% (23). Solo 19.5% (23) de los participantes no contaba con un diagnóstico médico de enfermedad.

Respecto al objetivo planteado de describir la calidad de vida del adulto mayor, el índice general de calidad de vida fue de 64.33%, cuyo puntaje máximo fue 82.42; en los componentes de calidad de vida, el rol emocional presentó un mayor puntaje con un promedio de 62.15, seguido de la vitalidad ($\bar{X} = 50.18$, $DE = 12.11$) y lo relacionado con la salud, de menor puntaje ($\bar{X} = 30.51$, $DE = 8.99$). Así se da respuesta al primer objetivo específico.

Una dimensión de la calidad de vida es el estado de salud, que contempla su percepción en general; se encontró que 44% (52) de los participantes consideró su salud en general como «regular», 31.4% (37) «buena», 16.9% (20) «mala» y solo 3.4% (4) «excelente». Además, el 5.1% (6) refirió que su salud es mucho mejor ahora que hace un año, con el mismo porcentaje, mucho peor que hace un año, 27.7% (15) consideró que su salud es algo mejor que hace un año, 52.5% (62) la consideró más o menos igual y el 24.6% (29) mencionó que su salud es algo peor ahora que hace un año.

En cuanto a transición en salud, a la pregunta «¿Creo que mi salud empeora?», los encuestados respondieron en un 38.1% (45) que no lo saben y solo 4.2% (5) creen que es totalmente cierto que se enferman más que otros. Por otra parte, los participantes en un 31.4% (37) consideran bastante cierto estar sanos como cualquiera y 28.8% consideran totalmente falsa la creencia de que se enferman más que otros.

Respecto a los componentes de la función física, se observa que la limitación para correr o levantar objetos pesados y/o realizar algún deporte se encuentra en 51.7% (61) de los adultos mayores; los participantes refirieron que la limitación para bañarse o vestirse por sí mismos no es significativa para realizar estas actividades en 78% (92); quienes afirmaron que sí les limita mucho representan un mínimo de 2.5% (3). Referente al rol físico, se observa que 59.3% (70) de los participantes no tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo por su salud física, solo 39% (46) trabajó menos a causa de su salud física y redujo sus tareas cotidianas y 57.6% (60) no tuvo dificultad por su salud.

Respecto al rol emocional, 38.1% (45) de los participantes tuvo que reducir el tiempo a causa de problemas emocionales, 62.7% (74) de los participantes hizo menos actividades de la vida diaria a causa de algún problema emocional y 61.9% (73) no hizo su trabajo como hubiera querido a causa de algún problema emocional. Con respecto al dolor corporal, 50.11% (59) de los participantes mencionó tener muchísimo dolor en alguna parte de su cuerpo, 11% (13) refirió mucho dolor, 21.2% (25) dolor moderado, 18.6% (22) poco dolor y, con porcentajes similares, 22% (26) de los participantes refirieron muy poco dolor y/o ningún dolor, respectivamente. Sin embargo, a 40.7% (48) el dolor no le dificultó su trabajo habitual, a 20.3% (24) un poco, a 20.3% (24) de manera regular, a 11.9% (14) le dificultó bastante y solo a 6.8% (8) mucho.

Referente a la vitalidad en los adultos mayores, 30.5% (36) de los participantes algunas veces se sintió lleno de vida; 23.7% (28) mencionó muchas veces sentirse con mucha energía; 43.2% (51) manifestó sentirse agotado algunas veces, 39.8% (47) manifestó sentirse cansado muchas veces, 21.2% (25) siempre se sintió lleno de vida y solo el 4.2% (5) nunca se sintió así. Respecto a la salud mental, el .8% (1) de los encuestados contestó que siempre se sintió sin ánimo y nada podía animarle (lo cual representa un porcentaje mínimo), 26.3% nunca se sintió sin ánimo y 19.5% se sintió calmado y tranquilo siempre; 44.1% (52) refirió sentirse nervioso algunas veces, 23.7% nunca se sintió desanimado o triste; por otro lado, 28% (33) se sintió siempre feliz, 19.5% (23) casi siempre, 35.6% (42) algunas veces, 11% (13) solo algunas veces y 5.9% (7) nunca se sintió feliz.

Con relación al rol social, se encontró que la salud física o los problemas emocionales dificultaron las actividades sociales durante las 4 semanas previas al estudio, pues 6.8% (8) de los participantes refirió que le había dificultado mucho, 11.9% (14) bastante, 20.3% (24) de forma regular, 20.3% poco (24) y nada 40.7% (48) de los participantes.

En respuesta al segundo objetivo específico, 88.1% (104) de los participantes señaló que no realiza actividades de trabajo de manera intensa y 66.9% (79) camina o usa bicicleta para desplazarse al menos 10 minutos consecutivos. Por otra parte, en su tiempo libre los encuestados no realizan actividad intensa en un 94.1% (111). Respecto a la frecuencia semanal de actividad física, los participantes mencionaron que la actividad en promedio más

realizada fue el desplazamiento a través de la caminata ($\bar{X} = 5.27$), seguida del trabajo moderado ($\bar{X} = 4.54$).

Respecto al tiempo promedio en minutos al realizar actividad física en el trabajo, consistió en 230 minutos con un mínimo de 10 y un máximo de 660 (7 horas). Concerniente al acceso a lugares para realizar actividad física, se observó que 51.7% de los participantes no cuenta con un parque cercano para realizar ejercicio y solo 50.8% tiene un lugar de reunión con personas de su edad para realizar alguna actividad, como el ejercicio.

En respuesta al objetivo general sobre conocer la relación entre la actividad física y la calidad de vida, en la Tabla 1 se observa una relación positiva entre el índice de calidad de vida y el tiempo de trabajo intenso, es decir, a mayor calidad de vida mayor trabajo intenso ($r = .717$ $p = .004$). De igual forma, se encontró una asociación positiva y débil entre el índice de calidad de vida y el tiempo de desplazamiento ($r = .271$ $p = .01$).

TABLA 1
CORRELACIÓN CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDAD FÍSICA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Índice general calidad de vida	1								
2. Tiempo trabajo intenso	.717**	1							
	.004								
3. Tiempo trabajo moderado	-.054	.236	1						
	.562	.416							
4. Días desplazamiento camina/ bicicleta	-.144	.110	.121	1					
	.120	.708	.193						
5. Tiempo desplazamiento Camina/bicicleta	.271*	.054	.022	.239*	1				
	.016	.875	.845	.034					
6. Días tiempo libre deporte intensos	-.163	.115	.281**	.044	.016	1			
	.078	.696	.002	.640	.892				
7. Tiempo deporte intensos	.117	-.340	-.485	-.330	.913	-.222	1		

8. Días actividad moderada tiempo libre	.803	.660	.270	.469	.087	.632			
	.008	.329	.545**	.176	.053	.212*	-.539	I	
9. Tiempo actividad moderada en tiempo libre	.928	.251	.000	.056	.644	.021	.212		
	.404	.221	-.040	.020	.967**	-.306	1.00**	.079	I
	.056	.567	.854	.929	.000	.156	.000	.720	

Fuente: CMAF SF-36 n = 118

Discusión

Se encontró que la mayoría de los encuestados tiene un nivel de calidad de vida regular, lo cual coincide con la opinión de Moscoso-Sánchez, *et al.* (2009) pero difiere con lo encontrado por Maldonado & Mendiola (2009), quienes refieren que los adultos mayores presentan calidad de vida baja. Las diferencias anteriores pudieran deberse a que el presente estudio fue llevado a cabo en adultos mayores más jóvenes. Así mismo, los participantes de esta investigación fueron en su mayoría originarios de zonas rurales, lo que puede contribuir a que las redes de apoyo social y la atención a la salud sean menores y que esto se refleje en su calidad de vida.

Una de las dimensiones de la calidad vida es la percepción del estado de salud; los resultados mostraron que poco más de la cuarta parte de los adultos mayores percibieron su estado de salud como bueno, lo que difiere con Moscoso-Sánchez, *et al.* (2009) pues, en su estudio, tres cuartas partes la consideran muy buena. Esto puede deberse a la presencia de enfermedades crónico degenerativas que la mayoría de los participantes de este estudio presentó, lo cual hace que el adulto mayor padezca malestares físicos que impactan su autoestima, lo que provoca una percepción negativa de su salud.

El rol emocional, por su parte, presentó un puntaje promedio de 62.15, lo cual indica que se considera como regular; en cambio, el estudio de Salcedo-Álvarez, *et al.* (2010) arrojó que 57.6% considera su estado emocional igual o casi igual a peor. Sin embargo, se sabe que este componente es fundamental para poder desarrollar actividades cotidianas ya que el rol emocio-

nal está ligado en el adulto mayor al control personal y expectativas de autoeficacia. Respecto a la dimensión de la función física, es regular; la mitad de los adultos mayores perciben que su salud actual les limita para realizar actividades como correr o levantar objetos pesados, lo cual explica por qué la actividad física es poco frecuente, sin embargo, las limitaciones para actividades diarias se presentó en solo una cuarta parte de los adultos mayores, lo cual coincide con Estrada, *et al.* (2013), quienes exploraron las condiciones asociadas con la calidad de vida en los ancianos en hogares geriátricos cuyos resultados arrojaron que 71% se considera independiente para realizar actividades de la vida diaria.

El tipo de actividad física que los adultos mayores realizaron fue desplazarse (caminar) en poco más de tres cuartas partes de los participantes, y poco realizan otras actividades, esto difiere con Serón, *et al.* (2010) debido a que su grupo de estudio estuvo integrado por adultos mayores de la zona urbana, laboralmente activos. Es conocido que la actividad física puede verse afectada por malestares físicos como el dolor, lo que pocos adultos mayores refirieron como una dificultad para su trabajo, asimismo, pocos se sienten agotados o cansados. El ejercicio físico constituye la base de un marcado desempeño funcional; es importante, además, la motivación para el adulto mayor así como la presencia de espacios adecuados y accesibles para que participe en la realización de actividades y experiencias cotidianas que le proporcionen beneficios sociales y personales (Jiménez, *et al.*, 2013). En los resultados se observó que la mitad de los participantes cuenta con un lugar para realizar actividades físicas, sin embargo, es necesario que los espacios se amplíen o se construyan espacios adecuados para que el adulto mayor se ejercite y recree.

Con base en los resultados encontrados en esta investigación, se recomienda realizar la promoción del ejercicio dando a conocer sus beneficios físicos, mentales y sociales a adultos mayores, así como a la familia y/o cuidadores primarios. De igual forma, se considera necesario continuar el estudio de este fenómeno indagando en las barreras para la no realización de la práctica de actividad física en el adulto mayor. Finalmente, es pertinente señalar que una limitante del estudio fue la ausencia del cálculo de su gasto energético.

Referencias bibliográficas

- Armstrong, T. & Bull, F. (2006). *Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ)*. *Journal Public Health*, 14, 66–70.
- Barquera, S. B., Campos–Nonato, I., Hernández–Barrera, L., Pedroza–Tobías, A. & Rivera–Dommarco, J. A. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública*, 55, 151–160.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C, Loos, R. J. & Martin, B. W. (2012) *Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? The Lancet*, 380, 258–271. doi: 10.1016/S0140–6736(12)60735–1.
- Díaz, J., Espinoza–Navarro, O. & Pino, A. (2015). Características Antropométricas y Fisiológicas de Adultos Mayores de la Comuna de Arica–Chile. *International Journal Morphology*, 33 (2), 580–585.
- Estrada, A., Cardona D., Segura A. M., Chavarriaga L. M., Ordóñez J. & Osorio J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31 (4), 492–502.
- Giusti–Ortiz, L. A. (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico. Editorial Psicoeducativa.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W. & Ekelund, U. (2012). *Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. The Lancet*, 280, 247–257. doi: 10.1016/S0140–6736(12)60646–1
- Hernández–Sampieri, R., Fernández–Collado C. & Baptista, L. P. (2006). Metodología de la Investigación. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad. Aguascalientes, México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Perfil sociodemográfico de los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/prod.serv/contenidos/espanol/bvINEGI/productos/censos/poblacion/2010/perfil.socio/adultos/702825056643.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición resultados nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/>
- Jaramillo, P. L. C., Páramo, P. C. & Ariza, N. J. J. (2011). Diferencia de dos programas de actividad física en adultos mayores en Medellín, Colombia. Recuperado de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/255–diferencia.pdf>

- Jiménez, O. Y., Núñez, M. & Coto, V., (2013). La actividad física para el adulto mayor en el medio natural. *Revista de las Sedes Regionales*. 14 (27). 168–181.
- Jones, S., Wen, F., Herring, A. H. & Evenson, K. R. (2015). *Correlates of US adult physical activity and sedentary behavior patterns*. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 1–8.
- Lepe, L. M., Díaz, V. P. N. & Araya, E. O. (2011). Efectos de un programa de ejercicios para evaluar las capacidades funcionales y el balance de un grupo de adultos mayores independientes sedentarios que viven en la comunidad Mauricio Lorca. *Revista de Salud Uninorte Barranquilla*. 27 (2). 185–197.
- Lugo, L. H., García, G. H. I., Gómez, C. R. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*. 24 (2). 37–50.
- Maldonado, G. G. & Mendiola, I. S. V. (2009). Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores, en contribuciones a las ciencias sociales. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm
- Marín, J. M. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educación en Salud*. 3 (1). 28–33.
- Mathus-Vliegen, E. M. H., Basdevant, A., Finer, N., Hainer, V., Hauner, H., Micic, D., Maislos, M. (2012). *Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly. A guideline*. *Obesity Facts*, 5 (3), 460–483. doi: 10.1159/000341193
- Moreno, G. A. (2005). Incidencia de la actividad física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 5 (19). 222–237.
- Moscoso-Sánchez D., Moyano-Estrada, E., Biedma-Velázquez L., Fernández-Ballesteros R., Martín Rodríguez M., Ramos González C. (2009). Deporte, salud y calidad de vida. *Colección Estudios Sociales*. 26. 19–243.
- Organización Panamericana de Salud & Organización Mundial de la Salud. (2012). Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-mas-60-anos-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=fr
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44441/1/9789243599977.spa.pdf>
- Peek, M. K., Ray, L., Patel, K., Stoebner-May, D. & Ottenbacher, K. J. (2003). *Reliability and validity of the SF-36 among older Mexican Americans*. *The Gerontologist*. 44. 418–425.

- Peña-Ordóñez, G. G., Bustamante-Montes, L. P., Ramírez-Durán, N., Halley-Castillo, E. & García-Cáceres, L. (2015). Evaluación de la ingesta proteica y actividad física asociadas con la sarcopenia del adulto mayor. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 20 (1). 16-22.
- Salcedo-Álvarez, R. A., Zarza-Arizmendi, M. D., Alba-Leonel, A. & Fajardo-Ortiz, G. (2010). Calidad de vida y calidad de la atención de enfermería en adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 18 (2). 63-7.
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Serón, P., Muñoz S. & Lanás, F. (2010). Nivel de actividad física medida a través del cuestionario internacional de actividad física en población Chilena. *Revista Médica Chile*. 138 (10). 1232-1239.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). *The mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection*. *Medical Care*. 30. 473-483.
- Van Stralen, M. M., De Vries, H., Mudde, A. N., Bolman, C. & Lechner, L. (2009) *Determinates of initiation and maintenance of physical activity among older adults: a literature review*. *Health Psychology Review*, 3 (2). doi: 10.1080/17437190903229462
- Vidarte, C. J. A., Quintero C. M. V. & Herazo, B. Y. (2012). Efectos del Ejercicio Físico en la Condición Física Funcional y la Estabilidad en Adultos Mayores. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 17 (2). 79-90.
- Villar, F., Triadó, C., Pinazo, S., Celdrán, M. & Solé, C. (2010). *Reasons for older adult participation in university programs in Spain*. *Educational Gerontology*, 36. 244-259.
- Zamarripa, R. J. I., Ruíz, J. F., López, W. J. W. & Fernández, B. R. (2013). Actividad e inactividad física durante el tiempo libre en la población adulta de Monterrey (Nuevo León, México). *Retos Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 24. 91-96.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES TIPO 2

M. E. TERESA CARREÓN LOZANO / M. C. E. MARÍA LUZ DE AVILA ARROYO
M. C. E. INÉS TENAHUA QUITL / M. C. E. PERLA GUADALUPE SIFUENTES PASILLAS
M. C. E. GRACIELA ARRIJOJA MORALES / M. E. MÓNICA MARTÍNEZ FUENTES

Facultad de Enfermería, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla



Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública que ocasiona complicaciones y pérdidas económicas de hasta 471 millones de dólares en su tratamiento. Este problema afecta a 364 millones de personas en el mundo y cada 7 segundos se presenta una muerte por esta causa, lo que se refleja en 4.6 millones de muertes al año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012). México no es la excepción ya que el costo que ha generado la atención por cada persona enferma ha sido de hasta 834 dólares anuales. Este país presenta 7.7% de muertes en la población de 20 a 79 años de edad y ocupa el sexto lugar del índice de mortalidad a nivel mundial. Se ha reportado que 12.5% de la población de entre 40 y 59 años, y 22.2% de mayores de 60 años, la padecen (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso, 2013; International Diabetes Federation [IDF], 2012; Secretaría de Salud, 2012).

Es de gran importancia señalar que la diabetes es una enfermedad sistémica, crónico degenerativa de predisposición hereditaria en la cual inciden diversos factores ambientales. Se caracteriza por hiperglucemia crónica debida a la insuficiencia en la producción o acción de la insulina. Afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas ocasionando complicaciones como accidentes cerebrovasculares, falla renal, amputación en miembros inferiores, retinopatía y la muerte (Secretaría de Salud [ss], 2010; Hernández-Ávila, *et al.*, 2013).

Por lo anterior cabe destacar que la población de adultos mayores es vulnerable a padecer diabetes y sus complicaciones. Es importante señalar que existen más de 10.9 millones de adultos mayores mexicanos, es decir, 9.3% de la población total en el país. La cifra es superior en el estado de Puebla (10.3%), donde 17.7% y 26.1% de los hombres y mujeres mayores de 60 años presentan este diagnóstico (CONAPO, 2014; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2010; Instituto Nacional de Salud Pública [ENSANUT], 2012; ss, 2012). Por lo tanto, este grupo requiere mayor atención en las necesidades físicas, psicológicas, sociales y un incremento en los cuidados. Para ello es necesaria la participación de la familia como apoyo para mantener o mejorar la calidad de vida (González–Celis, 2009; Friedemann, 1995).

Para que esto se logre es necesario que exista la funcionalidad familiar, definida como la capacidad del sistema para enfrentar y superar las etapas del ciclo vital y las crisis, que desde la perspectiva del Marco de la Organización Sistémica (MOS) establece que una enfermedad física en algún integrante de la familia puede reflejar una incongruencia en alguna de sus dimensiones. La funcionalidad depende de la dinámica familiar como un conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) a las que se atribuye la función de operar de manera positiva o negativa para el buen o mal funcionamiento de la familia. La disfuncionalidad, por otro lado, alude a los trastornos producidos en la dinámica familiar que impiden una congruencia en este sistema.

Para que se mantenga la funcionalidad se deben alcanzar las metas de control, crecimiento, espiritualidad y estabilidad (Friedemann, 1995), que se logran a través de la congruencia de sus dimensiones, a saber: a) mantenimiento del sistema, que consiste en conservar estrategias de comportamiento basadas en la tradición que ayuden con la organización de la familia; integra actividades como comer, dormir, la crianza y la recreación; b) cambio del sistema, que se refiere a la transmisión de la cultura y representa la preservación de patrones tradicionales e incorporación de nuevos conocimientos, comportamientos, estructura y valores familiares; c) coherencia, relacionada con la interacción entre los miembros de la familia, incluye procesos que llevan a la espiritualidad y se enfoca en la estabilidad de la familia mediante la comunicación efectiva, muestras de afecto y cuidado de ancianos y niños; d) individuación, consiste en motivar a los miembros de la familia a adquirir

nuevos conocimientos y establecer papeles dentro del sistema y medio ambiente para experimentar un crecimiento personal través de la expresión de la personalidad, la selección de amistades y la búsqueda de intereses (Friedemann, 1995).

La congruencia de estas dimensiones puede repercutir en aumentar o disminuir la calidad de vida de los integrantes de la familia. La sensación de bienestar experimentada por las personas que representa la suma de sensaciones objetivas y personales del sentirse bien definen la calidad de vida, así como la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, en su contexto cultural y sistema de valores, encaminado a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Asimismo, contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos. Este concepto engloba la salud física y psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente (OMS, 2005a; OMS, 2005b; Rodríguez-Orozco, *et al.*, 2013).

Es importante señalar que la salud física se refiere al estado o la capacidad para desarrollar tareas que involucran movimiento y esfuerzo, incluye variables como dolor, dependencia médica, energía, movilidad, sueño, capacidad para realizar actividades y capacidad de trabajo. La salud psicológica comprende el estado mental; se define como la capacidad del individuo de estar consciente de sus propias capacidades, el afrontamiento de las tensiones normales de la vida y la autoestima. Además, incluye sentimientos positivos y negativos, espiritualidad, capacidad de pensamiento e imagen corporal.

Por otro lado, las relaciones sociales hacen referencia a la conexión, correspondencia o comunicación de alguien con otra persona, es decir, las relaciones personales, la actividad sexual y el apoyo social. El medio ambiente es definido como las condiciones físicas, sociales y económicas de un lugar conformadas por la libertad, la seguridad y la satisfacción con el ambiente físico, los recursos económicos, la información, la recreación, las condiciones del lugar donde se vive, la atención sanitaria y el transporte público (Rodríguez-Orozco, *et al.*, 2013).

Es en este contexto que la familia constituye un recurso de apoyo básico para el adulto mayor, ya que con la prolongación de la vida se crean nuevos roles y necesidades entre los miembros de la familia; el adulto mayor se

convierte en el principal protagonista pues los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de envejecimiento hacen de él un individuo vulnerable, más aún si padece enfermedades crónicas como la DT2, lo que hace necesario el desarrollo de estrategias de atención que le garanticen una adecuada calidad de vida (González–Celis, 2009).

Cabe destacar que la funcionalidad familiar ha sido estudiada escasamente en adultos mayores con DT2, sin embargo, se ha encontrado que en algunos países como Cuba, México, Colombia y Perú, las familias son disfuncionales particularmente cuando alguno de los integrantes de la familia tiene problemas de salud (Concha, *et al.*, 2013; Cuba, Jurado, Romero & Cuba, 2013; Guerrero & Aranda, 2013; Rodríguez–Orozco, *et al.*, 2013; Veloz, 2012) y que su calidad de vida oscila entre mala y regular. Esta condición se presenta en el enfermo cuando sus capacidades de funcionalidad y autonomía limitan la realización de actividades de la vida diaria y se agravan cuando tienen depresión, ansiedad o se sienten maltratados por familiares (Estrada, *et al.*, 2011).

En este contexto, Guerrero & Aranda (2013) realizaron un estudio en adultos mayores con ictus discapacitante en Cuba y encontraron que se presentó un alto porcentaje de disfuncionalidad familiar (74.5%), así como una diferencia significativa entre esta variable y la funcionalidad ($\chi^2 = 38.8$; $p < .001$). Rodríguez–Orozco, *et al.* (2013), en un estudio realizado en México, señalaron que 51.3% de las familias de pacientes con enfermedad renal crónica eran de moderada a severamente disfuncionales; quienes estaban casados percibían una mayor funcionalidad familiar. Asimismo, Cuba, *et al.*, en el 2013, encontraron que 72% de las familias en Perú presentaron disfuncionalidad familiar, 25% percibía una mejor calidad de vida y no se encontró asociación significativa entre estas variables ($p > .05$).

Por otro lado, en un estudio realizado en Chile a pacientes con DT2 e hipertensión, 80.5% presentó funcionalidad familiar y 19.5% disfuncionalidad, de manera que existió una diferencia significativa entre estas variables y la descompensación ($\bar{X} = 15.626$; $p < .000$). Además, se mostró que las familias disfuncionales tienen 21 veces mayor probabilidad de sufrir eventos descompensatorios de las patologías que presentaban (Concha & Rodríguez, 2010), caso contrario a lo reportado por Takase, Mendes, Martins, Nassar & Zunino (2011) quienes concluyeron que más de 60% de los

ancianos de su muestra presentaba adecuada funcionalidad familiar y que la calidad de vida fue regular donde los puntajes de salud física ($\bar{X} = 48.4$, $DE = 20.8$) y relaciones sociales ($\bar{X} = 50.9$, $DE = 14.7$) fueron los más bajos.

Otro estudio llevado a cabo en México reportó que 60% de los adultos mayores percibían su calidad de vida como normal, 17.7% como regular y 5.7% expresó tener muy mala calidad de vida. Se obtuvieron altos porcentajes de buena calidad de vida en las dimensiones de salud física (87.9%), psicológica (72%) y relaciones sociales (79.2%), y altos porcentajes en la mala calidad de vida en la dimensión de relaciones sociales (7.2%). También se encontró diferencia significativa entre la dimensión del ambiente y el género ($p = .04$).

Otros autores investigaron estas mismas variables en pacientes con DT2 que presentaron un alto porcentaje respecto a esta variable (78.4%), al igual que para las dimensiones de salud física (60.4%), salud psicológica (66.2%), relaciones sociales (61.6%) y ambiente (62.2%). La percepción de calidad de vida global fue de mala a regular en 38.6% de los participantes, buena en 59.3% y excelente en 2% (Flores, Cervantes, González, Vega & Valle, 2012; Romero-Márquez, Díaz-Veja & Romero-Zepeda, 2011).

Este panorama indica que la presencia de un problema de salud en alguno de los integrantes de la familia afecta la funcionalidad familiar y que la calidad de vida se ve mayormente afectada si dicha funcionalidad está ausente. Por esta razón surge la necesidad de estudiar las variables con el objetivo de conocer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor con DT2, para hacer una contribución relativa al comportamiento de estas variables con la intención de que en un futuro se desarrollen estrategias para mejorar o mantener la funcionalidad familiar y, por ende, la calidad de vida en este grupo poblacional.

Método

Diseño. El presente estudio fue descriptivo, comparativo y correlacional, ya que describe la funcionalidad familiar y la calidad de vida del adulto mayor con DT2, así como la relación entre estas variables.

Participantes. Adultos mayores de 60 a 85 años de edad con DT2 que acu-

dieron a consulta en un hospital público de segundo nivel de atención de la ciudad de Puebla.

Muestreo y muestra. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó mediante análisis de potencia, con un nivel de significancia de .05, un nivel de confianza de .9%, una magnitud de efecto de .3 y una atrición de 10% para conformar una muestra 130 adultos mayores con DT2.

Criterios de selección. De inclusión, adultos mayores, hombres y mujeres, de 60 a 85 años de edad con DT2 que viven al menos con otra persona en su vivienda. De exclusión, adultos mayores que no quisieron continuar en el estudio y quienes presentaron alteraciones mentales como esquizofrenia o Alzheimer.

Instrumentos. Para la recolección de la información del participante se aplicó una cédula de datos en la que se incluyeron 3 apartados: a) datos sociodemográficos que integraron la edad en años, sexo, religión, estado civil, escolaridad, situación laboral, ingreso económico y seguridad social; b) datos clínicos que midieron el tiempo de diagnóstico de la DT2, última cifra y fecha de glicemia basal registradas en el expediente clínico; c) características de la familia, donde se evaluó con quién vive, número de miembros en la vivienda, quién le ayuda con su cuidado y tipo de familia.

Para valorar la funcionalidad familiar se utilizó la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar EE-FF20 (Friedemann & Chávez, 1999). Este instrumento, adaptado a población latina, consta de 20 reactivos, cada uno con una puntuación que va de 1 a 3 puntos. El valor mayor indica funcionalidad y los menores disfuncionalidad. Se divide en 4 dimensiones: la coherencia (1, 5, 10, 15, 18), el mantenimiento del sistema (2, 6, 9, 11, 14, 16, 19), la individuación (3, 7, 12) y el cambio del sistema (4, 8, 13, 17, 20). Cada reactivo tiene valores de 1, 2 y 3 puntos. Para el análisis estadístico se realizaron sumatorias en las cuales un puntaje de 54 a 60 indicó funcionalidad y, menor de 54, disfuncionalidad familiar. Para este estudio el instrumento presentó una consistencia interna aceptable mediante un *alpha* de Cronbach de .85.

La calidad de vida se midió mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, que consta de 26 reactivos con escala de medición de tipo Likert que va desde 1 y 2 insatisfactoria, 3 medianamente satisfactoria, 4 y 5 satisfactoria. Es una versión breve del WHOQOL-100, diseñado por la OMS con el objetivo de evaluar

la calidad de vida desde la perspectiva de 4 áreas (salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente).

El cuestionario ha sido validado en adultos mayores, población general con problemas de salud y otras condiciones (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas–Carrasco & Bunout, 2011). En el ámbito de la salud física, que para el análisis estadístico se mide mediante 6 reactivos (3, 4, 10, 15, 16, 17), una puntuación de 24 o menos califica una calidad de vida insatisfactoria, 25 a 29 medianamente satisfactoria y más de 30 satisfactoria.

La salud psicológica se midió con los reactivos 5, 6, 7, 11, 19, 26; una puntuación de 19 o menos señala una calidad de vida insatisfactoria, de 20 a 24 medianamente satisfactoria y de 25 puntos o más, satisfactoria. Para las relaciones sociales (20, 21, 22), menos de 9 puntos indican calidad de vida insatisfactoria, de 10 a 12 medianamente satisfactoria y 13 o más, satisfactoria. Finalmente, para evaluar el medio ambiente se integraron los reactivos 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25; menos de 29 puntos indica una calidad de vida insatisfactoria, de 30 a 34 medianamente satisfactoria y de 35 o más, satisfactoria.

El puntaje de la escala total oscila entre 26 y 130, lo que indica que a mayor puntaje mejor calidad de vida. El instrumento ha sido utilizado en diferentes poblaciones donde se reportan *alphas* de Cronbach entre .75 y .88 en poblaciones mexicanas y chilenas, como señalan Espinoza, *et al.* (2011) y Acosta, Vales, Echeverría, Serrano & García (2013). En este estudio se obtuvo un *alpha* de Cronbach de .9, lo que confirma la confiabilidad del instrumento en población mexicana.

Procedimiento. Para llevar a cabo dicha investigación se solicitó la aprobación del proyecto a la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado (SIEP) de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE–BUAP) y al Comité de Investigación del Hospital General del Sur de la ciudad de Puebla. Una vez aprobado se acudió a la institución hospitalaria para solicitar la autorización de la recolección de datos a la coordinación de enseñanza y posteriormente se acudió a la consulta externa de los turnos matutino y vespertino del hospital, donde se abordó a los adultos mayores con DT2 que se encontraban en espera de consulta; se les explicó el objetivo y el título del estudio, así como las contribuciones en la prevención y atención de personas con DT2.

Una vez que aceptaron participar voluntariamente en el estudio se les

entregó el consentimiento informado que autorizara por escrito su participación, para lo que se solicitó que pusieran su firma en el documento. Cabe destacar que en todo momento prevaleció el respeto a su integridad, se aclaró que su participación sería anónima y confidencial y que si en algún momento querían suspender el llenado de los instrumentos lo podrían hacer sin ninguna represalia, de tal manera que se cumple con lo que señala el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014).

Además, se les solicitó que respondieran todas las preguntas del instrumento y que si tenían alguna duda el investigador la aclararía en cualquier momento. Cabe señalar que las preguntas se realizaron verbalmente a los participantes que lo solicitaron y no se presentó ningún incidente durante la recolección de datos. Finalmente, se agradeció su participación en el estudio y los instrumentos se depositaron en un sobre manila para resguardar y proteger la información.

Estrategias de análisis de datos. El procesamiento de datos se hizo a través del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 21 para *Windows*. Se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos por medio del coeficiente de confiabilidad *alpha* de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva para conocer las variables de estudio. Para conocer las diferencias con las variables demográficas se aplicó la prueba de *chi* cuadrada, *U* de Mann Whitney y *H* de Kruskal Wallis; para la relación de las variables, el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Se encontró que los participantes tenían de 60 a 70 años de edad (86.2%), que predominó el género femenino (56.2%), la religión católica (86.9%), que la mayoría de los participantes tenía pareja (62.3%) y que 50.8% contaba con escolaridad de nivel primario. Respecto a la situación laboral, 50% trabajaba y el mismo porcentaje no lo hacía. De entre quienes sí laboraban, 30% tenía un ingreso económico mensual de \$2,500.00 pesos. Con relación a los datos clínicos, 43.1% de los participantes señaló que el tiempo que tenía de padecer la DT2 era de 6 a 10 años. De los adultos mayores, 69.2% se realizaron

su último estudio de glucosa en el último mes y las cifras oscilaron entre 126 a 300 mg/dl en 49.2% y de 70 a 125 mg/dl en 46.9% de los participantes.

También se encontró que el número de miembros familiares con quienes vivían fue de 2 a 5 personas (83.1%), que en primer lugar los hijos ayudan con su cuidado (48.5%) y luego la pareja (46.2%), y que el tipo de familia que se presentó con mayor proporción fue el nuclear (58.8%). Al indagar la funcionalidad familiar en adulto mayor con DT2 se encontró que 73.8% presenta disfuncionalidad. El promedio de la funcionalidad familiar de los participantes fue de 47.6 ($DE = 6.4$), donde el mantenimiento del sistema tiene el puntaje más alto ($\bar{X} = 18.1$, $DE = 2.6$) y la individuación presenta el puntaje más bajo ($\bar{X} = 7.3$, $DE = 1.6$).

Respecto a la calidad de vida, se encontró que la salud física fue insatisfactoria (94.6%), la psicológica en primer lugar medianamente satisfactoria (58.5%) seguida de insatisfactoria (36.4%) y el dominio de relaciones sociales fue insatisfactorio (51.5%), al igual que el medio ambiente (69.2%). El promedio de calidad de vida fue de 58.7 ($DE = 11.5$), el medio ambiente obtuvo el mayor puntaje respecto a las otras dimensiones ($\bar{X} = 9.4$, $DE = 2.0$) y las relaciones sociales el más bajo ($\bar{X} = 26.8$, $DE = 4.5$).

TABLA I
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR CON DT2

Variables	f	%	IC 95%	
			LI	LS
<i>Funcionalidad familiar</i>				
Funcionalidad	34	26.2	19	34
Disfuncionalidad	96	73.8	66	81
<i>Calidad de vida</i>				
Estado de salud insatisfactoria	130	0	5	15
<i>Salud Física</i>				
Insatisfactoria	123	94.6	91	98
Medianamente satisfactoria	7	5.4	2	9
<i>Salud Psicológica</i>				
Insatisfactoria	45	36.4	28	45
Medianamente Satisfactoria	76	58.5	50	67
Satisfactoria	9	6.9	3	11

Relaciones Sociales

Insatisfactorias	67	51.5	43	60
Medianamente satisfactorias	58	44.6	35	53
Satisfactorias	5	3.8	1	7

Medio Ambiente

Insatisfactorio	90	69.2	61	77
Medianamente Satisfactorio	33	25.4	18	33
Satisfactorio	7	5.4	2	9

n = 130

Los resultados de la prueba de *chi* cuadrada indicaron que no existió relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el género de los adultos mayores con DT2 ($\chi^2 = 2.47, p = .116$). Sin embargo, las proporciones muestran que el género masculino presenta mayor disfuncionalidad familiar. Además, se presentó una diferencia significativa entre la funcionalidad familiar y la escolaridad ($\chi^2 = 25.28, p = .000$), donde las mayores proporciones respecto a la funcionalidad se presentaron en quienes tuvieron escolaridad de nivel profesional (75%) y de nivel secundario (28%).

Para la disfuncionalidad, el mayor porcentaje se presentó en quienes no tuvieron algún grado escolar (94.4%), seguido de los que tuvieron escolaridad de nivel primario (80.3%) y bachillerato (80%). Con relación a la edad, los adultos mayores de entre 71 y 85 años presentaron mayor disfuncionalidad (94.4%) que los de menos de 70 años ($\chi^2 = 4.59, p = .032$) y aunque no se presentó diferencia significativa entre la funcionalidad familiar y la situación laboral, los adultos mayores que no trabajan presentaron disfuncionalidad (80%).

TABLA 2

PRUEBA DE CHI CUADRADA PARA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR GRUPO DE EDAD, SITUACIÓN LABORAL Y GÉNERO

Funcionalidad familiar	60-70		71-85		gl	χ^2	Valor de p
	f	%	f	%			
Funcionalidad	33	29.5	1	5.6			

Disfuncionalidad	79	70.5	17	94.4	1	4.59	.032
	<i>Trabaja</i>		<i>No trabaja</i>				
Funcionalidad	21	32.3	52	20.0			
Disfuncionalidad	44	67.7	13	80.0	1	2.54	.110
	<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>				
Funcionalidad	11	19.3	23	31.5			
Disfuncionalidad	46	80.7	50	68.5	1	2.47	.116

n = 130

Al analizar las diferencias entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el grupo de edad ($U = 713$, $p = .047$) y la situación laboral ($U = 1628$, $p = .024$), donde en el grupo de 60 a 70 años se presentó un mayor puntaje (88), misma situación en los adultos mayores que trabajan (89.6). No se presentó diferencia entre la calidad de vida y el género.

TABLA 3
PRUEBA U DE MANN WHITNEY PARA CALIDAD DE VIDA
POR GRUPO DE EDAD Y SITUACIÓN LABORAL

<i>Calidad de vida</i>		<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
<i>Grupo de edad</i>	60-70 años	112	88.0	88.0	713.00	.047
	71-85 años	18	81.5	80.5		
<i>Situación laboral</i>	Trabaja	65	89.6	91.0	1628.00	.024
	No trabaja	65	84.6	84.0		

n = 130

También es importante señalar que estos resultados muestran una diferencia significativa entre la calidad de vida y la escolaridad ($H = 10.56$, $p = .005$), y que la calidad de vida insatisfactoria fue mayor en quienes estudiaron nivel primario (65, $Mdn = 66$), la medianamente satisfactoria en quienes cursaron el nivel bachillerato (90, $Mdn = 90$) y la satisfactoria en quienes tuvieron estudios de nivel profesional (107.1, $Mdn = 107$).

Al relacionar las variables de estudio, los resultados del coeficiente de correlación de Spearman indicaron que existe una relación positiva y significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida ($r_s = .648$, $p = .000$). Además, se encontró una relación negativa y significativa entre la funcionalidad familiar y la edad ($r_s = -.248$, $p = .004$), así como entre la calidad de vida y la edad ($r_s = -.18$, $p = .04$).

TABLA 4
CORRELACIÓN DE SPEARMAN PARA FUNCIONALIDAD FAMILIAR,
CALIDAD DE VIDA Y EDAD

Variable	1	2	3
1. Funcionalidad Familiar	1		
2. Calidad de vida	.648 (.000*)	1	
3. Edad	-.248 (.004*)	-.180 (.040*)	1

Nota: Nivel de significancia $p < .05^*$

$n = 130$

Discusión

Los resultados mostraron que los adultos mayores de este estudio tenían en promedio 65.8 años de edad y que la mayoría tenía de 60 a 70 años (86.2%). Esta situación es un reflejo del crecimiento poblacional que se está presentando en México y que sugiere que en los próximos años la generalidad de la población estará compuesta por adultos mayores (INEGI, 2010). También se encontró que el género femenino tenía prevalencia (56.2%), hallazgo similar al reportado por Takase, *et al.* (2011), Flores, *et al.* (2012) y datos que reporta el INEGI que indican que en el estado de Puebla más adultos mayores pertenecen al género femenino (INEGI, 2010).

Por otro lado, los resultados indican que la religión que más profesaban los participantes era la católica y que gran parte de los adultos mayores con DT2 tenían pareja, lo cual es similar a lo que reportan otras investigaciones (Flores, *et al.*, 2012; INEGI, 2010; Rodríguez-Orozco, *et al.*, 2013; Takase, *et al.*, 2011). Este contexto corresponde a los sistemas culturales del estado de Pue-

bla donde la mayoría de la población practica dicha religión, situación que puede influir en que las personas establezcan una relación de pareja con la finalidad de sentirse acompañadas para tener ayuda mutua en la vejez, pues mantener una pareja hasta el final de la vida es uno de los patrones propuestos por dicha religión.

Referente a la escolaridad, se encontró que el mayor porcentaje de personas estudió el nivel primario (50.8%), lo que semeja lo encontrado por diferentes investigadores (Rodríguez–Orozco, *et al.*, 2013; Romero–Márquez, *et al.*, 2011; Flores, *et al.*, 2012), que puede ser causado por el contexto económico y cultural de los lugares donde se realizaron los estudios, puesto que son similares.

Por otro lado, es importante destacar que solo 50% de los participantes labora y tiene un ingreso económico inferior a \$2,500.00 pesos al mes, lo que coincide con Romero–Márquez, *et al.* (2011), quienes reportan bajos ingresos económicos en los participantes de su estudio. Es posible que esta situación se deba a que el adulto mayor busca emplearse en algún oficio para sentirse útil y contribuir económicamente al hogar.

Respecto a los datos clínicos de los participantes, se encontró que 43.1% de ellos tenían entre 6 y 10 años de padecer diabetes, lo que coincide con Romero–Márquez, *et al.* (2011). Un dato importante que caracterizó a la población de estudio fue que la cifra de última glucosa osciló entre 126 y 300 mg/dl, la cual es alarmante y sugiere que no existe un adecuado control de la glucosa; este hecho puede convertirse en un gran riesgo por ser un factor para desarrollar complicaciones de salud en los participantes.

Con relación a las características familiares de los adultos mayores con DT2, los datos señalaron que el número de miembros fue de 2 a 5 personas y quienes ayudaban con sus cuidados eran los hijos (48.5%), resultado similar a lo encontrado por Takase, *et al.*, en el 2011 y con Flores, *et al.*, en el 2012, quienes mencionan altos porcentajes de adultos mayores que viven con sus hijos. Esta situación puede estar influenciada por los valores que se inculcan dentro de la familia nuclear que prevalecen con los años y se ven reflejados en el cuidado de las personas mayores y enfermas que, además, es una característica que se engloba en el cambio de sistema y la coherencia de la función familiar (Friedemann, 1995; INEGI, 2010).

Estos resultados son consistentes con lo mencionado anteriormente y con otros estudios, ya que 50.8% de las familias de los participantes son nucleares; por ello es posible afirmar que la familia es una fuente de apoyo en el cuidado del adulto mayor con DT2, a su vez que contribuye a mantener o mejorar su calidad de vida (Cuba, *et al.*, 2013; Veloza, 2012).

Al describir la funcionalidad familiar del adulto mayor con DT2, se encontró que tiene un promedio bajo en la funcionalidad familiar y que la dimensión de individuación presenta el menor puntaje, lo que indica que los adultos mayores con DT2 presentan disfuncionalidad familiar y que las principales características de la familia que se ven afectadas son la motivación de los integrantes para adquirir nuevos conocimientos y establecer funciones de cambios en la espiritualidad y el crecimiento, funciones que se engloban dentro de la dimensión de la individuación (Friedemann, 1995).

Con relación a la calidad de vida se encontró un promedio de 58.7, del cual las relaciones sociales presentaron el puntaje más bajo, lo que significa que la calidad de vida es insatisfactoria e indica, además, que el adulto mayor con DT2 tiene problemas con los dominios de estado de salud, salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Sin embargo, es necesario destacar que los principales problemas se encuentran en las relaciones con otras personas, las relaciones sexuales y el apoyo social, además de mantener deficientes capacidades para afrontar problemas, la autoestima, la seguridad del ambiente y la recreación.

Estos resultados difieren con Cardona, *et al.* (2014) quienes señalan puntajes más elevados que los de la presente investigación, quizá porque la población en la que se realizó su estudio se encontraba cautiva en hogares geriátricos donde recibían atención por parte de cuidadores, a diferencia de nuestros participantes que vivían con su familia. Sin embargo, resulta alarmante observar que la función que tiene la familia puede llegar a ser contraproducente en el bienestar o estado de salud de los adultos mayores, ya que en ellos se reflejan incongruencias o alteraciones en la calidad de vida.

Las alteraciones en la funcionalidad familiar se reflejan al encontrar que 73.8% de los participantes presentaron familias disfuncionales, cifra alarmante que constata lo señalado con anterioridad y que, pese a la pertenencia a una familia nuclear, existen incongruencias en los sistemas familiares.

Es importante señalar que Cuba, *et al.*, en el 2013, hallaron lo mismo. Esta situación puede obedecer a las similitudes en los sistemas económicos y políticos de las poblaciones donde se realizaron ambos estudios, así como a los cambios en los cuidados que requieren las personas mayores, sobre todo si presentan alguna patología como la DT2, ya que indudablemente necesitan mayor atención de los integrantes de la familia y esto puede alterar las actividades cotidianas y, por ende, los sistemas familiares y sus dimensiones. En contraste, el resultado mencionado difiere con algunos autores que indican mayores porcentajes de familias funcionales, lo que podría responder a la diferencia en los contextos culturales, valores, creencias y actitudes ante las situaciones familiares (Concha & Rodríguez, 2010; Guerrero & Aranda, 2013; Rodríguez-Orozco, *et al.*, 2013; Takase, *et al.*, 2011).

Respecto la calidad de vida, los resultados señalan que para 80.8% de los participantes fue medianamente satisfactoria. De acuerdo con los dominios, los porcentajes mayores señalan que la calidad de vida es insatisfactoria en la mayoría de ellos (estado de salud, salud física, el medio ambiente y relaciones sociales) y que para la salud psicológica fue medianamente satisfactoria (58.5%). Estos resultados difieren de lo reportado por Flores, *et al.* (2012), quienes reportan una buena percepción de la calidad de vida y coinciden con Romero-Márquez, *et al.* (2011), que indican bajos porcentajes en los dominios que evalúan la calidad de vida. Estos resultados sugieren que puede haber similitudes entre las poblaciones debido a los comportamientos y características propias de los adultos mayores y el entorno que los rodea, así como a las conductas que pueden generar como pacientes con diabetes.

Por otra parte, es imprescindible mencionar que el hecho de que haya insatisfacción en los dominios que engloban la calidad de vida sugiere que el adulto mayor con DT2 manifiesta problemas en los comportamientos, valores, espiritualidad y el crecimiento personal, afectado quizá por la función o disfunción de la familia que se refleja en la disfuncionalidad que presenta la población de estudio y, a la vez, en la insatisfacción de la calidad de vida que presentan los adultos mayores con DT2.

Los resultados de este estudio señalaron que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el género y la situación laboral, sin embargo, las proporciones más elevadas se presentaron en los adultos

mayores que pertenecían al género masculino (80.7%) y que no trabajaban (80%), a la vez que presentaron disfuncionalidad familiar. Respecto a la escolaridad y el grupo de edad, sí se presentó diferencia significativa, pues los adultos mayores con DT2 de 71 a 85 años presentaron disfuncionalidad familiar igual que quienes no tuvieron ningún grado de escolaridad o sólo cursaron el nivel primario. Esto es congruente con Cuba, *et al.* (2013), quienes reportan porcentajes similares de disfuncionalidad familiar y la edad, pero discrepa con Guerrero & Aranda (2013), Rodríguez–Orozco, *et al.* (2013) y Takase, *et al.* (2011), quienes encontraron mayor funcionalidad en el grupo de edad de 60 a 70 años.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre las variables de calidad de vida, grupo de edad, escolaridad y situación laboral; quienes trabajan y tienen mayor grado de escolaridad, presentaron una calidad de vida satisfactoria, lo que concuerda con Flores, *et al.* (2012), quienes mencionan, con relación a la cuestión laboral, que seguir trabajando es un indicador significativo para obtener una buena calidad de vida.

Esto se puede entender en el sentido de que percibir un ingreso económico y mantenerse activo genera bienestar al adulto mayor con DT2 y, si se encuentra en una edad menor de 70 años, puede ser más funcional y realizar actividades básicas que le permitan mejorar y mantener la salud, por ende, la calidad de vida. Por otra parte, se encontró que los mayores puntajes de satisfacción laboral se presentaron en quienes tenían un grado escolar de nivel profesional, lo cual podría relacionarse con la situación laboral porque tener una carrera profesional genera una estabilidad económica que, aparentemente, beneficia la calidad de vida de las personas.

Cabe destacar que no se encontraron estudios en los que se hayan comparado las variables de funcionalidad familiar y calidad de vida por género, escolaridad, grupo de edad y situación laboral, lo que podría interpretarse como una debilidad del estudio, sin embargo, conocer las diferencias entre estas variables genera nuevo conocimiento acerca del panorama familiar y de la calidad de vida de los adultos mayores mexicanos que padecen DT2 y sus características sociodemográficas, contribución al conocimiento que servirá como base de futuras investigaciones e incluso al diseño de intervenciones que mejoren la funcionalidad familiar y la salud del adulto mayor con DT2, para que se proyecte en la calidad de vida.

Después de analizar este contexto y observar que la mayoría de los participantes presentaron disfuncionalidad familiar y calidad de vida insatisfactoria, se confirma la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en el adulto mayor con DT2 por medio de los resultados de la correlación de Spearman, consecuencia, quizá, de las alteraciones en la congruencia de los sistemas familiares que alteran la dinámica de los integrantes de la familia y que tienen como resultado la modificación en la percepción del adulto mayor con DT2 acerca de su posición en la vida en su contexto cultural, el sistema de valores donde vive y las propias expectativas e intereses (OMS, 2005a; OMS, 2005b).

Los resultados que se mencionan difieren con Cuba, *et al.* (2013), que al asociar la funcionalidad familiar con la calidad de vida no encontraron relación estadísticamente significativa, posiblemente debido a la heterogeneidad en los participantes de la muestra de ambos estudios ya que dichos autores realizaron la investigación en familias, mientras que en el presente estudio se realizó en adultos mayores con DT2, lo que destaca la importancia de conocer el comportamiento de estas variables en la población que ha sido estudiada en la presente investigación.

De acuerdo con lo obtenido, se recomienda replicar el estudio para medir las variables con los mismos instrumentos y con población de características demográficas diferentes, hacer comparaciones entre ellas y ver si el medio sociocultural en donde se llevó a cabo el estudio influye en los resultados, ya que el nivel socioeconómico de esta población es relativamente bajo, lo que se puede convertir en una limitante del estudio. Además, se considera pertinente aplicar estas mediciones a todos los integrantes de la familia del adulto mayor para comparar los resultados y analizar las diferentes percepciones respecto a la funcionalidad y calidad de vida; así sabríamos si los resultados se ven influenciados por el significado que da el adulto mayor a padecer la DT2. Por tanto, se sugiere abordar estas variables de manera cualitativa para profundizar y detectar estos hallazgos.

Referencias bibliográficas

- Acosta, Q. C. O., Vales, G. J. J., Echeverría, C. S. B., Serrano, E. D. M. y García, F. R. G. (2013). Confiabilidad y validez del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*. 23 (2). 241–250. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Cardona, A. J. A., Álvarez, M. M. I. & Pastrana, R. S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de hogares geriátricos, Medellín, Colombia, 2012. *Rev. Cienc. Salud*. 12 (2). 139–155. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3074/2465>
- Concha, T. M. C. & Rodríguez, G. C. R. (2010). Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. *Theoria*. 19 (1). 41–50.
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2014). Proyecciones de la población 2010–2050. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/proyecciones>
- Cuba, M. F., Jurado, A., Romero, Z. & Cuba, M. (2013) Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano–marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Rev. Med. Hered*. 24. 12–16. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n1/v24n1a02.pdf>
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas–Carrasco, R. & Bunout, D. (2011) Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL–BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. Med. Chile*. 139. 579–586. Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0034-98872011000500003>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. M., Chavarriaga, L. M., Ordóñez, J. & Osorio, J. J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Revista Biomédica*. 3. 492–502. Recuperado de <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/399/783>
- Flores, V. M. E., Cervantes, C. G. A., González, P. G. J., Vega, L. M. G. & Valle, B. M. A. (2012). Ansiedad y Depresión como indicadores de Calidad de Vida en Adultos Mayores. *Revista de Psicología da IMED*. 4 (1). 649–661. Recuperado de <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/viewFile/233/196>
- Friedemann, M. L. (1995). *The Framework of Systemic Organization: A Conceptual Approach to families and nursing*. California: SAGE Publications, Inc.
- Friedemann, M. L. & Chávez, M. (1999). *Testing the Spanish version 1999*. Recuperado de <http://www.angelfire.com/ak3/Friedemann/spanish.htm>

- González–Celis, R. A. L. (2009). Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Instituto de Geriatria*. 366–378. Recuperado de <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/34.pdf>
- Guerrero, A. A. & Aranda, C. C. (2013). Impacto sobre el funcionamiento familiar de la discapacidad motora post–ictus en ancianos. *Panorama Cuba y Salud*, 2013. 8 (2). 20–25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2013/pcs132e.pdf>
- Hernández–Ávila, M., Gutiérrez, J. P. & Reynoso–Noveron, N. (2013). Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública de México*. 55 (2). 129–136. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a9.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Censo de Población y Vivienda. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv2010/municipios.aspx>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012 ResultadosNacionales.pdf>
- International Diabetes Federation [IFD]. (2012). Diabetes Atlas. Recuperado de http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_EN.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005a). Concepto de calidad de vida. Recuperado de <http://vidacalida.blogspot.mx/2010/12/oms-calidad-de-vida2005.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005b). Día Mundial de la Diabetes: muchas de las amputaciones que acarrea la enfermedad se podrían evitar. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr61/es/>
- Rodríguez–Orozco, A. R., Kanán–Cedeño, E. G., Bautista, C. J., Polina–Carrillo, R. & Gómez–Alonso, C. (2013). No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. *Actas Esp. Psiquiatr*. 41 (2). 63–66. Recuperado de <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/82/ESP/15-82-ESP-63-66-960330.pdf>
- Romero–Márquez, R. S., Díaz–Veja, G. & Romero–Zepeda, H. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 49 (2). 125–136. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). Ley General de Salud. *Última reforma publicada DOF 04-06-2014*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, México. Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.040614.pdf>

- Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana para la asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (NOM-031-SSA-2012). Diario Oficial de la Federación. Recuperada de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
- Secretaría de Salud (2010). Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (NOM-015-SSA-2010). Diario Oficial de la Federación. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Takase, G. L. H., Mendes, C. M. A., Martins, M. M., Nassar, M. S. & Zunino, R. (2011). La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19 (3). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es.03.pdf>
- Veloza, M. M. C. (2012). Salud Familiar en familias con adolescentes gestantes. *Av. enferm.* 30 (1). 75-81. Recuperado de <http://www.revista.uanl.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35439/36511>

LA DESESPERANZA APRENDIDA COMO PREDICTOR DE INDICADORES DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

MTRA. AZENET GUADALUPE MARTÍN FABELA / DR. JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR
DR. JESÚS ACEVEDO ALEMÁN / MTRO. DANIEL SIFUENTES LEURA

Universidad Autónoma de Coahuila



Introducción

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de servicios de salud. La transición demográfica ha provocado un incremento en la población de adultos mayores. A medida que el proceso de envejecimiento avanza, se muestra un incremento acelerado en las personas con edades de 60 años y más por efecto de la disminución de la mortalidad adulta y el aumento en la tasa de natalidad, que propician una estructura poblacional cada vez más envejecida.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), 12% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas alcanza 23.3%. Para 2050 se estima que será adulto mayor 1 de cada 5 habitantes, 21.2%; en las regiones menos desarrolladas la proporción será de 19.5%, es decir, el nivel que actualmente se observa en las regiones más desarrolladas, las cuales tendrán una proporción de adulto mayor de 32%. En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década con un aumento del 6.2 a 9.7% y se espera que en 2050 se incremente a 21.5%.

Regiones en vías de desarrollo como Latinoamérica proyectan que para el 2020, 9% del total de su población estará compuesto por personas con 65 años o más, para países como Brasil será 9.6%; Argentina, 11.9%; Chile, 12.1% y Uruguay, 15%, mientras que para Ecuador será 8.8% y para Bolivia, 5.8%. Por otra parte, y según datos del censo 2005 de Colombia, 6.3% de la pobla-

ción tenía 65 años o más y se proyecta que para 2020 esta cifra aumentará a 8.5% (Estrada–Restrepo, *et al.*, 2013).

En 2010 se registraron en el Estado de México 1'137,647 habitantes de 60 años o más, lo que equivale a 7.4% de la población. Se espera que para 2030 se aproximen a los 3 millones de adultos mayores, con lo que abarcarían poco más de 16% de la población total de la entidad. Se identifica que, en México, entre 1990 y 2010, el número de personas adultas mayores pasó de 5 a 10.1 millones y su proporción respecto a la población total creció en un porcentaje de 6.2% a 9% (Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social [CEMYBS], 2011).

Este incremento de adultos mayores en la transición demográfica ha propiciado que esta población se encuentre sola y sin apoyo familiar. Se ha observado que las capacidades físicas del individuo se deterioran, lo que provoca un aislamiento social en el adulto mayor y la presencia de problemas de salud mental que contribuyen a elevar la morbimortalidad, disminuir la calidad de vida e incrementar los costos del cuidado en la salud (Medina–Chávez, *et al.*, 2011).

Nacionalmente, existen 11'200,783 adultos mayores de los cuales, 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes, factores que los predisponen a presentar problemas de salud mental como desesperanza aprendida y depresión (Secretaría de Salud, 2013), por ello es urgente tratar estas circunstancias que no esperan una solución para el futuro, sino para el presente inmediato, sobre todo cuando existe evidencia de que estas patologías son indicadores fundamentales de riesgo suicida o al menos de ideación suicida en el adulto mayor (Spokas, Wenzel, Brown & Beck, 2012).

Desde el punto de vista cognitivo, cuando los individuos vulnerables (en este caso, el adulto mayor) se encuentran con una situación de estrés, generalmente presentan ideas negativas acerca de su futuro y su autoestima disminuye. Estas inferencias conducen a la desesperanza aprendida en que el logro de los objetivos actuales y futuros conducen a una desconexión de la realidad (Nusslock, *et al.*, 2011).

Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz & Bromet (2012) encontraron en diversos estudios que la desesperanza detectada en una etapa temprana puede ayudar a predecir ideas suicidas, ataques suicidas y suicidios. Así, la des-

peranza se ha considerado el principal predictor de suicidio en los siguientes 10 años después de haber sido diagnosticada.

En la vejez existe alto riesgo de desarrollar depresión (la cual suele ser crónica y recurrente) cuando la desesperanza incrementa, pero si la desesperanza aprendida y la depresión se acentúan en un grado mayor acarrear una consecuencia más seria como el suicidio, ya que su incidencia en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más joven. De 60 a 90% de pacientes mayores de 75 años de edad que se suicidan sufren depresión diagnosticada clínicamente (Ribot, Alfonso, Ramos & González, 2012).

La desesperanza aprendida y la depresión contribuyen a elevar la morbimortalidad, disminuir la calidad de vida e incrementar costos en el sector salud. A pesar de una mayor conciencia pública y la gran variedad de tratamientos eficaces, la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada; es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

Un signo utilizado para diagnosticar la presencia de un episodio depresivo en el final de la vida de cada individuo es la limitación física: éste se muestra menos interesado en las actividades que disfrutaba anteriormente y físicamente se encuentra cada vez más débil y discapacitado (Olden, Rosenfeld, Pessin, & Breitbart, 2009).

Las consecuencias negativas de la depresión diagnosticada tardíamente en los adultos mayores incluyen la discapacidad, un mayor uso de los servicios de salud, un aumento sustancial de riesgo de suicidio y el deterioro funcional. La depresión es una epidemia mundial y debe tratarse con cuidado (Dines, Hu, & Sajatovic, 2014).

Existe una gran demanda de recursos humanos en los establecimientos de salud mental: la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuyó en 1.5 psiquiatras, un médico no especializado, 3 enfermeras, un psicólogo, .53 trabajadores sociales y .19 terapeutas. Se necesita, asimismo, actualización del personal de enfermería en el sector salud pues solo el 5% de los enfermeros han recibido capacitación sobre temas de salud mental (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Con la mínima cantidad que existe de personal capacitado en el área de salud mental, la calidad en el cuidado se ha convertido en tarea difícil, por

lo que es fundamental implementar estrategias como el Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) donde se desarrollen las actividades correspondientes a esta área (Lima, Amaral, Alves, Barbosa & Cunha, 2013).

Dado el incremento de las proporciones proyectadas y el número total de personas mayores con trastornos mentales, es necesario que todo el sistema de salud, incluyendo la enfermería, esté familiarizado con los problemas de salud mental en los pacientes de edad avanzada.

Como lo menciona el Programa de acción: atención al envejecimiento, proporcionar todo tipo de apoyo, ya sea físico, psicológico, económico y social a la población mayor para propiciar un envejecimiento exitoso que incluya el buen funcionamiento de sus habilidades físicas y mentales. Un ejemplo, el programa de rehabilitación funcional del adultos mayores, busca mejorar la independencia de la persona de la tercera edad que ha caído en el deterioro funcional por factores emocionales, físicos y cognitivos (Espinoza-Cuervo, *et al.*, 2013; Secretaría de Salud, 2001).

Por lo anterior y debido a la alta prevalencia del diagnóstico clínico de desesperanza aprendida y depresión, es importante que el personal de salud esté capacitado para identificar de una manera temprana estos trastornos y pueda otorgar un tratamiento oportuno, evitar la discapacidad, el deterioro funcional y complicaciones asociadas a estas enfermedades, como pérdida total de la funcionalidad y, en su caso más grave, la muerte. Este estudio tiene el objetivo de identificar un modelo predictivo de la depresión en el adulto mayor a partir de la medición de la desesperanza aprendida.

Método

Diseño de estudio. Mediante la clasificación de Hernández, Fernández & Baptista (2010) la realización de este estudio tendrá un enfoque cuantitativo no experimental, con un diseño transeccional correlacional con alcances predictivos, que por sus características permitirá determinar la relación desesperanza, depresión y deterioro funcional en la población adulta mayor. Se consideró descriptivo por la observación y documentación de situaciones que ocurrieron de manera natural, y correlacional predictivo porque en él se asociaron más de 2 variables.

Participantes. La población de estudio estuvo conformada por 123 adultos mayores de ambos sexos, cantidad correspondiente al total de sujetos que se encontraron por medio de barrido de toda el Área Geográfica Específica Básica (AGEB) 4838 y 5198 perteneciente al nivel de rezago social alto de las ciudades de Saltillo, Coahuila y México. Las AGEB se seleccionaron en forma aleatoria mediante tabla de números y dígitos aleatorizados.

El muestreo se hizo por conveniencia por la accesibilidad y proximidad de selección de los sujetos de estudio dentro del AGEB 4838 y 5198. El tamaño de la muestra es de 106 adultos mayores y corresponde al total de sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión. Del total de la población que eran 123 adultos mayores, se excluyeron 10 por presentar deterioro cognitivo y se eliminaron 7 por contestar menos de 90% del total de los instrumentos de medición. En este estudio fueron incluidas todas las personas de 60 años y más, ambos sexos, cualquier nivel socioeconómico, que firmaron el consentimiento informado y no presentaron deterioro cognitivo (según puntuación del Cuestionario de Pfeiffer, versión adaptada y validada en castellano [Martínez de la Iglesia, *et al.*, 2001]), pertenecientes al AGEB 4838 y 5198, que estuvieron de acuerdo en someterse al estudio. Se excluyeron los adultos menores de 60 años y los adultos mayores con deterioro cognitivo. Se eliminó al adulto mayor del estudio que respondió menos del 90% del instrumento de medición, a quien ya no deseó continuar con la investigación y a quien se sorprendió proporcionando información errónea.

Consideraciones éticas. Como principal consideración ética, se tuvo presente la aplicación de un consentimiento informado a todo sujeto participante en la investigación. De igual modo, el estudio se sustenta en lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Declaración de Helsinki (Manzini, 2000).

De acuerdo con la Ley General de Salud y a fin de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, se solicitó el consentimiento informado por escrito que garantiza el anonimato de los sujetos, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio. Se considera una investigación de riesgo mínimo dado que el registro de datos se lleva a cabo a través de una encuesta (Secretaría de Salud, 1987).

Instrumento. En este apartado se describen las mediciones y los instrumentos que se utilizaron para cada variable del estudio detallando características y rangos. Se elaboró una cédula de datos sociodemográficos con el propósito de recolectar información relevante que permitiera describir las características de los participantes, incluyó: edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad y dependencia económica.

Como instrumento inicial se aplicó el Cuestionario de Pfeiffer, versión española, que consta de 10 ítems, cuyo punto de corte es de 0–2 errores para un estado cognitivo normal, 3–4 para deterioro cognitivo leve, 5–7 para deterioro cognitivo moderado y 8–10 para deterioro cognitivo importante. Se permite un error de más si no se ha recibido educación de nivel primario y un error menos si se ha recibido educación de nivel superior (Martínez de la Iglesia, *et al.*, 2001).

La desesperanza se midió a través de un instrumento *ex professo* para población de adultos mayores que consiste en una escala hetero-administrada de 20 ítems con 3 dimensiones: dimensión afectiva, 7 ítems; dimensión motivacional, 8 ítems; dimensión cognitiva, 5 ítems. Las respuestas en escala de frecuencia son 5, van desde *Nunca lo siento o pienso*, hasta *Siempre lo siento o pienso*. Se reportó un .905 de fiabilidad mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach.

En la medición de desesperanza se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck para obtener validez de criterio del instrumento diseñado para medir desesperanza aprendida en el adulto mayor (Rodríguez-Reynaldo, Martínez-Lugo & Rodríguez-Gómez, 2001). La escala de Beck es un cuestionario auto-administrado, conformado por 20 ítems con respuestas dicotómicas de verdadero y falso. Se obtuvo un valor de .777 de fiabilidad (Córdova-Osnaya & Rosales-Pérez, 2011).

La depresión se determinó por la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D por sus siglas en inglés (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*), el cual consiste en un instrumento tipo cuestionario que consta de 20 ítems con respuestas en escala tipo Likert; la suma de la puntuación abarca de 0 a 60 y a partir de 16 se habla de una persona con trastorno depresivo. Se obtuvo un valor .681 de fiabilidad (Jürschik-Giménez, Escobar-Bravo, Nuin-Orrio & Botigué-Satorra, 2011; Bojórquez-Chapela, I. & Salgado de Snyder, 2009).

La funcionalidad fue medida mediante 2 instrumentos: el Índice de Barthel para medir la autonomía de las actividades de la vida diaria, y la Escala de Lawton y Brody que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias (Ferrín, González & Mejjide-Míguez, 2011).

El índice de Barthel es un cuestionario hetero-administrado con 10 ítems en que se asignan puntuaciones de 0, 1, 2 ó 3 a cada uno, con un rango total de 0 a 100, los puntos de corte son: 0 a 20, dependencia total; 21 a 60, dependencia severa; 61 a 90, dependencia moderada; 91 a 99, dependencia leve y 100, independencia, es decir, a menor puntuación más dependencia y a mayor puntuación más independencia. La fiabilidad fue de .836 (Solís, Arrijoja, & Manzano, 2005).

La escala de Lawton y Brody es un cuestionario hetero-administrado que consta de 8 ítems. Los puntos de corte son: 0-3, dependencia severa, 4-7, dependencia moderada y 8, independencia, a mayor puntuación mayor independencia y viceversa. La fiabilidad fue de .786 (Ferrín, *et al.*, 2011).

Plan de recolección de datos. Se acudió al INEGI para solicitar mapas de los AGEB seleccionados, posteriormente se evaluaron las comunidades de estudio y se diseñaron planes para la recolección de información. Se realizó la aplicación de instrumentos de medición en los AGEB seleccionados de las ciudades de Saltillo, Coahuila y México entre los meses de diciembre y febrero del 2016.

Se acudió al AGEB 4838 y 9858 donde se realizó barrido total, casa por casa, que comenzó por las manzanas más grandes recorriéndolas en sentido de las manecillas del reloj. En los domicilios se preguntaba por la presencia de adultos mayores y se explicaba el motivo de búsqueda de los mismos. Al encontrar adultos mayores en los hogares, se les informó sobre el estudio y se les invitó a participar de manera totalmente voluntaria. Los instrumentos utilizados para las mediciones fueron hetero-administrados, la medición por sujeto de estudio se realizó en un tiempo aproximado de 30 minutos.

Plan de Análisis. La captura y procesamiento de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS, versión 22. Se analizó la información con el coeficiente de correlación de Pearson y el modelo de regresión lineal mediante el método de mínimos cuadrados y pasos sucesivos para establecer

la relación entre las variables de estudio. Se realizó revisión de supuestos de tamaño de muestra y normalidad. Esta prueba se aceptó como estadística significativa si el valor de p se mostró igual o menor a .05.

Resultados

Con un nivel de significancia de $p \leq .01$, se encontró correlación significativa entre la edad y la escolaridad, señalando que a mayor edad se presenta menor grado de escolaridad, asimismo, se encontró que a mayor edad, menor es el nivel de funcionalidad en tanto a las ABVD y AIDV. Sobresale correlación positiva entre edad y desesperanza, es decir, a mayor edad se detecta mayor grado de desesperanza aprendida.

La variable desesperanza aprendida engloba 3 dimensiones, por lo cual con el análisis de correlación se observa que la dimensión afectiva y cognitiva muestran una mayor presencia con el incremento de edad. En las mismas condiciones se observan las correlaciones de desesperanza valorada por la Escala de Beck.

Entre la desesperanza aprendida y la desesperanza valorada por Beck se observa una correlación positiva con la depresión, señalando, así, que a mayor nivel de desesperanza caracterizada por ideaciones negativas del futuro, existe mayor nivel de depresión manifestada con mayor presencia de tristeza, llanto y soledad. Por lo contrario, existe correlación negativa entre la desesperanza y depresión con las ABVD y AIDV, lo cual indica que a mayor nivel de desesperanza y depresión menor es el nivel de independencia para bañarse, comer, desplazarse y realizar compras, entre otras.

También se obtuvo correlación con un nivel de significancia de $\leq .05$ en que se detectó que el adulto mayor con edad más avanzada presenta mayor nivel de depresión, asimismo, se manifestó que a menor grado de estudio, mayor es la presencia de la dimensión afectiva y cognitiva en la desesperanza aprendida.

TABLA I
ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PRODUCTO MOMENTO PEARSON
DE LOS INDICADORES DE DESESPERANZA, DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD

	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	-.521**	.324**	.398**		.353**	.315**	.204*	-.281**	-.298**
2			-.195*		-.200*				.224*
3				.644**	.814**	.744**	.540**	-.504**	-.609**
4					.242*	.797**	.482**	-.460**	-.575**
5						.344**	.255**	-.289**	-.318**
6							.705**	-.553**	-.534**
7								.556**	-.404**
8									-.539**
9									
10									

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos, Cuestionario Desesperanza aprendida, Escala de Desesperanza de Beck, CESD-20, Índice de Barthel, Índice de Lawton y Brody.

Nota: 1. Edad, 2. Escolaridad, 3. Desesperanza aprendida, 4. Dimensión afectiva desesperanza aprendida, 5. Dimensión motivacional desesperanza aprendida, 6. Dimensión cognitiva desesperanza aprendida, 7. Desesperanza, 8. Depresión, 9. ABVD, 10. AIDV**. La correlación es significativa en el nivel de $p \leq 0.01$ *. La correlación es significativa en el nivel de $p \leq 0.05$.

Se realizó un modelo de regresión lineal simple para la variable dependiente que mide depresión del adulto mayor, se utilizó el puntaje total de la Escala CESD-20 y como variable independiente se tomó el nivel de desesperanza aprendida mediante el puntaje total obtenido en el instrumento *ex professo*. El modelo utilizado de regresión lineal fue de pasos sucesivos. El coeficiente de correlación múltiple del modelo fue de $r = .465$. El porcentaje de predicción del modelo ajustado con una variable independiente fue de 21.6%. Esto indica que el nivel de depresión del adulto mayor se predice por el nivel de desesperanza aprendida que manifieste ($\beta = .251$, LI 95% = .158, LS 95% = .343). Esto demuestra que el adulto mayor que presenta altos niveles de desesperanza manifestada por la ausencia de interés por la vida, la pérdida de interés por su salud y la ideación de igualdad entre vivir o morir,

tiende a presentar depresión manifestada, principalmente, por la sensación de tristeza, soledad y debilidad.

TABLA 2
MODELO DE REGRESIÓN LINEAL DE VARIABLES DESESPERANZA APRENDIDA Y DEPRESIÓN

Predictores	CNE		CE	p	EC	
	B	ES			Beta	Tolerancia
(Constante)	6,389	2,744		.022		
Desesperanza Aprendida	.251	.047	.465	.000	1.000	1.000

Fuente: Instrumento *ex professo* para Desesperanza Aprendida y CESD-20.

Nota: Variable Independiente: Desesperanza Aprendida; Variable dependiente: Depresión

CNE = Coeficientes no estandarizados, CE = Coeficientes estandarizados, ES = Error estándar, EC = Estadísticos de colinealidad, FIV = Factor de incremento de la varianza.

La misma medición se realizó por medio del modelo de regresión lineal utilizando la depresión como variable independiente por medio del puntaje total de la Escala CESD-20; como variable independiente, se tomó el nivel de desesperanza mediante el puntaje total obtenido en la Escala de Desesperanza de Beck. El modelo utilizado de regresión lineal fue de pasos sucesivos. El coeficiente de correlación múltiple del modelo fue de $r = .515$. El porcentaje de predicción del modelo ajustado con una variable independiente fue de 26.5%. Esto indica que el nivel de depresión del adulto mayor se predice por el nivel de desesperanza aprendida que manifieste ($\beta = .625$, LI 95% = .153, LS 95% = 1.096), lo cual demuestra, como el procedimiento anterior, que el adulto mayor que presenta altos niveles de desesperanza tiende a presentar depresión.

TABLA 3

MODELO DE REGRESIÓN LINEAL DE VARIABLES DESESPERANZA Y DEPRESIÓN

Predictores	CNE		CE	P	EC	
	B	ES	Beta		Tolerancia	FIV
(Constante)	9.078	2.859		.002		
Desesperanza Beck	.625	.238	.332	.010	.447	2.240

Fuente: Escala de Desesperanza de Beck y CESD-20.

Nota: Variable independiente: Desesperanza Aprendida; Variable dependiente: Depresión. CNE = Coeficientes no estandarizados, CE = Coeficientes estandarizados, ES = Error estándar, EC = Estadísticos de colinealidad, FIV = Factor de incremento de la varianza.

También se realizó un modelo de regresión lineal simple para la variable dependiente que mide el nivel de funcionalidad, específicamente las ABVD del adulto mayor, utilizando el puntaje total de escala Barthel. Se utilizó como variable independiente el puntaje total de desesperanza aprendida y el puntaje total obtenido en la Escala de Desesperanza de Beck. El modelo utilizado de regresión lineal fue de pasos sucesivos. El coeficiente de correlación múltiple del modelo fue de $r = .504$, el porcentaje de predicción del modelo ajustado con una variable independiente fue de 25.4%. El nivel de funcionalidad del adulto mayor para realizar ABVD se predice por el nivel de desesperanza aprendida que manifieste ($\beta = -.563$, LI 95% = $-.751$, LS 95% = $-.375$). Esto demuestra que los participantes que presentan altos niveles de desesperanza aprendida manifestada por la ausencia de metas y control sobre su presente, tienden a presentar un bajo nivel de independencia en las ABVD como bañarse, comer, caminar.

TABLA 4

MODELO DE REGRESIÓN LINEAL DE VARIABLES DESESPERANZA APRENDIDA Y FUNCIONALIDAD EN ABVD

Predictores	CNE		CE	p	EC	
	B	ES	Beta		Tolerancia	FIV
(Constante)	121.647	5.553		.000		

Desesperanza Aprendida	-.563	.095	-.504	.000	1.000	1.000
Desesperanza BECK	-.563	.095	-.504	.000	1.000	1.000

Fuente: Instrumento exprofeso de Desesperanza Aprendida, Escala de Desesperanza de Beck e Índice de Barthel.

Nota: Variable independiente: Desesperanza Aprendida; Variable dependiente: Funcionalidad (ABVD). CNE = Coeficientes no estandarizados, CE = Coeficientes estandarizados, ES = Error estándar, EC = Estadísticos de colinealidad, FIV = Factor de incremento de la varianza.

Del mismo modo, se realizó un modelo de regresión lineal simple para la variable dependiente que mide el nivel de funcionalidad del adulto mayor, específicamente las AIDV, para ello se utilizó el puntaje total de la escala Lawton y Brody. La desesperanza aprendida se asignó para la variable independiente. Se utilizó el puntaje total, obtenido del instrumento *ex profeso* de desesperanza aprendida, al igual que el puntaje total obtenido de la Escala de Desesperanza de Beck. El modelo utilizado de regresión lineal fue de pasos sucesivos. El coeficiente de correlación múltiple del modelo fue de $r = .514$, el porcentaje de predicción del modelo ajustado con una variable independiente fue de 26.4%. El nivel de funcionalidad del adulto mayor para realizar AIDV se predice por el nivel de desesperanza aprendida que manifieste ($\beta = -.231$, LI 95% = $-.313$, LS 95% = $-.149$). Esto demuestra que el adulto mayor que presenta altos niveles de desesperanza manifestada por la ausencia de interés por la vida y sensación de inutilidad, tiende a presentar un bajo nivel de eficacia en AIDV, como realizar labores pesadas o ligeras en sus hogares.

TABLA 5
MODELO DE REGRESIÓN LINEAL DE VARIABLES
DESESPERANZA APRENDIDA Y FUNCIONALIDAD EN AIDV

Predictores	CNE		CE	p	EC	
	B	ES	Beta		Tolerancia	FIV
(Constante)	7.379	.354		.000		
Desesperanza Aprendida	-.231	.041	-.514	.000	1.000	1.000

Desesperanza	-.231	.041	-.514	.000	1.000	1.000
Beck						

Fuente: Instrumento *ex professo* de Desesperanza Aprendida, Escala de Desesperanza de Beck e Índice de Lawton y Brody.

Nota: Variable independiente: Desesperanza Aprendida; Variable dependiente: Funcionalidad (AIDV). CNE = Coeficientes no estandarizados, CE = Coeficientes estandarizados, ES = Error estándar, EC = Estadísticos de colinealidad, FIV = Factor de incremento de la varianza.

Discusión

En el grupo de adultos mayores se reportó una alta prevalencia de desesperanza aprendida. Igualmente, se observó que a mayor edad, mayor es la presencia de desesperanza (García–Alandete, Gallego–Pérez & Pérez–Delgado, 2009), quizá porque el adulto mayor no alcanza un logro existencial que le provoca sentimientos y cogniciones negativas.

Como indicaron Córdova–Osnaya & Rosales–Pérez (2010), de las 3 dimensiones en las que se divide la desesperanza (afectiva, motivacional y cognitiva), se puede señalar que la cognitiva es la que se ve más afectada, aunque el común denominador es la expectativa negativa del futuro. A la desesperanza aprendida se le debe considerar un modelo predictivo semejante al Modelo de Adaptación de Roy con respecto a la sintomatología depresiva, como lo mencionaron Nunes, Munhoz & Ferrari (2014), Sanjuán & Magallares (2006), quienes señalaban que los síntomas depresivos están influenciados por el nivel de desesperanza que se detecte en el adulto mayor.

En los participantes que presentaban desesperanza se detectó la presencia de depresión. Así, un alto nivel de desesperanza caracteriza un nivel severo de depresión, mientras que los adultos mayores con menor grado de depresión mostraron niveles moderados de desesperanza, como en los estudios de Joiner, *et al.* (2007), y Ribot, Alfonso, Ramos & González (2012), quienes definen a la desesperanza como un rasgo definitorio de la depresión y argumentan que puede ser importante en la comprensión de la fenomenología de la depresión en los adultos mayores e informar un diagnóstico temprano.

Se detectó también una alta prevalencia de depresión en los adultos mayores que predominó en el sexo femenino, como lo establecían Cardona,

Osnaya & Rosales-Pérez (2010), y Fiske, Wetherell & Gatz (2009). Datos sociodemográficos como la educación y el estado civil pueden ser indicadores o factores de riesgo para desarrollar enfermedades de salud mental como depresión, en concordancia con Estrada, *et al.* (2013), quienes se refieren al estado de dependencia y la calidad de vida disminuida como factores que aumentan la sintomatología depresiva.

Un factor de riesgo común, asociado a trastornos mentales como la presencia de desesperanza y el cuadro clínico de depresión, es la afección del estado de salud físico, por ejemplo, con el deterioro de la funcionalidad, tal como lo refirieron Brown, Lapane & Luisi (2002), y Llanes, López & Vázquez (2015) y como se comprueba en el presente estudio en que los adultos mayores con algún nivel de depresión revelan pérdida de su independencia, ya sea en las ABVD y las AIDV.

De igual modo, con respecto a la funcionalidad, se observó en los adultos mayores con mayor edad la manifestación progresiva y gradual del deterioro funcional, en semejanza con estudios realizados por Colón, Whitson, Pavon & Hoenig (2013), y Romera, Pérez & Gilaberte (2013), quienes enfatizan que el deterioro funcional incrementa a medida que aumenta la edad condicionando la dependencia para realizar las ABVD y las AIDV.

Por todo lo anterior es posible concluir que la desesperanza aprendida, la depresión y la funcionalidad tienen una relación muy estrecha; en primera instancia, se puede señalar que la desesperanza aprendida es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión y, por consiguiente, de deterioro funcional en el paciente adulto mayor.

Los indicadores sociodemográficos como la edad, el estado civil, la escolaridad y la dependencia económica son indicadores desencadenantes de la desesperanza aprendida.

Para realizar la medición de las variables de estudio se utilizaron diversos instrumentos que se encontraron adecuados. Con respecto a la variable *depresión* y a la variable *funcionalidad* con ABVD y AIDV, se encuentra una amplia variedad de instrumentos. En cambio, con la variable *desesperanza aprendida* solo se encuentra una opción diseñada por Beck, por lo cual se elaboró un instrumento para medirla.

El instrumento diseñado para la medición de desesperanza aprendida en adultos mayores mostró un semejante patrón de medición respecto a

la Escala de Desesperanza de Beck. Las 3 dimensiones evaluadas (Afectiva, Motivacional y Cognitiva) mostraron un adecuado comportamiento de normalidad en la población de adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- Bojórquez–Chapela, I. & Salgado, N. (2009). Características psicométricas de la Escala *Center for Epidemiological Studies–depression* (CES–D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. *Salud mental*. 32. 299–307. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0185-33252009000400005&nrm=iso>
- Brown, M. N., Lapane, K. L. & Luisi, A. F. (2002). *The Management of Depression in Older Nursing Home Residents*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (1), 69–76. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50010.x
- Colón, C., Whitson, H., Pavon, J. & Hoenig, H. (2013). *Functional Decline in Older Adults*. *American family physician*. 88 (6). 388–394.
- Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social [CEMYBS] (2011). *Adultos Mayores. Secretaría de Desarrollo Social*. México: Gobierno del Estado de México. Recuperado de <http://portal2.edomex.gob.mx/cemybs/adultosmayores/estadisticas/index.htm>
- Córdova–Osnaya, M. & Rosales–Pérez, J. C. (2010). La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. *Psicología y Salud*. 20 (2). 195–201. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Martha-Cordova-Osnaya.pdf>
- Córdova–Osnaya, M. & Rosales–Pérez, J. C. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos. *Revista de Psicología PUCP*. 29 (2). 289–309. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2470/2419>
- Dines, P., Hu, W. & Sajatovic, M. (2014). *Depression in Later-life: An Overview of Assessment and Management*. *Psychiatr Danub*. 26. 78–84. doi: 10.1177/ 0891988713516541.
- Espinosa–Cuervo, G., López–Roldán, V. M., Escobar–Rodríguez, D. Á., Conde–Embarcadero, M., Trejo–León, G. & González–Carmona, B. (2013). Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 51 (5). 562–573. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im1351.pdf>
- Estrada–Restrepo, A., Cardona–Arango, D., Segura–Cardona, A., Ordoñez–Molina, J.,

- Osorio-Gómez, J. & Chavarriaga-Maya, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*. 12 (1). 81-94.
- Ferrín, M. T., González, L. F. & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72 (1), 11-16.
- Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). *Depression in Older Adults*. *Annual review of clinical psychology*. 5. 363-389. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852580/> doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F. & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*. 8 (2). 447-454. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77950820291&partnerID=40&md5=af170af4a7b8030703b8fd45fb930aa8>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Callado, C. & Baptista Lucio, M. P. (2010). Metodología de la investigación. México. McGrawHill.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- Joiner, T. E. Jr., Cook, J. M., Hersen, M. & Gordon, K. H. (2007). *Double depression in older adult psychiatric outpatients: hopelessness as a defining feature*. *Journal of Affective Disorders*. 101 (1-3). 235-238. doi:10.1016/j.jad.2005.03.019
- Jürschik-Giménez, P., Escobar-Bravo, M. Á., Nuin-Orrio, C. & Botigué Satorra, T. (2011). Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Atención Primaria. 43 (4). 190-196. doi:10.1016/j.aprim.2010.03.020
- Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J. & Bromet, E. J. (2012). *Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: A 10-year cohort study*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 42 (1). 1-10. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00066.x
- Lima, Á. K., Amaral, F., Alves, Á. M., Barbosa, L. & Cunha, N. F. (2013). Atención primaria de salud y las competencias del enfermero para promoción de la salud mental. *Presencia*. 9. 17-18. Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p8085.php>
- Llanes, H. M., López, Y. & Vázquez, J. L. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*. 21(1). 65-74. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación

- médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*. 6 (2). 321-334. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Martínez, J., Dueñas-Herrero, R., Onís-Vilches, C., Aguado-Taberné, C., Albert-Colomer, C. & Luque-Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*. 117 (4). 129-134. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
- Medina-Chávez, J. H., Torres-Arreola, L. P., Cortés-González, R. M., Durán-Gómez, V., Martínez-Hernández, F. & Esquivel Romero, G. (2011). Guía de práctica clínica. Valoración geriátrica integral. *Revista Médica del imss*. 49 (6). 669-684. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im1160.pdf>
- Nunes, M., Munhoz, A. & Ferrari, H. (2014). *Depression, Family Support and Hopelessness: a Correlated Study*. [Article]. Depresión, apoyo familiar y desesperanza: un estudio de correlación. 13 (2). 693-702. doi: [10.11144/Javeriana.UPSY13-2.dfsh](https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.dfsh)
- Nusslock, R., Shackman, A. J., Harmon-Jones, E., Alloy, L. B., Coan, J. A. & Abramson, L. Y. (2011). *Cognitive Vulnerability and Frontal Brain Asymmetry: Common Predictors of First Prospective Depressive Episode*. *Journal of abnormal psychology*. 120 (2). 497-503. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130533/> doi: [10.1037/a0022940](https://doi.org/10.1037/a0022940)
- Olden, M., Rosenfeld, B., Pessin, H. & Breitbart, W. (2009). *Measuring Depression at the End of Life: Is the Hamilton Depression Rating Scale a Valid Instrument? Assessment*. 16 (1). 43-54. doi: [10.1177/1073191108320415](https://doi.org/10.1177/1073191108320415)
- Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México. México: OPS-OMS. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico.es.pdf
- Ribot, V. C., Alfonso, M., Ramos, M. E. & González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 11. 699-708. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180425059017>
- Rodríguez Reynaldo, M., Martínez Lugo, M., & Rodríguez Gómez, J. (2001). Estudio de las características psicométricas del Inventario de Ansiedad Beck (en castellano) en una muestra de envejecidos puertorriqueños. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 36 (6). 353-360. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74755-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74755-5)
- Romera, I., Pérez, V. & Gilaberte, I. (2013). Remisión y funcionalidad en el trastorno depresivo mayor. *Acta Española de Psiquiatria*. 41 (5). 263-268. Recuperado de <http://actapsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-263-268-536453.pdf>

- Sanjuán, P. & Magallanes, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11 (2). 91-98. Recuperado de [http://www.aepcp.net/arc/03.2006\(3\).Sanjuany%20Magallanes.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03.2006(3).Sanjuany%20Magallanes.pdf)
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de acción: Atención al envejecimiento. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
- Secretaría de Salud. (2013). Estado de Salud de Adultos Mayores. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/1550-estado-de-salud-de-adultos-mayores-.html>
- Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G. & Manzano, A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y restauración neurológica*. 4 (1-2). 81-85. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice.de.barthel.pdf>
- Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K. & Beck, A. T. (2012). *Characteristics of Individuals Who Make Impulsive Suicide Attempts*. *Journal of Affective Disorders*. 136 (3). 1121-1125. doi:10.1016/j.jad.2011.10.034

ASOCIACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ / FLOR BARRIOS HERNÁNDEZ
VIRGINIA DELGADO MARTÍNEZ / ROXANA ARAUJO ESPINO
FABIANA ESTHER MOLLINEDO MONTAÑO

Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas



Introducción

En la actualidad, la disminución en las tasas de natalidad, la planificación familiar y el aumento de esperanza de vida, entre otros factores, han generado un cambio poblacional caracterizado por la inversión de la pirámide poblacional, pues se observa un aumento en la proporción de adultos mayores (Rosales, García & Quiñones, 2011). De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), en 2012 un 11.5% de la población mundial tenía una edad mayor de 60 años, mientras que en las regiones más desarrolladas llegó a 22.6%. Se estima que en 2050, 1 de cada 5 habitantes en el planeta (21.2%) será adulto mayor; en las regiones menos desarrolladas, 19.5%, y en las más desarrolladas, 1 de cada 3 personas, 32% (Organización de las Naciones Unidas, 2013).

Específicamente en México, la transición demográfica se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado. En 2012, la base de la pirámide poblacional fue más angosta que en 1990, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasó de 6.2% a 9.3% y se espera que en 2050 sea de 21.5% (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2013). En Zacatecas, de las 158,200 personas de 60 años y más que en 2012 residían en el estado, 27% estaba en una etapa de prevejez (60 a 64 años), 40.8% se encontraba en una vejez funcional (65 a 74 años), 13.9% en una vejez plena (75 a 79 años) y 18.2% transitaba por una vejez avanzada (80 años y más). En la medida en que avanza la edad se hace patente una mayor sobrevivencia de las mujeres: en la población de adultos se encuentran 93 hombres por cada 100 mujeres,

mientras que este guarismo es, para la población en general, de 95 por cada 100 (INEGI, 2013).

El envejecimiento es el proceso durante el cual va en constante aumento la pérdida de las capacidades motrices y cognoscitivas con un impacto en la calidad de vida del adulto mayor (INEGI, 2012). Estrada, *et al.* (2011), señalan que además de las pérdidas fisiológicas normales, varios aspectos, entre ellos la relación con la familia y el entorno social donde se desenvuelven, definen la calidad de vida del adulto mayor, por lo tanto, si el entorno donde vive es apto de acuerdo a la etapa, su vejez será placentera con resultados positivos y con menor riesgo de padecer estados depresivos o ansiedad.

Contrario a las recomendaciones anteriores, de acuerdo con el INEGI (2013) en México por cada 100 hogares, en al menos 27 vive alguna persona de 60 años y más, de los cuales el 83.9% son hogares familiares y 12% más son hogares en solitario. En total, 7 de cada 10 adultos mayores (72%) padece vulnerabilidad social, es decir, presenta por lo menos alguna de las siguientes carencias sociales: rezago educativo, nulo acceso a servicios de salud y a seguridad social, deficiencias en la calidad y los espacios de la vivienda así como de los servicios básicos en la misma, carencia de acceso a la alimentación. Llama la atención que 28.8% de los adultos mayores presenta carencias sociales pero su ingreso es superior a la línea de bienestar. Por si fuera poco, 45.7% presenta sintomatología depresiva, 33% riesgo de ansiedad, 28.3% deterioro funcional y 54.3% mala nutrición.

Desafortunadamente, el cuidado que los ancianos reciben dentro del hogar no siempre es el más adecuado (Adams, 2012; Lifshitz, 2012). De acuerdo con Rivera, Dávila & González (2011), cuidar a una persona no sana, mayor o discapacitada es un tanto difícil, pues supone que cambia el patrón de vida en lo familiar, social y laboral, afectando la salud física y psicológica. Diversos estudios señalan que las personas que fungen como cuidadores pertenecen a ambos sexos pero, por lo general, la mayoría son mujeres con un nivel de estudios bajo y sin trabajo estable. Las estancias de los cuidadores son largas, la mayoría de las veces sin un día específico de descanso, las tareas que realizan están condicionadas por las necesidades de su familiar adulto mayor dependiente, sano o enfermo, tienen varias horas la consigna de los cuidados de su familia, por lo cual dejan de lado, la mayoría de las veces, necesidades propias por cubrir las del adulto mayor, lo que les genera

altos niveles de estrés que aumentan la posibilidad de que se presente la violencia contra el adulto mayor, quien ve deteriorada su calidad de vida. En función de lo antes mencionado, un tema que ha cobrado especial relevancia es la calidad de vida en el adulto mayor, pues la longevidad no sólo es sinónimo de vivir muchos años, sino en las mejores condiciones. La meta es la longevidad relacionada con creciente calidad de vida (Peña-Pérez, Terán-Trillo, Moreno-Aguilera & Bazán-Castro, 2009). La OMS (1992) define la calidad de vida como la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses. Es un concepto de amplia gama que incorpora en forma compleja la salud física, estado psicológicos, nivel de independencia, relaciones sociales, personales y creencias en los rasgos dominantes en su entorno (Crespo, Hornillos, Bernaldo & Gómez, 2010). En términos operativos, puede entenderse como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de la vida (Elo-sua, 2010; Gómez, 2010; Urzúa & Navarrete, 2013).

El concepto de calidad de vida en los adultos mayores mantiene aspectos comunes con otros grupos poblacionales, además de factores importantes que inciden en los ancianos, como el de la autonomía. Es evidente, entonces, que la calidad de vida no es sinónimo del estado de salud del individuo, sino que es una percepción multidimensional que incluye ciertos factores personales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividad de ocio y satisfacción; factores socioambientales, apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales (Peña-Pérez, *et al.*, 2009).

En el caso del adulto mayor, la calidad de vida se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social. Se concluye que la calidad de vida del adulto mayor resulta dependiente no sólo del comportamiento biológico, sino también de las condiciones del medio ambiente y de su representación social que tiene en una sociedad (Krzemien, 2001).

Entre los primeros conceptos de la calidad de vida que han sido ligados a las condiciones del adulto mayor, se encuentra el propuesto por Fernán-

dez-Ballesteros en 1998, quien señaló una serie de componentes teóricos y empíricos que parecen determinar la calidad de vida: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educacionales (oportunidad de aprender nuevas cosas) (Flores-Villavicencio, Cervantes-Cardona, Cruz-Ávila & Cerquera-Córdoba, 2011).

Es posible afirmar que la calidad de vida en el adulto mayor depende de las oportunidades, de las formas en que transcurre la vida, no sólo de los recursos cuantitativos, sino del desarrollo cualitativo de su vida, con quiénes se vincula, cómo lo hace, a dónde se dirige cuando tiene necesidades particulares, a quién frecuenta, entre otros aspectos (Rotondi, 2001). En este sentido, el concepto de calidad de vida en la tercera edad obliga a incluir aspectos relacionados con el ciclo vital, pues el sujeto no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al funcional y al social que, interrelacionados los 3, provocan una disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria, además de aspectos como el estado de salud de este grupo, la seguridad económica y material, la protección social y familiar, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida (Flores-Villavicencio, Cervantes-Cardona, Cruz-Ávila & Cerquera-Córdoba, 2011).

La mayoría de los autores señala que la calidad de vida debe ser diferenciada de calidad de vida relacionada con salud, pues los términos utilizados en medicina tienen interés en evaluar la calidad de los cambios según las intervenciones médicas, la experiencia del paciente sobre su enfermedad y los resultados de acuerdo al cuidado médico del paciente, o bien, establecer su impacto en la vida, un tipo de medición del paciente sobre su enfermedad y evolución. Otros investigadores sugieren que la calidad de vida relacionada con salud debe ser enfocada de acuerdo a la libertad, ingreso y calidad del medioambiente donde se vive que, si bien están fuera del entorno médico,

pueden ser vinculados a otros indicadores de las ciencias sociales como la satisfacción, la felicidad o el bienestar (Urzúa, 2013).

Diferentes autores se han enfocado en realizar investigación sobre esta temática, tal es el caso de Estrada, *et al.* (2011), que desarrollaron un proyecto académico sobre la calidad de vida del adulto mayor en Medellín, con el objetivo de explorar las condiciones en la calidad de vida de los adultos mayores en un hogar geriátrico. Su estudio fue transversal con una muestra de 276 adultos mayores en 39 casas hogar o centros de atención al adulto mayor. Los resultados mostraron que 59.4% eran mujeres, con un promedio de 79.2 años de edad, de las cuales 71% aún era independiente para realizar alguna actividad, 45.6% presentaba síntomas de depresión, 33% mostraba riesgo de ansiedad, 28.3% tenía algún deterioro funcional y 54.3%, posible malnutrición.

Por su parte, Peña, *et al.* (2009), realizaron un estudio sobre la auto-percepción de la calidad de vida en el adulto mayor, a través de un estudio transversal, observacional y descriptivo. La muestra fue de 150 pacientes de la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. Toda la población entrevistada refirió tener algún tipo de enfermedad y no existieron datos de demencia en 100% de la población entrevistada, 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud, en la relación con sus hijos 20% refirió insatisfacción y 24.7% comentó que se vale por sí mismo para realizar sus actividades regularmente.

Sobre la misma línea, Dueñas, *et al.* (2009), realizaron un estudio sobre calidad de vida en adultos mayores con el objetivo de describir su comportamiento y percepción en general a través de un estudio descriptivo de corte transversal, en un universo de 108,559 adultos mayores, de los que se seleccionó una muestra de 741. En 43.3% de la muestra, predominó la percepción de calidad de vida baja. Se encontró diferencia en la calidad de vida de acuerdo a la edad y la escolaridad, con tendencia a empeorar a mayor edad y menor escolaridad; por estado civil y sexo no se encontraron diferencias.

En función de lo anterior, el estudio de calidad de vida y maltrato en el adulto mayor se considera relevante ya que los ancianos hoy en día juegan un papel importante en la sociedad. En este sentido, es importante que se reflexione sobre la importancia del apoyo social en el bienestar físico y psicológico del adulto mayor, para que mejore su calidad de vida. La presente

investigación tuvo por objetivo principal determinar la asociación entre la violencia intrafamiliar y la calidad de la vida en el adulto mayor que acude a un hospital, bajo la hipótesis de que entre dichas variables existe una asociación positiva y significativa. Los objetivos específicos fueron determinar el tipo de violencia intrafamiliar más común en el adulto mayor hospitalizado, así como identificar la percepción de calidad de vida del adulto mayor hospitalizado y comparar los niveles de violencia intrafamiliar y su calidad de vida según sus características sociodemográficas.

Dentro de los tipos de violencia que se pueden dar hacia el anciano se encuentran la psicológica, la física, la social o familiar, la económica y, en menor medida, la sexual; puede o no haber abandono en el anciano, puede existir uno o más tipos de violencia, por su vulnerabilidad biológica, psicológica y social, así como su dependencia de los demás, lo que facilita los malos tratos en cualquier zona geográfica o nivel social (Rivera, *et al.*, 2012; Vargas, Velázquez & Galicia, 2011; Álvarez, *et al.*, 2009). Lo alarmante es que, para los ancianos, las consecuencias del maltrato pueden ser graves ya que se trata de personas físicamente más débiles y vulnerables, sus huesos son más quebradizos y los procesos de convalecencia son más prolongados. Incluso una lesión relativamente leve puede causar daños graves y permanentes, ya sea físicos o psicológicos (Vargas, Velázquez, Galicia, Villarreal & Martínez, 2011; Lifshitz, 2012).

Según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizada por el INEGI (2011), del total de mujeres alguna vez unidas (unidas y ex unidas) mayores de 60 años, un 45% declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex pareja. En Zacatecas, dicha cifra se reportó en 43%. Por lo general, el tipo de violencia ejercida con más frecuencia es la emocional, puesto que 91.5% de las adultas mayores declaró haber sido víctima de esta forma de agresiones, principalmente por actos como dejarles de hablar (61.6%), ignorarlas (53.2%), no tomarlas en cuenta o no brindarles cariño, avergonzarlas, menospreciarlas o humillarlas (45.8%). En contraparte, en este conjunto de edades las agresiones sexuales fueron las menos comunes (27%).

Respecto a la violencia en este grupo etario, Martina, *et al.* (2010), realizaron un estudio con el objetivo de describir las características sociodemográficas de los ancianos que sufren algún tipo de violencia y sus agresores,

a través de una investigación descriptiva retrospectiva en una población de 118 adultos mayores víctimas de violencia. Entre los resultados destacó que 87.29% era de sexo femenino, un gran número sin instrucción, económicamente dependientes. El agresor en su mayoría (55.93%) era hombre y casado. Los principales agresores eran los hijos con 52.54% y la pareja con un 24.58%. El 98.31% del total de violencia se presentó en el domicilio de la víctima. La violencia psicológica se presentó en 72.12% de los participantes, mientras que la violencia física solo en 16%.

Con resultados similares a los anteriores, Rodríguez, *et al.* (2010), realizaron un estudio de violencia en personas de la tercera edad con demencia en el Policlínico Cristóbal Labra Lisa, cuyos objetivos fueron caracterizar las manifestaciones clínicas e identificar las conductas de violencia ejercida sobre los pacientes. Para lo anterior tomaron una población de 63 adultos mayores. Entre sus resultados destacó que 68.2% sufría violencia psicológica; lo más frecuente eran los gritos en 51.2%, luego, ser ignorado o negarles el habla en 38.4% y en 27%, abandono o negligencia. Los principales agresores fueron los hijos (74.6%), los nietos (14.6%) y en 11.1%, la pareja. Prevalció la violencia contra el género femenino.

Por su parte, Docampo, Barreto & Santana (2009) realizaron un estudio sobre los componentes de violencia intrafamiliar en el adulto mayor con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la violencia intrafamiliar contra el anciano en el municipio de Nuevitas, Camagüey, a través de un estudio descriptivo retrospectivo durante el año 2006 en una muestra de 75 adultos mayores maltratados. Encontraron que 46.67% eran adultos entre 60 y 69 años de edad, en los cuales el sexo femenino prevaleció con un 60%. De la muestra total, 86.67% provenía de familias disfuncionales. El maltrato que más se presentó fue por negligencia familiar con 34.67% y el daño al bienestar psicológico con 30.67%.

Método

Participantes. La muestra se integró por 189 adultos mayores internados en el Hospital General de Zona No. 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Fresnillo, Zacatecas, durante el periodo del 28 de octubre al 28 de

noviembre del 2014, los cuales fueron seleccionados por conveniencia, con una edad entre 76 y 80 años de edad (40.7%). Con relación al estado civil, en su mayoría viven en unión libre (42.3%), luego los casados (as) representan 30.7% y, de éstos, un 38.6% vive con su esposo (a) e hijos y la casa donde vive es del cónyuge (41.8%). Respecto a la dependencia económica, un alto porcentaje reporta que depende parcial o totalmente de algún familiar que vive con él (41.3%), mientras que 66.7% cursó el nivel secundario. Se excluyeron adultos mayores cuya edad no alcanzaba los 60 años o rebasaba los 95; además, aquellos que se encontraban inconscientes o con algún tipo de demencia o deterioro cognitivo, desorientación leve, moderada o grave y adultos mayores hospitalizados en áreas como urgencias, ginecología y obstetricia, admisión hospitalaria, valoración obstétrica, quirófano, tococirugía, recuperación, pediatría y cuneros patológicos.

Instrumento: Para la recolección de los datos se aplicó una cédula de datos personales que estuvo integrada por 6 cuestionamientos, tales como: edad, estado civil, con quién vive, propietario de la casa en que vive, principal fuente de ingreso y escolaridad. Para valorar el nivel de violencia en el adulto mayor se utilizó el cuestionario llamado Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal 2006 (EMPAM-DF), creado por Giraldo (2006) con el apoyo del Instituto de Investigaciones Sociales (UNAM) y el Colegio de México (2006), conformado por 41 ítems divididos en 4 apartados: el primero de ellos mide el maltrato físico con 11 ítems, el segundo se centra en el maltrato psicológico con 12 ítems, el tercero evalúa la explotación económica con 9 ítems y el último apartado se enfoca en el maltrato sexual con 6 ítems. La opción de respuesta es dicotómica («sí y no»), donde se asignó 1 punto a la opción sí y 0 a la opción no. Al final, se construyeron índices del 0 al 100 de la encuesta total y cada tipo de violencia, donde mayor puntaje indica mayor violencia en general o alguna en específico. Dentro de las propiedades psicométricas del cuestionario se exploró la consistencia interna mediante el método de Kuder-Richardson (KR-20) cuyo coeficiente total estandarizado fue de .75. En el análisis de cada uno de los factores o apartados que componen el cuestionario, se obtuvieron los siguientes coeficientes estandarizados: violencia psicológica (.86), violencia económica (.78), violencia física (.8) y violencia sexual (.8), lo cual es consistente y congruente con lo reportado en otras investigaciones.

La calidad de vida se midió a través de la escala de calidad de vida en adulto mayor llamada *World Health Organization Quality of Life of Older Adults* (WHOQOL-1006, por sus siglas en inglés), la cual fue modificada a la versión WHOQOL-BREF (90-99), creada por un grupo de investigadores de diferentes países reunidos por la OMS; en su versión actual consta de 24 ítems divididos en 4 áreas: salud física con 7 ítems, salud psicológica con 6 ítems, relaciones sociales con 3 ítems y ambiente con 8 ítems; además, incluye 2 preguntas que valoran calidad de vida general para alcanzar un total de 26 preguntas (Espinoza, *et al.*, 2014). La opción de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 equivale a nada y 5 a muy satisfecho. Para determinar la calidad de vida general y de cada apartado, se construyeron índices del 0 al 100 donde a mayor puntaje mejor calidad de vida. La consistencia interna de la escala obtuvo una Alfa de Cronbach cuyo coeficiente total estandarizado fue de .93, mientras que las subescalas oscilaron entre .76 y .88, lo cual reafirma la confiabilidad interna de la escala en población Mexicana.

Procedimiento. Para la recolección de la información se solicitó autorización de las autoridades del Hospital General de Zona No. 2 y del jefe de departamento de enseñanza del mismo Hospital. Posteriormente, se solicitó el estado de salud de los pacientes encamados en el área de hospitalización para realizar la selección de los participantes. Una vez identificados los adultos mayores, se acudió a la sala donde se encontraban internados, en este mismo sitio se les dio una explicación clara de la investigación incluyendo la confidencialidad de la misma y, una vez que aceptaron participar, se les proporcionó el consentimiento informado por escrito que firmaron voluntariamente, como señala la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Seres Humanos (Secretaría de Salud, 1987). Se les pidió que respondieran a las preguntas del cuestionario de manera clara y se les aclaró que, si tenían alguna duda, el encuestador estaría cerca para resolverla y apoyar en el llenado. Al final se agradeció y se colocó el instrumento en la carpeta correspondiente identificada como encuestas con fines de investigación por los autores.

Estrategia de análisis de datos. La captura y el análisis de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 18 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar a la muestra y las variables principales de esta investigación. Para determinar la

confiabilidad interna de los instrumentos se utilizó el coeficiente Kuder–Richardson (KR–20) para determinar la confiabilidad del instrumento de violencia en el adulto mayor. El coeficiente *Alpha* de Cronbach se utilizó para determinar la confiabilidad de la escala de calidad de vida en el adulto mayor. Se utilizó la prueba de Kolmogorov–Smirnov (κ -s) para determinar la distribución de los datos, lo que arrojó como resultado el uso de estadística paramétrica. Se utilizó la prueba ANOVA de un factor para hacer las comparaciones de la violencia y calidad de vida del adulto mayor de acuerdo a características sociodemográficas. La asociación entre las variables se determinó por medio del coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

Signos de violencia en el adulto mayor

Al cuestionar sobre la presencia de violencia psicológica, los signos que más prevalecieron fueron no respetar sus decisiones (30.2%), haber recibido insultos (20.1%), brindarles un trato indiferente o ser ignorados (18.5%), dejarles de hablar (19%) y recibir humillaciones o burlas (16.9%). Con relación a los signos de violencia económica, estos fueron menos frecuentes, sin embargo, resaltó quitarles su dinero (5.8%), manejar su dinero sin su consentimiento o tomarles sin su permiso algún bien de su propiedad (4.2%, respectivamente).

Respecto a la violencia física, las manifestaciones más frecuentes fueron alimentarlos a la fuerza (10.1%), aventarle algún objeto (6.9%), empujar o jalar su cabello (6.3%), golpearlo (2.6%), haber recibido puñetazos o patadas y encerrarlo en una habitación o en una casa (2.1%, respectivamente). Por otro lado, los signos de violencia sexual fueron relativamente poco frecuentes, pues sólo 6.3% refirió que le han tocado sus genitales sin su consentimiento, a 5.8% le han obligado a hacer actos sexuales que no le parecen, a 3.2% le han exigido tener relaciones sexuales aunque no quiera y 2.6% reportó que le han obligado a ver programas o videos sexuales.

Calidad de vida en el adulto mayor

Por otro lado, al valorar la percepción de calidad de vida en el adulto mayor, se encontró que 70.9% la reportó como normal y solo 4.2% muy mal. En cuanto a qué tan satisfechos estaban con su salud, 55.6% dijo que normal, mientras que 16.9% comentó que poco. Respecto a la calidad de vida física, al cuestionar la satisfacción con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria, la mayoría (62.4%) comentó que normal, resultado similar a lo encontrado al preguntar qué tan satisfechos estaban con su sueño y con su capacidad de trabajo (55% y 52.9% respectivamente).

Asimismo, 52.9% comentó que con moderación tenía suficiente energía en su vida diaria, a diferencia de 6.9% que indicó nada. Relativo a que si es capaz de desplazarse de un lugar a otro, 52.9% comentó que lo normal, a diferencia de 10.6% que señaló poco; al cuestionar cuánto necesitaba de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria, 51.9% comentó que lo normal, a diferencia de 4.2% que comentó poco.

En la calidad de vida psicológica, los hallazgos revelan que 61.4% siente que su vida tiene sentido de manera normal, 65.1% de los adultos mayores entrevistados disfruta la vida lo normal, su capacidad de concentración es normal en 64%. Sólo 46.6% indicó ser capaz de aceptar su apariencia física de manera moderada, 60.3% señaló estar satisfecho lo normal consigo mismo: sin embargo, 51.3% comentó tener medianamente sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión.

Respecto a la calidad de vida de las relaciones sociales, 58.2% estaba satisfecho lo normal con sus relaciones personales, a diferencia de un 5.8% de adultos mayores que respondieron estar nada satisfechos; 52.4% comentó estar satisfecho con su vida sexual dentro de lo normal, 57.7% reportó en un nivel normal de satisfacción con el apoyo que obtienen de sus amigos.

Respecto a la calidad de vida ambiental, 60.8% sentía un nivel de seguridad normal en su vida diaria, 60.3% reportó que el ambiente físico a su alrededor era saludable, 59.8% comentó tener dinero de manera moderada para cubrir sus necesidades, de igual manera, 49.2% indicó que la información que necesitaba en su vida diaria era moderada, 49.8% comentó tener oportunidad para realizar actividades de manera moderada, igual que 61.9% y 57.1% que refirió estar satisfecho con el acceso que tiene a los servicios sanitarios y con el transporte, respectivamente.

Al calcular índices del 0 al 100 para cada uno de los tipos de violencia y calidad de vida, se encontró que la violencia más común fue la psicológica ($\bar{X} = 12.65$, $DE = 20.33$), mientras que la calidad de vida psicológica también fue la que mayores puntajes obtuvo con una media de 50.88 ($DE = 12$).

Comparaciones de violencia y calidad de vida según características sociodemográficas

Al comparar la calidad de vida y la violencia en el adulto mayor según su edad, se encontraron diferencias significativas en la violencia general y calidad de vida social ($p < .05$). Respecto a la violencia en general, se observó que los de 65 a 70 años manifestaron mayores signos de maltrato, a diferencia de los de 90 y 95 años en quienes presentaron los índices más bajos. Asimismo, los de 71 a 80 años fueron los que presentaron puntuaciones más altas en calidad de vida social, en comparación con el resto de los grupos de edad. En el resto de las escalas de violencia y calidad de vida no se encontraron diferencias significativas (Tabla 1).

TABLA 1
PRUEBA ANOVA DE UN FACTOR PARA CALIDAD DE VIDA
Y VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN EDAD

Variable	Edad	n	X	DE	F	Valor de p
Violencia	65-70	44	8.37	15.48	3.11	.02
	71-80	77	3.65	5.31		
	81-90	42	4.88	11.77		
	91-95	26	1.51	4.41		
Calidad de Vida social	65-70	44	38.63	15.04	3.38	.01
	71-80	77	48.59	18.35		
	81-90	42	47.81	18.41		
	91-95	26	47.11	16.48		

Fuentes: WHOQOL-BREF, EMPAM-DF.

n = 189

Al comparar la calidad de vida y la violencia en el adulto mayor según la escolaridad, se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida

social y calidad de vida en el ambiente ($p < .05$). Específicamente, los adultos mayores con escolaridad de profesionistas son quienes manifestaron mayor calidad de vida social y ambiental, a diferencia de los de escolaridad de nivel primario en quienes se presentaron los índices más bajos. En el resto de las escalas de violencia y calidad de vida no se encontraron diferencias significativas, tal como se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2
PRUEBA ANOVA DE UN FACTOR PARA CALIDAD DE VIDA
Y VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN LA ESCOLARIDAD

<i>Variable</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>n</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>Valor de p</i>
Calidad de Vida social	Preescolar	14	40.47	19.01	2.62	.02
	Primaria	28	38.09	22.03		
	Secundaria	126	47.42	16.54		
	Preparatoria	15	46.66	13.65		
	Carrera técnica o comercial	2	54.16	5.89		
Calidad de Vida en el Ambiente	Preescolar	14	41.74	15.48	2.68	.02
	Primaria	28	37.61	20.57		
	Secundaria	126	47.49	13.82		
	Preparatoria	15	45.83	9.78		
	Carrera técnica o comercial	2	48.43	2.20		
	Profesional	4	56.25	4.41		

Fuentes: WHOQOL-BREF, EMPAM-DF.

$n = 189$

Asimismo, al diferenciar las variables de estudio según la persona con quien vivía el adulto mayor, sólo se encontraron diferencias significativas en la violencia sexual ($p < .05$). Los adultos mayores que reportaron vivir con el esposo (a) e hijos son quienes manifestaron mayor violencia sexual, a diferencia de los que vivían solos, con hermanos u otras personas.

Correlación entre calidad de vida y violencia en el adulto mayor

En la Tabla 3 se muestra que al aplicar la prueba de correlación de Pearson para asociar la calidad de vida con la violencia, se encontró asociación negativa y significativa entre la calidad de vida en todas sus esferas y la violencia económica, lo que significa que a mayor violencia económica menor calidad de vida física, psicológica, social y ambiental.

Tabla 3
CORRELACIÓN DE PEARSON ENTRE CALIDAD DE VIDA
Y VIOLENCIA EN EL ADULTO MAYOR

Calidad de vida	Violencia económica
Física	-.156*
Psicológica	-.212**
Social	-.150*
Ambiental	-.196**
General	-.191**

*p = .05 **p ≤ .01

Discusión

Al evaluar la presencia de violencia por áreas en los adultos mayores, se encontró que el área psicológica y física fueron las más afectadas, a diferencia del área sexual que fue la que presentó menor afectación. El resultado anterior coincide con lo reportado por autores como Martina, *et al.*, (2010), Rodríguez, *et al.*, (2010) y Docampo, Barreto & Santana (2009), quienes encontraron estas áreas con mayor afectación. Los signos que más prevalecen en la violencia psicológica fueron ser ignorados o negarles del habla, menospreciarlos o humillarlos, mientras que en la violencia física predominaron signos como ser alimentados a la fuerza y empujarlos o aventarles un objeto. Datos que se refirman por la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2011). Por lo que se demuestra que la familia aún no comprende las características propias del envejecimiento, pues en esta etapa aparecen limitaciones que involucran el

validismo del adulto mayor y le impide relacionarse adecuadamente con su medio (Griñan, Cremé & Matos, 2012).

Es por ello que la familia requiere asesoramiento para el manejo de la persona mayor. Deben existir servicios alternativos a la institucionalización y éstos deben estar orientados tanto a personas independientes con problemas sociales como a dependientes con algún grado de discapacidad, cuya prioridad sea la recuperación del grado de funcionalidad y autonomía en las áreas física, psíquica y social. Finalmente, la ausencia de políticas, planes y programas que respondan a necesidades reales de la población de mayor edad constituye también una forma de maltrato.

Referente a la calidad de vida en el adulto mayor, se encontró que casi la tercera parte de los participantes la perciben como normal. Resultado que es congruente por lo reportado por Flores & Troyo (2011) en su estudio *Calidad de vida en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco*. Sin embargo, difiere con lo reportado por Dueñas & colaboradores (2009), quienes encontraron una percepción de la calidad de vida baja. Las diferencias anteriores pudieran deberse a que en los estudios mencionados las condiciones en que fueron entrevistados los adultos mayores se diferenciaban totalmente. Sin embargo, es bien sabido que a medida que la población envejece aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, unidas a la incapacidad y la restricción de actividades que afectan la autonomía del anciano, lo cual incide en la percepción de su calidad de vida.

Al igual que en el estudio de Estrada, *et al.* (2011), más de la mitad de los adultos mayores eran independientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, resultado que podría deberse a que la edad en ambos estudios osciló entre 70 y 80 años que, de acuerdo con la OMS (2014) pertenece al grupo de persona mayor autónoma e incluye a los mayores de 65 años sanos y afectados de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes, por lo que este grupo de adultos mayores tiene un elevado nivel de autonomía; las intervenciones en este grupo deberán ser preventivas.

Con relación a la calidad de vida psicológica, se encontró que más de la mitad de los adultos mayores presentaban levemente sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión. Dato análogo con Estrada, *et al.* (2011), quien encontró en su estudio realizado en adultos mayores de Medellín, que los sentimientos que más prevalecieron fueron la

ansiedad y depresión. Las causas que llevan a los adultos mayores a presentar sentimientos negativos son múltiples, en el estudio citado los adultos mayores se encontraban institucionalizados, lo que tal vez influyó para que se sintieran deprimidos y ansiosos. Sin embargo, existen otros factores como la viudez, las relaciones sociales, el apoyo familiar y circunstancias demográficas y económicas asociadas con estos sentimientos (Estrada, *et al.*, 2011).

Con respecto a la calidad de vida de las relaciones sociales (satisfacción con su vida sexual y satisfacción con el apoyo de amigos), se encontró que más de la mitad de los adultos mayores estaban satisfechos de manera normal, lo que hace suponer que, a pesar de las condiciones imperantes de salud en los adultos mayores participantes en la presente investigación, existen condiciones favorables como pertenecer al grupo de adultos mayores autónomos, lo que tal vez facilite seguir estando dentro de un grupo social y contar con el apoyo de amigos. Además, la mayoría tiene pareja, lo que permite una vida sexual plena.

También se encontró que más de la mitad de los adultos mayores se sentían satisfechos con el acceso que tienen a los servicios de salud. Resultado contrario a lo descubierto por Peña, *et al.* (2009), en su estudio sobre la auto-percepción de la calidad de vida en el adultos mayores, en que encontró que la quinta parte de los adultos mayores mencionó no sentirse nada satisfecho con el acceso a los servicios de salud. Esto puede asociarse a que, en el momento de la entrevista en nuestro estudio, los adultos mayores se encontraban hospitalizados y se sentían atendidos por el equipo multidisciplinario, lo que tal vez influyó para que se presentaran estas diferencias.

Al comparar la violencia y la calidad de vida de los adultos mayores según características sociodemográficas, se encontró que los adultos mayores que más presentaron signos de maltrato estaban entre 65 y 70 años de edad, a diferencia de los de 90 a 95 años. Hallazgo semejante a Martina, *et al.* (2011), quienes encontraron violencia psicológica y física en este grupo de edad y una disminución en las siguientes edades. Lo que puede ser atribuido a la esperanza de vida y una menor posibilidad de reporte en víctimas más ancianas. También se encontró que los de 71 a 80 años de edad presentaron puntuaciones más altas en calidad de vida social. Hallazgo similar con Flores & Troyo (2011), que encontraron que más de la tercera parte de los adultos mayores estudiados se refirieron a sus relaciones sociales como buenas. Se

destaca que en ambos estudios la mayoría de los adultos mayores contaban con pareja y eran independientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, lo que probablemente hacía más fácil llevar una vida social de calidad.

Respecto a las comparaciones de calidad de vida en el adulto mayor según la escolaridad, los resultados mostraron que los adultos mayores con escolaridad de profesionistas son quienes manifestaron mayor calidad de vida social y ambiental. Hallazgo similar a Dueñas, *et al.* (2009), en su estudio sobre calidad de vida percibida en adultos mayores, quienes encontraron que a mayor escolaridad de los adultos mayores, mejores son sus relaciones sociales y su calidad de vida ambiental. El ser profesionista y ejercer en alguna institución hace que las personas tengan un cierto estatus económico y además contacto con muchos individuos de diversas jerarquías y profesiones. Al llegar al retiro o jubilación, las amistades continúan, lo que permite seguir con las relaciones sociales y sentir una buena calidad de vida ambiental (seguridad, ambiente físico saludable, etc.).

Finalmente, se encontró asociación negativa y significativa entre la calidad de vida en todas sus áreas y la violencia económica, lo que se interpreta como que a mayor violencia económica menor es la calidad de vida física, psicológica, social y ambiental. El adulto mayor, al quedar sin ingreso económico suficiente, limita su atención a salud y, por tanto, disminuye su autonomía para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, tiende a desarrollar sentimientos negativos como ansiedad y depresión, aislamiento e inseguridad, disminuyendo así su calidad de vida, por lo que se considera necesario que existan castigos más severos para los agresores de los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- Adams, M.Y. (2011). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. *Revista médica clínica condes*. 23 (1). 84–90.
- Álvarez, M. L., Ponce, R. E., Landgrave, I. S., Iriqoyen, C. A., Buendía, S. I., *et al.* (2009). Maltrato, abandono y negligencia en ancianos de una clínica de medicina familiar y un hospital general de la ciudad de México. *Archivos en medicina familiar*. 11 (4). 59–65.

- Bernardo, M., Crespo, M., Gómez. & Hornillos, C., *et al.* (2012). Personas con demencia en residencias geriátricas: calidad de vida, satisfacción y necesidades. *Informaciones psiquiátricas*. 208 (2). 85–88.
- Crespo, M., Hornillos, C., Bernaldo de Quiroz, M. & Gómez, M. M. (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 46 (6). 10–1016.
- Docampo, L., Barreto, R. & Santana, C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*. 13 (6). 1–10.
- Dueñas-González, D., Bayarre-Vea., H. D., Triana-Álvarez., E. & Rodríguez-Pérez, V. (2009). Calidad de vida percibida en adultos mayores de la provincia de Matanzas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 25 (2).
- Elosua, P. (2010). Calidad de vida del adulto mayor. *Revista esp. geriatr. gerontol.* 45 (2). 67–71.
- Estrada, A., Cardona. D., Segura. A., Chavarriaga. L., Ordoñez, J., Osorio, J., *et al.* (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín, *Revista biomédica*. 31. 492–502.
- Espinoza, A. I., Osorio, B. P., Torrejón, C. M., Lucas-Carrasco, R. & Bunout, D. (2014). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*. 139. 579–586.
- Flores-Villavicencio, M. E., Cervantes-Cardona, G., Cruz-Ávila, M. & Cerquera Córdoba, A. M. (2011). Concepto de la Calidad de Vida en Relación con el Adulto Mayor. En *Condiciones Sociales y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia*. Universidad de Guadalajara, México.
- Giraldo, R. M. (2006). Análisis de la información estadística. Encuesta sobre maltrato personas adultas mayores en el distrito federal (empam-df). Recuperado de http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/analisi_estadistico_sobre_maltrato_a_adultos_mayores.pdf
- Gómez, L. A. (2010). Protección al adulto mayor está garantizada por ley. Recuperado el 20 marzo, 2014, de [http://www.omnia.com.mx/noticias/proteccion-al-adulto-mayor-esta-garantizada-por-ley-desde-2010-ana-gomez-licon/](http://www.omnia.com.mx/noticias/proteccion-al-adulto-mayor-esta-garantizada-por-ley-desde-2010-ana-gomez-licon/Griñan, P. I., Cremé, L. E. & Matos, L. C. (2012). Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. Revista MEDISAN, 16 (8), 1241-1248.)
- Griñan, P. I., Cremé, L. E. & Matos, L. C. (2012). Maltrato intrafamiliar en adultos mayores de un área de salud. *Revista MEDISAN*, 16 (8), 1241–1248.
- González, C. A. (2009). Calidad de vida en el adulto mayor. Instituto de geriatría. Recuperado el 13 junio, 2014, de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/34.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2011). Encuesta nacional sobre la

- dinámica de las relaciones en los adultos mayores. Recuperado el 19 de septiembre, 2014, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endireh/endireh2011/default.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2013). San Luis Potosí, SLP. Recuperado el 23 de enero, 2014, de <http://www.inegi.org.mx/INEGI/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos24.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2013). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad datos de Zacatecas. Recuperado el 23 de enero, 2014, de <http://www.inegi.org.mx/INEGI/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2013). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad datos nacionales. Recuperado el 23 de enero, 2014, de <http://www.inegi.org.mx/INEGI/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2014). Aguascalientes, Ags. Recuperado el 21 de mayo, 2014, de www.inegi.org.mx/prod_serv/.../bvinegi/.../pais/.../ags/AEyGAGS13.pdf
- Llanes, B. C. (2008). Evaluación funcional y anciano frágil (1999). Recuperado el 24 de mayo, 2014, de http://conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/ley_gral_salud.pdf
- Lifshitz, A. (2012). Educación Geriátrica. *Revista científica de América latina una visión desde la docencia cirujía y cirujanos*. 80 (4). 309–310.
- Martina, M., Nolberto, V., Miljanovich, M., Bardales, O. & Gálvez, D. (2010). Violencia hacia el adulto mayor. *Revista del Perú epidemiológica*. 14 (3). 1–7.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). La calidad de vida. *Anales de la facultad de medicina, Lima*. 68 (3).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Envejecimiento. Recuperado de <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Peña-Pérez, B., Terán Trillo, M., Moreno Aguilera, F. & Bazán Castro, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 14 (2). 53–61.
- Rosales, R. R., García, D. R. & Quiñones, M. E. (2014). Estilo de vida y auto percepción sobre salud mental en el adulto mayor. *Medisan*, 18 (1).
- Rodríguez, L., Sotolongo, O., Luberta, G., Calvo, M. (2010). Violencia sobre personas de la tercera edad con demencia. Recuperado el 9 julio, 2014, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_11_5_12/rhcm18512.ht

- Secretaría de Salud [ss]. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado el 20 de septiembre de 2014, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm>
- Urzúa, F. & Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-old en población chilena. *Revista Médica de Chile*. 141. 28–33.
- Velázquez, P. C., Galicia R. L, *et al.* (2011). Tipo de violencia familiar que percibe el adulto mayor. *Revista de enfermería del imss*. 19 (2). 63–69.

DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ADULTOS MAYORES EN UN MUNICIPIO DE ZACATECAS

¹MARICRUZ VIDALES JARA / ¹MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO

¹LUZ MA. DELGADILLO LEGASPI / ²ROSA EDITH RÍOS GONZÁLEZ

²MARÍA DEL SOCORRO SALINAS CONTRERAS / ²LAURA BELINDA SANDOVAL DÍAZ

¹Unidad Académica de Enfermería, Universidad Autónoma de Zacatecas

²Secretaría de Salud de Zacatecas



Introducción

El envejecimiento demográfico es un fenómeno global que se ha convertido en uno de los retos más importantes de la sociedad contemporánea (Ríos-Jáuregui, como se citó en Callis-Fernández, 2011), debido a que la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta entrados los 60 años y más; el incremento en la esperanza de vida es la causa del rápido envejecimiento de las poblaciones en el mundo, aunque el ritmo de envejecimiento de la población es más acelerado que en el pasado (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Esto impacta directamente a todos los sectores del gobierno y la sociedad (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] 2010).

Se estima que a nivel mundial, para 2020 existirán 200 millones de adultos mayores, cifra que aumentará a 303 millones, para el año 2050 (OMS, 2016). De igual manera, la transición demográfica en México ha dado lugar a un incremento en el número de adultos mayores, en el 2005 el conteo de población y vivienda notificó que los mayores de 65 años representan 5.54% de la población. De esta forma el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estimó que la cantidad de adultos mayores se duplicará en 2025, mientras que en 2050 representará la cuarta parte de la población Mexicana, según el INEGI (2010). Asimismo, en el estado de Zacatecas, la población de adultos mayores respecto de la población total, fue 9.9% en 2010 y puede aumentar a 19.9% para el año 2030, con una tasa de crecimiento de 2.3%, por cierto, una

de las más bajas del país (Secretaría de Salud [ss], 2011). Las políticas públicas deberán de tomar en cuenta este crecimiento y su repercusión para atender las necesidades a mediano y largo plazo de esta población y la sociedad en general, que podría contar con el mayor número de adultos mayores de la historia (OMS, 2015).

El proceso de envejecimiento es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Uno de los grandes desafíos es la adaptación a estos cambios, ya que los adultos mayores presentan 4 discapacidades predominantes: motriz, visual, auditiva y mental (INEGI, 2010); según Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona & Garzón-Duque (2015), en nuestro país muchos adultos mayores se encuentran imposibilitados para trabajar, viven en soledad o condiciones de abandono y en ocasiones padecen enfermedades simultáneas (Guerrero-Pérez, Quevedo-Trejo, García-Rochín & Zavala-González, 2011; ss, 2011 & OMS, 2015), presentan estados de ánimo de irritabilidad, indiferencia, inestabilidad y pesimismo, lo que llega a generar ansiedad, síntomas depresivos o depresión, que constituye uno de los problemas de salud pública más frecuentes e impacta la calidad y expectativa de vida de manera negativa en este grupo de edad (Flores-Pacheco, Huerta-Ramírez, Herrera-Ramos, Alonso-Vázquez & Calleja Bello, 2011; Serra & Irizarry-Robles, 2015), como consecuencia se puede presentar aislamiento social, disminución de la energía, afección de las funciones sensorio-motoras y discapacidad por la gravedad de los síntomas (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012). Esto puede originar una actitud negativa hacia el envejecimiento debido a la construcción social de la vejez como una etapa de sufrimiento, soledad y pérdidas, lo que desencadena la ingesta de sustancias, principalmente de alcohol, dada la relación social y cultural de este consumo (Segura-Cardona, et al., 2015).

Depresión y consumo de alcohol como factor asociado en adultos mayores

Algunos autores que han explorado el consumo de alcohol y la depresión en adultos mayores, encontraron que el consumo de bebidas alcohólicas es habitual en 11.9%, mismo que presenta una asociación estadística significativa

entre el riesgo de depresión y el consumo de alcohol (8.7%, $\chi^2 = 29.4$, $p = .000$). Asimismo, se asocian estadísticamente el riesgo de depresión y la edad, el estado civil y el nivel educativo. Presentan, por otro lado, mayor riesgo de depresión el adulto mayor joven y adulto mayor viejo (59.5%, 36.9%, $\chi^2 = 89.9$, $p = .000$). De acuerdo con el estado civil, el adulto mayor viudo se asocia significativamente con el consumo de alcohol (30.8% casado, 36.4% viudo, $\chi^2 = 60.5$, $p = .000$). Con relación al factor educativo, nivel primario incompleto (45.6%) y sin educación (31.8%) presentan mayor riesgo de depresión ($\chi^2 = 103.2$, $p = .001$). Por lo tanto, aspectos como ser mayor de 90 años, vivir solo, tener bajo nivel educativo, ser mujer y consumir alcohol, pueden aumentar la probabilidad de padecer síntomas depresivos en el adulto mayor (Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona & Garzón-Duque, 2015).

De igual manera, Duarte-Tagles, Salinas-Rodríguez, Idrovo, Burquez & Corral-Verdugo (2015), en México, a través del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), así como el compendio de Estadísticas Ambientales (2008) y el índice de biodiversidad, que toma en cuenta la abundancia de especies y las ecorregiones en cada entidad federativa, encontraron que los factores asociados con los síntomas depresivos en esta población fueron: ser mujer (78.73%, $p < .001$), considerarse indígena (22.57%, $p < .001$), tener menor escolaridad (50.24% $p < .004$), vivir sin pareja (70.53%, $p < .001$), carecer de trabajo remunerado de forma regular (52.40%, $p < .008$), padecer una enfermedad crónica (35.88%, $p < .001$) y beber alcohol (27.26%, $p < .001$), por lo que resulta relevante constatar que el consumo de alcohol fue significativamente mayor entre quienes reportan síntomas de depresión y quienes no (11.90%, $p < .001$). Así, el consumo de alcohol se presenta como un factor que influye para la presencia de esta entidad patológica en el adulto mayor.

Estas investigaciones reflejan que el consumo de alcohol impacta en variables de cuidado, como la necesidad de un cuidador, la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, autopercepción de salud, apoyo social y familiar percibido, percepción de salud y polifarmacia. Un mejor ejemplo de esto es el estudio realizado por Mendoza-Meléndez, *et al.* (2015), quienes señalan que 12.1% de los adultos mayores necesitan un cuidador, así como que la prevalencia de las enfermedades infecciosas respiratorias es mayor cuando los sujetos reportan abuso o dependencia del

alcohol en los últimos 12 meses (38.5%); el consumo de alcohol alguna vez en la vida solo se asoció en forma significativa con la polifarmacia (OR = 1.26, IC 95% = 1.01–1.57). Para el consumo de alcohol, las asociaciones más significativas (13.3%), se encuentran en un consumo mayor o crónico (abuso y dependencia), el consumo excesivo de alcohol se encontró relacionado con los trastornos mentales y de comportamiento, los cuales incluyen trastorno bipolar, esquizofrenia y depresión ($\chi^2 = 19.42, p = .000$).

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo–correlacional que integró una muestra de 90 adultos mayores que asistían al club del Instituto Nacional Para la Atención de los Adultos Mayores [INAPAM] de la localidad de Hacienda Nueva, Morelos, Zacatecas. La selección fue por conveniencia, se excluyeron los adultos mayores con problemas mentales y/o de habla imposibilitados para responder a la entrevista y quienes no accedieron a participar en el estudio. Los datos se obtuvieron a través de una Cédula de Datos Personales [CDP] y el Cuestionario de Consumo de Alcohol [CCA]. La variable de depresión se midió a través del Inventario de Depresión de Hamilton (HAM-D), llamado también *Hamilton Rating Scale for Depression*, elaborado por Max Hamilton en 1960 y conformado por 21 ítems; en 1967, el mismo autor presentó una escala integrada por 17 reactivos. La validación de la versión española de esta escala fue realizada en 1986 por Ramos–Brieva y Cordero–Villafafila. Posteriormente, en el 2003, Bobes, Bulbena–Luque, Dal–Re, Ballesteros & Ibarra realizaron la evaluación psicométrica comparativa de las versiones 6, 17 y 21 reactivos. La versión utilizada en este estudio fue la conformada por 17 ítems, compuesta por 3 sub escalas: melancolía, ansiedad–sueño y síntomas físicos. La subescala de melancolía está integrada por las características de humor deprimido, tristeza, desesperanza, desamparo e inutilidad, sentimiento de culpa, suicidio, trabajo y actividades e inhibición psicomotora; la subescala ansiedad–sueño está integrada por las características de insomnio precoz, intermedio y tardío, agitación psicomotora, síntomas somáticos generales, hipocondría y ansiedad psíquica y somática; la subescala de síntomas físicos incluye las

características de síntomas gastrointestinales y síntomas genitales. Tiene forma de respuesta de tipo Likert, con 9 ítems que se puntúan de 0 a 4, donde 0 = ausente y 4 = grave, así como 8 ítems de 0 a 4, donde 0 = no hay dificultad y 4 = gravedad del síntoma, por lo que una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6, por lo que la escala máxima es de 54 (ítems 0 al 17), donde de 0 a 7 = estado normal o ausencia de depresión, de 8 a 13 = depresión ligera/menor, de 14 a 18 = depresión moderada, de 19 a 22 = depresión, y mayor de 23 = depresión muy grave (Ramos-Brieva & Cordero-Villafafila). Se exploró la consistencia interna del instrumento a través del *alpha* de Cronbach, el resultado total estandarizado de los 17 reactivos fue de .69; en el análisis de la subescala melancolía, integrado por 5 preguntas, se obtuvo un puntaje de .73; las subescalas de ansiedad-sueño con 8 ítems y la de síntomas físicos integrada por 4 preguntas presentaron un α de .65.

Estrategia de análisis de la información. La captura y el análisis de la información se realizó en el software spss (*Statistical Package for the Social Sciences*), versión 18 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva en los datos sociodemográficos de la muestra y las variables centrales del estudio. La confiabilidad interna del instrumento se efectuó a través del coeficiente del *alpha* de Cronbach. Se aplicó la prueba de *chi* cuadrada por medio de tablas de contingencia para buscar la asociación de las variables sociodemográficas y el grado de depresión y consumo de alcohol. Se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la distribución y normalidad de las variables continuas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para relacionar la escala y sub escalas de depresión con la edad y el número de copas consumidas.

Resultados

Se encontró que 76.7% de los participantes eran de sexo femenino y 23.3% masculino, con promedio de 73.42 años (DE = 8.10; mínimo = 60 y máximo = 90 años de edad). 57.8% contaba con estudios de nivel primario, 40% sin estudio y 1.1% con estudios de nivel secundario y/o carrera comercial; predominaron los viudos (48.9%), luego los casados (45.6%), 4.4% soltero y 1.1% divorciado;

75.6% se dedicaba al hogar, 12.2% no realizaba ninguna actividad, 1.1% era pensionado, el resto era jornalero, agricultor y comerciante (11.1%). Con relación a la presencia de depresión en el adulto mayor, se encontró que el 47.8% mencionó que sentía el humor deprimido solamente cuando se le preguntaba, en 80% la sensación de culpabilidad estaba ausente, así como la idea del suicidio, 51.1% presentaba dificultad para dormirse, 43.3% se quejaba de estar inquieto durante la noche, 51.1% despertaba a primeras horas de la madrugada pero volvía a dormirse, 36.7% tenía ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad, 88.9% mencionó tener palabras y pensamientos normales y 11.1% dijo presentar ligero retraso en el diálogo. La mayoría señaló que no sentía ninguna manifestación de estar agitado y 5.6% indicó que juega con sus manos, cabello, etc., 17.8% indicó que se sentía irritable y 4.4% se preocupaba por pequeñas cosas, 46.7% aludió que tenía pérdida de apetito pero comía sin necesidad de que lo estimularan, 56.7% sentía pesadez en extremidades, espalda o cabeza, 84.4% mencionó ausencia de síntomas genitales, 21.1% dijo que se preocupa por su corporalidad y solo el 3.3% se preocupa por su salud, 70% indicó que no tiene pérdida de peso, 58.9% mencionó que se da cuenta de que está enfermo y 38.9% niega que esté enfermo. Con respecto a los niveles o grado de depresión que presentan los adultos mayores, predominó el grado II (35.6%), seguido del grado III (23.3%) (Tabla 1).

TABLA 1
GRADO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

<i>Grado de Depresión</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
I	18	20.0
II	32	35.6
III	21	23.3
IV	15	16.7
V	4	4.4

Nota: Escala de Hamilton [HAM-D]

n = 90

Con respecto al grado de depresión que presentan los adultos mayores, se aplicó la prueba de *chi* cuadrada asociada a las variables sociodemográficas; tanto en el sexo, la escolaridad, la ocupación, el estado civil y la edad se encontró presencia de depresión, sin diferencia significativa en ninguno de ellos (Tabla 2).

TABLA 2
GRADO DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR POR SEXO, ESCOLARIDAD,
OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL Y EDAD

Variable	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V	X ²	gl	p
Sexo								
Femenino	16	25	15	10	3	2.708	4	.608
Masculino	2	7	6	5	1			
Escolaridad								
Primaria	10	20	15	5	2		12	.599
Secundaria	0	1	0	0	0	10.188		
Comercio	0	1	0	0	0			
Ninguna	8	10	6	10	2			
Ocupación								
Agricultor	0	3	1	1	9			
Comerciante	0	1	0	0	1			
Hogar	15	24	15	11	3	18.421	20	.560
Jornalero	1	0	1	1	0			
Pensionado	0	1	0	0	0			
Ninguna	2	3	4	2	0			
Estado Civil								
Soltero	1	2	0	0	1			
Casado	10	14	11	6	0	11.395	12	.495
Viudo	7	15	10	9	3			

Divorciado	0	1	0	0	0				
Edad									
60-69	5	12	5	5	2				
70-79	6	15	10	8	1	12.667	12	.394	
80-89	7	5	4	2	1				
90 y más	0	0	2	0	0				

Nota: CDP y HAM-D

n = 90

Con respecto al consumo de alcohol, en la prevalencia lápsica o la ingesta de bebidas alcohólicas en el último año, solamente 12.2% mencionó haberlo consumido, de ellos, 42.8% eran de sexo masculino. En la edad, predominó el uso de alcohol entre 70 a 79 años con, 77%. Sobre consumo en el último mes o prevalencia actual, 11.1% señaló haber ingerido bebidas alcohólicas, con predominio de los varones (38%) y con rango de edad entre 70 a 79 años (7.7%). En la prevalencia instantánea o el uso de bebidas alcohólicas la última semana, el 10% refirió haberlas consumido, nuevamente con predominio del sexo masculino (33.3%), 7.7% con edad entre 70 a 79 años. La cantidad de copas consumidas en un día típico presentó una \bar{X} de 3.18.

Con relación al grado de depresión y el consumo de alcohol, se aplicó la prueba de *chi* cuadrada, cuyos resultados muestran que hay mayor presencia de depresión en la prevalencia anual de consumo de alcohol. Sin embargo, no existen diferencias significativas con la prevalencia actual e instantánea (Tabla 3).

TABLA 3
GRADO DE DEPRESIÓN Y PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

Prevalencia	Grado I		Grado II		Grado III		Grado IV		Grado V		χ^2	gl	p
	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí			
Anual	18	0	27	5	18	3	13	2	3	1	3.561	4	.469
Actual	18	0	28	4	18	3	13	2	3	1	3.383	4	.496

Instantánea 18 0 28 4 18 3 13 2 4 0 3.280 4 .512

Notas: CCA y HAM-D

n = 90

De acuerdo al grado de depresión y la cantidad de copas ingeridas en un día típico, los resultados muestran que en el grado II de depresión existe un gran número de adultos mayores con una ingesta elevada de copas, sin embargo, de acuerdo al valor de $p = .317$, no es significativo.

TABLA 4
GRADO DE DEPRESIÓN Y CANTIDAD DE COPAS CONSUMIDAS EN UN DÍA TÍPICO

Grado de Depresión	Cantidad de Copas Consumidas							χ^2	gl	P
	0	1	2	3	4	5	6			
Grado I	18	0	0	0	0	0	0			
Grado II	27	1	0	1	0	1	2			
Grado III	18	2	0	0	1	0	0	26.730	24	.317
Grado IV	13	0	1	0	1	0	0			
Grado V	3	0	1	0	0	0	0			

Notas: CCA y HAM-D

n = 90

Con la finalidad de determinar la asociación entre las subescalas de depresión y el número de copas de alcohol consumidas, se aplicó el estadístico de coeficiente de correlación de Spearman, de manera que se encontró una asociación positiva y significativa entre las sub escalas de los síntomas de melancolía con los síntomas sexuales; quiere decir que con la presencia de síntomas de melancolía hay presencia de síntomas sexuales, con una fuerza de asociación baja. Una asociación positiva y con tendencia a la significancia entre la sub escala de melancolía y el número de copas de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, con una fuerza de asociación baja, significa que quienes presentan síntomas de melancolía tienen tendencia a consumir mayor número de bebidas alcohólicas. Asimismo, existe una asociación positiva y con tendencia a la significancia entre la sub escala de síntomas

de ansiedad y el número de copas de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico, con una fuerza de asociación baja. Por último, existe asociación negativa y con tendencia a la significancia entre el índice de cantidad de copas y el índice de edad, esto es, que a menor edad se consume mayor cantidad de bebidas alcohólicas, con una fuerza de asociación baja (Tabla 5).

TABLA 5
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE SPEARMAN

Variable	1	2	3	4	5
Índice Síntomas de melancolía	1.000				
Índice Síntomas de ansiedad-sueño	.112 .294	1.000			
Índice Síntomas sexuales	.240* .023	-.026 .806	1.000		
Índice Cantidad de copas	.063 .552	.181 .087	.024 .823	1.000	
Edad	-.019 .857	.058 .588	-.127 .233	-.061 .567	1.000

Nota: CDP, CCA, HAM-D Nota: * = .05

n = 90

Discusión

El presente estudio permitió la aplicación empírica de los conceptos de depresión y el consumo de alcohol en 90 adultos mayores que asistían al club del INAPAM, con \bar{X} de edad de 73.42 años \pm 8.1, difiere de Juárez, *et al.* (2012), Borda, *et al.* (2013) y Sánchez, *et al.* (2015), y similar a Von, *et al.* (2011); con relación al sexo, predominó la participación de las mujeres con 76.7%, lo que es similar a Juárez, *et al.* (2012), Borda, *et al.* (2013), y Sánchez, *et al.* (2015), diferente a Von *et al.* (2011), donde predominaron los hombres con 51.5%; con respecto al estado civil, se encontró un mayor número de viudos (48.9%), diferente a Borda *et al.* (2013), y Juárez *et al.* (2012), ya que predominaron los solteros y casados respectivamente; con estudios de nivel

primario, 57.8%, contario a Juárez, *et al.* (2012), donde la mayoría fueron analfabetas (33.3%), afín a Borda, *et al.* (2013), y Sánchez, *et al.* (2015).

Al evaluar la depresión, se encontró que 80% presenta algún grado de depresión, lo que difiere de Von, *et al.* (2011), Juárez, *et al.* (2012), Rodríguez, *et al.* (2013), y Sánchez, *et al.* (2015), quienes encontraron cifras más bajas de presencia de depresión en los adultos mayores. Las diferencias pudieran ser debidas a que en los estudios anteriores se integraron adultos mayores con rangos de menor edad, así como a la utilización de escalas de medición diferentes. Asimismo, se encontró mayor prevalencia en el grado de depresión leve y cifras muy similares en el grado de depresión moderada y severa. Coincide con lo reportado por Von, *et al.* (2011), Juárez, *et al.* (2012), y Borda *et al.* (2013) quienes encontraron que el grado de depresión leve fue el que se presenta con mayor frecuencia, seguido del grado de depresión moderada, y por último la depresión severa.

Al valorar la edad con la presencia de depresión, se encontró mayor afectación en el intervalo de 70 a 79 años, lo que es similar a Juárez, *et al.* (2012), Rodríguez, *et al.* (2013), y Borda, *et al.* (2013), quienes encontraron mayor presencia en los rangos de edad de 70 a 79 años, y diferente a Sánchez, *et al.* (2015), quien encontró presencia de depresión en el rango de edad entre 85 a 89 años. La diferencia es que está documentado que a mayor edad es mayor la presencia de depresión en los adultos mayores.

Los resultados encontrados sobre el sexo y la depresión coinciden con lo encontrado por Von, *et al.* (2011), Juárez, *et al.* (2012), Rodríguez *et al.* (2013), y Sánchez, *et al.* (2015), quienes identificaron mayor presencia de depresión en las mujeres, y es diferente al estudio de Borda, donde los hombres fueron más afectados; esto último podría deberse a que la muestra fue pequeña (66), así como a que los participantes en el estudio eran personas de centros geriátricos, las cuales en algún momento se sienten como aisladas y/o abandonadas por su familia.

Con respecto al estado civil y la depresión, los resultados de este estudio son similares al estudio de Juárez, *et al.* (2012), quienes encontraron más afectados a los casados, y difiere de Von, *et al.* (2011) y Borda, *et al.* (2013), donde los viudos y solteros presentaron mayores parámetros de depresión.

En relación a la escolaridad y la depresión, es similar a Von, *et al.* (2011), Rodríguez, *et al.* (2013), y Sánchez, *et al.* (2015); ellos encontraron que quienes

tenían estudios de nivel primario presentaron mayor prevalencia de depresión, lo cual difiere de Juárez, *et al.* (2012), y Borda, *et al.* (2013), donde las manifestaciones de depresión se presentaron en analfabetos y con estudios profesionales, respectivamente.

Respecto a los síntomas de depresión, se encontró que casi la mitad de los participantes mencionaron sentir el humor deprimido solamente cuando se les pregunta, lo que coincide con Callis–Fernández (2011), que descubrió la misma característica en la mitad de sus encuestados, pero difiere con lo reportado por Sánchez–García, *et al.* (2012), ya que solo la mitad de sus encuestados presentan esta condición. La percepción negativa del estado de ánimo o humor del adulto mayor se acentúa cuando se indaga sobre el mismo, quizá por la desvalorización que percibe sobre su vejez, utilidad e independencia, lo que impacta en su autoimagen y su estado de ánimo. Asimismo, la convivencia y las relaciones sociales en este periodo de la vida son menos frecuentes, por lo que al hacer este tipo de observaciones, el adulto mayor puede sentirse descubierto e, inclusive, agredido (Callis–Fernández, 2011).

En el presente estudio, la mayoría de los adultos mayores encuestados no refirieron tener sensación de culpabilidad o ideas de suicidio, lo cual difiere de lo reportado por Sánchez–García, *et al.* (2012), y Serra & Irizarry–Robles (2015), quienes encontraron una proporción alta de adultos mayores con culpa excesiva; similar, en cambio, a lo que reportan Sánchez–García, *et al.* (2012), respecto a los pensamientos o ideación suicida, ya que es también una proporción muy baja, lo que es favorable para su condición, ya que dadas sus características, la culpa puede generar mayor problema de adaptación y reacción adecuada para lograr los objetivos cotidianos de la vida, tanto como las ideas suicidas.

En lo referente a la alteración de sueño, la mitad de los participantes presentaban dificultad para dormirse o se quejaban de estar inquietos durante la noche y despertar a primeras horas de la madrugada, aunque vuelven a dormirse. Estas dificultades con el sueño son similares a lo reportado por Sánchez–García, *et al.* (2012), y Cordero, *et al.* (2014), quienes reportan cerca de la mitad de su muestra con alteraciones en el patrón de sueño o problemas para permanecer dormido y descansar, lo que está relacionado con las preocupaciones (los llamados «pendientes») o pensamientos recurrentes,

propios de la edad, así como las presiones sociales y la ausencia de personas significativas preocupadas por su seguridad, comodidad y estabilidad (Wagner, *et al.*, 2012). Una proporción importante de participantes tienen ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad, lo que es parecido a lo reportado por Cordero, *et al.* (2014); esta condición de incapacidad o debilidad y fatiga genera poca productividad y un estado de ánimo que no ayuda para mejorar el estado de calidad de vida del adulto mayor. Algunos medicamentos y tratamientos propios de las enfermedades crónico degenerativas pueden estar involucrados en estas sensaciones, por lo que deben identificarse los síntomas concomitantes o adversos y programar reguladamente su ingestión (Chong, 2012).

Afortunadamente, se encontró un alto porcentaje de participantes que mencionó tener palabras y pensamientos normales y no sentir ninguna manifestación de estar agitado, lo que es similar a lo reportado por Cordero, *et al.* (2014). Pensar y comunicarse de manera adecuada, da la oportunidad al adulto mayor de elegir lo que quiere y buscar ser independiente y productivo en un estado de tranquilidad, lo que le dará certeza en sus decisiones. Una proporción pequeña dijo presentar ligero retraso en el diálogo y sentirse irritable, así como preocupado por pequeñas cosas; estas personas probablemente requieren un ambiente diferente para desarrollarse, lo que debe abordarse en las intervenciones para mejorar este estado. Algo muy preocupante es que casi la mitad de los participantes aludió a que tenía pérdida de apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen y una tercera parte indicó que no tiene pérdida de peso, lo que difiere de lo descrito por Sánchez-García, *et al.* (2012), quienes encontraron a una minoría con esta condición. La nutrición del adulto mayor es la base de su desarrollo y bienestar, y representa un foco rojo que se alimente sin ganas de hacerlo, o bien que su apetito se vea alterado, ya que esto se refleja en el estado de ánimo disminuido.

Poco más de la mitad indicó que juega con sus manos, cabello, etc., y siente pesadez en extremidades, espalda o cabeza, lo que coincide con Sánchez-García, *et al.* (2012), quienes identificaron a una proporción similar de personas con estos síntomas, los cuales pueden reflejar ansiedad o aburrimiento, que en ambos casos, son situaciones que amenazan la integridad emocional del adulto mayor. Solo una minoría se preocupa por su salud, y la

mitad de los encuestados se da cuenta de que está enfermo, aunque algunos de ellos lo niegan; es preocupante esta poca conciencia o conocimiento del estado de salud del adulto mayor, ya que es muy probable que sea la causa de la poca aplicación del auto cuidado, el deterioro de la salud y, por consecuencia, el aumento de síntomas depresivos, ya que según Callís–Fernández (2011) el estado de salud es responsable del estado de ánimo disminuido y los síntomas depresivos en la mayoría de los adultos mayores.

Respecto al consumo de alcohol, el presente estudio encontró que 12.2% ha presentado consumo anual y 11.1% consumo actual, prevalencias semejantes reportadas por diversos autores como Mendoza–Meléndez, *et al.* (2015), Segura–Cardona, *et al.* (2015), y Marín (2015) (13.3%, 11.9% y 16.9%, respectivamente); sin embargo, hay que destacar que en otros estudios se reportan prevalencias mucho mayores, como en lo encontrado por Chung Bing Yu, *et al.* (2014), en 75.7%, y Von Mühlenbrock, *et al.* (2011), en 42.98%. Asimismo, se encontraron prevalencias muy bajas, en Guimaraes–Borges, *et al.* (2014), que reportan 1.2% y Manrique–Espinoza, *et al.* (2013), con 1.8% de consumo excesivo y 3.6% de consumo excesivo poco frecuente. Estas diferencias podrían deberse a que se estudian tanto poblaciones muy amplias y como otras muy pequeñas.

Al evaluar el consumo de alcohol por sexo, se reporta el consumo más alto en los hombres con resultados similares a lo presentado por Guimaraes–Borges, *et al.* (2014), Marín (2015), Manrique–Espinoza, *et al.* (2013). Sin embargo, algunos estudios reportaron que la mayor proporción de consumo se presentaba en las mujeres, según Segura–Cardona, *et al.* (2015), y Chung Bing Yu, *et al.* (2014). Este último reportó que 64.7% efectuaba un consumo de bajo riesgo. Cabe destacar que su estudio se aplicó en adultos mayores que participaban en viajes, cuya característica era la socialización, lo que hace evidente el consumo de alcohol y la necesidad de establecer reglas al consumirlo.

En relación con las comparaciones de consumo de alcohol por edad, se encontró que los adultos mayores consumidores se encuentran entre 70 y 79 años. Este estudio descubre datos semejantes con Chung Bing Yu, *et al.* (2014), quien reporta un consumo problemático en adultos mayores de 75 años y menos, similar a lo reportado por Manrique–Espinoza, *et al.* (2013), quienes documentan un consumo de 2.1% en adultos mayores de 70 a 79

años, a diferencia de Marín en 2015, quien obtuvo consumo moderado (20%) y riesgoso (19%) en el grupo de 60 a 70 años de edad.

De la Fuente y Kershenovich (1992) definen el consumo de alcohol como sensato si la ingesta es de menos de 4 copas por ocasión en los hombres y menos de 3 en las mujeres; como dependiente, si la ingesta es de 4 a 9 copas en los hombres y de 3 a 5 copas en las mujeres; como dañino, si la ingesta es de 6 a más en mujeres y de 10 a más en los hombres. En este estudio, según dichos parámetros, se reporta una media de consumo sensato (3.18 copas por ocasión). Marín (2015) reporta consumos semejantes, 3 tragos por ocasión en la mayor proporción de consumidores. Manrique-Espinoza y colaboradores (2013) reportaron un consumo mayor, es decir, excesivo, de 5 copas en hombres y 4 copas en mujeres, durante 3 o más días por semana. Dichos resultados resultan diferentes de lo reportado por Chung Bing Yu, *et al.* (2014), que reportan un consumo mayor a 18.5 bebidas estándar en hombres y 9.2 bebidas estándar en mujeres, lo cual pone de relieve la necesidad de comprender la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol de esta población. Debido a que es un tema poco investigado en nuestro país, algunos autores lo mencionan como si fuese un problema olvidado de ciudadanos olvidados, razón por la cual es de primera necesidad contar con estrategias de prevención de consumo y apoyo (acompañamiento) al adulto mayor.

Al evaluar la depresión relacionada con el consumo de alcohol, se encontró asociación entre estas variables, es decir, 5.5% de los participantes (los que consumieron 6 copas) presentaron nivel de depresión II. Resultados semejantes a los presentados por estudios de Mendoza-Meléndez, *et al.* (2015), Segura-Cardona, *et al.* (2015), Von Mühlenbrock, *et al.* (2011). Asimismo, Duarte-Tagles, Salinas-Rodríguez, Idrovo, Burquez & Corral-Verdugo (2015), mencionan que existe relación entre la depresión y el consumo excesivo debido a que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central; el adulto mayor es un individuo vulnerable física, mental y socialmente y presenta pérdidas que se incrementan por el consumo alcohólico, en sus capacidades funcionales, físicas y cognitivas.

Referencias bibliográficas

- Aldama, O. R. & Pedraza M. J. A. (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Manuscrito inédito, Especialización en Epidemiología, Universidad del Rosario, Universidad CES, Colombia.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bobes, J. B. A, Luque, A., *et al.* (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med. Clin.* 120 (18). 693–700.
- Borda, P. M., Anaya, T. M. P., Pertuz, R. M. M., Romero, D. L. L., Suárez, G. A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte.* 29 (1). 64–73.
- Cardona, D., Segura, A. & Garzón, M. O. (2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Revista Biomédica.* 35. 73–80. Recuperado de: doi:<http://dx.doi.org/10.7705/biomédica.v35i1.2381>
- Casanova, C., Delgado, S. & Estéves, S. (2009). El Médico de Familia y la depresión del adulto mayor. *Revista Biomédica.* 24–31. Callís–Fernández, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Revista Ciencia en su PC del Centro de Información y Gestión Tecnológica de Santiago de Cuba, Cuba.* 2. 30–44. Recuperado de <http://www.readalyc.org/articulo.oa?id=181322257004>
- Chong, D. A. (2012). Aspectos Biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 28 (2). 79–86. Recuperado de <http://www.scielo.sld.cu>.
- Chung, B. Y. C., Rojas, A. V., Zalaquett, R. M., Torres, S. R., Ramírez, C. C., Román, O. F. *et al.* (2014). Consumo de alcohol en el adulto mayor chileno que viaja. *Rev. Med Chile.* 142. 1517–1522.
- Cordero. S. C., García. M. G., Flores M. M., Báez. H. F. J., Torres. R. A. & Zenteno, L. M. A. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education.* 4 (3). 321–327. Recuperado de <http://www.wjihpe.esdoi:101989/ejihpe.v4i3.79>.
- De la Fuente, J. R. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad Medicina unam.* 35 (2). 47–51.
- Department of Health and human services, en <https://www.nia.nih.gov/espanol/publicacio->

- nes/uso –alcohol–personas–mayores (2015). El uso de alcohol en personas mayores. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Transformación en descubrimientos en salud.
- Domínguez, P. D. M., Ocaña, L. A. I., Maldonado, A. C., Mármol, S. L., Angulo, L. Y. & Mármol, O. L. (2014). Diseño de una estrategia para atender la depresión y valorar los factores de riesgo asociados en una población geriátrica del policlínico «Belkis Sotomayor» de Ciego de Ávila. Universidad del Hospital Psiquiátrico «Nguyen–Van–Troi», Ciego de Ávila, Mediciengo, La Habana, Cuba.
- Duarte–Tagles, H., Salinas–Rodríguez, A., Idrovo, A. J., Burquez, A. & Corral–Verdugo, V. (2015). Biodiversidad y síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos: exploración de los efectos beneficios del ambiente. *Revista Biomédica*. 35. 46–57. Recuperado de doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomédica.v35i0.2433>
- Flores–Pacheco, S., Huerta–Ramírez, Y., Herrera–Ramos, O., Alonso–Vázquez, O. F. & Calleja–Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 3 (2). 89–100. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221802007>
- García, M. A., Fontaine, M. O., Hernández, M. E. & Castañeda, A. I. (2010). Intervención psicológica en el Anciano alcohólico, familia y sociedad. *Psicología y Salud*. 20 (1). 55–65.
- Guerrero–Pérez, R., Quevedo–Trejo, E. C., García–Rochín, R. & Zavala–González, M. A. (2012). Perfil gerontológico del adulto mayor en Tabasco, México. *Revista de Salud Pública*. 14 (1). 88–101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42223282008>
- Guía de Consulta de los criterios Diagnósticos del DSM–5 2014, *American Psychiatric Association*. Trastornos relacionados con el alcohol. 259–264.
- Guimaraes–Borges, G. L., Mendoza–Meléndez, M. A., López–Brambila, M. A., García–Pacheco, J. A., Velasco–Ángeles, R., Beltrán–Silva, M. A, *et al.* (2014). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. *Salud Mental*. 38 (1). 15–25.
- Hamilton, M. (1960). *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* (23). 56–62.
- Hamilton, M. (1967). *Development of a rating scale for primary depressive illness*. *Br. J. Soc. Clin. Psychol*. 6. 278–296.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. (2010). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. México. Recuperado de <http://www.inegi.org/atencion.usuarios.mx>

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]. (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol, primera edición.
- Juárez, M. J., León, F. A. & Alata, L. V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH. «Viña alta», La Molina, Lima, Perú. *Horizonte Médico*. 12 (2). 28–31.
- Levin, S. M. & Krueger, L. (2000). *Substance Abuse Among Older Adults: A Guide for social service providers*. Rockville, MD: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.
- Manríquez-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Gutiérrez-Robledo, L. M. & Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*. 55 (S2). 532–533.
- Marín, J. D. (2015). Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. Observatorio Chileno de Drogas Estudios de SENDA. Boletín N° 23. 1–5. Mendoza-Meléndez M. A., Guimaraes-Borges, G. L., Gallegos-Cari, A., García-Pacheco, J. A., Hernández-Llanes, N. F., Camacho-Solís, R. & Medina-Mora, I. M. E. (2015). Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor. *Salud Mental*. 38 (1). 15–20.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [OEDyT]. (2008). Consumo de sustancias en el Adulto Mayor: un problema olvidado. Drogas en el punto de mira. Nota del observatorio Europeo de las Drogas y las toxicomanías. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566.ES.TDAD08001ESC.web.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Resumen Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de <http://www.who.int/about/index.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Enfatización de la prevención en el anciano. Recuperado de <http://www.docsalud.com/articulo/3362/segun-b-oms-en-america-habra-200millones-de-adultos-mayores-en.2020>
- Ramos-Brieva J., Cordero-Villafafila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines*. 14. 324–34.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (1987). Secretaría de Salud. Rodríguez, B. L., Sotolongo, A. O., Noy, G. L. & Calvo, R. M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico «Cris-

- tóbal Labra». *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Cuba. 29 (1). 64–75.
- Sánchez–García, S., Juárez–Cedillo, T., Gallegos–Carrillo, K., Gallo, J. J., Wagner, F. A. & García–Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Revista Salud Mental*, 35 (1), 71–77.
- Sánchez–González, L. R. y Marín–Mora, A. (2015). Depresión en adultos mayores en Costa Rica: Situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Rev. Hisp. Cienc. Salud*. 1 (2). 74–80.
- Secretaría de Salud [ss]. (2011). Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/perfilepidemiologicodeladultomayorenmexico2010>
- Segura–Cardona, A., Cardona–Arango, D. & Garzón–Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquía, Colombia. *Rev. Salud Pública*. 17 (2). 184–194.
- Serra, T. J. A. & Irizarry–Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio–demográficas. *Revista Acta Colombiana de Psicología*. 18 (1). 125–134. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79838614012>
- Von, M. F., Gómez, D. R., González, V. M., Rojas, A. A., Vargas, G. L. y Von, M. P. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev. Chil. Neuro–Psiquiat*. Chile. 49 (4). 331–337.
- Wagner, F. A., González–Forteza, C., Sánchez–García, S., García–Peña, C. & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Revista de Salud Mental*. 35 (1). 3–11.
- World Health Day, Pan American Health Organization*. (2012). Adultos Mayores y Uso de Alcohol y Sustancias www.paho.org



SOBRE LOS AUTORES

ANA BEATRIZ ÁVILA DELGADO. Maestra en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Licenciada en Enfermería por la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Actualmente se desempeña como Docente Investigador en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ, imparte las materias de Líneas de Investigación en Enfermería y Prácticas de Enfermería Fundamental.

ANGÉLICA PINALES MORENO. Egresada de la Universidad Autónoma de Zacatecas con Licenciatura en Enfermería. Tiene Maestría en Administración de Hospitales por el Instituto de Graduados en Administración. Actualmente labora como enfermera en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y como Maestra de Telebachillerato Comunitario por parte de la Secretaría de Educación Pública en Fresnillo, Zacatecas.

AZENET GUADALUPE MARTÍN FABELA. Licenciado en Enfermería con Excelencia Académica y Maestra en Enfermería *Cum Laude* por la Universidad Autónoma de Coahuila (UA de c). Actualmente es Docente del Instituto de Enfermería de Sinaloa. Docente de la Facultad de Enfermería de la UA de c. Es miembro de *Honor en la Society of Nursing, Sigma Theta Tau International* y de la Sociedad Peruana de Enfermeras Especialistas en Geriátrica y Gerontología. Ha participado en diversos seminarios, foros, coloquios nacionales e internacionales entre los cuales destacan la *43rd. Biennial Convention* en Las Vegas, Nevada y el Congreso Internacional: Desafíos e innovación en el cuidado enfermero especializado, en Lima, Perú. Ha desarrollado diversas estancias clínicas y de investigación en Ibagué, Colombia, Lima, Perú y Matehuala, San Luis Potosí. Cuenta con diversas publicaciones en revistas internacionales y capítulos de libros.

CLAUDIA OROZCO GÓMEZ. Licenciada en Enfermería por la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), con estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Se ha desempeñado como docente en la Unidad

Académica de Enfermería de la UAZ. Actualmente es estudiante en el Doctorado de Ciencias en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL.

FABIANA ESTHER MOLLINEDO MONTAÑO. Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila (UA de C). Maestra en Ciencias en Atención Primaria de la salud, Gerencia y Economía de la salud, ambas por la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho de Tarija, Bolivia. Licenciada en Terapia Física. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, Nivel I) del CONACYT. Cuenta con el Perfil Deseable (PRODEP). Integrante del cuerpo académico en Consolidación «Salud Integral y Desarrollo Humano UAZ-188». Docente Investigador en la Unidad Académica de Enfermería y en la Maestría en Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Responsable de la Clínica Integral de Medicina Alternativa de la UAZ. Es representante institucional de la Red Iberoamericana y Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud.

FLOR BARRIOS HERNÁNDEZ. Licenciada en Enfermería, con especialidad en Administración y Docencia en Enfermería y especialidad en Enfermería Gerontogeriatrica por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Maestra en Tanatología, duelo y sentido de la vida. Actualmente se desempeña como enfermera en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

GRACIELA ARRIJOA MORALES. Maestra en Ciencias de Enfermería. Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Profesor con Perfil Deseable (PRODEP), responsable del Cuerpo Académico Consolidado: Enfermería Clínica (BUAP-CA-78). Representante de la BUAP en la Asamblea Nacional de COMACE. Responsable de la Red Internacional Bioética, Enfermería y Adicciones a Drogas. Autor y coautor de artículos y capítulos de libros. Ha sido ponente en congresos nacionales e internacionales.

INÉS TENAHUA QUITL. Maestra en Ciencias de Enfermería, egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la BUAP. Profesor con Perfil Deseable (PRODEP) e integrante del Cuerpo Académico Consolidado: Enfermería Clínica BUAP-CA-78. Colaboradora en la Red Internacional de Bioética, Enfermería y

Adicciones a Drogas. Ha sido autor y coautor de artículos de corte nacional e internacional.

JESÚS ACEVEDO ALEMÁN. Licenciado en Trabajo Social y Maestro en Población y Desarrollo Regional por la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Doctor en Política Social por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Es profesor de tiempo completo de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Coahuila (UA de C). Posee el reconocimiento al Perfil PRODEP, es líder del Cuerpo Académico de Estudios sobre Grupos Vulnerables en Coahuila; es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, Nivel 1) del CONACYT. Es Subcoordinador de Investigación en la Coordinación General de Estudios de Posgrado e Investigación de la UA de C. Es responsable del Departamento Editorial así como autor de diversos artículos, libros y capítulos de libros de divulgación nacional e internacional.

JOSÉ GONZÁLEZ TOVAR. Doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila. Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Escuela de Psicología de la UA de C. Miembro del Cuerpo Académico Salud Mental, posee el reconocimiento al Perfil Deseable del PRODEP y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores del CONACYT (Nivel 1). Forma parte del Núcleo Académico Básico de la Maestría en Enfermería con acentuación en cuidados del adulto mayor. Actualmente es Coordinador Académico de la Maestría en Psicología Clínica de la UA de C. Cuenta con publicaciones en el tema de calidad de vida, bienestar y desesperanza en diversos grupos poblacionales.

KARINA BELEM GARCÍA ESPINOZA. Licenciada en enfermería, egresada como alumna destacada de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Ingresó como empleada suplente a la empresa privada de Servicios Médicos en la Ciudad de Jerez de García Salinas, Zacatecas. Actualmente es jefa de enfermeras en dicho centro y labora como enfermera en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de Jerez, Zacatecas. Forma parte del equipo médico técnico del Centro de Atención de Adicciones de Zacatecas.

LAURA BELINDA SANDOVAL DÍAZ. Enfermera especialista en Enfermería Gerontogeriátrica por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Licenciada en Enfer-

mería por la UAZ. Trabaja como Enfermera Especialista UNEME Urgencias de los Servicios de Salud de Zacatecas.

LENNY LUCINA RUELAS MEDINA. Licenciada en Enfermería por la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), se ha desempeñado como docente del subsistema de Telebachilleres del Estado de Zacatecas de la Secretaría de Educación Pública. Actualmente labora como enfermera asistencial en el Hospital de la Mujer Zacatecana en el área de neonatología.

LUZ MA. DELGADILLO LEGASPI. Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la Universidad de Guanajuato (UG). Profesor-investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ. Integrante del Grupo de Investigación Enfermería y Prevención de Adicciones. Miembro de la Red Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería en el Área de Reducción de la Demanda de Drogas. Posee Perfil PRODEP. Certificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería, A. C. Integrante de la cartera de evaluadores externos en el Consejo Mexicano de Acreditación en Enfermería, A. C. Consultora editorial de la *Revista de Enfermería* del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Coautora de capítulos de libros y artículos de investigación científica. Ha presentado ponencias en congresos nacionales e internacionales.

MA. GUADALUPE GALLEGOS ACEVEDO. Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), estudiante de Doctorado en Tanatología del Instituto de Psicooncología de Atención Tanatológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, campus Victoria, Tamaulipas. Profesor-investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ. Integrante del Grupo de Investigación Enfermería y Prevención de Adicciones, miembro de la Red Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería en el Área de Reducción de la Demanda de Drogas. Perfil PRODEP. Certificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería, A. C. Coautora de capítulos de libros y artículos de investigación científica. Ponente en congresos nacionales e internacionales.

MARICRUZ VIDALES JARA. Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Profesor–investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ. Integrante del Grupo de Investigación Enfermería y Prevención de Adicciones, miembro de la Red Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería en el Área de Reducción de la Demanda de Drogas. Perfil PRODEP. Certificada por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería, A. C. Coautora de capítulos de libros y artículos de investigación científica. Ponente en congresos nacionales e internacionales.

MARÍA LUZ DE AVILA ARROYO. Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Profesor con Perfil Deseable (PRODEP) e integrante del Cuerpo Académico Consolidado de Enfermería Clínica BUAP–CA–78, con la línea de generación y aplicación del conocimiento «Estilos de vida de la conducta en salud y conductas saludables». Colaboradora en la Red Internacional de Bioética, Enfermería y Adicciones a Drogas. Ha sido autor y coautor de artículos de corte nacional e internacional.

MARÍA DEL SOCORRO SALINAS CONTRERAS. Maestra en Tanatología por el Centro de Crecimiento Humanista en Zacatecas. Enfermera Especialista en Enfermería Gerontogeriatrica por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Licenciada en Enfermería por la UAZ. Trabaja como Enfermera Especialista en el Hospital General de Zacatecas.

MÓNICA MARTÍNEZ FUENTES. Maestra en Enfermería por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) con distinción académica *Cum Laude*. Coordinadora del Grupo de Estudiantes de Enfermería Contra las Adicciones (GREECA). Colaboradora en la Red Internacional de Bioética, Enfermería y Adicciones a Drogas. Ha sido ponente en congresos nacionales e internacionales.

OSCAR JOEL DÍAZ DE LEÓN BURCIAGA. Licenciado en Enfermería por la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Maestro en Administración de Hospitales por el Instituto de Graduados en Administración

en Zacatecas. Diplomado en Rehabilitación Física por el Centro Universitario de Alternativas Médicas. Diplomado de Bioética por la Secretaría de Salud de Zacatecas y la UAZ. Enfermero del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Docente del subsistema de Telebachilleres del Estado de Zacatecas. Colaborador de la Universidad Tecnológica del Estado de Zacatecas en el Departamento de Información y Estadística.

PERLA GUADALUPE SIFUENTES PASILLAS. Maestra en Ciencias de Enfermería egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Profesor con Perfil Deseable (PRODEP) e integrante del Cuerpo Académico Consolidado de Enfermería Clínica BUAP-CA-78, con la línea de «Generación y aplicación del conocimiento, estilos de vida de la conducta en salud y conductas saludables». Colaboradora en la Red Internacional de Bioética, Enfermería y Adicciones a Drogas. Ha sido autor y coautor de artículos de corte nacional e internacional.

PERLA MARÍA TREJO ORTÍZ. Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Autónoma de Coahuila (UA de C) y Doctora en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Trujillo, Perú, convenio con la ENEO-UNAM. Profesor-investigador de tiempo completo en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Líder del Cuerpo Académico en Consolidación «Salud Integral y Desarrollo Humano». Posee el reconocimiento al Perfil Deseable del PRODEP y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI, Nivel I) del CONACYT. Forma parte de la planta docente de la Maestría en Ciencias Biomédicas de la UAZ. Actualmente es Directora de la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ. Cuenta con publicaciones en el tema de calidad de vida, percepción materna del peso del hijo, creencias en salud y estilos de vida.

ROSA EDITH RÍOS GONZÁLEZ. Enfermera especialista en Enfermería Gerontogeriatrica por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), Licenciada en Enfermería por la UAZ, trabaja como Enfermera Especialista en UNEME Urgencias, de los Servicios de Salud de Zacatecas. Roxana Araujo Espino. Doctora en Ciencias de Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo Perú (UNT)-Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestra en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma

de Nuevo León (UANL). Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Integrante del cuerpo académico «Salud Integral y Desarrollo Humano UAZ-188». Ex becario PRODEP. Docente investigador de la Unidad Académica de Enfermería de la UAZ y de la Maestría en Ciencias Biomédicas de la UAZ.

TERESA CARREÓN LOZANO. Maestra en Enfermería egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP). Diplomada en Cardiología Básica por el Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez», con post-técnico en Cuidados Intensivos por la Universidad Popular Autónoma de Puebla (UPAEP). Labora en los Servicios de Salud del Estado de Puebla (SSEP). Adscrita al Hospital de la Mujer de Puebla. Supervisora de Enfermería en el turno nocturno «A». Cuenta con 17 años de experiencia profesional disciplinar en el área administrativa y práctica.

VIRGINIA DELGADO MARTÍNEZ. Licenciada en Enfermería por la escuela «Beatriz González Ortega». Cuenta con especialidad en Enfermería Gerontogeriatrica por la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ). Maestra en Educación e Investigación por la Normal Superior de Cd. Madero, Tamaulipas. De 2009 a la fecha labora como enfermera en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).



Taberna Libreria
Editores

CONTEXTO Y SITUACIÓN ACTUAL
DE LOS ADULTOS MAYORES

de Perla María Trejo Ortiz

José González Tovar

Fabiana Esther Mollinedo Montaña

Roxana Araujo Espino

(Coordinadores)

se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2016,
en los talleres gráficos de Signo Imagen.

Teléfono: (449) 922 78 06.

Email: simagendigital@hotmail.com

Cuidado de edición a cargo de los coordinadores.

500 ejemplares



