



Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Escalona Pérez, Brisa; Ruiz Martínez, Ana Olivia
Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado
de México
Psicología Iberoamericana, vol. 24, núm. 1, julio-diciembre, 2016, pp. 38-46
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133947583005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México

Mental health and family functioning among elderly people from Melchor Ocampo, Estado de México

Brisa Escalona Pérez

Ana Olivia Ruiz Martínez

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO

RESUMEN

Se realizó una investigación con una muestra de 120 adultos mayores, 98 mujeres y 22 hombres, de 65 a 89 años, se comparó el estado de salud mental (incluida la depresión) y el funcionamiento familiar entre mujeres y hombres. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario demográfico, Inventario de depresión BECK, SCL-90-R y Escala de Clima Social en la familia. Los resultados referentes a la salud mental y la depresión indican que las mujeres presentan mayor número de síntomas que los hombres. En cuanto al funcionamiento familiar ambos sexos se encuentran en un nivel medio indicando que la familia cubre funciones asignadas. Se discute sobre la relevancia de prevenir los problemas de salud mental y brindar orientación a la familia.

Palabras clave: Adulto Mayor, Salud Mental, Depresión, Funcionamiento Familiar.

ABSTRACT

A research was carried out with a sample of 120 elderly people, 98 women and 22 men, aged between 65 and 89, comparing their state of mental health (including depression) and their family role among men and women. The instruments applied were: demographic questionnaire, Beck Depression Inventory, SCL-90-R and the Social Climate Scale for the family. The results for mental health and depression indicated that women present more symptoms than men. The family functioning of both sexes were found to be at a mid-level, indicating that the family covers assigned roles. The articles examines the importance of preventing mental health problems and providing guidance for families.

Keywords: Elderly People, Mental Health, Depression, Family Functioning.

Fecha de recepción: 26 de septiembre de 2014

Fecha de aceptación: 24 de septiembre de 2015

Correspondencia: Ana Olivia Ruiz Martínez CU UAEM Zumpango, Camino viejo a Jilotzingo, Col. Valle Hermoso, Zumpango de Ocampo, Estado de México, México. C.P. 55600, ana_olivi@yahoo.com.mx

El envejecimiento es un proceso idiosincrático, dinámico y fisiológico que se caracteriza por cambios biopsico-sociales en la vida, enmarcados en un contexto cultural que requiere un abordaje multifactorial y multidisciplinario para su comprensión (Velázquez, 2002). En México, la Secretaría de Salud denomina adultos mayores a las personas con más de 60 años y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) reconoce que el envejecimiento no sólo se determina por la edad sino por la calidad de vida de la persona, por ello propone una visión del envejecimiento activo.

En la actualidad los adultos mayores son más longevos debido al desarrollo del conocimiento y los servicios socio-sanitarios tendientes a cuidar y alargar la vida, por lo que en cada generación aumenta la esperanza de vida promedio (INAPAM, 2010). En México la transición demográfica hacia el envejecimiento se hace evidente, el CONAPO (2002) menciona que a partir de 2040 habrá más viejos que jóvenes y en el 2050 la población de adultos mayores será de 28,7 millones, con mayor prevalencia femenina.

El envejecimiento presenta variaciones personales y geográficas; así mientras algunos adultos mayores conservan gran parte de sus funciones (Mendo, Infante, Lamote, Núñez y Freyre, 2012), otros pueden presentar deterioro físico y cognitivo (Velázquez, 2002).

Dentro de los cambios psicológicos resaltan las crisis de identidad, angustia, episodios depresivos; así como deterioro de la memoria, concentración y la aparición de psicopatologías como las demencias. Entre las principales afectaciones se encuentran: trastornos afectivos, ansiosos, demencia, psicosis de la vejez y abuso de sustancias; a lo que se suman alteraciones cognitivas, conductuales y problemas de sueño (Vega, González y Oliviera 2009). De manera particular, la depresión es una alteración del estado de ánimo que se distingue como la pérdida de intereses personales, se considera que todo adulto mayor tendrá un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas, lo que se asocia con factores como enfermedades, pérdidas, etc. (Tanner, 2005). Las consecuencias pueden variar desde manifestaciones como cansancio y desequilibrio en la alimentación hasta el suicidio (Wagner, Gallo y Delva, 1999). Estas alteraciones mentales se presentan al mismo tiempo que las molestias y enfermedades físicas y los problemas de índole social, esto ocasiona un efecto

acumulado que deteriora la calidad de vida del adulto mayor.

Algunas investigaciones sobre salud y envejecimiento señalan la presencia de afectaciones en la salud mental. En Costa Rica, Mora, Villalobos, Arayas y Ozols (2004), al trabajar con adultos mayores encontraron que presentaban síntomas depresivos leves y alteraciones cognitivas y que la depresión era más acentuada en las mujeres; comprobaron los beneficios de la actividad física, ya que les hacía sentirse reanimados, alegres, con energía y aliviados de sus dolores. En Colombia, Patiño y Cardona (2007), evaluaron la depresión en hombres y mujeres, entre 52 y 83 años, jubilados con actividad física o recreativa frecuente y encontraron que el 2% presentó depresión moderada y el 4% depresión severa, con mayor depresión en mujeres; lo que se asoció con dificultades económicas, se reflejó en insatisfacción con la vida, abandono y disminución de actividades, infelicidad y desesperanza; con mayor frecuencia en quienes vivían sólo con sus hijos, quienes no encontraban aceptación de su familia, o habían padecido la muerte de algún familiar o amigo. Por su parte, Oliva y Fernández (2006) evaluaron los síntomas depresivos de adultos mayores cubanos que recibían tratamiento farmacológico y participaron en una intervención de musicoterapia. Encontraron que al inicio de la intervención psicoterapéutica el 100% presentaba síntomas desde ligeros hasta graves, mientras que al final, la mayoría de los participantes ya no los presentaba (77.1%).

En México, al trabajar con población comunitaria se evaluó a a 333 adultos mayores (81% mujeres y 19% hombres), se encontró que la mayoría de los participantes consideraba tener buena salud mental (64.2%) y buena calidad de vida (60.1%); mientras que un porcentaje menor reportó síntomas relevantes de ansiedad (3.9%) y depresión (4.5%) (Flores, Colunga, González, Vega, Cervantes, Valle y Cruz, 2013). De la misma manera, Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza (2001) al trabajar con una muestra de 246 adultos mayores identificaron que 43.1% de mujeres y 27.3% de hombres presentaban síntomas depresivos y que estos estaban más acentuados en personas desempleadas, amas de casa, viudos y mayores de 80 años; mostraban menor bienestar, falta de deseo para salir de casa, evitación social, percepción de pérdida de claridad mental y falta

de motivación; dichos porcentajes resultan elevados en relación con estudios similares.

Otros estudios han trabajado a través del contacto con instituciones de salud y asistencia para ancianos. Por ejemplo, al evaluar a 7449 adultos mayores derechohabientes del IMSS en la ciudad de México se obtuvieron los siguientes porcentajes: 21.7% de las mujeres y 16.2% de los hombres presentaron síntomas depresivos, datos que fueron contrastados con los criterios diagnósticos del DSM-IV en los que se corroboró que el 13.9% de las mujeres y el 8.9% de los hombres presentaron síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor, entre los que destacaron: disforia, culpa y anhedonia (Sánchez, Juárez, Gallegos, Gallo, Wagner y García, 2012). Por su parte, Canto y Castro (2004) midieron la autoestima, ansiedad y depresión en 62 personas mayores de 65 años que asistían a asilos y estancias, encontraron mayor presencia de ansiedad (leve, moderada) en aquéllos que asistían a asilos, mientras que la depresión grave se presentó en el 3.3% y el 3.1% en ancianos pertenecientes a asilos y a estancias respectivamente; porcentaje similar al 3.1 de autoestima baja en ancianos de estancias.

Los estudios revisados muestran diferencias en los porcentajes encontrados lo que podría explicarse en parte por el tipo de población (comunitaria, derechohabiente, asilada), región geográfica (Guadalajara, ciudad de México, Mérida) y por el uso de diferentes instrumentos (Cuestionario de salud general de Goldberg, Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos CES-DR y la Escala de Depresión Geriátrica EDG de Brink y Yesavage, Inventario de Depresión de Beck); lo que muestra la pertinencia de continuar la investigación al respecto con la intención de encontrar evidencia empírica que contribuya a identificar tendencias consistentes en cuanto a la salud mental de los adultos mayores mexicanos.

Ante el panorama que ellos enfrentan se considera de vital importancia el papel de la familia como grupo primario que acompaña en esta parte final de la vida, debido a que este grupo permite la cobertura de necesidades económicas y sociales (Valdivia, 2008); e interviene de manera importante en el proceso de salud-enfermedad de sus integrantes (Buil y Diez, 1999).

Cuesta (2009) considera que cuando la convivencia familiar es positiva sirve para amortiguar los problemas

de salud y el funcionamiento social, al favorecer el bienestar entre los integrantes de la familia. Al mismo tiempo, la familia se ve enriquecida por el apoyo que los adultos mayores brindan en el cuidado de niños y adolescentes, así como por los valiosos consejos que pueden transmitir al resto de la familia (Mendo *et al.*, 2012); en especial el contacto entre adultos mayores y jóvenes puede generar mayor valoración y respeto hacia la vejez (Buil y Diez 1999). En cambio, cuando se carece del soporte familiar el adulto mayor puede aislarse y volverse más vulnerable ante situaciones problemáticas y de salud.

En este sentido, las investigaciones sobre el funcionamiento familiar de adultos mayores muestran que la mayoría de los ancianos (entre el 56.2% y el 84%) perciben un funcionamiento familiar alto; y menor cantidad (entre 2.8% y 18.7%) perciben disfunción familiar (Díaz, Soler, y García, 1998; Goncalves, Costa, Martins, Nassar y Zunino, 2011; Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen, 2006), además de que la percepción de las relaciones familiares tiende a ser mejor en familias nucleares que en familias multigeneracionales (Díaz *et al.*, 1998). Asimismo, se cuenta con resultados que muestran que el funcionamiento familiar positivo se relaciona con un adecuado funcionamiento social; mientras la disfunción familiar se asocia de manera importante con la depresión en ancianos, donde las variables de edad, escolaridad y estado civil (no unido) pueden resultar de importancia (Zavala y Domínguez, 2010).

Puesto que se reconoce la importancia de la salud mental y el funcionamiento familiar durante la vejez, el presente estudio se realizó con el objetivo de comparar el estado de salud mental (incluida la depresión) y el funcionamiento familiar entre adultos mayores, mujeres y hombres, de la localidad de Melchor Ocampo, Estado de México.

MÉTODO

Participantes:

Se trabajó con una muestra de participantes voluntarios que asistían a la Casa del Adulto Mayor de la localidad de Melchor Ocampo, perteneciente al Estado de México, no probabilística conformada por 120 adultos mayores, 98 mujeres y 22 hombres, con una edad de 65 a 89 años; la mayoría tenían estudios de primaria

inconclusa. En relación con su contexto familiar, el 54.5% de los hombres eran casados y el 52 % de mujeres eran viudas, la mayoría de las mujeres vivían con sus hijos (55.1%) y la mitad de los hombres con la pa-

reja (50%), más del 70% reportaron una buena relación familiar, sin recibir ningún maltrato (90%), aunque se encontró que cerca del 9% sí recibía maltrato por parte de la familia (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los adultos mayores participantes.

Características	Respuestas	Femenino n= 98	Masculino n= 22
Edad (años)	65 a 89	X=72.62 DE= 5.32	X= 76.18 DE= 6.52
Educación (%)	Sin educación	22.4	13.6
	Primaria incompleta	52.0	54.5
	Primaria completa	22.4	18.2
	Secundaria incompleta	1.0	4.5
	Secundaria completa	1.0	4.5
	Universitario	1.0	4.5
Estado civil (%)	Viudo	52.0	40.9
	Casado	32.7	54.5
	Separado	7.1	0
	Soltero	4.1	4.5
	En pareja (Unión libre)	4.1	0
Con quién vive (%)	Hijos	55.1	40.9
	Pareja	29.6	50.0
	Solo	9.2	4.5
	Nietos	3.1	4.5
	Hermanos	1.0	0
	Otros	1.0	0
Padece alguna enfermedad (%)	Sí	79.6	54.5
	No	20.4	45.5
Relación con la familia (%)	Mala	5.1 %	0 %
	Regular	23.5	18.2
	Buena	71.4	81.8
Recibe algún maltrato	No	90.8 %	90.9 %
	Sí	9.2	9.1

PROCEDIMIENTO:

Se explicaron los propósitos del estudio a los adultos mayores y se solicitó su participación, aceptaron a través de la carta de consentimiento informado. Para la recolección de datos se aplicaron los instrumentos de manera individual, debido a las condiciones de lecto-escritura, visión y disponibilidad de los participantes.

En relación con consideraciones éticas, se les explicó a los informantes los fines del estudio, se les comunicó que su participación era voluntaria, anónima

y que la información obtenida sería tratada con confidencialidad y sólo para el propósito de la investigación.

Instrumentos de medición:

Para obtener la información se optó por el Cuestionario demográfico estructurado con una guía de preguntas cerradas para iniciar y generar conversación en torno a las dimensiones de su vida cotidiana y datos generales de los participantes como son escolaridad, estado civil, padecimiento de enfermedades, maltrato, etc.

Inventario de depresión de Beck, IDB (Beck, Steer y Brown, 2006), instrumento desarrollado para identificar la presencia y gravedad de la depresión en población abierta y clínica. La validación y confiabilidad para ancianos mexicanos obtuvo una varianza explicada de 48.79% y un alfa de Cronbach de 0.82, 0.71 y 0.65 para los tres factores encontrados: trastornos cognitivos, deterioro en el rendimiento y déficit afectivo; los resultados se evalúan conforme a lo siguiente; Normal: 0 a 10, Ligero: 11 a 16, Depresión Clínica: 17 a 20, Depresión Moderada: 21 a 30, Depresión Severa: 31 a 40, y Depresión Extrema: 40 y más (González-Celis, 2009).

Inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 2002), evalúa síntomas psicológicos y psiquiátricos, este inventario tiene 90 ítems, que se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se obtienen nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo. Índice global de severidad (IGS), índice positivo de malestar (PSDI), Total de síntomas positivos (TP). En México, el alfa de Cronbach obtenido para el IGS fue de 0.96 alcanzando la categoría de excelente (Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005).

Escala de Clima Social en la familia, FES (Moos, Moos y Trickett, 1980), evalúa las características socio-ambientales de la familia y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, con-

tiene 90 reactivos, distribuidos en 10 sub-escalas: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativo, Moralidad-Religiosidad, Organización, Control. Que se agrupan en tres dimensiones: Relación: cohesión, expresividad, conflicto; Desarrollo: autonomía, actuación, intelectual-cultural, moralidad-religiosidad, social-recreativo; Control: organización, control. Los datos psicométricos para México indican un alfa de Cronbach de 0.78 y el análisis factorial encontró los mismos factores que la escala original con alfa de Cronbach entre 0.68 y .85 (Ayala, Fulgencio, Chaparro y Pedroza, 2000).

RESULTADOS

El análisis inicial de los datos obtenidos con el SCL-90 permitió observar que la población de mujeres presentaba mayores problemas de salud mental que los hombres, por lo que se optó por realizar la prueba de Levene de homogeneidad de varianza con todas las variables para verificar si las varianzas son iguales o diferentes y con ello elegir la *t* de *student* acorde a dicha variabilidad; se respetó el nivel de significancia de .05. En este caso, no se asumieron las varianzas iguales, se indicó que las mujeres presentan un significativo mayor número de síntomas que los hombres. La sintomatología más pronunciada en las mujeres es: somatización, obsesiones, ansiedad fóbica y depresión. En el caso de los hombres, destacan: obsesiones, somatización y depresión (Tabla 2).

Tabla 2. Medias de los síntomas presentados por mujeres y hombres adultos mayores.

SCL-90	Femenino n= 98	Masculino n= 22	Prueba de Levene	t student
Somatización	1.08 (.67)	.67 (.36)	F = 7.30**	t = 3.99***
Obsesiones	.91 (.63)	.77 (.39)	F= 4.46*	t = 1.38
Sensitividad	.82 (.62)	.43 (.33)	F= 6.90**	t =4.12***
Depresión	.86 (.58)	.58 (.28)	F= 13.36***	t =3.33**
Ansiedad	.75 (.58)	.47 (.38)	F=3.57	t =2.12*
Hostilidad	.62 (.57)	.38 (.34)	F=5.92*	t =2.62*
Ansiedad fóbica	.88 (.74)	.40 (.34)	F=9.33**	t =4.49***
Ideación paranoide	.72 (.63)	.44 (.30)	F=7.50**	t =3.05*
Psicoticismo	.67 (.53)	.49 (.42)	F=1.76	t =1.49
IGS	.84 (.51)	.53(.24)	F= 5.30*	t = 4.47***

Estadísticos: X=media, (DE)= Desviación Estándar, *** p<.001, **p<.01, *p<.05

En cuanto a la depresión los resultados del IDB indican que la mayoría de la muestra se localiza en un nivel bajo de depresión. De igual manera, se realizó la prueba de Levene de homogeneidad de varianza para verificar si las varianzas son iguales o diferentes respetando el nivel de significación de .05. Se encontró diferencia significativa ($t = 3.32, p = .002$), lo que mostró que los síntomas de depresión se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Si bien prevalece el nivel normal o ligero, también existen algunos participantes que se ubican en niveles de depresión: clínica, moderada, severa y extrema (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje de adultos mayores ubicados en cada nivel de depresión.

Nivel de depresión	Femenino n=98	Masculino n=22
Normal 0-10	36.7	63.6
Ligero 11-16	30.6	27.3
Depresión clínica 17-20	14.3	4.5
Depresión moderada 21-30	13.3	4.5
Depresión severa 31-40	4.1	0
Depresión extrema 40 y más	1.0	0

Por su parte, las puntuaciones del funcionamiento familiar se ubicaron en el nivel medio al indicar que la familia cubre las funciones socialmente asignadas. Se utilizó la prueba de Levene y la *t* de *student* correspondiente para realizar las comparaciones entre hombres y mujeres. Se encontró que la percepción que tienen los adultos mayores sobre su funcionamiento familiar son similares, sólo se encontraron diferencias significativas en la sub-escala social ($t = 4.75, p = .000$) y en la dimensión de desarrollo ($t = 2.57, p = .01$). Los aspectos más relevantes para los adultos mayores son: organización, cohesión y actividades morales-religiosas. La expresividad se encuentra un poco disminuida y de manera particular, las mujeres realizan menos actividades sociales-recreativas y en consecuencia su dimensión de desarrollo familiar se encuentra disminuida (Tabla 4).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El presente estudio evaluó el estado de salud mental y el funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. En relación con la salud mental, se observó que los adultos mayores se encuentran en un nivel medio, lo que muestra una tendencia hacia el bienestar y el desarrollo de capacidades.

Tabla 4. Funcionamiento familiar en mujeres y hombres adultos mayores.

FES	Sexo	Media	Desviación Estándar	Prueba de Levene	t student
Cohesión	Femenino	5.81	1.79	F = .62	t = 1.02
	Masculino	6.23	1.54		
Expresión	Femenino	4.89	1.57	F = 1.31	t = .18
	Masculino	4.95	1.46		
Conflicto	Femenino	2.96	1.39	F = .65	t = .96
	Masculino	2.64	1.59		
Autonomía	Femenino	5.40	1.30	F = .11	t = 1.08
	Masculino	5.73	1.20		
Actuación	Femenino	5.37	1.46	F = .96	t = .15
	Masculino	5.32	1.32		

FES	Sexo	Media	Desviación Estándar	Prueba de Levene	t student
Intelectual	Femenino	4.61	1.64	F= 4.22*	t = 1.12
	Masculino	4.95	1.21		
Social	Femenino	3.57	1.52	F= 6.54*	t = 4.76***
	Masculino	4.73	.88		
Moral	Femenino	5.81	1.43	F= .08	t = 1.40
	Masculino	6.27	1.35		
Organización	Femenino	6.02	1.67	F= .01	t = -.65
	Masculino	6.27	1.45		
Control	Femenino	4.84	1.05	F= 2.29	t = .60
	Masculino	4.68	1.29		
Relación	Femenino	4.55	.87	F= 2.57	t= .28
	Masculino	4.61	.62		
Desarrollo	Femenino	4.95	.75	F= .30	t= 2.57*
	Masculino	5.40	.69		
Estabilidad	Femenino	5.43	.98	F= .913	t= .21
	Masculino	5.48	.85		

Estadísticos: *** p<.001, **p<.01, *p<.05

A pesar de ello, algunos adultos mayores presentan problemas de salud mental como: somatización, obsesiones, ansiedad fóbica y depresión; caracterizados por malestares físicos, angustia, preocupaciones, miedo, tristeza, desesperanza. Las mujeres muestran mayores síntomas que los hombres. Nuestros resultados coinciden con otros autores en cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva (Canto y Castro, 2004; Flores *et al.*, 2013; Vega *et al.*, 2009).

En cuanto a la depresión la mayoría de los participantes presentaron niveles normales o ligeros, sin llegar a un nivel de malestar o disfuncionalidad clínica. Al igual que en estudios nacionales e internacionales, las mujeres presentaron mayores síntomas de depresión que los hombres (Flores *et al.*, 2013; Mora *et al.*, 2004; Patiño y Cardona, 2007). En nuestros resultados existen tendencias que hay que cuidar, ya que se observa que el 5% de sujetos femeninos presentan depresión severa y extrema. De tal manera que es conveniente trabajar en el nivel de promoción y prevención con aquellas

personas que presentan niveles bajos; y atender clínicamente a quienes presentan mayores síntomas.

En cuanto a los rasgos específicos de los adultos mayores observados a lo largo de la aplicación, la mayoría de ellos presentaban características como fatiga, poca tolerancia a la frustración, angustia, enojo constante, cansancio en actividades cotidianas, malhumorados, etc. Esto concuerda con Velázquez (2002), quien advierte que los adultos mayores cuentan en su mayoría con deterioro físico y psicológico. Aunque es importante no generalizar, ya que en la población estudiada también se encontraron adultos mayores activos, accesibles, alegres y satisfechos.

Referente al funcionamiento familiar, la mayoría de los participantes manifestaron contar con relaciones familiares adecuadas. Esto indica que existe unión en las familias y participación de los adultos mayores con su entorno, donde ellos siguen siendo autónomos para realizar actividades cotidianas, así como para controlar actividades personales y grupales. No obstante, el 9%

de los participantes refieren haber recibido algún maltrato por parte de sus familiares; dicho porcentaje resulta mayor que el presentado por la OMS en 2002, que oscila entre 4% y 6%. Como se aprecia, se requieren esfuerzos comunitarios y profesionales que aseguren un trato digno a los adultos mayores.

Para ambos sexos la familia tiene una importancia fundamental y perciben un funcionamiento familiar adecuado, esto coincide con investigaciones previas (Díaz *et al.*, 1998; Goncalves *et al.*, 2011; Zavala *et al.*, 2006), además consideran entre los aspectos de mayor relevancia la organización y unión familiar, así como aspectos religiosos y morales. Nuestros resultados muestran que la expresión emocional se ve disminuida tanto en hombres como en mujeres, y que éstas últimas tienen menor actividad social y recreativa que los hombres. En cuanto al contexto familiar, es evidente que la mayoría de los adultos mayores participantes viven acompañados de sus familiares y sólo un porcentaje menor viven solos (9.2% mujeres, 4.5% hombres), lo que, sumado a la percepción positiva que tienen de

su funcionamiento familiar, podría indicar que ellos se sienten bien en su ambiente y al mismo tiempo la familia puede verse beneficiada por el apoyo que dan los adultos mayores en aspectos tales como: el cuidado de niños o adolescentes y consejos hacia sus familiares (Mendo *et al.*, 2012). En este sentido, la unión familiar y la organización de las actividades familiares reflejan una convivencia positiva que, de acuerdo con Cuesta (2009), puede ayudar a que disminuyan las enfermedades y aumente el sentido de bienestar entre los integrantes de la familia.

AGRADECIMIENTOS*

Esta investigación fue financiada por la SEP-PROMEP con los fondos asignados al proyecto FE36/2013 registrado por el CU UAEM Zumpango ante la UAEM-SIEA. Agradecemos las facilidades prestadas por el H. Ayuntamiento de Melchor Ocampo, Estado de México y la disponibilidad de los servidores públicos y asistentes de la Casa del Adulto Mayor.

REFERENCIAS

- Ayala, V. H., Fulgencio, J. M., Chaparro, C. A. y Pedroza, C. F. (2000). Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26(1), 65-89.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2006). BDI-II Inventario de Depresión de Beck. *Paidós*.
- Buil, P. y Díez, E. J. (1999). *Anciano y familia. Una relación en evolución*. Pamplona: Anales
- Canto, P. H. G., y Castro, R. E. K. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9 (2), 257-270.
- CONAPO (2002). *Proyecciones de la población de México 2000-2050*. México: CONAPO.
- Cruz, F. C. S., López, B. L., Blas, G. C., González, M. L., y Chávez, B. R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra e sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28 (1). 72-81.
- Cuesta, B. C. (2009). El cuidado familiar: Una revisión crítica. *Investigación y educación de enfermería*, 27 (1). 96-102.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Cuestionario de 90 síntomas* (Adaptación Española por González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez A., M. y Rodríguez P., F.). España: Pearson.
- Díaz, T. O., Soler, Q. M. L., y García, C. M. (1998). El Apgar familiar en ambientes convivientes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14 (6), 548-553.
- Flores, V. M. E., Colunga, R. C., Ángel, G. M., Vega, L. M. G., Valle, B. M. A., y Cruz, A. M. (2013). *Salud mental y calidad de vida en adultos mayores*. *Uaricha*, 10 (21), 1-13.
- Goncalves, L. H. T., Costa, M. A. M., Martins, M. M., Nassar, S. M., y Zunino, R. (2011). *La dinámica de*

* Agradecimiento: Este artículo fue financiado mediante el apoyo a la incorporación de nuevos profesores de tiempo completo, SEP-PROMEP, con el proyecto Relación entre la salud mental y factores psicosociales: calidad de vida, edad y sexo., clave FE36/2013.

- la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 458-466.
- González-Celis, R. A. L. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos: *Journal of Behavior, Health y Social Issues*, 1 (1). 15-28.
- INAPAM (2010). *Por una cultura del envejecimiento*. México.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D. C.: OPS.
- OMS (2012). *La buena salud añade vida a los años: información general para el Día Mundial de la Salud 2012*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Mendo, A. N., Infante, T. N., Lamote, M. S. E., Núñez, B. S. J., y Freyre, S. J. (2012). Evaluación del maltrato en ancianos pertenecientes a un policlínico universitario. *Medisan*, 16 (3). 364-370.
- Moos, R., Moos, B. y Trickett, E. J. (1980). *Family Environment Scale*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencia ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativo. *MH Salud*, 1 (1). 1-12.
- Oliva, S. R., y Fernández, J. T. (2006). Salud mental y envejecimiento: una experiencia comunitaria de musicoterapia con ancianos deprimidos. *Psicología y salud*, 16 (001). 93-101.
- Pando, M.M., Aranda, B.C., Alfaro, N. y Mendoza, R.P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Geriatría y Gerontología*, 36 (3). 123-182.
- Patiño, V. F. A., y Cardona, A. D. (2007). Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín. *Investigación y educación en enfermería*, 25 (1). 82-88.
- Sánchez, G. S., Juárez, C. T., Gallegos, C. K., Gallo, J. J., Wagner, A. E., y García, P. C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre los adultos mayores de la ciudad de México. *Salud mental*, 35 (1). 71-77.
- Tanner, E. (2005). Recognizing late-life depression: why is this important for nurses in the home setting? *Geriatric Nursing*, 26 (3). 145.
- Valdivia, S. C. (2008). La familia: Concepto, cambios y nuevos modelos. *La Revue du REDIF*, (1). 15-22.
- Velázquez, G. (2002). *Salud Mental en el Anciano*. México: Formación Alcalá.
- Vega, G. E., González, P. J., y Oliviera, A. J. A. (2009). Salud mental en los adultos mayores. En J. Rodríguez (Ed.), *Salud Mental en la Comunidad* (pp. 245-255). Washington, D. C.: OPS.
- Wagner, F. A., Gallo, J. J. y Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for México? *Salud Pública de México*, 41 (3). 189-202.
- Zavala-González, M. A. y Domínguez-Sosa, D. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores. *Psicogeriatría*, 2(1), 41-48.
- Zavala, G. M., Vidal, G. D., Castro, S. M., Quiroga, P. y Klassen, P.G. (2006). Funcionamiento social del adulto. *Ciencia y Enfermería*, 12(2), 53-62.