

Análisis comparativo del estado de ansiedad, somatización y procesos cognoscitivos en adultos mayores institucionalizados y en centro de día

BERSABEE AGUIRRE GUTIÉRREZ
ANIA ITZEL BAUTISTA MONGE
MARTHA YARENI PULIDO MURILLO

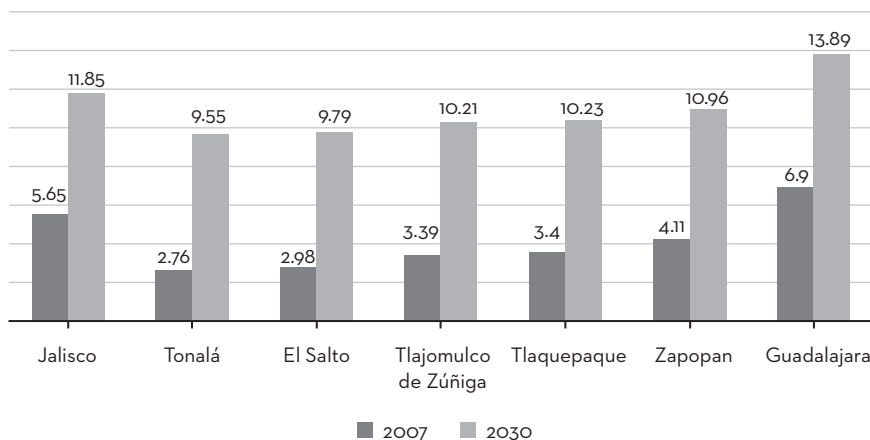
México se encuentra en un momento de transición y alteración demográfica, movimiento que deja en evidencia a un país que envejece junto con su población; cambio que se está dando por igual en el resto del mundo. Por ello, hablar de vejez es fundamental a nivel mundial, pero sobre todo a nivel nacional.

Es necesario conocer a mayor profundidad el panorama al que nos enfrentamos, las condiciones de los adultos mayores actuales para divisar y prevenir las posibles demandas, dificultades y necesidades de dicha población a futuro.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), el envejecimiento del país es relativamente reciente, ya que la inversión de la pirámide poblacional comenzó en el año 2000, y se espera que el porcentaje de personas pertenecientes a la tercera edad crezca de manera exponencial en los siguientes años.

Se prevé que para 2020, México tendrá el noveno lugar entre los países con mayor número de adultos mayores (Aguilar & Pando, 2002, en Instituto Nacional de la Mujer, s.f.). En el estado de Jalisco, los

FIGURA 8.1 PORCENTAJE DE POBLACIÓN DEL GRUPO DE EDAD DE 65 AÑOS Y MÁS POR MUNICIPIO, 2007-2030



Fuente: Coepo, en Instituto Nacional de la Mujer, 2008. Análisis sociodemográfico para la ZMG.

datos obtenidos por el Consejo Estatal de Población Jalisco (Coepo, 2008, en Instituto Nacional de la Mujer, s.f.) señalan que en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG) los niveles de envejecimiento se duplicarán y en algunos casos se triplicarán para 2030, tal como se muestra en la figura 8.1.

Se considera relevante enfocar la atención en una postura que trate de explicar algunos de los múltiples aspectos que conforman la vejez, debido a que esta es una etapa compleja del desarrollo, asociada con una serie de cambios y pérdidas tanto físicos, cognoscitivos y sociales. Un ejemplo de ello es la constante dificultad al realizar las actividades del diario vivir en esta etapa, como se menciona en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 (Enasem, 2012), en donde la mujer es según las estadísticas la más afectada (Inegi, 2013).

Tratar de entender de manera aislada los cambios en la vejez lo complejiza aún más, pues cada uno de sus elementos se ve atravesado

por otros; el abordaje no se puede centrar solo en la dificultad en las actividades diarias, como se ha mencionado, ya que las necesidades y problemáticas son afectadas por el factor emocional, que genera un fuerte impacto en el pensamiento y la percepción de sensaciones de cada adulto mayor; por ello, se piensa que las soluciones deben buscar la visión global pero sin dejar de ser concretas, precisas y sobre todo centradas en un trato humano.

Para lograr un abordaje circular se consideró usar el enfoque sistémico, ya que el envejecimiento podría asemejarse a una esfera que en su rotación impacta de manera positiva y negativa lo físico, psicológico y social de la vida del adulto mayor (Campos & Huertas, 2011). Para estos fines, se aplicó un análisis comparativo entre adultos mayores institucionalizados y adultos mayores asistentes al Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cemam), según las variables siguientes: redes de apoyo, estado de ansiedad, somatización y su estado cognoscitivo.

Cada una de las variables anteriores intervienen en el estado de salud del adulto mayor, pues, como lo menciona Mendoza (2003), el envejecimiento es un “proceso biológico, psicológico y social [...] determinado por factores genéticos, ambientales y socioculturales [...] dentro de un marco individual y multifactorial”. Por lo que consideramos relevante enfatizar que existen diferencias entre un adulto mayor institucionalizado y otro que no lo está. Estas distinciones son importantes debido a que enmarcan subjetividades que modifican la interacción y experiencia misma del proceso de vejes, las cuales podrían estar relacionadas con la pérdida del sentido de pertenencia, libertad de decisión, erosión de redes de apoyo, limitantes en las actividades de la vida diaria, entre otros factores que se vinculan con el proceso de institucionalización, mismo que produce en ellos una sensación de abandono, desánimo, tristeza e incluso desamparo. Tal como mencionan Machado, Bazán e Izaguirre (2014), estas características son determinadas por factores extrínsecos que se relacionan con la dinámica que el sujeto mantiene con su entorno, es decir, su “ambiente” mismo que modifica su bienestar físico, llevándolo a un “deterioro funcio-

nal”. De tal manera que el presente capítulo busca dar a conocer las diferencias y similitudes entre los adultos mayores residentes en un asilo y aquellos que asisten a un centro de día. El análisis comparativo se desarrolla de acuerdo con sus redes de apoyo, estado de ansiedad, somatización y estado cognoscitivo, con lo que se buscan generar un panorama sobre la situación del adulto mayor en la ZMG.

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es, además, un proceso subjetivo que posibilita que cada adulto mayor tenga la particularidad de vivir su vejez de forma patológica o “saludable y activa” (Colegio Oficial de Psicólogos, en Rodríguez, Valderrama & Molina, 2010). De tal manera que la vejez exitosa será aquella en la que el adulto mayor pueda tener autonomía, redes de apoyo que lo acompañen en los procesos de pérdida y enfermedad y contar con el sustento para cubrir sus necesidades primarias como las emocionales y económicas.

Desde el enfoque sistémico, “la familia es una unidad de personalidades interactuantes que forman un sistema de emociones y necesidades engarzadas entre sí” (Estrada, 2005, p.26), las cuales influyen en la asignación de roles, expectativas, creencias y esperanzas que cada uno de los miembros dirige hacia el adulto mayor. En ello radican las discrepancias y el mantenimiento de las múltiples necesidades que se desarrollan a raíz de un rol determinado, de manera independiente de que haya sido asignado por un grupo familiar, social o institucional (Beteson, 1993).

El grupo relacional en el que está inmerso el adulto mayor pasará por diversos niveles de jerarquización y pautas interaccionales, las cuales son establecidas a partir de las experiencias vividas por cada sujeto (Beteson, 1993). Estas divisiones y diferencias parecen estar más marcadas en el adulto mayor debido a que pareciera que su ciclo vital genera un cambio de roles abrupto. De manera simplista, diríamos que

la vejez genera un cambio instantáneo que despoja en muchas ocasiones al adulto mayor para de todo lo que creyó ser.

Desde este modelo, el marco del sistema se ve delimitado por los factores relacionales, preestablecidos por la familia o la institución; en el primero, el adulto mayor parece ser desplazado de su jerarquía por las actividades que cada día realiza su familia; mientras que en el segundo, parece ser despojado de su libertad de acción y decisión al limitarlo a ser uno más en las estadísticas. Así, las intermediaciones se complejizan por el desgaste emocional, las necesidades de movilidad y la escasez de recursos. Por lo tanto, a este proceso se le puede considerar circular debido a su causa y efecto (Beteson, 1993), en donde las paradojas son diversas, pues por un lado el sistema familiar o institucional podría estar verbalizando (lenguaje digital) el cuidado y la preocupación por el adulto mayor, y a la vez, por medio del lenguaje analógico, el adulto mayor podría estar percibiendo la carencia, el cansancio y desgaste que a nivel de cuidador su familia o institución presenta, lo que le genera un conflicto emocional.

La selectividad de pensamiento es importante, más no puede ser considerada como totalidad; situación que sí aplica para la capacidad de compensación, pues esta influye en la interpretación y explicación que cada sujeto da sobre su experiencia, en donde la premisa posibilita tanto una postura positiva como negativa. De tal manera que, si el anciano logra revivir la experiencia desde lo positivo, la capacidad de afrontamiento será mayor; por ende, será una clara manifestación de su disposición resiliente, misma que influirá en su tipo de vejez (Dulce & Ruiz, 2007, en Montes de Oca-Zavala, 2010, p.161).

REDES DE APOYO

La red social del adulto mayor está conformada por todas y cada una de las personas que este considera trascendentes o importantes en su vida; su labor es brindar ayuda física, emocional, económica, etc.

(Abello & Madariaga, 2008, en Campos & Huertas, 2011). Sin embargo, la principal red de apoyo es la familia, de la que obtiene bienestar, cuidado y calidad de vida durante los cambios a los que se enfrenta; esta es un derecho básico para las personas que cursan por esta etapa de vida (Campos & Huertas, 2011), pues brindan un respaldo ante las posibles crisis que la vejez conlleva.

Otro grupo de apoyo es el que está conformado por personas que comparten una misma situación de vida, cuyas principales funciones son fortalecer el Yo, partiendo de la escucha, el diálogo y la vista; ofrecen apoyo y comprensión emocional ante situaciones tan complejas como el duelo, las enfermedades y los cambios en la transición de cada etapa de la vida (Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010). Estos vínculos son elementos primordiales en el envejecimiento exitoso (Triado & Villar, 2006, en Hernández, Hernández & Rodríguez, 2010).

La evolución de una vejez saludable está en relación con las herramientas que se tienen para afrontar esta nueva identidad, la cual se cuestiona por los cambios en la autonomía y salud, y se logra cimentar gracias a las redes de apoyo y la cobertura de necesidades básicas emocionales y económicas (Pérez, Oropeza, López & Colunga, 2014). Estas vivencias, pensamientos y padecimientos son creados e interpretados a partir de la percepción de cada sujeto, lo que nos permite entender que el síntoma es una interpretación con origen y localización, de tal manera que no necesariamente es visible o evidente (Beteson, 1993).

SOMATIZACIÓN

A nivel estadístico, se ha comprobado que los pacientes recurrentes con manifestación continua de ansiedad, depresión o problemas hipocondríacos son clasificados como patología sin causa orgánica manifiesta (García Campayo, Lobo, Pérez Echeverría & Campos, 1998, en García, 2013; Kirmayer & Robbins, 1991, en García, 2013). Situación que mantiene una prevalencia en constante movimiento, llegando a presentarse aproximadamente en “10.5% en depresión y un 0.38% de

ansiedad en la población” (García Campayo & Sanz, 2000, en García, 2013; Kirmayer, Groleau, Looper & Dao, 2004, en García, 2013, p.256) institucionalizada.

En el adulto mayor, las emociones, el afecto y los sentimientos son un determinante de salud o deterioro, como ya se mencionó, en donde la permanencia en una posición u otra podría depender de los niveles de ansiedad que manifieste. Las estadísticas revelan que los adultos mayores institucionalizados presentan una prevalencia 5% mayor en los niveles de ansiedad; dichas manifestaciones pueden ser desde dolores estomacales hasta continuas cefaleas. Si bien la edad es un factor de diferenciación psicológica, no explica la varianza en distintas edades (Fernández-Ballesteros, Reig & Zamarrón, 2009); la represión de emociones podría terminar por generar manifestaciones somáticas relacionadas con el desplazamiento, la soledad, el aislamiento, la tristeza, el dolor físico, así como “la cólera, la depresión, la angustia, el deseo, manifiestos por signos externos evidentes, pero también por modificaciones fisiológicas internas” (Tordjman, 2002, p.15). Otro factor que interviene en el aumento de los niveles de ansiedad es el decremento en las funciones cognoscitivas, que va desde pequeños y recurrentes olvidos hasta prolongados procesos de desorientación y alteración de la percepción, los cuales llegan a desestabilizar y generar miedo en el adulto mayor. Cabe mencionar que existen distintos tipos y niveles de ansiedad, entre ellos “la ansiedad fóbica, presente ante situaciones bien definidas o frente a objetos específicos que no son en sí mismos peligrosos pero que el anciano los ve como tal [...] una de sus características es la conducta de evitación” (American Psychiatric Association: DSM-IV, 1995, en Pérez, 2009, p.2). Puede desencadenarse debido a una alucinación o un recuerdo que, a pesar de ser parte del pasado, se vive como presente, o la despersonalización, así como la posible falta de atención y cuidado.

En términos psicológicos, la somatización es similar a un escudo psíquico que transforma el dolor emocional en manifestación física (Gabbard, 2004, en Muñoz, 2009, p.55). Este mecanismo es una ayuda

para el adulto mayor en situación de abandono, ya sea real o figurada. Algunas de sus manifestaciones son: dolor de cabeza, problemas relacionados con el aparato digestivo, tensión muscular, entre otras (Muñoz, 2009). En este caso, el síntoma no es un reflejo de la personalidad sino de las emociones reprimidas, resultado de la nula adaptación ante esta etapa de vida (Tordjman, 2002).

Un nivel de estrés y ansiedad excesivos podrían causar en el adulto mayor un colapso nervioso, debido a la sobrecarga que el psiquismo podría estar recibiendo; si es recurrente o se mantiene de manera prolongada, se hablaría de una situación de alto impacto. Ante esto, el psiquismo podría buscar una válvula de escape como lo es la enfermedad somática, es decir, a nivel fisiológico probablemente el cuerpo se encuentre bien conservado e incluso sin evidencia de deterioro; sin embargo, ante la constante de un dolor emocional imposible de manejar o entender, la respuesta del sujeto posiblemente terminará por llevarlo a su propia persona, aun cuando implique un deterioro, lo cual quizá sería la mejor salida; en este caso la enfermedad expresada a través del cuerpo.

Toda enfermedad presenta pérdidas y ganancias. En el caso del adulto mayor que tiende a somatizar, la ganancia primaria posiblemente sería desviar la atención de un dolor emocional que es difícil de manejar a uno corporal; pasando así a la ganancia secundaria, que en muchos casos podría presentarse como atención de hijos y familiares. En este caso, “los síntomas y signos derivados de la idea del paciente acerca de la enfermedad serían llamados ‘ideogénicos’” (Hurwitz, 1989, en Gaedicke & González, 2010, p.2). Algunas de estas manifestaciones pudieran ser dolor prolongado que se propaga por todo el cuerpo “fibromialgia y fatiga crónica, [...] desorganización de la información sensorial, del estado emocional, de la vida instintiva y de los ritmos biológicos” (Valdés, 2000b, p.45).

Tordjman indica que “es probable que las personas que padecen disturbios psicosomáticos ya lleven impresos sus disturbios desde antes de la era del lenguaje” (2002, p.20), debido a que en la antigüedad

las inconformidades y los pensamientos repetitivos podían llegar a ser el desencadenante principal de la patología, misma que busca generar un escape ante la presión que el sujeto podría estar viviendo. Así se activa la manifestación somática, por lo que se denomina “unidad de ruptura” (Tordjman, 2002, p.24), presentando incluso manifestaciones fóbicas que podrían llegar a ser de los siguientes tipos: específico (temor a objetos o situaciones específicas), social (sensación de desconfianza y falta de capacidad relacional), agorafobia (sensación de estar atrapado), ante lo cual el adulto se vive incapaz de defenderse, cuidarse o protegerse a sí mismo y a quienes le rodean (Pérez, 2009).

Algunas de estas manifestaciones son causadas por el deterioro natural en el proceso de envejecimiento: el dolor muscular o esquelético podría llegar a ser normal, sobre todo si el anciano no llevó una vida sana durante su juventud; los cambios del estado de ánimo también forman parte de este ciclo, pues la irritabilidad podría ser causada por la frustración, falta de independencia, etc. En ello radica la complejidad del diagnóstico de las enfermedades presentes en esta edad.

COGNICIÓN

Durante el envejecimiento a nivel orgánico, el funcionamiento cognoscitivo puede verse también afectado, sin embargo, la alteración del mismo tiene múltiples formas de presentarse y diferentes tiempos de evolución. Las alteraciones más recurrentes se dan en la memoria, en específico en la orientación intra e interestespacial (Ávila, Vázquez & Gutiérrez, 2007). Por otro lado, hay manifestaciones de diversas patologías que tienen como causa una alteración en la oxigenación cerebral, lo que altera su funcionamiento (Cruz, González, Hernández, Ocana & Olvera, 2010). A su vez, el nivel de ansiedad puede tener repercusiones a nivel psicológico, lo cual puede desencadenar conductas agresivas o regresivas.

El envejecimiento cerebral normal se observa como una disminución de la funcionalidad, así como en la velocidad de procesamiento

pero sin que exista una alteración grave en la vida diaria (Vallejo & Rodríguez, 2010). Sin embargo, se puede llegar a observar dificultad en el recuerdo y aprendizaje de nueva información, así como cierta limitante en la atención tanto sostenida como alternante (Nolan, 1992, en Vallejo & Rodríguez, 2010). Cabe mencionar que esto se presenta con menor recurrencia cuando el deterioro es leve, pues gracias a que el nivel de demencia es bajo, la evaluación se logra de manera más eficaz en donde los sesgos informativos y patológicos no intervienen de manera tan directa como lo hacen cuando el deterioro ya es considerado grave o crónico.

Hay que enfatizar que a pesar de que el adulto mayor sufre alteraciones cognoscitivas, no todas pueden ser clasificadas como demencia puesto que la cuarta parte de los ancianos sufre un deterioro cognoscitivo leve (DCL) (Bermejo, Vega, Olazarán, Fernández & Gabriel, 1998, en Vallejo & Rodríguez, 2010). Otro proceso a tomar en cuenta al hablar de deterioro cognoscitivo es el “síndrome de delirium, manifestación clínica más frecuente del deterioro cognoscitivo [...] y, por definición, tiene un origen ‘orgánico’, se debe a una enfermedad, en general sistémica, que secundariamente afecta al funcionamiento cerebral, aunque no siempre se encuentra su causa precisa” (Lobo, Saz & Roy, s.f., p.102). Durante el delirium pueden existir dificultades cognoscitivas que se deben a las alteraciones de conciencia y el alentamiento mental (Lobo, Saz & Roy, s.f.).

Al deteriorarse las funciones ejecutivas, podemos observar adultos que presentan dificultades para tomar decisiones, que expresan directamente y sin filtros su pensar; estas dependen de los lóbulos frontales y corresponden a una serie de funciones complejas relacionadas con la toma de decisiones adecuadas para cada situación (OMS, 2001, en Buller, 2010, p.68). Stuss y Levine (2002, en Buller, 2010) señalan que las funciones ejecutivas se encuentran diferenciadas de acuerdo con el área del lóbulo frontal: razón por la cual podrían clasificarse en asociadas al lenguaje (pre-frontal dorso-lateral), emociones y autorregulación (corteza órbito-frontal y fronto-ventral).

Una herramienta clara para medir e identificar si existe deterioro cognoscitivo en el sujeto es la evaluación tanto clínica como neuropsicológica (Vallejo & Rodríguez, 2010). Sin embargo, en el caso del adulto mayor, esta suele verse alterada por la gran diversidad de patologías que conlleva la edad. Cuando se presenta un estado de alteración que no es grave, pero se encuentra por debajo de la normalidad, se le conoce como DCL, como ya se mencionó (Vallejo y Rodríguez, 2010).

De tal manera que las diferencias entre adultos mayores institucionalizados y los que no lo están radica en que los primeros son más propensos a presentar demencia y depresión grave (González, 2001, en Carrillo, Valdés, Domínguez & Marín, 2010), situación que potencializa su deterioro. Es importante estudiar estos fenómenos debido a que las características de su desarrollo y manifestaciones dependen de la cultura y las dinámicas relacionales y el cuidado de salud de cada región, por lo que no es posible hablar de un diagnóstico 100% similar a otro, porque en este caso estamos trabajando y hablando de subjetividades.

El objetivo de esta investigación es realizar un análisis de corte transversal entre los adultos mayores institucionalizados y los asistentes a un centro de día en las áreas de somatización (ansiedad, ansiedad fóbica y malestar sintomático), estado de salud, redes de apoyo y niveles de cognición, todos ubicados dentro de la ZMG.

CONTEXTO

Se visitaron 15 asilos ubicados en los municipios Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tlajomulco y Santa Anita, de nivel socioeconómico diverso, agrupados de la siguiente forma:

- Nivel socioeconómico bajo: compuesto por los asilos públicos y que tienen un ingreso que no depende de sus residentes, ya que reciben donativos económicos y en especie. Las instalaciones de este tipo de asilo presentan características similares: cuartos y

baños compartidos de dimensiones medianas; cabe mencionar que, en el caso de los mixtos, las áreas de dormir están separadas según el género. El comedor suele contar con mobiliario de metal y madera, su estado está semideteriorado y el menú de comida está limitado a poca diversidad. Se observa daño en la pintura de los muros y muebles, cuentan con poco personal y se practican pocas actividades de estimulación.

- Nivel socioeconómico medio: aquí se encuentran los asilos que, aunque cobran una “renta mensual”, su costo varía entre cinco mil a diez mil pesos; la mayoría de la población entrevistada pertenece a este tipo. Estos establecimientos cuentan con cuartos tanto individuales como compartidos (por tres o cuatro personas), en los que se les permite tener objetos personales de manera limitada (fotografías, recuerdos, etc.), baños generales, escaso personal de enfermería y en algunos casos un médico, una o dos cocineras, menú generalizado, aunque las personas tienen la oportunidad de comprar alimentos extras, áreas comunes con televisión, poca planeación para actividades grupales; suelen ser adaptaciones de casas antiguas, por lo que tienen patio general, muebles de madera con acabados rústicos, sillones tipo sala y sillas de madera.

- Nivel socioeconómico alto: la minoría reside en este tipo de asilos. Su precio es elevado, ya que cuentan con ciertas amenidades extras, como habitaciones privadas con televisión, radio, teléfono celular o fijo y objetos o muebles personales, así como baño privado. Organizan actividades como yoga, danza, meditación, manualidades, juegos de mesa y cursos o talleres de superación. Los alimentos son adecuados para la población, debido a que tienen dietas específicas para enfermedad, sustanciosas, de buena calidad y balanceadas, además de recibir colaciones. En cuanto al personal, cuentan con médicos, enfermeras, fisioterapeutas, nutriólogos y personal capacitado para la estimulación y relajación de los adultos mayores.

El segundo escenario fue el Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cemam), ubicado en la colonia Santa Margarita, en Zapopan, el cual pertenece al sistema DIF Jalisco, al que acuden pobladores de distintas partes de la ZMG. Cuenta con diversas actividades y clases, personal médico, docente y administrativo, así como con instalaciones nuevas.

La muestra estuvo conformada por 151 adultos mayores, de los cuales 75 pertenecían al Cemam y 76 a asilos, con un promedio de edad de 75.67 años; 82.7% de los participantes fueron mujeres, y en ambos casos el promedio de escolaridad fue primaria terminada; sin embargo, 14% no sabía leer.

Los criterios de inclusión fueron: ser personas de más de 60 años, pertenecientes al Cemam y / o a un asilo por más de cinco días. En cuanto al estado de salud, que no presentarán deterioro cognoscitivo grave como demencia, infarto cerebrovascular reciente, o enfermedades de impedimento. La participación fue totalmente voluntaria.

La aplicación de las pruebas se llevó a cabo por etapas, siendo la primera durante ocho meses en asilos y la segunda con duración de un mes en el Cemam. Los instrumentos aplicados fueron en su mayoría de escala Likert, siendo los siguientes:

Escala de apoyo social. Escala en formato múltiple compuesto por 18 variables que hacen referencia a distintas formas de relación social, cuya respuesta era “sí o no recibe ayuda”; en caso de ser afirmativo, se cuenta con un área de respuesta múltiple, señalando el tipo de apoyo (económico, información, emocional y de ayuda) y, por último, una escala tipo likert con números del 0 al 4, siendo cero nada efectiva la ayuda y cuatro extremadamente efectiva.

Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (versión reducida). Compuesta por 36 reactivos que hacen referencia a niveles de somatización, ansiedad, ansiedad fóbica y malestar sintomático; el formato de respuesta es en escala Likert, para saber la frecuencia en que se presenta el síntoma, siendo 0= nada y 4= mucho.

Escala para medir los problemas de salud. El formato de la prueba está conformada por 21 reactivos cuya respuesta se basa en si se ha sufrido la enfermedad cuestionada; en caso de ser afirmativo, se pregunta su presencia en el último año y si recibió atención médica. *Montreal Cognitive Assessment (Moca) para videntes e invidentes, versión en español, versión mexicana 7.3 versión alterna.* Test que se basa en 30 puntos, a través de 11 pruebas que evalúan distintas capacidades cognoscitivas como son capacidad visoespacial, denominación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación.

Test de Pfeiffer. A través de nueve preguntas, evalúa orientación temporoespacial, memoria y atención.

Programa SPSS. A través de él se realizó el análisis de la información para obtener los estadísticos T de Student (t), en donde se tomó en cuenta el nivel de significancia ($p < .05$), la media ($\bar{x}$) y Ji cuadrada (χ^2).

RESULTADOS

En cuanto a lo obtenido a través del inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (versión reducida), los resultados se muestran en la tabla 8.1.

Lo anterior nos permite observar cómo los niveles de somatización son más elevados en la población perteneciente a asilos; sin embargo, el nivel no es significativamente diferente entre ambos grupos poblacionales. Al mismo tiempo, la variable de malestar sintomático no posee niveles de significancia relevantes.

En cuanto a los niveles de ansiedad, podemos apreciar que en la población que habita en asilos es mayor que la población asistente al Cemam ($t = -2.1$; $p < .05$). Esto se debe a lo que ellos reportan: poca toma de decisiones sobre sus vidas, así como algunas problemáticas de movilidad.

TABLA 8.1 RESULTADOS INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R DE L. DEROGATIS (VERSIÓN REDUCIDA)

	Grupo	n	$\bar{x}$	s	t	p<.05
Niveles de somatización	Cenam	75	11.01	8.47	-.5	ns
	Asilos	76	12.07	14.23		
Niveles de ansiedad	Cenam	75	6.53	6.58	-2.1	.05
	Asilos	76	9.88	11.73		
Niveles de ansiedad fóbica	Cenam	75	1.65	2.82	-2.2	.05
	Asilos	76	3.68	7.44		
Niveles de malestar sintomático	Cenam	75	6.54	3.81	-.4	ns
	Asilos	76	6.94	7.06		

En la categoría de ansiedad fóbica, sí existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los niveles reportados por las personas encuestadas, ya que la media del grupo perteneciente a asilos es de $\bar{x}=3.68$ y en el Cemam de $\bar{x}=1.65$ ($t=-2.2$; $p<.05$). Ambos resultados, ansiedad y ansiedad fóbica, se ven comprobados al decir que el nivel de significancia existente en estos rubros es mayor al observado en las otras dos variables, es decir, somatización y malestar sintomático.

En cuanto a los niveles cognoscitivos, los resultados obtenidos se muestran en la tabla 8.2. Estos nos permiten ver que el puntaje obtenido en el Cemam, en promedio, hace referencia a un deterioro cognoscitivo leve en la prueba de Moca videntes y test Pfeiffer; mientras que en asilos en la misma prueba el puntaje reportado por la media poblacional hace mención a un deterioro cognoscitivo moderado.

Dichas diferencias en los resultados se comprueban por lo reportado en el nivel de significancia, el cual no es relevante en el caso de la

TABLA 8.2 ESTADO COGNOSCITIVO, TEST DE PFEIFFER Y MONTREAL COGNITIVE ASSEMENT

	Centro de día y asilos	n	$\bar{x}$	s	t	p<.05
Test Pfeiffer	Cenam	75	7.06	1.55	4.8	.000
	Asilos	76	5.55	2.19		
Puntaje Moca videntes	Cenam	71	20.76	4.83	6.6	.000
	Asilos	67	14.66	5.95		
Puntaje Moca invidentes	Cenam	4	14.25	2.06	-2.2	.05
	Asilos	7	10.85	3.67		

versión Moca para invidentes; esto debido a que la muestra a la cual se aplicó no fue porcentualmente significativa, debido a que solo se aplicó a tres sujetos. Sin embargo, en cuanto a la versión Moca para videntes y test Pfeiffer, el nivel de significancia bilateral es muy alto, ya que en ambos casos es igual a 0 ($t=4.8$; 6.6 ; $p<.05$).

En lo que respecta a la escala de apoyo social, los resultados se condensan en la tabla 8.3. Ahí se puede observar que en ambos casos la fuente principal de apoyo percibida es la de los hijos, ya que en el caso de los asistentes al Cemam fue reportado por 89.3%, mientras que en los residentes de un asilo el porcentaje alcanza 57.3%; los hijos son seguidos por los nietos, lo que concuerda con lo que culturalmente se asocia como responsabilidad de cuidado a las personas de la tercera edad.

El porcentaje de la gente asistente al Cemam que reporta contar con apoyo proveniente de su esposo es de 26.7%, a diferencia de lo reportado por las personas asiladas, quienes cuentan con un apoyo de 8% de sus cónyuges. Esto concuerda con el estado civil reportado, ya que solo 17.8% de los entrevistados eran casados y 0.06% vivían en

TABLA 8.3 COMPARATIVA PERCEPCIÓN DE AYUDA RECIBIDA

Variable	Cenam		Asilos ZMG	
	Sí	No	Sí	No
	%	%	%	%
Esposo	26.7	73.3	8	92
Hijos	89.3	10.7	57.3	42.7
Nietos	78.7	21.3	45.3	54.7
Hermanos	52	48	33.3	66.7
Nuera	57.3	42.7	22.7	77.3
Yerno	52	48	20	80
Primo	17.3	82.7	12	88
Sobrino	34.7	65.3	38.7	61.3
Cuñado	20	80	5.4	94.6
Vecino	70.7	29.3	21.3	78.7
Compadre	37.3	62.7	6.8	93.2
Amigo	64	36	37.3	62.7
Sacerdote	45.3	54.7	18.7	81.3
Médico	40	60	38.7	61.3
Voluntario	2.7	97.3	21.3	78.7
Maestro	33.3	66.7	4	9
Animador	2.7	97.3	13.5	86.5
Otro	1.5	98.5	10.9	89.1

unión libre. El resto de la población reportó en 54.9% ser viudos, 5.2% divorciados, 15.2% solteros y 1.3% separados.

En la tabla 8.4 se resumen los tipos de apoyo que perciben los adultos mayores, provenientes de cada una de las fuentes anteriores: \$= económico, I= información, E= emocional, S= favores, V₂= dos de los apoyos anteriores, V₃= tres tipos de apoyo diferentes, V₄= cuatro tipos de apoyo diferentes.

TABLA 8.4 COMPARATIVO DE TIPOS DE APOYO

Variable	Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cenam)							Asilos ZMG						
	Tipo de apoyo							Tipo de apoyo						
	\$	I	E	S	V2	V3	V4		I	E	S	V2	V3	V4
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Esposo	10.5	5.3	10.5	0	31.6	10.5	31.6	33.3	0	16.7	0	16.7	0	33.3
Hijos	0	0	13.4	0	37.3	22.4	26.9	7	0	4.7	0	44.2	23.3	20.9
Nietos	0	0	45.8	1.7	28.8	23.7	0	0	0	54.5	3	30.3	23.7	0
Hermanos	0	7.9	31.6	5.3	26.3	21.1	7.9	4.2	0	16.7	0	41.7	16.7	20.8
Nuera	2.3	18.6	25.6	4.7	20.9	27.9	0	0	5.9	47.1	5.9	29.4	5.9	5.9
Yerno	0	12.8	30.8	2.6	30.8	15.4	7.7	0	6.7	46.7	0	33.3	13.3	0
Primo	0	7.7	30.8	0	38.5	23.1	0	12.5	0	25	0	12.5	37.5	12.5
Sobrino	0	16	28	8	20	28	0	0	0	25	0	32.1	32.1	10.7
Cuñado	0	20	13.3	6.7	13.3	40	6.7	0	25	0	0	75	0	0
Vecino	0	33.3	35.3	3.9	13.7	9.8	3.9	0	0	40	6.7	46.7	6.7	0
Compadre	0	10.7	21.4	7.1	35.7	25	0	0	0	20	20	40	20	0
Amigo	0	6.2	39.6	4.2	20.8	25	4.2	0	0	21	0	32.1	25	21.4
Sacerdote	0	36.4	36.4	0	21.2	6.1	0	6.7	13.3	60	13.3	0	6.7	0
Médico	0	69	6.9	6.9	17.2	0	0	3.4	27.6	6.9	10.3	34.5	17.2	0
Voluntario	0	50	50	0	0	0	0	6.7	0	20	20	40	13.3	0
Maestro	8	60	0	4	24	4	0	0	10	33.3	33.3	33.3	0	0
Animador	0	0	0	50	0	50	0	0	10	0	20	40	30	0
Otro	0	0	0	0	100	0	0	0	0	33.3	16.7	50	0	0

Para los asistentes al Cemam, los nietos son la principal fuente de apoyo emocional, seguido por los amigos, mientras que el cónyuge y los hijos son las personas percibidas como mayor fuente de apoyo diverso.

En cuanto a las personas que radican en un asilo, consideran que reciben mayor apoyo emocional, determinando que son los hijos y antiguos vecinos quienes fungen como fuente de apoyo múltiple. Por

TABLA 8.5 COMPARATIVO DE GRADOS DE EFECTIVIDAD

Variable	Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cenam)					Asilos ZMG				
	Efectividad					Efectividad				
	Nada	Muy poco	Moderado	Muy	Extremadamente	Nada	Muy poco	Moderado	Muy	Extremadamente
Esposo	5	0	5	30	60	0	0	33.3	66.7	0
Hijos	0	1.5	10.4	17.9	70.1	0	2.3	20.9	74.4	2.3
Nietos	0	6.8	5.1	20.3	67.8	6.1	9.1	24.2	54.5	6.1
Hermanos	7.7	7.7	12.8	25.6	46.2	8.3	12.5	37.5	41.7	0
Nuera	9.3	4.7	16.3	27.9	41.9	11.8	11.8	35.3	41.2	0
Yerno	5.1	2.6	17.9	17.9	56.4	13.3	6.7	26.7	53.3	0
Primo	0	0	30.8	46.2	23.1	0	0	50	50	0
Sobrino	0	3.8	19.2	34.6	42.3	0	21.4	39.3	35.7	3.6
Cuñado	0	6.7	20	40	33.3	0	0	25	75	0
Vecino	0	3.8	17.3	28.3	50	6.7	13.3	53.3	26.7	0
Compadre	0	0	3.6	57.1	39.3	0	20	40	40	0
Amigo	0	0	4.2	31.2	64.6	3.8	3.8	42.3	50	0
Sacerdote	0	5.9	8.8	20.6	64.7	0	0	26.7	66.7	6.7
Médico	0	0	6.5	35.5	58.1	0	7.1	46.6	42.9	3.6
Voluntario	0	0	100	0	0	6.2	18.8	31.2	43.8	0
Maestro	0	0	4	4	92	0	33.3	33.3	33.3	0
Animador	0	0	0	50	50	0	10	70	10	10
Otro	0	0	0	0	100	0	0	16.7	66.7	16.7

último, la efectividad percibida de dicho apoyo se presenta calificada en rangos de: nada, muy poco, moderado, muy bueno y extremadamente bueno.

Las personas asistentes al Cemam reportan que la efectividad de apoyo percibido oscila entre muy efectivo y extremadamente efectivo, mientras que en las personas que habitan en asilos, oscila entre moderadamente efectivo y muy efectivo.

De acuerdo con lo anterior y de manera general, podemos señalar que las personas que habitan en un asilo perciben su red de apoyo como más limitada que aquellas que asisten al Cemam, ya que la misma es extensa y no se reduce a la familia nuclear.

Como ya se mencionó, es importante destacar que en ambos escenarios los hijos son la fuente principal de apoyo, al mismo tiempo su efectividad oscila entre muy efectiva y extremadamente efectiva. Por último, se percibe a los hijos como una fuente de más de dos tipos de apoyo en la mayoría de los casos.

La tabla 8.6 muestra el historial médico reportado por los entrevistados, el cual se encuentra organizado de la siguiente manera: las personas que reportaban haber presentado una enfermedad se toman como el 100% de la categoría, y a partir de este porcentaje se subdividen aquellas personas que presentaron la enfermedad en el último año y quienes recibieron atención médica.

Con base en la tabla 8.6 se puede concluir que la población que reporta mayor presencia de enfermedades es la perteneciente a los asilos; en cuanto a la atención médica recibida en caso de enfermedad, ambas poblaciones refieren haber acogido la misma en más de 50% de los casos.

En el Cemam, las enfermedades con mayor prevalencia fueron asociadas con: estómago, presentes en 100% de los casos; ojos y oídos con 64%; articulaciones con 33.3%; y hernias con 30.7%.

En los asilos de la ZMG, las enfermedades con mayor prevalencia fueron: estómago, presente en 100% de los casos; ojos y oídos en 52%; enfermedades asociadas con los dientes en 45.3%; articulaciones con 38.7 %; por otra parte, hipertensión y nervios presentan cada una 37.3%.

A partir de lo anterior, podemos concluir que la enfermedad con mayor prevalencia en ambas poblaciones es la relacionada con problemas estomacales, como úlceras, gastritis y colitis, ya que en ambos casos se reportó en algún momento de la vida en toda la población entrevistada; quienes más la padecieron en el último año fue la población de los asilos.

TABLA 8.6 ENFERMEDADES PADECIDAS

Enfermedad	Centro Metropolitano del Adulto Mayor (Cenam)					Asilos ZMG				
	Presentan enfermedad	En el año		Recibe atención		Presentan enfermedad	En el año		Recibe atención	
		Sí	No	Sí	No		Sí	No	Sí	No
Articulación	33.3	92	8	75	25	38.7	82.8	17.2	55.2	35.8
Pulmones	20	73.3	26.7	92.9	7.1	29.3	69.6	28.9	82.6	17.4
Ojos, oídos	64	85.4	14.6	73.9	26.1	52	89.7	10.3	63.2	36.8
Hipertensión	8	100	0	83.3	16.7	37.3	100	0	85.3	14.7
Nervios	6.7	100	0	20	80	37.3	88.9	11.1	55.6	44.4
Diabetes	2.7	100	0	100	0	17.6	100	0	100	0
Corazón	1.3	0	100	100	0	14.7	61.5	38.5	84.6	14.3
Riñones	100	33.3	66.7	66.7	33.3	10.7	75	25	75	25
Hígado	14.9	0	100	100	0	6.8	50	50	66.7	33.3
Estomago	22.7	80	20	88.6	11.4	100	96.7	3.3	80	20
Vesícula biliar	14.9	27.3	72.2	88.9	11.1	20	40	60	86.7	13.3
Osteoporosis	22.7	94.1	5.9	82.4	17.4	22.7	84.2	15.8	82.4	17.6
Epilepsia	1.3	100	0	100	0	4	100	0	100	0
Hepatitis	2.7	0	100	100	0	8	33.3	66.7	83.3	16.7
Piel	13.3	80	20	44.4	55.6	13.3	87.5	12.5	75	25
Cáncer	5.3	0	100	100	0	8	33.3	66.7	86.7	14.3
Embolia	6.7	0	100	100	0	10.7	57.1	42.9	100	0
Dientes	32	66.7	33.3	70.8	29.2	45.3	79.4	75.8	75.8	24.2
Próstata	5.3	75	25	75	25	2.7	100	100	100	0
Hernias	30.7	34.8	65.2	66.7	33.3	13.3	83.3	70	70	30
Otro	5.5	60	40	77.8	22.2	1.4	100	87.5	87.5	12.5

CONCLUSIÓN

Las redes de apoyo están estrechamente relacionadas con el bienestar físico y cognoscitivo, en cualquier entorno que viva el adulto mayor (ya sea que asista a un centro de día o esté asilado), ya que, ante lo ya reportado, las personas que asisten al Cemam presentan un estado general más óptimo que quienes habitan en un asilo. Por lo tanto, una tarea fundamental sería promover la creación y el fortalecimiento de estas redes, pues de esta manera se estarían promoviendo mayores niveles de bienestar; este se encuentra directamente vinculado con la emocionalidad de la persona, además de enfatizar que su factor de intervención en cuanto a la disminución de enfermedades es alto.

Es importante resaltar que la diferencia entre ambos tipos de población radica en la vitalidad percibida en los asistentes al centro de día, y el desgaste emocional y relacional en los asilos. Estos factores son notables en la actitud en los adultos mayores. Se puede considerar que los sujetos asilados tienden a sufrir mayores niveles de ansiedad, quizá por la falta de libertad en cuanto a la toma de decisiones, la falta de movilidad y flexibilidad en los horarios y actividades establecidos por cada institución, así como por la ausencia de sentido de pertenencia en algunos. Otro factor que puede estar influyendo en este proceso es la percepción de abandono, el cual pudiera estar involucrado en los procesos de somatización de esta población, pues a nivel inconsciente podría compensar la posible soledad y angustia que viven.

En lo referente a niveles cognoscitivos, consideramos que la disminución de la orientación intra e interestencial puede estar asociada con el desuso, ya que para la mayoría de la población asilada no cambia el espacio ni el tiempo, pues todo está previamente establecido, incluso da la sensación de que no se les incita a ser conscientes del tiempo y espacio en que viven. Esta desconexión podría estar funcionando en ellos como una recompensa psíquica, en donde la negación sería el escape que les impediría reconocer la duración de su estancia en el asilo, así como la imposibilidad de salir de este.

A partir de los análisis y la observación, podemos concluir que las instituciones no cuentan con las herramientas necesarias para cubrir las necesidades del adulto mayor, con un déficit importante sobre todo en las áreas de estimulación y establecimiento de relaciones interpersonales, bajo el argumento de la carencia de personal especializado y de programas adaptados o creados especialmente para la población con deterioro cognoscitivo leve, medio y avanzado, como es el caso de muchos de los adultos mayores que viven en los asilos de México. Estas situaciones marcan grandes diferencias entre ambas poblaciones, debido a que en una se promueve la actividad, independencia, generatividad y conocimiento de sí mismo, mientras que en el caso de los sujetos asilados es lo contrario.

Las instituciones gubernamentales empiezan a preocuparse por generar programas que favorezcan un envejecimiento activo-saludable; sin embargo, los recursos asignados aún son limitados, por lo que su alcance poblacional gira en torno a la misma limitante.

El verdadero reto es comprometernos con una población que día a día va en aumento y que tarde o temprano nos sobrepasará a nivel familiar y social. De acuerdo con Buller (2010), consideramos que es crucial realizar evaluaciones continuas y adecuadas de esta población, pues solo a partir de ahí se podrán generar programas que verdaderamente estimulen, prevengan y promuevan el bienestar cognoscitivo, psicológico y emocional del adulto mayor institucionalizado o que asista a los diversos centros de día. Sobre todo, si somos conscientes de que día a día cada uno de nosotros tenemos mayores posibilidades de llegar a la ancianidad.

Es crucial generar programas de sensibilización que vinculen todas las esferas poblacionales en relación con los procesos de vejez. Se sugiere que estos modelos se focalicen en el fortalecimiento de vínculos, el reconocimiento y la promoción de la experiencia, el reconocimiento y expresión emocional y la creación o reconfiguración del sentido de vida, entre otros. A partir de la reconfiguración colectiva

del concepto y proceso de envejecimiento, se podrá comenzar a vivir una vejez activa, positiva y por ende menos patológica.

REFERENCIAS

- Ávila, M., Vázquez, E. & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Ciencias Holguín*, 8(4), 1-11.
- Beteson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Buller, I. (2010). Evaluación neuropsicológica efectiva de la función ejecutiva. Propuesta de compilación de pruebas neuropsicológicas para la evaluación del funcionamiento ejecutivo. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 4(1), 63-86.
- Campos, A. & Huertas de González, C. (2011). Hacia la comprensión integral de los procesos de vejez y envejecimiento desde las diferentes perspectivas. *Tend. Ret.*, No.16, 111-123.
- Carrillo, M., Valdés, N., Domínguez, M. & Marín, S. (2010). Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. *Universalud*, 6(12), septiembre, 4-10.
- Cruz, O., González, P., Hernández, Y., Ocaña, M. & Olvera, E. (2010). Atención Farmacéutica en el paciente geriátrico (pp. 23-28). *Primer Congreso Nacional de Gerontología. Vejez, interdisciplina y calidad de vida*. Páchuca de Soto, Hidalgo. Recuperado de https://www.academia.edu/3744360/ATENCI%C3%93N_FARMAC%C3%89UTICA_EN_EL_PACIENTE_GERI%C3%81TRICO
- Instituto Nacional de la Mujer (s.f.). *La perspectiva de las mujeres sobre los programas sociales “70 y Más” y “Vive Grande”*. Propuestas de fortalecimiento. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Jalisco/JAL_MA6_dx_2012.pdf
- Estrada, L. (2005). *El ciclo vital de la familia* (pp. 11-29). México: Grijalbo.

- Fernández-Ballesteros, R., Reig, A. & Zamarrón, M. (2009). Evaluación en psicogerontología. En R. Fernández-Ballesteros (Coord.), *Psicología de la vejez* (pp. 37-59). Madrid: Pirámide.
- Gaedicke, A. & González, J. (2010). Somatización y trastorno conversivo: clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Rev. Memoria*, 6, 1-14
- García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: la emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270.
- Hernández, Z., Hernández, O. & Rodríguez, E. (2010). El grupo de ayuda como alternativa para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 47-55.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (Inegi) (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad*. Aguascalientes: Inegi, pp. 1-20.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (Inegi) (1990). XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Conapo. *Proyecciones de la Población de México*, 2010-2050.
- Lobo, A. Saz, P. & Roy, J.F. (s.f.). *Deterioro cognoscitivo en el anciano*. Recuperado de <http://www.fcs.uner.edu.ar/libros/archivos/ebooks/Envejecimiento/Envejecimiento,HTA%20yDeterioroCognitivo/o4CAPITU.pdf>, pp. 99-123.
- Machado, R., Bazán, M. & Izaguirre, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *Rev. MEDISAN*, 18(2). Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/sano3214.htm
- Mendoza, V. (2003). Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en la vejez en el contexto de pobreza. En *Envejecimiento en la pobreza; género, salud y calidad de vida* (pp. 58-80). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

- Montes de Oca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Renglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 62, 160-181.
- Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. *Rev. Med. Colima*, 17(1), 55-63.
- Pérez, L., Oropeza, R., López, J. & Colunga, C. (2014). Psicogerontología y trabajo anticipado del envejecer. *Rev. Iberoamericana de Ciencias*, 1(2), 3-10.
- Pérez, R. (2009). Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico. *Geroinfo*, 4(1), 1-22. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/fobia_adultos_mayores.pdf
- Rodríguez, A., Valderrama, L. & Molina, J. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, No.25, enero-junio, 246-258.
- Tordjman, G. (2002). *Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas*. Barcelona: Gedisa, pp. 15-108.
- Valdés, M. (2000a). Estado de ansiedad. En *Psicobiología de los síntomas psicosomáticos* (pp. 90-93). Barcelona: Masson.
- Valdés, M. (2000b). La somatización. En *Psicobiología de los síntomas psicosomáticos* (pp. 40-50). Barcelona: Masson.
- Vallejo, J.M. & Rodríguez, M. (2010). Prevalencia del deterioro cognoscitivo leve en mayores institucionalizados. *Gerokomos*, 21(4), 153-157.