

## **Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara**

*Index of functional capacity, anxiety and depression in a sample of older adults from Santa Clara*

**Elizabeth Jiménez-Puig<sup>1</sup>**

**Zoylen Fernández-Fleites<sup>2</sup>**

**Yunier Broche-Pérez<sup>3</sup>**

**José Carlos León-Ramos<sup>4</sup>**

**Giselle Rodríguez-Carvajal<sup>5</sup>**

**Roxana Rodríguez-Martín<sup>6</sup>**

**Brayan Deivi Pérez-Leiva<sup>7</sup>**

---

<sup>1</sup> Elizabeth Jiménez-Puig. Licenciada en Psicología. Máster en Psicopedagogía. Profesora Asistente. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-Mail: [elizabethjp@nauta.cu](mailto:elizabethjp@nauta.cu) <https://orcid.org/0000-0002-7683-6096>

<sup>2</sup> Zoylen Fernández-Fleites. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Médica. Profesora Instructora. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-Mail: [zfernandez@uclv.cu](mailto:zfernandez@uclv.cu) <https://orcid.org/0000-0001-9739-2746>

<sup>3</sup> Yunier Broche-Pérez. Licenciado en Psicología. Máster en Psicología Médica. Doctor en Ciencias Psicológicas. Profesor Titular. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-Mail: [yunierbp@uclv.edu.cu](mailto:yunierbp@uclv.edu.cu) <https://orcid.org/0000-0002-3450-7374>

<sup>4</sup> José Carlos León-Ramos. Estudiante de Psicología. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-mail: [josedavid.leon@nauta.cu](mailto:josedavid.leon@nauta.cu) <https://orcid.org/0000-0003-0623-5970>

<sup>5</sup> Giselle Rodríguez-Carvajal. Estudiante de Psicología. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-Mail: [grcarvajal@uclv.cu](mailto:grcarvajal@uclv.cu) <https://orcid.org/0000-0002-4121-4967>

<sup>6</sup> Roxana Rodríguez-Martín. Estudiante de Psicología. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-Mail: [roxanarm@nauta.cu](mailto:roxanarm@nauta.cu) <https://orcid.org/0000-0003-1804-2754>

<sup>7</sup> Brayan Deivi Pérez-Leiva. Estudiante de Psicología. Departamento de Psicología. Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. E-Mail: [brayann@nauta.cu](mailto:brayann@nauta.cu) <https://orcid.org/0000-0001-8392-5110>

Recibido: 12 de junio de 2020

Aceptado: 3 de mayo de 2021

Publicado: 31 de julio de 2021

Cómo citar este artículo:

Jiménez-Puig, E. et al (2021). Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Novedades en Población*, 17 (33). <http://www.novpob.uh.cu>.

### Resumen

El objetivo del presente trabajo fue caracterizar la capacidad funcional, la ansiedad y la depresión en un grupo de adultos mayores en el municipio de Santa Clara. La muestra estuvo conformada por 69 ancianos pertenecientes al Hogar de Ancianos 1 "Marta Abreu", la Casa de Abuelos 2 "Camilo Cienfuegos", adultos mayores que cursan la Universidad del Adulto Mayor en Santa Clara y adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia, número 19. La muestra presentó características homogéneas, existiendo un equilibrio entre la cantidad de hombres y mujeres. La evaluación se llevó a cabo, en un primer momento, mediante la aplicación del Índice de Barthel, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung. Posteriormente se emplearon entrevistas semiestructuradas para la etapa cualitativa del proceso, que permitió profundizar en los indicadores de ansiedad y depresión en parte de la muestra. Los principales resultados ofrecidos por el estudio fueron que en la mayoría de los sujetos de la muestra existió presencia de independencia funcional. También que la gran parte de la selección muestral no presentó índices elevados de ansiedad o depresión debido a factores como la existencia de redes de apoyo y la interacción social. Se evidenció una relación entre el sexo femenino y mayores índices de ansiedad y depresión; también se observó una relación entre la no existencia de redes de apoyo y la independencia funcional, así como la disminución de los índices ansiosos y depresivos cuando el anciano cuenta con adecuada interacción familiar.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, capacidad funcional, adulto mayor

### Abstract

*The objective of the present study was to characterize functional capacity, anxiety and depression in a group of older adults in the municipality of Santa Clara. From an intentional sampling and the determination of criteria for the conformation of the sample, this was formed by 69 elders belonging to the Home of Elders 1 "Marta Abreu", the House of Grandparents 2 "Camilo Cienfuegos", seniors who attend the University of the Elderly in Santa Clara and senior citizens belonging to the Family Medical Office 19. The sample presents homogeneous characteristics, there being a balance between the number of men and women. The evaluation was carried out, at first, by the application of the Barthel Index, the Geriatric Depression Scale and the Zung Anxiety Self-Assessment Scale. Subsequently semi-structured interviews were used for the qualitative stage of the process, which allowed deepening the indicators of anxiety and depression in part of the sample. The main results offered by the study were that in the majority of the subjects in the sample there is a presence of functional independence. Also, the great part of the sample selection does not present high rates of anxiety or depression due to factors such as the existence of support networks and social interaction. A relationship between female sex and higher rates of anxiety and depression was evidenced. A relationship was also observed between the non-existence of support networks and functional independence, as well as the reduction of anxious and depressive indices when the elderly has adequate family interaction.*

**Key Words:** *anxiety, depression, functional capacity, older adult*

### **Introducción**

El envejecimiento poblacional es un fenómeno natural y social que incumbe a todos. Es fruto del desarrollo de la humanidad. Se afirma que el organismo humano está diseñado para vivir más de 100 años. No obstante, el reto consiste en garantizar la calidad de la vida (Zaidi, 2008).

Este fenómeno no resulta exclusivo de las sociedades modernas, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina. En este siglo existe una situación similar: cada vez son más las personas que sobrepasan las barreras cronológicas establecidas como etapas de vejez, que convierten al envejecimiento poblacional en un reto para las sociedades modernas. Esto considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad,

## NOVEDADES EN POBLACIÓN

---

<http://www.novpob.uh.cu>

se transforma en un problema si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan (Valencia, 2012).

En el mundo, las personas mayores de 60 años aumentaron en el siglo XX, desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en la de los años 90 del propio siglo; estimándose que para el 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos, constantemente se incrementa el grupo de los *muy viejos*, o sea, aquellos mayores de 80 años, quienes en los próximos 30 años constituirán el 30% de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12% para los de menor desarrollo; por ejemplo, en Italia se estima que habrá más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el 2024 y en China en el 2050, 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años (García y Alfonso, 2010).

En América Latina existe un incremento sostenido en la proporción y número absoluto de personas de 60 años y más. El proceso de envejecimiento continuará incrementándose de manera acelerada en los próximos años, sobre todo en el período 2010-2030, cuando el crecimiento del segmento de 60 años y más será del 2,3%. Si bien este crecimiento disminuirá al 1,5% en el 2030-2050, continuará como la más elevada entre el conjunto de grupos de población (García y Alfonso, 2010).

Se considera que es la primera vez en la historia de la humanidad en que un gran número de personas llegan a la ancianidad. Es evidente que todo este proceso ha provocado un determinado impacto en ciertos sectores estratégicos de la estructura social, entre los que se encuentran el sistema educacional y de salud. Cuba no ha sido una excepción en ese sentido. Hasta hace unos pocos años, no existía ninguna tradición geriátrica ni de profesionales que se dedicaran específicamente al anciano, los cuales se atendían en los diferentes servicios conjuntamente con los adultos jóvenes a pesar de las particularidades propias del proceso de envejecimiento (Zaidi, 2008).

En Cuba, la primera etapa del proceso de envejecimiento se ubica en los inicios de la década del 70, exactamente en 1972; pero no es hasta 1978 que la población de 60 años y más rebasa el 10% respecto a la población total. En la actualidad, la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 75 años; a los 60 años es más de 20 años y a los 80 años es más de 7,6 años. Es por ello que el envejecimiento en Cuba constituye el principal problema demográfico, con cifra que alcanza 18,3% de la población con 60 años y más, se espera que para el 2025 este grupo alcance más del 25% de la población total, siendo uno de los países más envejecidos de América

Latina, también se estima que en 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años se duplicará, se espera que el número de personas de 60 años o más aumente de 605 millones a 2000 millones en ese mismo período (García y Alfonso, 2010).

El envejecimiento, desde una perspectiva procesual, se considera que es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que se modifican con la aparición de patologías que contribuyen en gran medida a la pérdida de determinadas capacidades y habilidades. Ello representa, en muchos casos, una dificultad social y económica para quienes los rodean, sobre todo en unidades familiares donde se ha perdido la dimensión del rol tradicional del adulto mayor como consejero y poseedor de experiencia, la cual se ha ido transformando en una aportación asociada al cuidado de los niños y al quehacer doméstico, que en definitiva son contribuciones fundamentales para el desarrollo del hogar, pero poco valorados (Morales, 2002).

Debido a lo anterior, se considera que, de todas las etapas evolutivas, la vejez es la que más limitaciones provoca en los seres humanos, pues en ella comienzan a perderse diferentes capacidades, tanto intelectuales como físicas, las cuales comienzan a acentuarse a partir de los 60 años (Valencia, 2012).

La vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano. A los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, se suman numerosas e importantes pérdidas que van a afectar al individuo mayor, no sólo a sus emociones, sino también a su condición física y a su situación social. El adulto mayor debe adaptarse progresivamente al cambio —pérdida— del rol laboral con la llegada de la jubilación, muchas veces acompañada de pérdidas económicas. Se impone, al tiempo, un cambio en el rol familiar pasando de padres y cabezas de familia al papel de abuelos, generalmente con menor participación autónoma en la dinámica familiar. Estas pérdidas incluyen, por supuesto, duelos frecuentes por amigos, seres queridos, en ocasiones muy dolorosos, como la sobrevivencia a los hijos o la viudez y soledad de los más longevos. Todo ello obliga a una reestructuración adaptativa que, dependiendo de las características de personalidad previa de cada individuo, tendrá más o menos riesgo de fracasar (Morales, 2002).

El adulto mayor no es, ni mucho menos, ajeno a esta realidad, y los trastornos de ansiedad y depresión, constituyen un problema de primera magnitud en la población mayor de 65 años. La depresión en el adulto mayor, con sus características especiales

y su enorme polimorfismo clínico, se presenta cada vez con más frecuencia en las consultas de Atención Primaria y Especializada. La depresión se instala hoy como uno de los factores más importantes en el proceso de atención geriátrica, en cuanto a la importancia de la prevención, las diferencias en la etiopatogenia, la complejidad diagnóstica y terapéutica, y el alto riesgo asociado de incapacidad, con grave afectación de la calidad de vida desde el inicio (Morales, 2002).

De este modo, la depresión y la ansiedad son más frecuentes de lo imaginado en el adulto mayor, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social, que a su vez están muy relacionados con la capacidad funcional o independencia del adulto mayor para una mejor calidad de vida (Feraz, 2005).

En este sentido, al ser considerada la provincia de Villa Clara una de las más envejecidas de Cuba, y tomando como referente las características propias de esta etapa evolutiva, resulta conveniente el estudio de la capacidad funcional, la ansiedad y la depresión en un grupo de adultos mayores. Ello contribuiría a potenciar las intervenciones psicológicas en este campo, así como también potenciaría las labores de prevención. En suma, se estaría contribuyendo a mejorar la calidad de vida de este sector poblacional que, en la actualidad, es superior a los restantes segmentos de la población cubana. Es por ello que, ante la problemática planteada con anterioridad, surgió la necesidad de estudiar los índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión, presentes en una muestra de adultos mayores del municipio de Santa Clara.

### **Desarrollo**

La postura metodológica utilizada para la presente investigación fue el enfoque mixto. Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada —metainferencias y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio— (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El alcance investigativo fue exploratorio-descriptivo. Los estudios descriptivos buscan definir conceptos, variables y componentes relacionados con determinado fenómeno y

recolectar datos sobre el tema. Esta modalidad de investigaciones busca describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos para detallar cómo son y se manifiestan. Su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas, sino que pretenden medir y recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables estudiadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El tipo de diseño empleado fue el explicativo secuencial (DEXPLIS). El diseño se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. La segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. Un propósito frecuente de este modelo es utilizar resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Etapas del diseño de investigación**

#### **Etapas 1: Revisión bibliográfica de temas a investigar**

Objetivo: Recopilar desde las principales fuentes de información especializada, los temas a abordar en la investigación.

Fue la etapa inicial del diseño de investigación, donde se procedió a la revisión del tema. Se tuvo acceso a información relevante en cuanto a la adultez mayor como etapa del desarrollo y las principales dificultades que en ella se presentan. De ahí que, se accediese a las características que presentan la ansiedad y la depresión en este grupo etario, así como los indicadores que son actualmente considerados para la determinación de la capacidad funcional en el adulto mayor.

#### **Etapas 2: Evaluación de la capacidad funcional, la ansiedad y la depresión**

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional, y la presencia de ansiedad y depresión en la muestra seleccionada.

Esta etapa constituyó la recolección de datos cuantitativos mediante la aplicación de instrumentos de evaluación cuyo objetivo esencial fue determinar la capacidad funcional de los adultos mayores, así como la presencia de ansiedad y depresión. En

esta fase, los datos recolectados se procesaron mediante el empleo del paquete estadístico SPSS. Los resultados obtenidos en los diferentes ítems que resultaron relevantes debido al alta —o baja— incidencia en la muestra, se constituyeron en los indicadores de una entrevista psicológica semiestructurada que permitió la profundización en dichos aspectos.

### **Etapas 3: Profundización en ítems relacionados a la vivencia de ansiedad y depresión**

Objetivo: Profundizar en diferentes aspectos relacionados a la vivencia de ansiedad y depresión en el adulto mayor.

En esta última fase de investigación se procedió con la aplicación de una entrevista psicológica semiestructurada a una parte del total muestral a fin de profundizar en aquellos aspectos que resultaron relevantes en cuanto a la vivencia de ansiedad y depresión. Los datos obtenidos se analizaron mediante el método de análisis de contenido. Fue esta etapa la que se caracterizó por el tratamiento de los datos cualitativos en la investigación, los cuales ampliaron el conocimiento que se obtuvo de la etapa anterior.

### **Muestra investigativa**

La población investigativa la constituyeron todos los adultos mayores de Santa Clara. La muestra estuvo conformada por un total de 69 adultos mayores hasta el momento —investigación en curso—. Para ello, fueron conformados criterios de selección muestral.

Tipo de muestreo

El muestreo fue intencional mediante la determinación de criterios de conformación de la muestra. Participaron adultos mayores pertenecientes al Hogar de Ancianos #1 "Marta Abreu"; la Casa de Abuelos #2 "Camilo Cienfuegos"; adultos mayores que cursan la Universidad del Adulto Mayor en Santa Clara; y adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia #19.

Criterios de selección muestral:

Criterios de inclusión:

- Pertenecer al Hogar de Ancianos #1 "Marta Abreu"; la Casa de Abuelos #2 "Camilo Cienfuegos"; adultos mayores que cursan la Universidad del Adulto Mayor en Santa Clara; y adultos mayores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia #19.
- Ofrecer el Consentimiento Informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Manifestar el deseo de no participar voluntariamente en la investigación.
- Padecimiento de dificultades visuales, auditivas y/o motrices que impidiesen la evaluación mediante el empleo de los instrumentos.

Criterios de salida:

- Sesiones incompletas.
- Abandono voluntario del proceso investigativo.

### Definición conceptual y operacional de las variables

Conceptualmente, las variables quedaron definidas de la siguiente manera:

Capacidad funcional: relacionada con diferentes funciones que desempeña el organismo como lo es el esfuerzo respiratorio, la función cardiovascular, muscular, renal, hepático entre otros. Se trata de la capacidad de un individuo de funcionar de manera exitosa con ajuste a sus condiciones de vida y el estimado de su edad cronobiológica (Mahoney y Barthel, 1965).

Ansiedad: fenómeno que se produce en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la actuación al medio social, laboral o académico. Tiene una importante función de movilización frente a situaciones amenazantes. Es una respuesta emocional de los sujetos antes de acciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas (Lazarus, 1966).

Depresión: considerada como una respuesta emocional frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 1992) (tabla 1).

**Tabla 1: Operacionalización de variables**

Operacionalización de variables				
Variable	Instrumento	Dimensiones	Indicadores	Puntos de corte

## NOVEDADES EN POBLACIÓN

<http://www.novpob.uh.cu>

Capacidad funcional	Índice de Barthel	Válido (a) por sí mismo (a)	No presencia de incapacidad funcional	80-100
			Incapacidad funcional moderada	60-79
		Necesidad de asistencia y cuidado	Incapacidad funcional grave	45-59
			Incapacidad funcional severa	0-44
Ansiedad	Escala de Autovaloración de Ansiedad de Zung	Ansiedad como estado	No hay presencia de ansiedad	0-50
			Ansiedad leve	51-59
			Ansiedad moderada	60-69
			Ansiedad intensa	70-100
Depresión	Escala de Depresión Geriátrica	Depresión	No hay presencia de depresión	0-5
			Indicativo de depresión	6-10
			Presencia de depresión	11-15

Fuente: Elaboración de los autores

### Instrumentos de evaluación

- **Índice de Barthel**

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional.

Descripción: el IB es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar. Su aplicación es de bajo costo y es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes. Las molestias son escasas, pues requiere que el paciente realice algunas actividades básicas o bien que se le observe en su quehacer cotidiano. Para los encargados las molestias son también escasas (Mahoney y Barthel, 1965).

Procedimientos y calificación: se aplica en un tiempo estimado hasta 10 minutos. Puede ser aplicado por profesionales de la rehabilitación o por otros del campo de la salud, y por entrevistadores entrenados. También puede ser autoadministrada, valorada por terceras personas, o a través de una entrevista telefónica (Mahoney y Barthel, 1965).

Un paciente que obtiene 100 puntos en el IB mantiene control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste, se levanta de la cama y/o de la silla, se baña por sí mismo, camina al menos una cuadra, y puede ascender y descender por las escaleras.

Esto no significa que él puede vivir solo; puede no ser capaz de cocinar, mantener la casa, y satisfacer al público, pero es capaz de sobrellevarla sin un asistente de salud (Mahoney y Barthel, 1965).

- **Escala de Depresión Geriátrica**

Objetivo: Evaluar la presencia de depresión en adultos mayores.

Descripción: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage y colaboradores, puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo. Se trata de una herramienta breve de 15 preguntas en la que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. La sensibilidad de este instrumento es del 92% y la especificidad es del 89% cuando la evaluación se realiza con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica (Yesavage, Brink, Rose, Lum y Huang, 1982).

Procedimientos y calificación: de los 15 puntos totales a obtener, 10 son indicativos de la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indican depresión cuando se responden negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. Se puede completar en 5 a 7 minutos (Yesavage, et al., 1982).

- **Escala de Ansiedad de Zung**

Objetivo: Evaluar la presencia de ansiedad como estado.

Descripción: la Escala de ansiedad de Zung (*Self-Rating Depression Scale, SDS*), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas ansiosos, de base empírica. Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80) en la fiabilidad dos mitades, índice de Cronbach entre 0,79 y 0,92. Consta de 20 ítems relacionados con la presencia de ansiedad, y las posibilidades de respuesta se consideran escalas en las cuales el participante selecciona su respuesta entre *nunca, con frecuencia, casi siempre y siempre* (Zung, 1965).

Procedimientos y calificación: la aplicación del instrumento puede realizarse en un tiempo aproximado de 15 minutos. Los puntajes brutos obtenidos son llevados a una tabla de conversión de puntuaciones, en la cual se obtiene el índice de ansiedad. Dicho

índice es interpretado en niveles de ansiedad leve, moderada, severa; o puede resultar en la ausencia de síntomas ansiosos (Zung, 1965).

### **Análisis de datos**

Los datos cuantitativos fueron analizados mediante el empleo del paquete estadístico SPSS en su versión 22.0. Para el análisis se hizo uso de la estadística descriptiva, esencialmente mediante tablas de frecuencia y contingencia. Los datos cualitativos se analizaron mediante el método de análisis de contenido.

### **Procedimientos éticos**

En un primer momento se llevó a cabo el proceso de negociación en las instituciones en las cuales se desarrolló la investigación. Posteriormente, se procedió con la firma del Consentimiento Informado por parte de los participantes en la investigación.

### **Procedimientos Investigativos**

En un primer momento fueron aplicados los instrumentos de evaluación de la capacidad funcional, la ansiedad y la depresión. Los datos cuantitativos arrojados por estas pruebas fueron analizados mediante el empleo del paquete estadístico SPSS en su versión 22.0. En un segundo momento fue seleccionada una parte de la muestra basándose en aspectos relevantes en cuanto a los índices de depresión mostrados en la etapa anterior; a este grupo se le aplicó una entrevista semiestructurada con el objetivo de profundizar en estos aspectos. Los datos cualitativos obtenidos se estudiaron mediante el método de análisis de contenido.

## **Análisis y discusión de resultados**

### **Variables sociodemográficas**

El total muestral estuvo compuesto por un total de 69 adultos mayores. Se llevó a cabo un análisis de frecuencia en cuanto a la edad de los participantes. Dada la heterogeneidad de edades presentes en la muestra, se decidió establecer una serie de rangos en cuanto a la edad. Dicho análisis de muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2: Distribución muestral por edades**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-70 años	22	31.9
71-80 años	28	40.6

## NOVEDADES EN POBLACIÓN

<http://www.novpob.uh.cu>

81-95 años                      19                      27.5

*Fuente: Datos sociodemográficos de los instrumentos*

Como se muestra en la Tabla 2, el rango de edad que mayor incidencia tuvo en la muestra, fue el de 71-80 años, representado en un 40,6% del total muestral (28 adultos mayores). Le siguió el rango de 59-70 años (22 participantes); y finalmente, el rango de 81-95 años representado por el 27,5% del total muestral. De manera general, la muestra estuvo compuesta en su mayoría, por adultos mayores con edades comprendidas entre los 59 a los 80 años de edad. Se realizó, además, un análisis descriptivo de frecuencia atendiendo al sexo de los participantes. Este análisis se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3: Distribución del sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	32	46.4
Masculino	37	53.6

*Fuente: Datos sociodemográficos de los instrumentos*

En cuanto al sexo de los participantes de la muestra, la variable sexo se manifestó de forma bastante homogénea. De esta forma, se trabajó con 32 sujetos del sexo femenino, lo que representa un 46.4% y con 37 sujetos del sexo masculino, siendo estos el 53.6% del total (ver tabla 3). También se desarrolló un análisis descriptivo en función del nivel de escolaridad alcanzado por los participantes de la muestra (tabla 4).

**Tabla 4: Nivel de escolaridad alcanzado**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Primario	16	23.1
Secundaria Básica	21	30.4
Preuniversitario o Técnico Medio	17	24.6
Superior	15	21.7

*Fuente: Datos sociodemográficos de los instrumentos*

Teniendo en cuenta el nivel de escolaridad de los sujetos, la mayoría del total muestral presentó un nivel de escolaridad de Secundaria Básica vencida (21 participantes; representando ello el 30,4%). Seguido de ello, se presentó el nivel de Preuniversitario o Técnico Medio alcanzado (17 participantes). El 23,1% del total muestral alcanzó el

nivel Primario de escolarización (16 sujetos), mientras que, la minoría de la muestra, alcanzó el nivel Superior de enseñanza (21,7% del total). Puede establecerse que, en cuanto a la variable nivel de escolaridad, la muestra también mostró ciertos niveles de homogeneidad.

**Tabla 5: Existencia de redes de apoyo**

	Frecuencia	Porcentaje
Existe	40	58.0
No existe	29	42.0

*Fuente: Datos sociodemográficos de los instrumentos*

La tabla 5 muestra el análisis descriptivo llevado a cabo en función de la existencia de redes de apoyo social. De acuerdo con la frecuencia con la cual se manifestó la existencia de redes de apoyo, más del 50% de la muestra manifestó contar con redes de apoyo. De esta manera, el 58% de los participantes, manifestó la existencia de personas que los apoyan y se comportan en calidad de cuidadores (40 sujetos). No obstante, el restante 42% manifestó no contar con personas que los apoyen en su vida cotidiana (29 sujetos).

### **Capacidad funcional, depresión y ansiedad**

La tabla 6 muestra el análisis llevado a cabo en función de la capacidad funcional de los participantes. Como se observa, el 97,1% de los sujetos que formaron parte de la muestra, presentaron altos niveles de capacidad funcional (67 participantes); mientras que, el 2,6%, presentaron incapacidad funcional (2 sujetos).

**Tabla 6: Distribución de la capacidad funcional**

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de incapacidad funcional	67	97.1
Incapacidad funcional moderada	2	2.6

*Fuente: Datos sociodemográficos de los instrumentos*

De acuerdo con los datos mostrados en la Tabla 6, podría establecerse que la muestra con la cual se investigó, resultaron ser en su mayoría, adultos mayores con altos niveles de capacidad funcional. Ello es indicativo de las posibilidades reales con las que cuentan los participantes para desarrollar tareas de la vida cotidiana y valerse por sí mismos. Llevó a cabo el análisis descriptivo en función de la presencia de depresión en los adultos mayores que conformaron la muestra. Dicho análisis se muestra en la tabla 7.

**Tabla 7: Índices de depresión**

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de depresión	de 58	84.1
Indicativo de depresión	de 10	14.5
Presencia de depresión	de 1	1.4

*Fuente: Escala de Depresión Geriátrica*

Como se muestra en la tabla 7, más del 50% del total muestral, mostró índices que indicaron la ausencia de depresión (84,1%, lo cual representa un total de 58 participantes). Solamente 10 sujetos pertenecientes a la muestra, mostraron índices indicativos de depresión (14,5%); mientras que el 1,4% presentó índices de depresión (1 participante). De este modo, pudiera establecerse que en la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra, no existían índices de depresión. Este mismo análisis fue llevado a cabo en función de la variable ansiedad. Los resultados se muestran en la tabla 8.

**Tabla 8: Índices de ansiedad**

	Frecuencia	Porcentaje
Ausencia de ansiedad	de 65	94.2
Ansiedad leve	2	2.9
Ansiedad moderada	2	2.9

*Fuente: Escala de Ansiedad de Zung y Zung*

Como se indica en la tabla 8, 65 participantes del total muestral, mostraron ausencia de ansiedad, lo cual representó el 94,2%. La ansiedad leve y moderada se presentó en dos participantes respectivamente, representando en ambos casos, el 2,9%. Podría entonces establecerse, que se trabajó con una muestra compuesta por adultos mayores en su mayoría válidos por sí mismos, ausencia de depresión y ansiedad.

### **Unidad de análisis-Importancia de las redes de apoyo**

Al adentrarnos en este indicador se observó que la mayoría de los sujetos que cuentan con redes de apoyo muestran menores características que indiquen depresión pues se observan positivos y alegres, ya que alegan que estar con sus familiares y amigos les produce un estado de placer, el cual, a su vez evita que enfermedades como la depresión se presenten en ellos. Por su parte los individuos que no cuentan con redes de apoyo, muestran mayores índices de características depresivas, pues al referirse al tema su tono de voz, sus gestos y sus posturas corporales denotaban tristeza, aunque su lenguaje verbal indicaba conformidad, las observaciones realizadas no arrojan coherencia entre las palabras y las expresiones corporales. También se percibe un resultado similar con respecto a la ansiedad pues parece indicar que contar con redes de apoyo es un factor que disminuye las posibilidades de presentar signos ansiosos, pues en el área familiar e interpersonal, compartir con los demás contribuye en los sujetos evaluados a un desarrollo psicológico óptimo. Sin embargo, los sujetos que demostraron posibles signos que indiquen ansiedad, como impaciencia o sudor en las manos, fueron los que no presentaban redes de apoyo, pudiendo indicar esto que la presencia de estas es un factor que influye directamente sobre la ansiedad y la depresión. Aunque los sujetos no lo consideren necesario, los resultados obtenidos indican que los individuos con mayor interacción familiar y social que los apoyen, presentan menos indicadores ansiosos y depresivos.

### **Unidad de análisis-Satisfacción personal con la vida**

Se evidencia que este indicador es un factor clave para determinar la presencia de indicadores de ansiedad y depresión. Los sujetos que presentan satisfacción con su vida personal por haber cumplido sus metas y expectativas en el pasado y el presente, se muestran conformes y animados, lo cual indica que no presentan rasgos ansiosos o depresivos. Sin embargo, en los sujetos que no cumplieron totalmente sus metas se

evidencia cierto grado de frustración y, a pesar de que no lo expresen con palabras, nuevamente su lenguaje extraverbal demuestra que pueden existir ciertos indicios de ansiedad e incluso depresión. Por otra parte, la menor cantidad de ellos expresa que no posee satisfacción con su vida actual porque no cumplieron sus propósitos, en estos casos sí se evidencia claramente la presencia de factores que pueden indicar depresión pues en casos particulares se pudo observar llanto, acompañado de sollozos, cabezas bajas y angustia en otros casos. También puede existir relación de estos casos puntuales con la ansiedad ya que sus manos se mostraban intranquilas y sudaban, además intentaban hablar lo menos posible demostrando el pesar que les causa hablar del tema.

### **Unidad de análisis-Estado de ánimo habitual**

Con relación a este indicador, existen un predominio de personas que afirman sentirse la mayor parte del tiempo animados, evidenciándose como principales causas el establecimiento de las relaciones interpersonales con coetáneos y familiares, la realización de actividades diarias en las que se puedan desempeñar, provocándoles un sentimiento de bienestar. Aunque con menor frecuencia que las causas antes mencionadas, también coincidieron muchos de los ancianos, en la satisfacción que sentían por el cumplimiento de las metas que se habían propuesto en su vida, elementos que disminuyen la presencia de ansiedad y una posible depresión en estos adultos mayores. Sin embargo, hubo ancianos que manifestaron sentirse *angustiados*, *vulnerables* y *solos*, exponiendo como principales causas de estas sensaciones un declive del estado de salud, limitándolos a realizar muchas actividades que antes desempeñaban, pudiendo esto estar provocando a su vez un estado de malestar emocional. Otra de las causas más comunes mencionadas por los sujetos fue el aislamiento social, destacando el papel de la familia y otros allegados como ejes principales de esta causa. Ante estas observaciones se pudo inferir que dichos adultos mayores que sufren estas sensaciones pueden estar experimentando un estado de ansiedad y cierto grado de depresión.

### **Unidad de análisis-Sentido de la felicidad**

En las entrevistas se observó un punto en común entre todos los participantes, siendo este las relaciones interpersonales, haciendo énfasis en la familia y coetáneos, como

ejes principales en los cuales giran el sentido de su felicidad. La mayoría de los adultos mayores entrevistados mantienen una adecuada relación con sus familiares, mostrándose la mayor parte del tiempo, optimistas y animados, pues cuentan con el apoyo y los cuidados por parte de estos, pudiendo inferir que la presencia de redes de apoyo es un elemento fundamental en la ausencia de depresión en este grupo de ancianos. Otro factor que da sentido a la felicidad de los sujetos estudiados es la participación en diversas actividades, pudiendo ofrecerles un sentimiento de utilidad e independencia a estas personas, aspectos que son importantes para evitar un estado de ansiedad o depresión. Por el contrario, el resto de los participantes presentan una inadecuada relación con sus familiares mostrándose pensativos en el momento de mencionar este indicador, e incluso llegaron a verbalizar que *la felicidad completa no existe, solo existen los pequeños momentos felices*, haciendo referencia a las relaciones que mantuvieron o que desearían mantener con sus familiares como esencia de esos *pequeños momentos*, proyectándose durante las entrevistas desanimados, angustiados y en casos puntuales hubo presencia de llanto al hablar sobre este tema, existiendo cierto estado depresivo. Por lo que se pudo evidenciar una vez más el papel que posee la familia en el bienestar emocional de los adultos mayores.

### **Unidad de análisis- Sentido de vida**

Se observa un punto de contacto fundamental en todos los sujetos estudiados, el cual es la relación con su familia. En 6 de los 12 casos estudiados, existe una adecuada relación familiar. Estos expresan optimismo ante la idea de seguir vivos con el objetivo de *disfrutar de sus familias*, optimismo que se observa a lo largo de todas las entrevistas, demostrando ausencia de indicadores de depresión. Por el contrario, el resto de los participantes presentan una inadecuada relación con su familia, expresando no tener razones para seguir vivos a causa de la poca atención que estos le brindan o la ausencia por fallecimiento de los mismos. Durante las entrevistas se les puede observar con la cabeza baja, mirada perdida, quejosos ante todo lo que les rodea o les sucede a diario y en casos puntuales se pudo apreciar llanto ante preguntas relacionadas con el área familiar, siendo evidente un estado depresivo. Pudiendo concluir que el contacto con los familiares cercanos es un aspecto esencial en la estructuración del sentido de vida de los adultos mayores.

### **Unidad de análisis-Valoración de la energía vital (disposición para realizar tareas de vida cotidiana y actividades de ocio)**

Al analizar este aspecto en los sujetos estudiados, se pudo llegar a la conclusión de que la capacidad física o el estado de salud actual no son determinantes. La disposición a realizar diversas actividades se ve más influenciada por la presencia o no de depresión. Coincidiendo con los casos destacados en el indicador **sentido de vida**, el contacto familiar es fundamental, debido a que las actividades que expresan realizar con energía y disposición, son agrupadas fundamentalmente en, quehaceres hogareños apoyando a los familiares y actividades de ocio acompañados por los mismos. En los casos de pobres relaciones familiares o ausencia de las mismas, se aprecia una indisposición casi total a realizar cualquier tipo de actividad, a pesar de que en sujetos específicos no existe ningún tipo de incapacidad física. Reiterando la importancia del contacto familiar en los adultos mayores.

### **Discusión de Resultados**

La capacidad funcional evaluada en los 69 adultos mayores se mostró con altos índices de independencia funcional, al contrario de los resultados obtenidos por Bejines, Velasco, García, Barajas, Aguilar, y Rodríguez (2015), de la Universidad de Guadalajara, donde el 72,1% de la muestra presentó algún grado de dependencia funcional. Los ancianos que carecen de redes de apoyo, tienen tendencia a un mejor validismo que aquellos que cuentan con estas. Mientras que, existen niveles más altos de ansiedad cuando no se cuenta con redes de apoyo. Con respecto a lo anteriormente mencionado, Vera (2007) refiere que la calidad de vida de los ancianos está vinculadas al cuidado y apoyo que reciben por parte de su familia que constituye un deber de los mismos y un derecho de las personas de la tercera edad. Respecto a los niveles de ansiedad obtenidos, mostraron ausencia de ansiedad el 94,2%, la ansiedad leve y moderada se presentó en un 2,9% de la muestra respectivamente. Los cuales son resultados similares a los de Acosta y García (2007) donde la minoría presentó niveles altos y moderados de ansiedad. Según los resultados obtenidos por esta investigación, la mayoría de los participantes mostraron ausencia de depresión. Por otro lado, y con respecto a los resultados obtenidos por Acosta y García (2007), se encontró que el 42% mostraban indicadores de depresión y el 58% no lo presentaron, evidenciándose una homogeneidad de este indicador en su muestra.

Luego de la realización de entrevistas semiestructuradas, se obtuvieron como principales resultados, que la ausencia de estables relaciones interpersonales con familiares cercanos y coetáneos, es una de las principales causas para la aparición de indicadores de ansiedad y depresión; observándose claros rasgos que evidencian la presencia de estos, en los casos con ausencia de redes de apoyo. Otro indicador, no tan determinante pero sí influyente, consiste en las condiciones de salud que presentan los adultos mayores, que puedan estar afectando en el desempeño de actividades cotidianas.

### Conclusiones

De acuerdo con los resultados, podría establecerse que en la muestra con la cual se investigó, la mayoría de adultos mayores mostraron altos niveles de capacidad funcional. Ello es indicativo de las posibilidades reales con las que cuentan los participantes para desarrollar tareas de la vida cotidiana y valerse por sí mismos.

Solamente en el 2,9% se identificaron manifestaciones de ansiedad, entre las que se encuentran principalmente impaciencia y sudoración en las manos. De manera similar a la ansiedad, solamente el 14,5% mostraron índices indicativos de depresión y un 1.4% presentó índices de depresión. De este modo, pudiera establecerse que en la mayoría de los sujetos que conformaron la muestra, no existían índices de depresión.

Dentro de las principales manifestaciones de depresión observadas se encuentran la cabeza baja, mirada perdida, quejas ante todo lo que les rodea o les sucede a diario y en casos puntuales se pudo apreciar llanto. Podría entonces establecerse, que se trabajó con una muestra compuesta por adultos mayores en su generalidad válidos por sí mismos y con ausencia de depresión y ansiedad.

### Referencias bibliográficas

- ACOSTA, C.O., GARCÍA, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), pp. 291-300.
- BEJINES, M., VELASCO, R., GARCÍA, L., BARAJAS, A., AGUILAR, L.M., RODRÍGUEZ, M.L. (2015). Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, pp. 9-15.

## NOVEDADES EN POBLACIÓN

---

<http://www.novpob.uh.cu>

- FERAZ, G. (2005). *Una sociedad fuerte que envejece*.  
<http://www.nnc.cubaweb.cu/economia/economia21.htm>
- GARCÍA, R., ALFONSO, M. (2010). *Envejecimiento, políticas sociales y sectoriales en Cuba*. <https://www.cepal.org>
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, M.D.P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Education.
- LAZARUS, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- MAHONEY, F.I., BARTHEL, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 56-61.
- MORALES, A. (2002). *Intervención del Ministro de Trabajo y Seguridad Social*. Intervención presentada en el Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, New York.
- OMS. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Organización Mundial de la Salud.
- VALENCIA, B. (2012). Envejecimiento de la población, un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), pp. 192-194.
- VERA, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med Lima*, 68(3), 284-290.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, pp. 37-49.
- ZAIDI, P.A. (2008). *Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea*. Conferencia presentada en el Centro Europeo de Viena para las Políticas de Bienestar Social e Investigación, Viena.
- ZUNG, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr*, 12, pp. 63-70.