

11241

2 ej 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRIA

*Curt G. A.*

ALUMNO: VICTOR EDUARDO GONZALEZ ARANDA

*Miguel*

DIRECTOR DE TESINA: MIGUEL KRASSOIEVITCH ZIBACH

SUPERVISOR DE ESTADISTICA: NORA CAVAZOS O. *Nora Cavazos O.*

FALLA DE ORIGEN

*Oct 18-1986*

*N.B. F. Adela F.*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INDICE.

1. Título.
2. Justificación.
3. Antecedentes.
4. Planteamiento del problema.
5. Objetivos.
6. Hipótesis.
7. Variables.
8. Unidades de investigación.
9. Diseño de investigación.
10. Técnicas y procedimientos.
11. Recursos.
12. Análisis, interpretación de la información y resultados. Graficas.
13. Discusión.
14. Anexos.
15. Bibliografía.

1. T I T U L O

VALORACION DE LA DEPRESION EN ANCIANOS  
ASILADOS Y EN VIDA COMUNITARIA

## 2. JUSTIFICACION.

Los estudios demográficos recientes registran un aumento importante en la población de edad avanzada, por tanto es indispensable conocer los aspectos psicológicos y psicopatológicos de la vejez. El envejecimiento no es en sí una enfermedad, el límite entre el proceso fisiológico (senescencia) y el envejecimiento (senilidad) no está claramente establecido. El proceso de la senescencia es un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de interacción del organismo: a escala molecular a nivel de la célula y los tejidos, al de los órganos y sus funciones en todo el organismo, a nivel de la personalidad y a nivel de los grupos humanos. Es necesario estudiar los diversos aspectos de la vejez: biológicos, sociales, económicos y médicos para poder entender al anciano.

Los resultados del X censo general de población y vivienda realizado en la República Mexicana en el mes de junio de 1980 y que aparecieron en agosto de 1981, mencionan que somos 67 382 581 habitantes a nivel nacional, de los cuales 33 295 260 son hombres y 34 087 321 son mujeres. Que la población de más de 60 años asciende a 4 142 916, incluyendo a los habitantes que no mencionaron su edad, de éstos 1 907 son hombres y 2 172 084 son mujeres, representando el 6.15% de la población total. Desde hace décadas México ha tenido una alta tasa de natalidad, que ha traído como consecuencia que la mayoría de su población sea relativamente joven; sin embargo, por los avances en los servicios de seguridad y asistencia

sociales en general, la esperanza de vida al nacimiento ha venido aumentando, lo cual resulta evidente si se toma en consideración que en el año de 1930 esta era de 36.9 años, mientras que en 1970 aumento a 61.9 y que en 1980 creció a 66.6 años, y se espera para el año 2000 se continúe incrementando hasta llegar a contar con una esperanza de vida de 70 años. Dentro del área internacional, nuestro país ocupa el número 44 con mayor promedio de vida en el mundo y esto nos presenta un panorama significativo, pues aunque no somos un país con mayor esperanza de vida, si ocupamos un lugar intermedio, por encima de muchos otros. Las anteriores consideraciones nos sirven de fundamento para estimar que en nuestro país esta ocurriendo el fenómeno de la población creciente, y que los grupos menores de edad son los que actualmente dominan, pero conforme pasan los años y siga operando una disminución de las tasas de natalidad, los grupos mayores de 60 años se incrementarán. En la actualidad 1 123 177 habitantes tienen entre 60 y 64 años y 2 818 399 son de 65 años y más.

Por otro lado, la población económicamente activa mayor de 12 años fue de 23 644 684 habitantes que manifestaron tener ocupación, mientras que los inactivos son 18 974 971 que, con los que no especificaron su ocupación hacen un total de 44 049 461. De este sector 1 122 177 habitantes están entre los 60 a 64 años y de ellos 66 407 manifestaron tener actividad, y no tenerla 441 504. Del grupo de 65 años y más que resultan ser 2 818 388 solo están activos 1 506 372, mientras que 1 257 519 no tienen actividad. (...4).

### 3. ANTECEDENTES.

La importancia y características especiales que rodean las situaciones de salud y enfermedad en el anciano, nos invita al conocimiento excelso de los múltiples factores que que interfieren en la aparición de enfermedades, especialmente en el grupo de edad que nos concierne. Los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, de protección social y de salud constituyen un contexto para su estudio y la evaluación de éstos nos llevará a una mejor comprensión y esclarecimiento de los problemas que aquejan al anciano.

Podríamos decir que la depresión es el tema central de la patología del envejecimiento. Las pérdidas sucesivas debidas a las frustraciones de la realidad ( pérdida del trabajo, de la eficiencia física, lutos etc.) conducen naturalmente a la depresión, vale decir a la tristeza, al desorden al desempeño. (...18 ).

Busse afirma, que el nivel socio económico afecta la frecuencia de episodios depresivos; el grupo de ancianos con menores ingresos tiene una incidencia de depresión considerablemente mayor que el grupo de mayores ingresos. La actividad social parece ser una excelente técnica para prevenir las reacciones de depresión. (...19).

Murphy, compara una población de ancianos deprimidos y ancianos normales y encuentra una asociación entre la severidad de los eventos vivenciales, las dificultades sociales mayores, una pobre salud física y el inicio de la depresión. (... 6).

El estrechamiento del espacio vital que provoca la jubilación, el alejamiento y la independencia de los hijos, el fallecimiento de contemporáneos, y especialmente del cónyuge en los matrimonios bien integrados, se convinan para generar un sentimiento de abandono y de soledad y que esto se traduce en aislamiento. (...8).

Con frecuencia, la jubilación ansiosamente esperada puede provocar una situación conyugal nueva, al encontrarse los esposos en una convivencia permanente para lo cual no estaban preparados, lo que suele originar conflictos. Las perspectivas de muerte, y la conciencia de estar viviendo el final de su existencia impregna la vida cotidiana. Las dificultades económicas obligan a nuevos cambios de vida y nuevos hábitos y esto puede acarrear sentimientos de inseguridad y minusvalía social. (...6).

Calvo Malendro menciona que en la vejez hay un estrechamiento del territorio y existen mas tendencias al comportamiento nidícola, el espacio es mas pequeño porque las necesidades son menores, pero un cierto límite es considerado imprescindible, traspasado el cual, éste se sentirá inseguro, angustiado, temeroso. El centro de su espacio es su casa con el aditamento de una zona en las proximidades suficientes para satisfacer las necesidades fisiológicas y conservar relaciones sociales, es de su propiedad particular, allí tiene amigos, su intimidad, sus confidentes. Sacarlo de este ambiente es disponer de él como un objeto y una violación de los derechos humanos que determinará un desequili-

brío psicofisiológico intolerable e incluso de consecuencias fatales. Biológicamente incapaces en la mayor parte de los casos de efectuar agresiones externas, éstas se dirigen interiormente llegando al autoaniquilamiento y estas pueden ser las causas también de reacciones depresivas y paranoicas tan frecuentes en la senectud. (...3).

La palabra depresión se refiere a una variación del tono del humor, que vá de un continuo de la normalidad a la patología. Sentimientos de tristeza y de resentimientos son parte de nuestra vida cotidiana, en particular, en la vida del anciano en cuanto a que está mas a menudo confrontado con pérdida de personas queridas, enfermedades invalidantes, cambios del propio estado social, eventos que pueden causar alteraciones en el estado de humor. Cuando tales cambios interfieren con el normal funcionamiento de una persona es necesario la intervención del médico. (...18).

A continuación damos a conocer los aspectos clínicos de la vejez, que, como toda clasificación esta sujeta a cambios.

Mayer-Gross menciona que en la práctica psicogeriatrica actual existe una amplia gama de trastornos afectivos e intenta una subdivisión de los principales tipos de enfermedad senil depresiva. El primero conforme al cuadro clásico de depresión endógena. Los caracteres clínicos comprenden el perfil usual de retardo, culpa y autodesprecio, ideas hipochondríacas o delirios somáticos. La depresión esta en su peor momento en la mañana y los trastornos del sueño se caracterizan por un despertar temprano. En las depresiones

neuróticas, el trastorno emocional es generalmente menos profundo y reactivo ante la enfermedad física, la injusticia social y las vicisitudes cotidianas. Una clara variación diurna de humor esta ausente y hay un insomnio inicial o sueño intermitente durante la noche. La frecuencia de enfermedad orgánica es mayor en este grupo. Entre los ancianos con depresión, aquellos que además han padecido algún ataque de trastorno afectivo antes de los 60 años, presentan rastros entre sus parientes de primer grado, similares a aquellos registrados en los casos de psicosis maniáco depresiva, entre el 10 y 12 %. En las depresiones de comienzo tardío se ha comprobado que los aspectos de tipo genético son de menor importancia y el riesgo de enfermedad en los parientes es de 4 a 4.5 %.

Se describen a continuación las características que la senectud da a la enfermedad depresiva y causas físicas y psicológicas en las que pueden presentarse. Los casos que se describen en los tres primeros encabezados conforman principalmente su perfil clínico detallado con el cuadro de depresión endógena, en los encabezados cuarto y quinto con el de la depresión neurótica. Las depresiones orgánicas se presentan en un cuadro muy variable.

Depresión atípica. El cuadro clínico se describe como depresión involutiva, con ideas extravagantes y grotescas de culpa y autodesprecio, y marcado retardo o conducta agitada e inoportuna. Puede asociarse al síndrome de Cotard de ideas nihilistas respecto a su cuerpo. El cuadro más común y menos dramático es el que comprende la apatía, la inercia, el

aislamiento y un autodesprecio. En ciertos pacientes deprimidos que presentan un cuadro de demacada apatia, la desnutrición puede ser un factor componente. La anorexia es un sín to ma común en la enfermedad depresiva, pero la desnutrición resultante puede provocar por si misma una apatia e inercia posteriores y, de esta manera se tiende a establecer un círculo visioso. El suicidio es menos frecuente en depresiones atípicas en comparación con aquellos pacientes que además de la depresión presentan enfermedades físicas.

Depresión pseudodemencial. La enfermedad es propensa a ser confundida con un proceso de demencia progresiva en aquellos casos en que el paciente presenta un marcado retardo, con deficiencia de la memoria y desajuste cognoscitivo. En un número de estos pacientes, tanto la observación clínica como la investigación psicométrica cuidadosa pueden sugerir un deterioro intelectual severo. El diagnóstico será revelado por el antecedente relativamente reciente de los síntomas de algunos ataques depresivos, enfermedad depresiva, o maníaco de presiva familiar y el caracter deshilvanado de la alteración intelectual.

Depresión con obnubilación de la conciencia. Aproximadamente el 10% de los casos de depresión senil manifiestan una fase breve de confusión que se apacigua dentro de un período relativamente corto para revelar el transtorno afectivo subyacente, la etapa obnubilación de la conciencia esta asociada a un considerable riesgo de intentos de suicidio. En estos pacientes se sospecha de una enfermedad cerebrovascular. La explicación de la obnubilación puede encontrarse en algún

trastorno febril o metabólico asociado, pero no se encuentra enfermedad orgánica en todos los casos y cuando existe, es a menudo de evolución crónica y aparentemente estática y su asociación con la obnubilación es de carácter oscuro. El estado de nutrición debe ser investigado en estos pacientes ya que la subnutrición puede convertirse también en uno de los factores que contribuyen a los síntomas confucionales en las primeras etapas de la enfermedad depresiva.

Enfermedad orgánica y depresión. Es probable que una enfermedad depresiva no se reconozca debido a que el trastorno de humor se responsabiliza a la enfermedad orgánica asociada, y como ésta es a menudo crónica e incapacitante, se puede considerar infructuosos los intentos para tratar los síntomas psiquiátricos. Sin embargo el tratamiento del trastorno emocional no debe omitirse. La enfermedad de la mayoría de los pacientes analizados en este apartado puede considerarse como una depresión de tipo neurótico, con los caracteres clínicos en los que predomina una combinación variable de depresión, irritabilidad, conducta exhibicionista y gran cantidad de quejas de carácter somático, con antecedentes de rasgos neuróticos en su personalidad. No obstante, una pequeña proporción de casos son de tipo endógeno o maníaco depresivo y es en estos casos particulares en que es necesario tratar el trastorno psiquiátricos, cualquiera que sea su naturaleza o evolución de la enfermedad orgánica. La hipocondría parece ser un nombre inadecuado cuando se aplica a pacientes que sufren de una enfermedad orgánica. Sin embargo, en los sujetos ancianos es difícil juzgar si las quejas de dolores somáticos son ori-

ginadas por un trastorno físico, psicopatológico o por ambos a la vez. Las quejas hipocondríacas a veces simulan una angina pectoris, una disnea cardíaca, una enfermedad gastro intestinal, cerebrovascular o intracraneal y el paciente puede ser sometido a numerosas investigaciones.

Depresiones reactivas. Este grupo se superpone considerablemente al anterior. En ambos existe una alta proporción de pacientes con personalidad neurótica de larga evolución y que decaen en la vejez. Las características de depresión son similares; se observa una depresión variable con frecuente tinte de ansiedad, irritabilidad, algunas fluctuaciones en la respuesta al cambio ambiental e insomnio inicial. El estrés físico no separa a un grupo de otro ya que constituye con frecuencia una carga emocional y otorga potencia a los efectos de las circunstancias ambientales adversas. Las depresiones reactivas a las injusticias ambientales, la enfermedad física o ambas a la vez, forman la mayor parte de los trastornos funcionales seniles que se observan tanto en la práctica general como en la psiquiátrica. La condición ambiental y de la personalidad pueden oscurecer la enfermedad de diversas maneras, como consecuencia frecuente frente de las muchas injusticias que soportan los ancianos, la depresión puede considerarse como una faceta del destino adverso que comparten con muchas personas de una misma condición y no como una depresión.

Depresión orgánica. En estos casos, los síntomas depresivos ocurren como episodios durante el curso de un proceso degenerativo cerebral progresivo o como parte de una enfer -

medad metabólica avanzada. En su forma mas característica, los síntomas depresivos son de tipo fluctuante y fragmentario. Pueden predominar los síntomas psiquiátricos orgánicos bajo la forma de algún grado de obnubilación de la conciencia o deficiencias de la memoria, pero en algunos casos son muy sutiles o totalmente ausentes. Puede aparecer euforia. Los ataques depresivos entrañan el peligro de asociarse con decididos ataques de suicidio. La presencia de indudables signos de infarto cerebral no deben considerarse como una contradicción para el tratamiento de los síntomas depresivos. (... 2).

Existen numerosos estudios en los que comparan los aspectos clínicos de la depresión en el anciano. Un estudio hecho por el Dr. Krassoievitch en 1950-1966 en un hospital de Ginebra Suiza estudia a 119 pacientes de 65 años y mas con el diagnóstico de estado depresivo; donde el primer episodio depresivo había aparecido después de los 65 años, mencionando que un 25 % existian antecedentes familiares de depresión, de los cuales el 40 % eran antecedentes de suicidio, uno con antecedentes de una psicosis maniaco depresiva. Los rasgos de personalidad previa fueron diversos. "Alegre, sociable, activo" en el 18 % ; "introvertido, reservado, taciturno" en el 15 %; "obsesivo" 13 % , un caso con personalidad previa ciclotímica. La ansiedad fue el síntoma mas frecuente (42 % ). El 16 % de los pacientes padecian agitación ansiosa, la inhibición psicomotriz se describió en el 13 % de los casos. En el 40 % de los pacientes existian ideas delirantes melancólicas, ideas delirantes de otro tipo asi como interpreta -

ciones y alucinaciones en el 14 % de los pacientes. Las ideas de suicidio en el 22 %, las ideas hipocondríacas en el 21 %. En el 40 % se describen signos de demencia. Los intentos de suicidio se encontraron en el 26 % de los casos. El grupo comparativo consistió en 84 pacientes con mas de 65 años de edad y estudiados en el mismo período de tiempo, pero que ya antes habían presentado estados depresivos antes de los 65 años de edad, incluyendo en este grupo a los pacientes con psicosis maníaco depresiva bipolar que habia aparecido después de los 50 años de edad; se encontraron mas antecedentes familiares de depresión ( 34 % ); menos antecedentes de suicidio ( 27 % ). Los exámenes físico y mental no mostraron diferencias importantes. También en este grupo los intentos de suicidio fueron menos frecuentes ( 14 % ). Su evolución en ambos grupos no mostró fiderencias notables. (...7 ).

Los cambios que se presentan en el sistema nervioso, relacionados con la edad, son de gran importancia; a nivel microscópico como en su estructura neuroquímica que se producen como rasgos característicos asociados con la edad.

Existen cambios degenerativos que ocurren en las neuronas de pacientes ancianos y estos son: degeneración neurofibrilar, degeneración granulovacuolar, acumilación de lipofucsina y disminución del proceso dendrítico. Los cambios en los neurotransmisores también ocurren y también continuan sus estudios sobre ellos. La síntesis de catecolaminas disminuye y hay un incremento de la actividad de la monoaminoxidasa. El ácido gama amino butírico ( GABA ) disminuye los adultos e incrementa en la senescencia. La acetil colina disminuye en

los primeros 50 años y después permanece estable. La conducción nerviosa periférica disminuye con la edad, y la conducción central probablemente también disminuya (...13).

Por otra parte, con la edad también hay una reducción en el número de neuronas de la sustancia nigra, una reducción de la DA en el estriado y de ácido homovanílico y una disminución de la síntesis de catecolaminas, de enzima tirosina hidroxilasa y DOPA descarboxilasa en los núcleos del estriado. (... 14).

Otros estudios han demostrado que la tasa de 5-HIAA, metabolito de la 5-HT o serotonina se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo en los pacientes deprimidos (...15).

Existen alteraciones de la función endócrina debido a un intrínseco proceso de involución de las glándulas endócrinas y que resulta una disminución de la secreción basal. Es posible que alteraciones en las concentraciones del metabolismo y actividad de los receptores de catecolaminas, serotonina, GABA, y otros neurotransmisores hipotalámicos sean la causa de tal disminución. Estudios recientes subrayan la existencia de disturbios funcionales de los centros cerebrales que controlan a las glándulas endócrinas. La reducción del contenido hipotalámico de DA, es responsable del incremento de los niveles plasmáticos de PRL (prolactina), que se observa en el anciano, y que vuelven a la normalidad con la administración de agonistas dopaminérgicos. También se ha observado disminución en las concentraciones séricas de testosterona y estrógenos así como una disminución en su metabolismo (...16).

Las teorías que hablan acerca de las alteraciones metabólicas de los neurotransmisores monoamínicos pueden hablar-nos de la etiología de la enfermedad depresiva. El grupo de las monoaminas comprende varios neurotransmisores: noradrenalina NE, serotonina (5-HT), dopamina (DA), que se liberan en las terminaciones nerviosas como consecuencia de descargas neuronales y que sirven para estimular la descarga de - otras neuronas cuyas terminaciones dendríticas son estimuladas por difusión transináptica de estos agentes químicos. La hipótesis de las monoaminas menciona que algunos tipos de enfermedad depresiva están relacionados con una depleción de NE en las terminaciones nerviosas de fibras noradrenérgicas presentes en el hipotálamo. Esta hipótesis se basa en el hecho de que los antidepresivos tricíclicos y los IMAO incrementan la NE funcional en zonas hipotalámicas. La hipótesis de la - depleción de catecolaminas implica que un estado depresivo puede ser consecuencia de una depleción de NE funcional en los conductos hipotalámicos y que pueden verse beneficiados al incrementar los niveles de NE. Es importante estudiar la síntesis de los transmisores monoamínicos. El aminoácido tiro-sina es hidroxilado por la enzima tirosina hidroxilasa, formando dihidroxifenilalanina (dopa). La dopa es descarboxilada, dando lugar a la dopamina (DA). La DA es hidroxilada para - formar NE. La descomposición de la NE se inicia con una desaminación oxidativa por la enzima monoaminoxidasa (MAO) intracelular produciendo ácido vanililmandiílico (VMA). La NE puede sufrir una O-metilación ulterior por medio de la enzima O-metiltransferasa (COMT) y resultar normetanefrina (NM). La

NM y el VMA se metabolizan para formar 3- metoxi-4 hidroxifenilglicol (MHPG). El metabolito NE se excreta en estas tres formas y se pueden estudiar en líquidos corporales como en la sangre, orina y líquido cefalorraquídeo. El aminoácido L triptofano es hidroxilado a 5 hidroxitriptofano (5 MTP) el que sufre una descarboxilación hasta formar 5 hidroxitriptamina (5HT) o serotonina. La serotonina se descompone en ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA). (...12).

Las investigaciones llevadas a cabo en los pacientes ancianos deprimidos, encuentran un aumento de la concentración urinaria de 3-metoxi 4 hidroxifenil-glicol (MHPG) y un incremento de la actividad de la enzima monoaminoxidasa (MAO) en el plasma, plaquetas y mesencefalo humano (...9).

Algunas consideraciones importantes para el diagnóstico de depresión en el anciano es conocer otras posibles causas del estado depresivo; una de las primeras causas posibles es que la depresión sea causada por fármacos. Estos pacientes - pueden sufrir de múltiples enfermedades que son tratadas por una gran variedad de drogas y muchas de ellas pueden producir depresión. Blumenthal, M. refiere que la reserpina es la más común, existen drogas antihipertensivas disponibles, no siempre necesarias en muchos casos, pudiendo ser controladas con diuréticos solamente. Otras drogas que pueden ocasionar depresión y que se mencionan en este artículo son las siguientes: Analgésicos; fenacetin. Ansiolíticos y depresores del S.N.C.; benzodiazepinas (clordiazepan, diazepam) y otros barbitúricos. Antiartríticos; fenilbutazona, indometacina. Antibióticos; antibióticos efectivos para gram-negativos, sulfonamidas.

Anticonvulsiantes; succinimidas, carbamacepina. Antihipertensivos; alfa-metil-dopa, clonidina, hidralacina, propranolol, reserpina. Antiparkinsonianos; amantadina, L dopa. Antipsicóticos; fenotiacinas, haloperidol, tioxantinas. Supresores del del apetito; anfetaminas. Drogas cardiovasculares; digitálicos, procainamida.

Existen otras consideraciones para el diagnóstico del paciente anciano con enfermedad depresiva, que son necesarios tomar en cuenta para su diagnóstico y tratamiento, a saber si está asociada a una enfermedad física; es común observarla en casos de cancer de la cabeza del pancreas en endocrinopatías como el hipotiroidismo e hipertiroidismo, disfunción adrenal como en la enfermedad de Addison y Cushing, lo mismo lo podemos encontrar en estados de hipoglisemia, así como en el hiperparatiroidismo. La depresión puede acompañar a otras enfermedades como son la artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson y enfermedades del cerebro como la demencia senil y arteroesclerosis cerebral(...11).

#### 4. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El progresivo envejecimiento de la población, dado por la disminución en las tasas de natalidad y por el progresivo crecimiento en la esperanza de vida, la población añosa es en la actualidad un acacamiento que debe tomarse en consideración, esto nos hace pensar en el manejo interdisciplinario del paciente de edad avanzada, y evitar así la multitología que incurre en esta edad.

La sociedad en la que vive el hombre, en el momento de abandonar el trabajo por limitaciones en la " edad " y estar pensionado, pierde totalmente su productividad y poder, perdiendo así el poder adquisitivo. Como resultado de este pensionamiento resultan dos procesos dañinos: empobrecimiento económico y el aislamiento. Aislamiento sinónimo de marginación. (...8).

La negación del problema nos lleva a un desconocimiento y a situaciones ambiguas; es por esto, que debemos enfrentar nos a la situación actual que vive el anciano.

La existencia de centros de asistencia para el anciano, casa hogar, centros recreativos, tarjetas del INSEN y otras, son aportaciones de nuestra sociedad para el beneficio de la población propecta. siendo la investigación en otras áreas - necesaria y apremiante para detectar conflictos y darles - su mejor solución.

Siendo de provecho investigar los trastornos emocionales en centros asilados como en la población abierta y - comparar los múltiples factores que pueden inducir en la psicopatología que nos ocupa.

## 5. OBJETIVO.

Estudiar los factores sociales, económicos, familiares y cambios importantes en la vida de los ancianos que contribuyen como elementos predisponentes o desencadenantes de patología psiquiátrica en el paciente anciano. Estudiar estos factores que existen en la población añosa y que son factibles de reconocimiento para la prevención de psicopatología geriátrica, en especial transtornos emocionales comparando dos poblaciones, asilar y abierta, y que de alguna manera nos oriente y estimule para el conocimiento de los múltiples eventos que pueden desencadenar transtornos afectivos en la vejez.

## 6. HIPOTESIS.

La depresión es mas frecuente y severa en casa hogar - para ancianos dadas sus bajas condiciones socio-economicas, - disminución de vínculos familiares y menos protección social en comparación con ancianos de la población abierta.

## 7. VARIABLES.

En este estudio se manejaron las siguientes variables para analizar ambas poblaciones: asilar y abierta.

- 1.- Edad (mayores de 65 años).
- 2.- Estado civil.
- 3.- Ocupación.
- 4.- Salario.
- 5.- Otro tipo de ingreso.
- 6.- donde habita.
- 7.- Parentesco de las personas con quien vive.
- 8.- Con que frecuencia lo visitan.
- 9.- Con quien se relaciona con más frecuencia.
- 10.- Afiliación a una institución de salud.
- 11.- Familiares o no familiares fallecidos antes de un año.
- 12.- Sentimientos de soledad.
- 13.- Analfabetismo.
- 14.- Con que frecuencia escucha el radio.
- 15.- Le gusta o no ver la televisión.
- 16.- Viaja fuera de la ciudad por lo menos una vez cada seis meses.

Además se aplicó la prueba de Zung, que nos mide el grado de depresión.

## 8. UNIDADES DE INVESTIGACION.

El estudio se llevó a cabo en una población asilar de la casa hogar Vicente García Torres. Se muestrearon treinta y cinco personas todas ellas mayores de 65 años, que se encontraban en jardines y áreas de recreo, excluyendo a las personas menores de la edad señalada y a las que se encontraban en la unidad hospitalaria. Se aplicó la encuesta socio económica y la prueba de Zung.

Nuestro grupo comparativo incluyó personas de la población abierta, ambulantes, mayores de 65 años y que deambulaban en jardines o lugares de recreo de la Ciudad de México, excluyendo a las personas menores de 65 años, aplicando las mismas pruebas que en el grupo anterior.

Nuestro tipo de muestra fue de conveniencia y el muestreo fue al azar simple, así se encuestaron 70 personas en total, divididas en dos grupos; uno de estudio en el medio asilar, y el grupo control en población abierta.

## 9. DISEÑO DE INVESTIGACION.

El estudio que se llevó a cabo fue de tipo explicativo para referirnos a las diferencias que existen en el grupo de estudio y en el grupo control, aplicando el cuestionario socio económico y una prueba cuantitativa (test de Zung) para medir la depresión. Asimismo se considera un estudio transversal, ya que éste se llevó a cabo en un espacio de tiempo, en

un mes para cada grupo, y en una sola ocasión, analizando posteriormente los resultados.

El grupo de estudio consistió en una muestra de 35 sujetos mayores de 65 años, que habitan en una casa hogar para ancianos, comparándolo con un grupo control con el mismo número de personas muestradas de la población abierta ambulante.

Fue necesario conseguir el consentimiento del director de la Casa Hogar y tramitar cartas de presentación de trabajo y presentar un diseño de investigación.

Con respecto a las personas encuestadas se les pidió su consentimiento y se les dió una extensa explicación de los motivos de la encuesta, resolviendoles todas sus dudas acerca del estudio.

#### 10. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

En este estudio se utilizaron dos tipos de poblaciones; el primer grupo consistió en una muestra de 35 sujetos que habitan en la Casa Hogar para ancianos, todos ellos mayores de 65 años a los que se les aplicó personalmente el cuestionario y la prueba de Zung para medir el índice de depresión, la entrevista fue personal y dadas las limitaciones sensoriales de los sujetos, se les leía las preguntas de la encuesta socio económica (ver cuestionario anexo) y ellos respondían verbalmente; lo mismo para la escala de Zung, se les leía los ítems y las posibles respuestas. Las variables que se controlaron en este grupo fueron: que los sujetos fueran mayores de

65 años, que se encontraran en áreas de recreo, como jardines y salas de juego, eliminando a los que se encontraban en el área de hospitalización.

Para valorar el estado socio económico de las personas se elaboró un tipo de encuesta, mientras que para valorar el grado de depresión se aplicó la prueba de Zung, en esta prueba Zung y Durham elaboraron una escala que reúne los siguientes requisitos: que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión, que incluyera los síntomas más representativos de depresión, que fuera breve y sencilla, de aplicación más cuantitativa y que pudiera ser autoaplicada por el enfermo. Con tal finalidad Zung y Durham concluyeron que estos síntomas deberían abarcar alteraciones del afecto equivalentes fisiológicos y psicológicos. Después de un estudio consideraron que debería incluir:

I. TALANTE BAJO:

- a.- Deprimido triste
- b.- Accesos de llanto

II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS:

a.- Alteraciones de los hábitos:

- 1.- Variación diurna; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día.
- 2.- Despertar del sueño temprano y frecuente.
- 3.- Pérdida de apetito.
- 4.- Pérdida de peso.
- 5.- Disminución de la libido.

b.- Otras alteraciones:

- 1.- Constipación.

2.- Taquicardia.

3.- Fatiga.

### III. EQUIVALENTES PSICOLOGICOS:

a.- Actividades psicomotoras:

1.- Agitación.

2.- Lentificación.

b.- Ideacionales:

1.- Confusión.

2.- Sensación de vacío.

3.- Desesperanza.

4.- Indecisión.

5.- Irritabilidad.

6.- Insatisfacción.

7.- Devaluación personal.

8.- Ideación suicida.

Una vez definidas las áreas por investigar, se elaboraron veinte reactivos que se referían a las mismas, planteando diez en sentido positivo y diez en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio. Los enunciados en la escala están redactados en un lenguaje común y el orden de los mismos no coincide con las áreas correspondientes. En los planteamientos negativos las palabras en letra cursiva destacan el elemento que no corresponde a la realidad clínica del paciente. Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías en la presentación del mismo, correspondiendo a : muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente, calificando con un valor de uno, dos, tres y cuatro en orden variable según si la

pregunta estaba formulada en sentido positivo o negativo. Para la aplicación de la prueba se da al paciente la lista de declaraciones, y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Para obtener la medición de la depresión del paciente, la escala terminada se coloca debajo de una cubierta transparente para hacer la calificación, se escribe en el margen el valor indicado para cada declaración y luego se suma. Esta calificación básica se convierte en un índice basado en 100. La escala esta planeada de tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión clínica. En la siguiente tabla se dan los resultados de la medición de la depresión con la escala de Zung obtenidos en controles normales y en enfermos. El índice promedio de los pacientes hospitalizados fue de 70 y en los ambulatorios de 60, calificaciones inferiores a 40 indican que no había depresión (...1).

Por lo anterior podemos considerar índices mayores de 50 nos indican depresión.

El grupo control también consistió en 35 sujetos mayores de 65 años los cuales se encontraban en jardines públicos de la Ciudad de México a los cuales se les aplicó de la misma manera el cuestionario socio económico y la prueba de Zung. Se eliminaron de este grupo los sujetos menores de 65 años.

A todas las personas encuestadas se les pidió su autorización y se les comunicó las finalidades de esta investigación siendo por lo general accesibles y con disponibilidad para cooperar.

## 11. RECURSOS.

Los sujetos de estudio comprendieron a 35 personas todas ellas mayores de 65 años de la Casa Hogar "Vicente García Torres" del DIF; y 35 personas mayores de 65 años de la población abierta ambulatoria que se encontraba en jardines públicos de la Ciudad de México; se utilizó un diseño de encuesta para valorar el estado socio económico de las personas y la prueba de Zung para valorar el estado de depresión de los sujetos de estudio. (ver anexo)

El material de encuesta consistió en cuatro hojas tamaño carta incluyendo ambas pruebas.

Todas las personas encuestadas fueron entrevistadas por una sola persona, pidiéndoles el consentimiento a cada una de ellas y explicándoles las finalidades del estudio.

Conté con la aprobación del director del asilo para efectuar las entrevistas el cual me solicitó cartas de presentación y un diseño de la investigación. Asimismo me brindaron apoyo los médicos y demás personal de dicho establecimiento.

12. ANALISIS, INTERPRETACION DE LA INFORMACION Y  
RESULTADOS.

La recolección de datos llevada a cabo, nos da una información cuantitativa de las variables utilizadas en la encuesta socio económica, aplicada a ambos grupos de estudio.

El total de personas encuestadas fueron 35, todas ellas mayores de 65 años de edad.

Sexo:	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Masculino	13	27
Femenino	22	8

Edad:

65 a 69	6	10
70 a 74	8	7
75 a 79	8	9
80 a 84	7	7
Más de 85	6	2

Ocupación.

Profesionistas	0%	11.42%
Obrero calificado o empleado	5.71	22.85
Obrero	0	2.85
Artesano	5.71	5.71
Sin ocupación	88.57	57.74

En el cuadro anterior se puede observar las diferencias en cuanto a ocupación, siendo los sujetos económicamente activos un 11.42% en diferentes ocupaciones en el grupo asilar, en tanto que en la población abierta se encontró un 42.85% .

Cuanto percibe:	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Más del mínimo	0%	25.71%
El mínimo	0	0
Menos del mínimo	20.00	60.00
No asalariado	30.00	14.28

Con lo que respecta al monto de los ingresos de los sujetos asilados, es notable que solo el 20% de ellos tienen percepciones económicas, a comparación de un 85% de los que se encuentran en la población abierta.

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Ingresos a través de:		
Pensión	5.71%	42.85%
Rentas o Interés bancario	2.85	32.42
Ayuda Familiar	17.14	48.57
Subsidio público	17.14	0
No ingresos	54.28	2.85
Producto de su trabajo	5.71	42.85

Con lo que respecta a la percepción de ingresos nos damos cuenta, que el 5.71% de las personas que viven en el asilo se encuentran pensionadas, lo que nos habla de un gran de samparo social, en comparación con el 43% en la población abierta. Al igual, existe una gran diferencia en cuanto a la percepción económica a través de rentas o interés bancario, percepción a través de ayuda familiar y subsidio público, y que en la población abierta existe un 42.85% de personas económicamente activas, y sólo el 3% de la población abierta no percibe ingresos económicos.

Parentesco de las personas con quien vive:

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Esposa	8.57%	57.14%
Hijos	0	65.71
Hermanos	0	2.85
Nietos	0	8.57
No familiares	91.42	2.85

Este apartado es muy importante, pues nos habla de los vínculos del anciano con sus familiares, en el asilo sólo el 9% de ellos viven con familiares, que por lo general son sus conyuges.

Con que frecuencia lo visitan:

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Dos veces por semana	2.85%	45.71%
una vez por semana	14.28	20.00
Una vez por mes	14.28	3.57
En forma esporádica	17.14	22.85
No lo visitan	51.42	2.85

Este apartado está muy relacionado con el anterior, pues nos damos cuenta de los vínculos familiares que mantiene el anciano en la sociedad, siendo que lo que más nos llama la atención es que más del 50% de los asilados no reciben visita alguna, y que los visitan en forma muy esporádica a comparación con los de la población abierta, que mantiene relaciones más estrechas y frecuentes.

Con quien se relaciona con más frecuencia:

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Esposa	8.57%	57.14%
Hijos	22.85	68.57
Hermanos	8.57	2.85
Nietos	5.71	22.85
No familiares	54.28	20.00
No se relaciona	11.42	0

Este apartado nos muestra los vínculos familiares del anciano asilado, encontrando un 11% que no les gusta relacionarse ni con los mismos compañeros del asilo, fue frecuen

te que al preguntarles este punto mencionaran acerca de los enfrentamientos culturales entre ellos, de sus rivalidades, de su orgullo, etc.

Se encuentra afiliado a una institución de salud.

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
ISSSTE	5.71%	20.00%
ISS	2.85	37.14
Ninguna	91.42	37.14
Otra	0	5.71

En la población abierta existe en nuestro estudio un 37% de personas que no cuentan con servicio médico institucionalizado.

Asiste al médico.

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Una vez al mes	71.00%	14.28%
Una vez cada tres meses	2.85	5.71
Nunca lo visita	5.71	0
Solo cuando enferma	20.00	80.00

En este rubro, podemos considerar que los ancianos asilados cuentan con servicios médicos en su Casa Hogar, y que el servicio que solicitan lo tienen a la mano, en comparación con la población abierta que en un 80% sólo acude al médico cuando enferma, utilizando principalmente los servicios del médico particular.

familiares fallecidos antes de un año.

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Madre	2.85%	2.85%
Esposa	0	0
Hijos	0	0
Nietos	0	0
No familiares	8.57	0
No se presento el evento	82.85	97.14

Los eventos como la defunción de seres queridos, son necesarios tomarlos en cuenta para nuestro estudio, pues sabemos que la muerte de algún familiar precipitan un estado depresivo, no sólo en la población asilar. Este suceso se presento con mayor frecuencia en el asilo, y sólo en una ocasión en la población abierta.

Se siente solo porque:

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
No se siente solo	48.57%	77.14%
Si se siente solo	0	5.71
No tiene esposa	0	11.42
No tiene hijos	0	2.85
No tiene hermanos	0	0
No tiene ningún familiar	51.43	0
No tiene amigos	0	0

Este apartado es muy importante, pues nos habla del sentimiento de soledad en que vive el sujeto añoso. En la tercera edad, la persona ha tenido múltiples pérdidas, entre ellas la de seres queridos, el sentimiento de soledad es común en ambas poblaciones.

Datos Generales.

	Casa Hogar	Pobl. Abierta
Sabe leer		
SI	54.28%	97.14%
NO	45.72	2.85
Escucha la radio con frecuencia		
SI	54.28	85.71
NO	45.72	14.28
Le gusta ver la televisión		
SI	37.14	80.00
NO	62.85	20.00
Viaja fuera de la ciudad por lo menos una vez cada 6 meses		
SI	17.14	25.71
NO	82.85	74.85

En este apartado se hace referencia al grado de analfabetismo en ambas poblaciones; es interesante observar el poco interés de búsqueda de vínculos fuera de su medio ambiente en personas asiladas, siendo que muchos de ellos no escuchan la radio o no ven la televisión para ver lo que pasa en el medio exterior. Pocos de ellos salen fuera de la ciudad y prácticamente viven confinados al asilo.

Resultados de la prueba de Zung y su frecuencia, según la escala de medición. Ambas poblaciones.

Rango de calificación del índice de Zung.	Población Casa Hogar	%	Población Ambulante	%
Menos de 29	0	0	1	2.85
De 30 - 39	1	2.85	15	42.85
De 40 - 49	11	31.42	11	31.42
De 50 - 59	13	37.14	5	14.28
De 60 - 69	8	22.85	2	5.71
Más de 70	2	5.71	1	2.85
Total.	35	99.96	35	99.97

Como se mencionó anteriormente, con respecto a la medición del índice de Zung, consideramos que valores por arriba de 50, se estima que las personas encuestadas presentan algún grado de depresión.

INDICE.

$$\bar{X}_1 = 54.4$$

$$\bar{X}_2 = 42.5$$

$$H_0 = \mu_1 \leq \mu_2$$

$$S_1 = 9.4$$

$$S_2 = 10.8$$

$$H_1 = \mu_1 > \mu_2$$

$$N_1 = 35$$

$$N_2 = 35$$

$$\alpha = .05$$

$$Vc. = + 1.64$$

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}} = \frac{11.9}{\sqrt{5.8572}} = \frac{11.9}{2.42} = 4.92$$

Sí se rechaza  $H_0$  ya que  $4.92 > 1.64$ . Esto equivale a decir que los índices en el grupo de ancianos de la casa hogar, fueron significativamente mayores a los índices de la población abierta.

Resultados de la prueba de Zung en población de la Casa  
Hogar.

EDAD.	INDICE.
66	66
68	67
68	55
69	50
69	46
69	44
70	74
70	46
71	51
72	63
72	55
74	39
74	51
74	58
75	79
75	61
75	55
75	61
76	58
77	66
78	50
78	49
80	46
80	43

EDAD.	INDICE.
80	48
81	43
81	64
82	59
84	49
85	49
85	51
85	41
87	61
88	50
102	55

El índice de Zung promedio, en el rango de edad de 65 a 69 años fue de 55; de 70 a 74 años fue de 54; de 75 a 79 años fue de 60; de 80 a 84 años fue de 50 y mayores de 85 años fue de 51. En el primer rango de edad el número de personas fueron 6, en el segundo 8, en el tercero 8, en cuarto 7 y en el último 6. El promedio de edad de la población fue de 77 años. En este grupo fueron 22 del sexo femenino y 13 del sexo masculino, de los cuales 11 eran viudos, 7 casados y 17 solteros.

Resultados de la prueba de Zung en población abierta.

EDAD.	INDICE.
65	53
65	39
67	45
67	46
68	31
68	31
68	48
69	44
69	34
69	50
70	35
70	38
73	45
73	30
73	48
73	78
74	60
75	31
75	30
75	36
78	33
78	61
78	31
79	31
79	43

EDAD.	INDICE.
69	38
80	48
80	50
81	45
81	41
82	29
84	44
84	55
85	50
87	35

El índice de Zung promedio en el rango de edad de 65 a 69 años fue de 45; de 70 a 74 años fue de 48; de 75 a 79 años fue de 38; de 80 a 84 fue de 44 y en más de 85 años fue de 44. En el primer rango de edad el número de personas fue de 10, en el segundo de 7, en el tercero de 9, en el cuarto de 7 y en el último de 2. El promedio de edad de la población fue de 74.7 años. En este grupo fueron 27 del sexo masculino y 8 del sexo femenino, con una población de 20 casados, 2 solteros y 13 viudos.

EDAD.

$$\bar{X}_1 = 77$$

$$\bar{X}_2 = 74.9$$

$$H_1 = \mu_1 = \mu_2$$

$$s_1 = 7.4$$

$$s_2 = 6.2$$

$$H_0 = \mu_1 \neq \mu_2$$

$$N_1 = 35$$

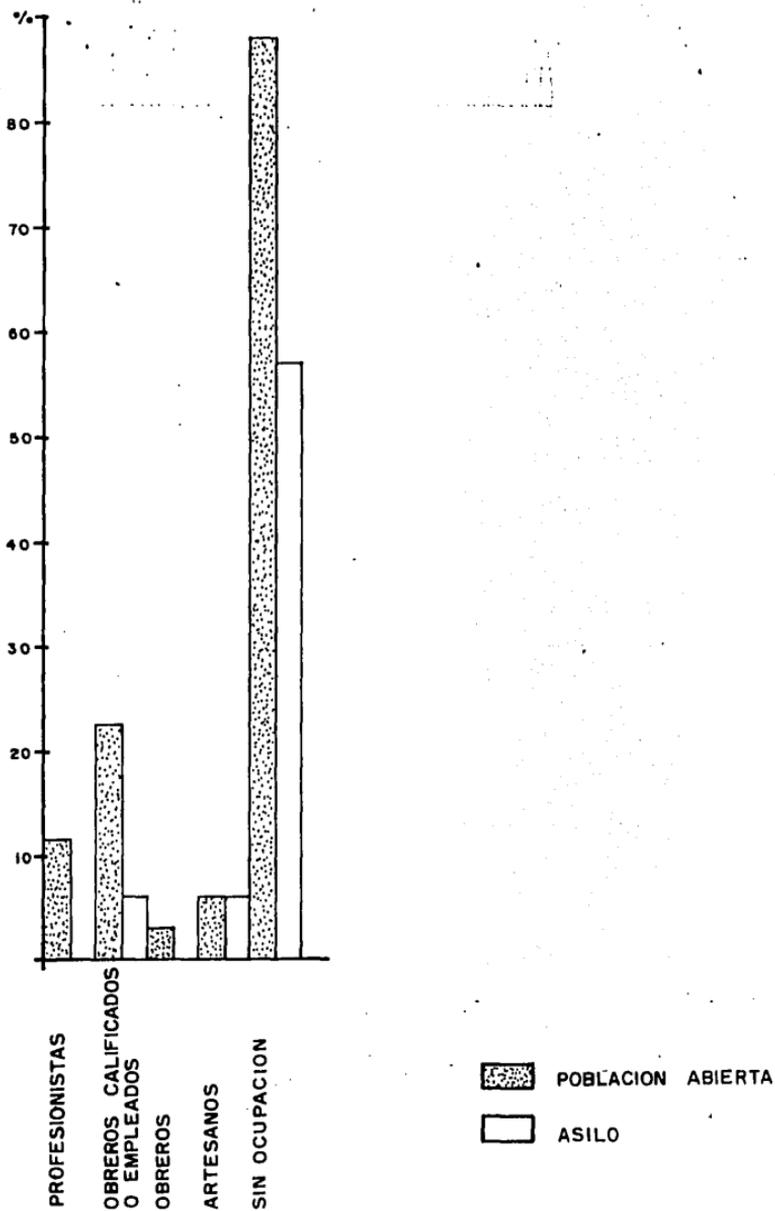
$$N_2 = 35$$

$$\alpha = .05 \quad V_c = \pm 1.96$$

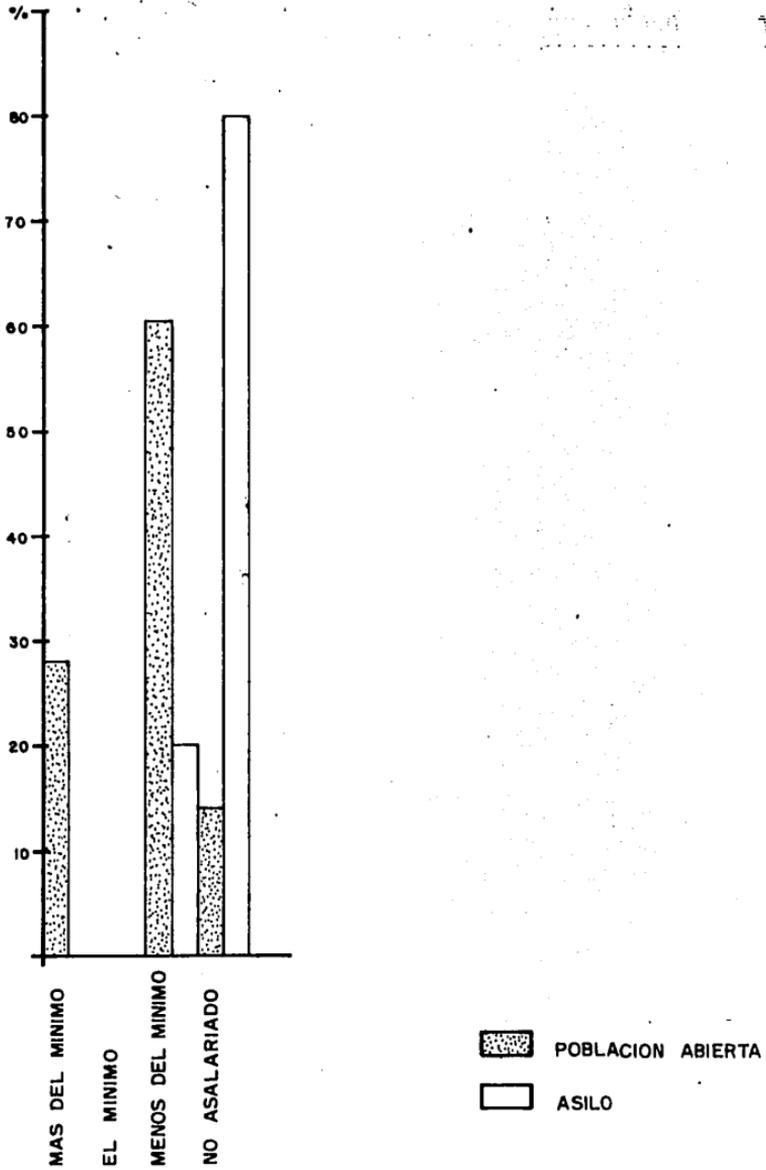
$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{N_1} + \frac{s_2^2}{N_2}}} = \frac{2.1}{\sqrt{2.6629}} = \frac{2.1}{1.6318} = 1.29$$

No se rechaza  $H_0$ , ya que  $1.29 < 1.96$ . Esto equivale a decir que no hay diferencias significativas entre la edad de los ancianos de población abierta y los de la casa hogar.

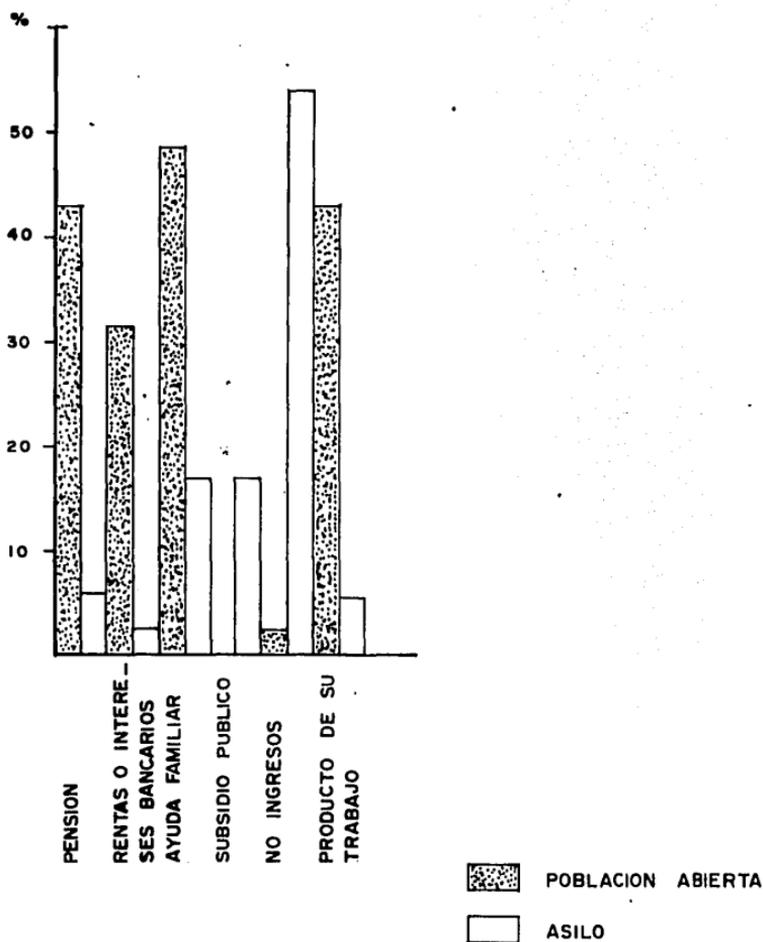
# OCUPACION



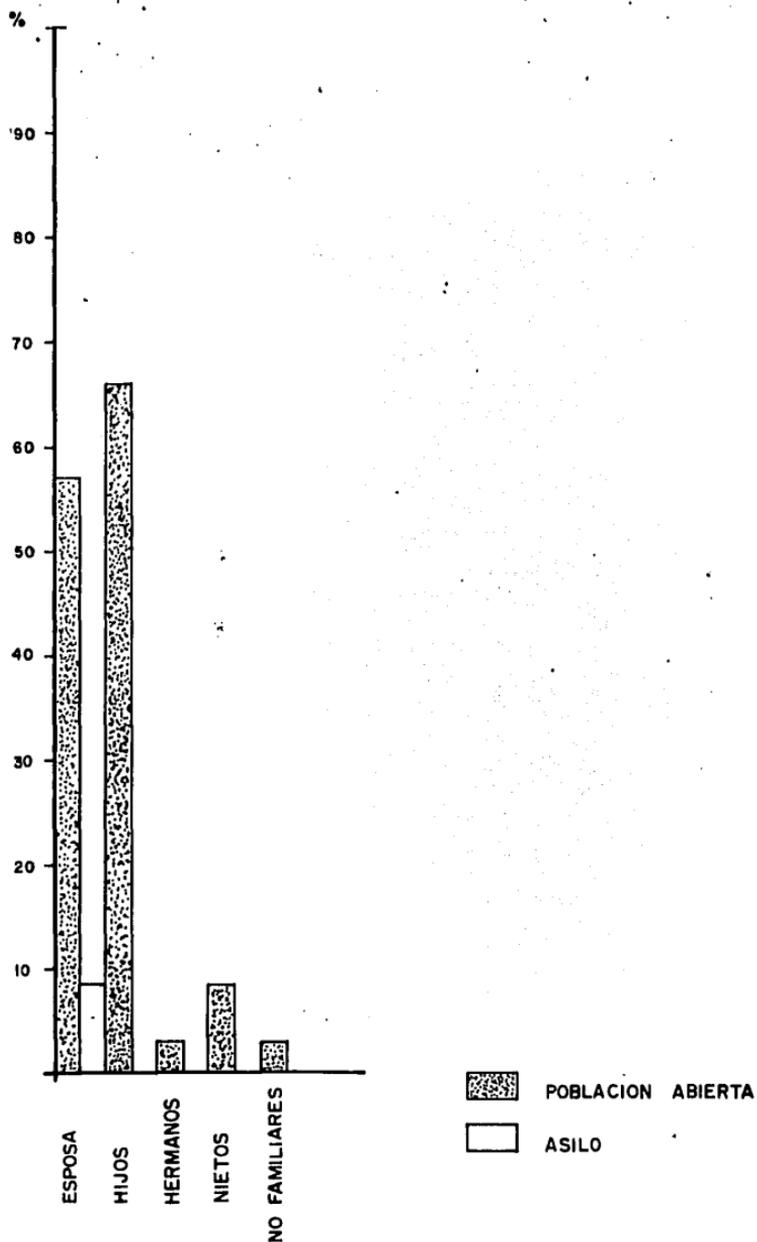
### PERSEPCIONES ECONOMICAS



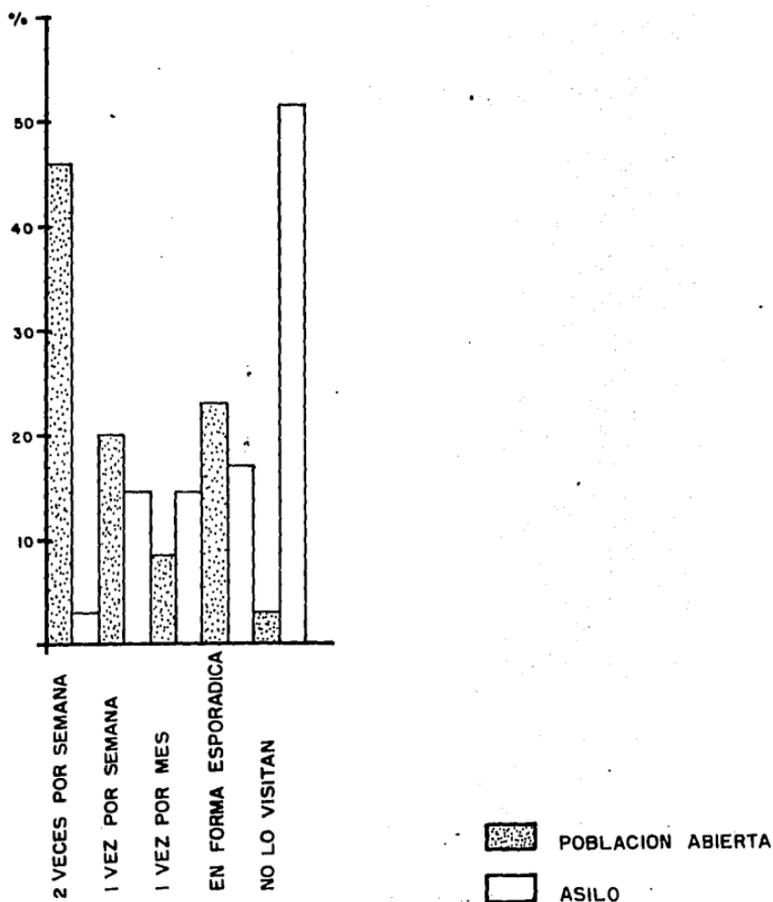
# INGRESOS A TRAVES DE:



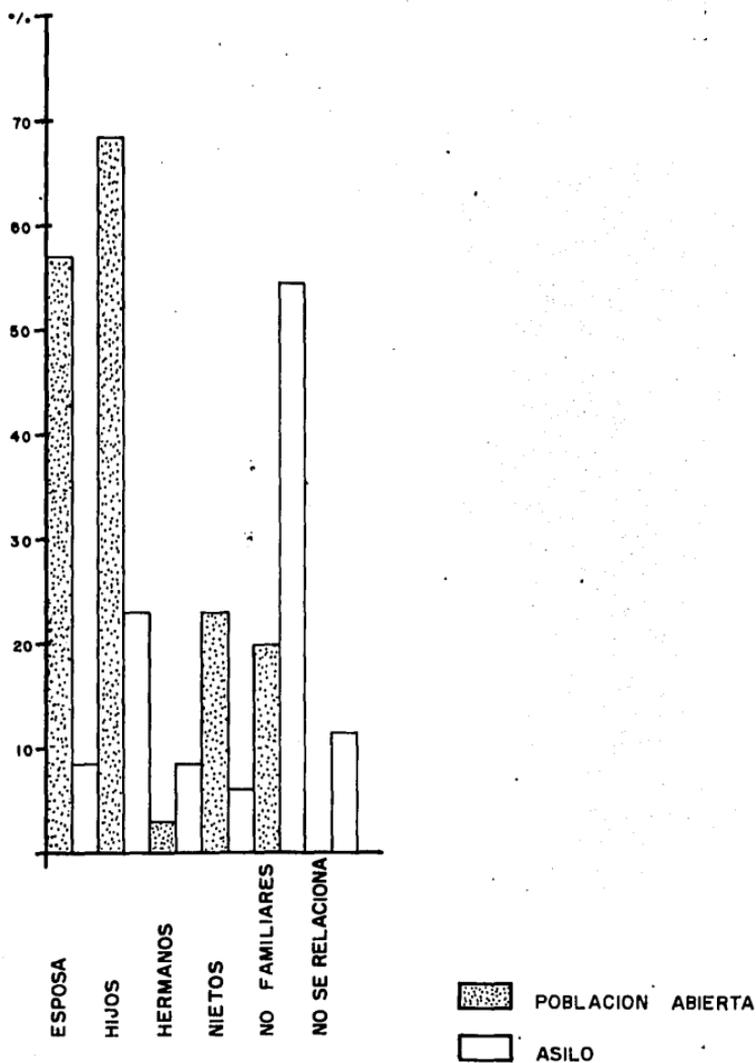
# PARENTESCO DE LAS PERSONAS CON QUIEN VIVE



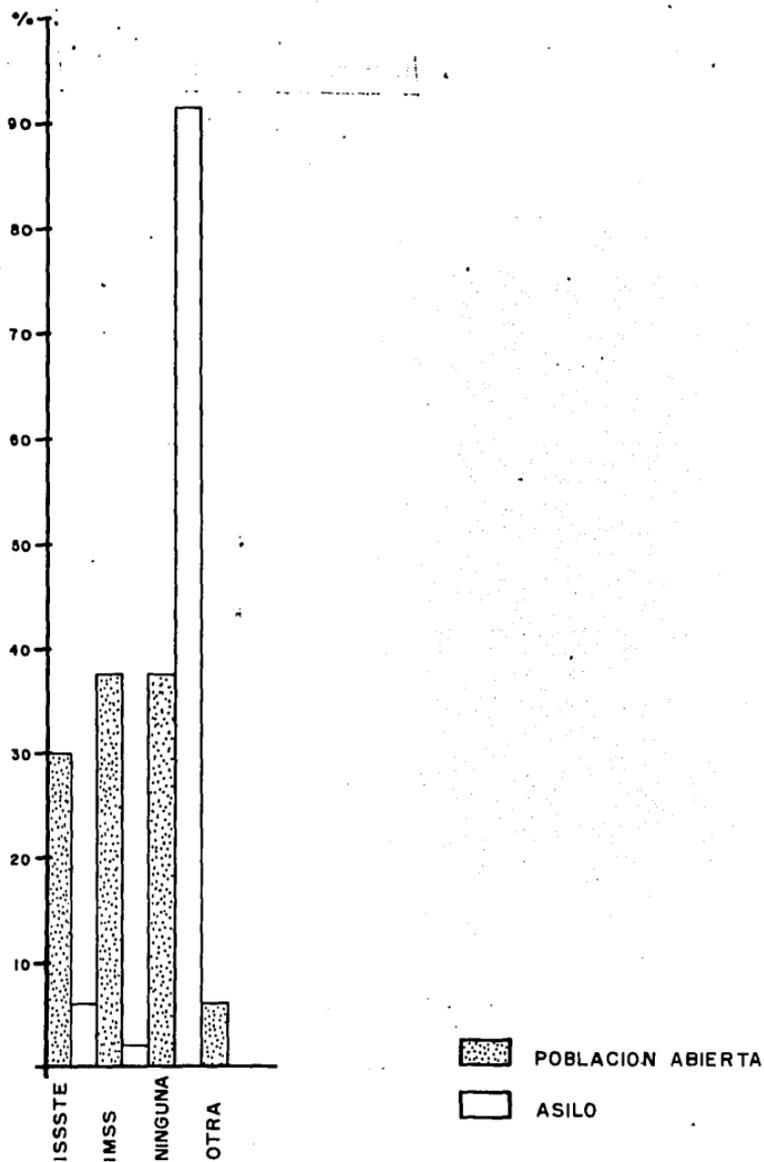
### CON QUE FRECUENCIA LO VISITAN



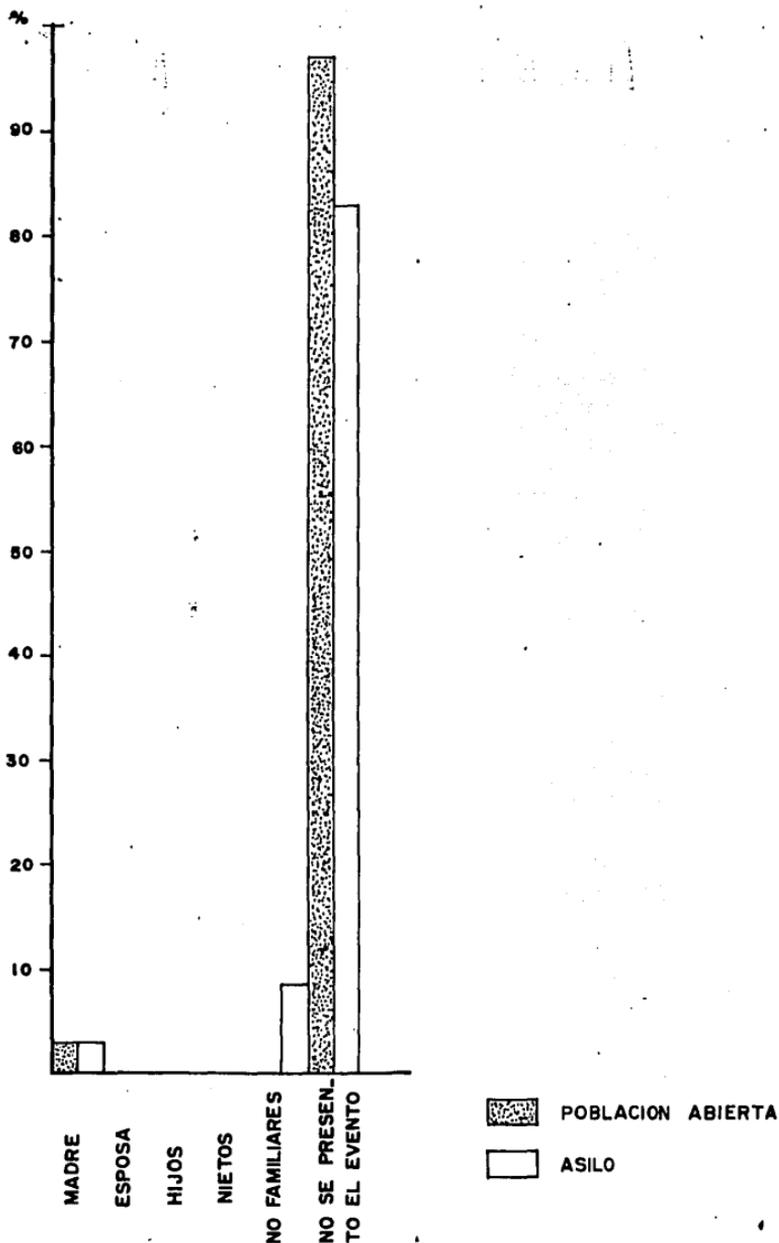
# CON QUIEN SE RELACIONA CON MAS FRECUENCIA



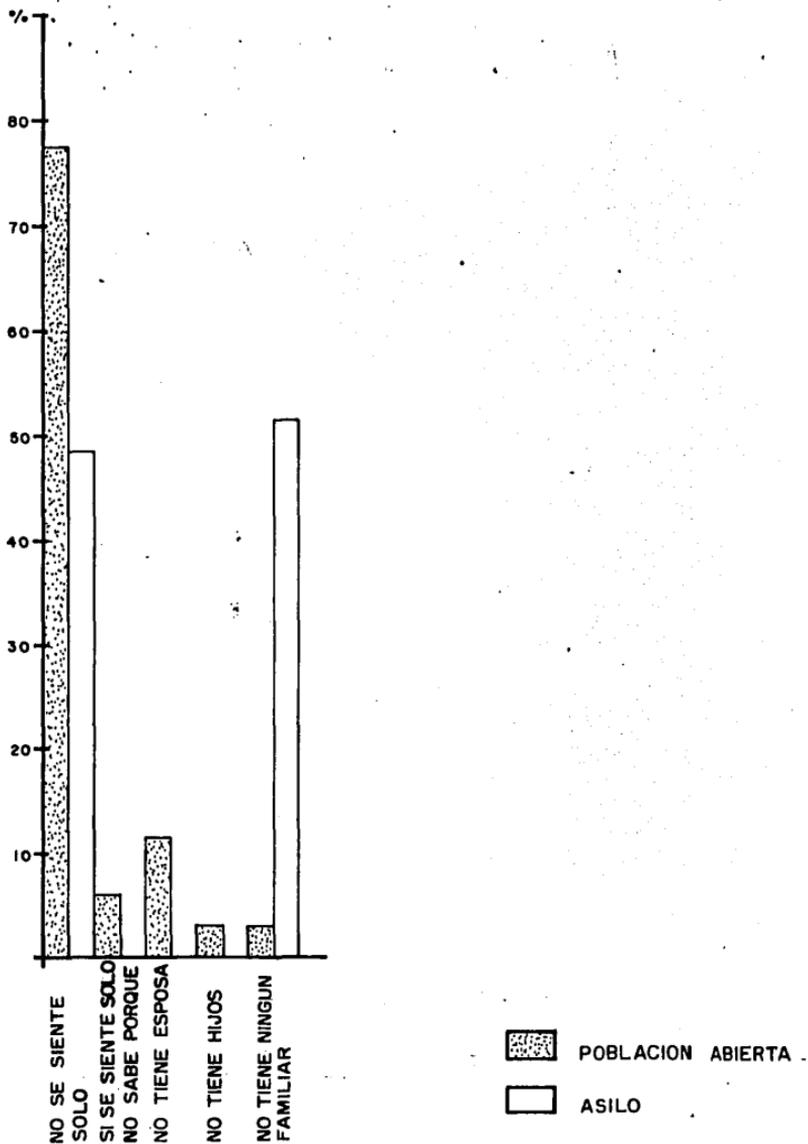
# AFILIADOS A UNA INSTITUCION DE SALUD



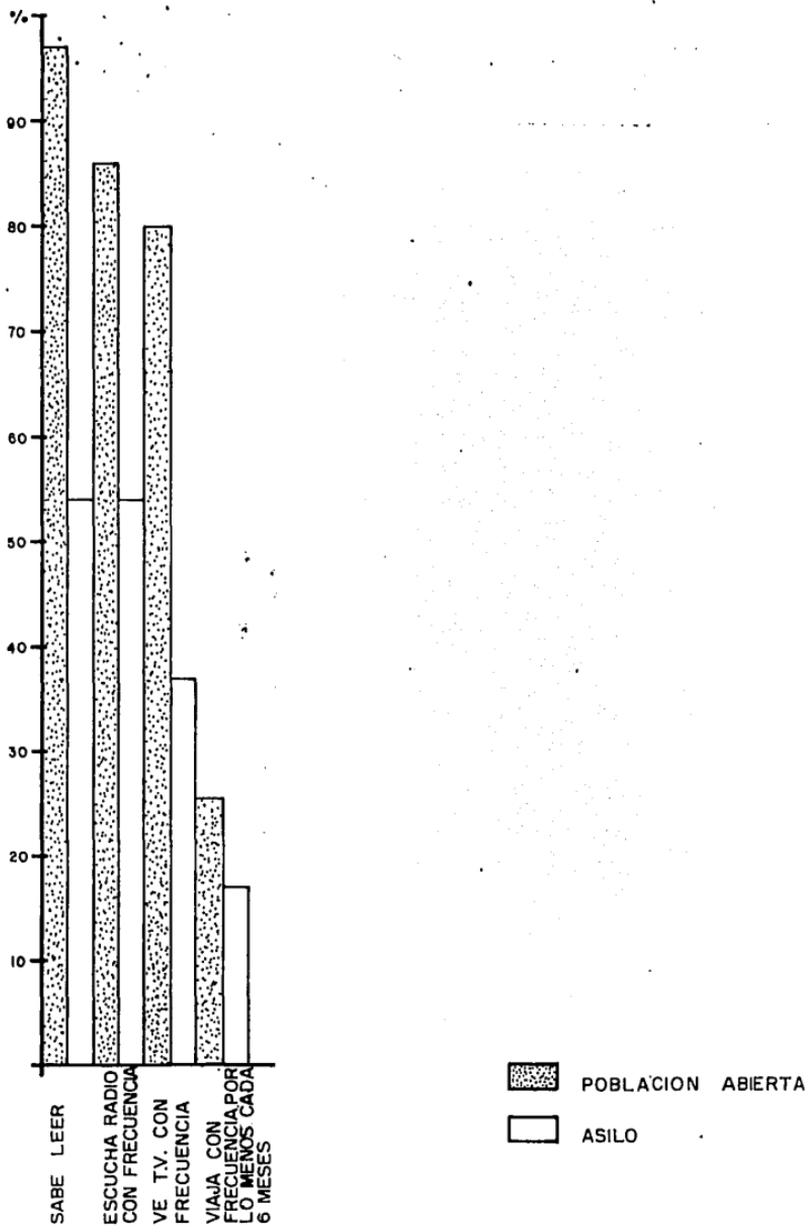
# FAMILIARES FALLECIDOS ANTES DE UN AÑO



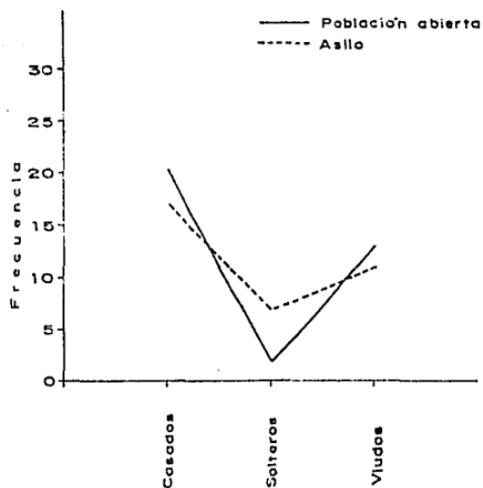
# SE SIENTE SOLO PORQUE ?



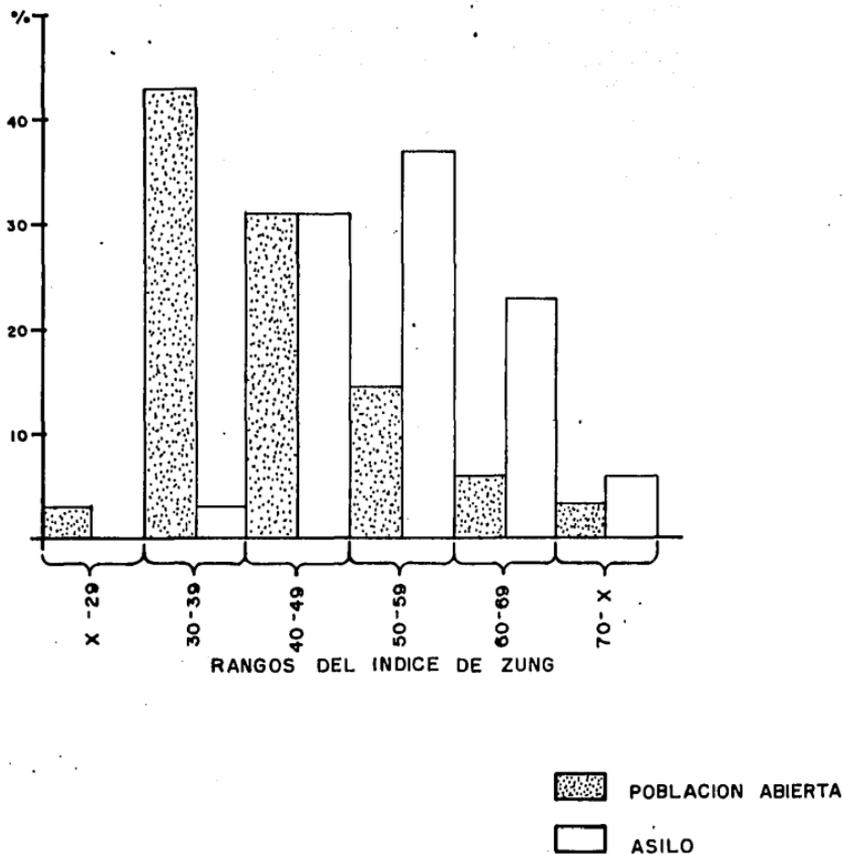
# DATOS GENERALES



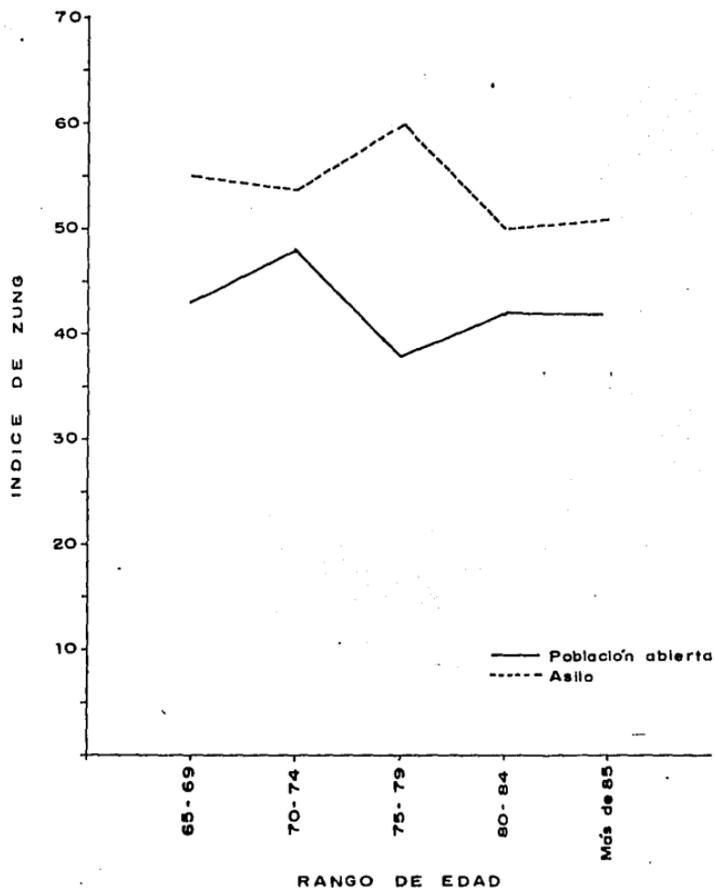
### ESTADO CIVIL



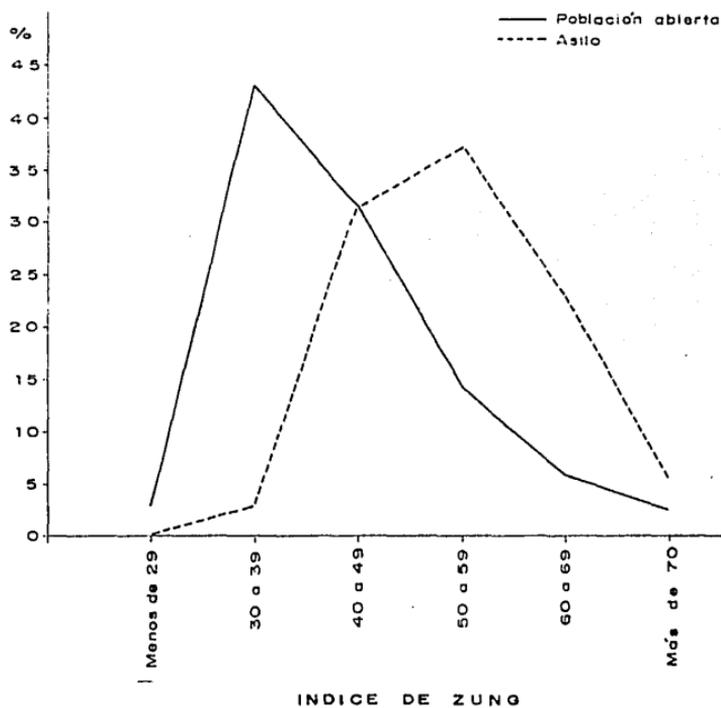
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE ZUNG Y SU  
FRECUENCIA SEGUN LA ESCALA DE MEDICION



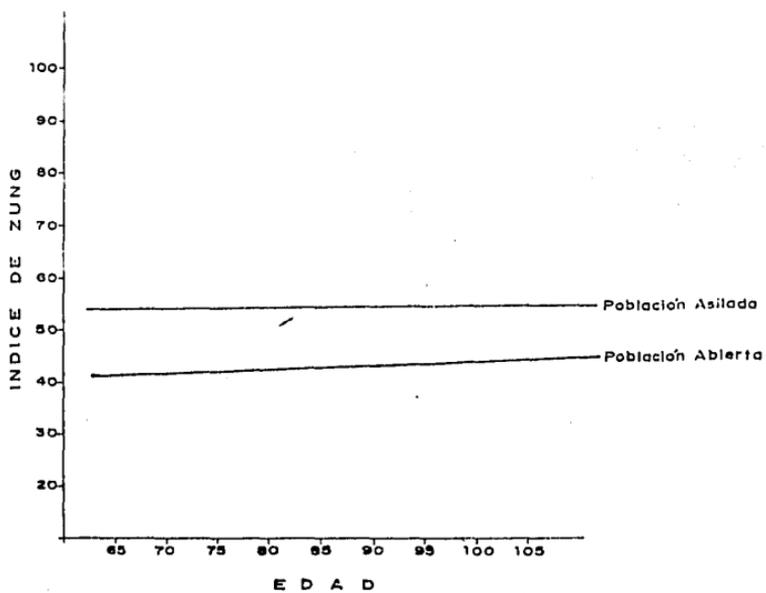
RESULTADOS DE LA PRUEBA DE ZUNG Y SU FRECUENCIA SEGUN LA ESCALA DE MEDICION.



RESULTADOS DE LA PRUEBA DE ZUNG Y SU FRECUENCIA SEGUN LA ESCALA DE MEDICION.



UBICACION DE LAS LINEAS DE CORRELACION  
EN AMBAS POBLACIONES.



## DISCUSION.

Si bien puede atribuirse la existencia de una afección psiquiátrica a factores genéticos y/o a factores bioquímicos, también es importante lo que ocurre en el medio ambiente en el que vive el individuo. Sabemos que "salud" es el bienestar físico, mental y social, son estos últimos los que hemos estudiado para el manejo profiláctico de alteraciones psiquiátricas que son de incumbencia gerontológica y que nos lleva a una mejor comprensión de las enfermedades emocionales que aquejan al anciano.

Hemos estudiado a la población asilar con el objeto de advertir las múltiples y complejas situaciones que vive la población proveyta asilada, y comparandola con viejos que viven en la comunidad para medir el grado de depresión que existe en ambos grupos.

Nuestra hipótesis de trabajo menciona que "la depresión es mas frecuente y severa en casa hogar para ancianos dadas las bajas condiciones socio-económicas, disminución de vínculos familiares y menos protección social en comparación con ancianos de la población abierta".

Los asilos surgen a consecuencia de necesidades sociales, en un principio las instituciones religiosas se encargaban del manejo, administración y ordenanzas para los asilados, generalmente custodiaban a los menesterosos, niños y ancianos, inválidos y enfermos a manera de recoger de la sociedad a todas las personas indigentes. Esto se ha sectorizado y actualmente existen asilos específicos creandose una infraestructura para el beneficio de un sector de la población.

¿ Porqué busca alojamiento una persona anciana, cuáles son las condiciones que lo orillan a pasar sus últimos días en una Casa Hogar para ancianos?.

Beauvoir menciona, " cuando no pueden bastarse a si mismos, ni física ni económicamente, el único recurso de los viejos es el asilo. En la mayoría de los países es absolutamente inhumano: justo un lugar para esperar la muerte, un "moriadero". Cuatro son las razones principales por las cuales las personas de edad solicitan el ingreso a los asilos. Ante todo la insuficiencia de sus recursos económicos. En segundo lugar la imposibilidad de encontrar un alojamiento, o fatiga de encontrarlo. En tercer lugar, razones familiares: los hijos se niegan a cargar con el viejo y deciden librarse de él. Y por último, algunos viejos solicitan asistencia médica. ( 20).

La entrada a un asilo puede ser un drama para el anciano, el shock psicológico es particularmente violento. Se menciona que mas de la mitad de los viejos mueren en el primer año de su admisión en el asilo (..20).

El espacio territorial apenas alcanza un espacio suficiente para satisfacer sus necesidades para satisfacer todas sus demandas, esto lo observamos en la población de estudio donde los individuos se encuentran confinados a un espacio muy reducido para satisfacer sus demandas. Calvo J. menciona " que el espacio es mas pequeño porque las necesidades son menores, pero un cierto límite es indispensable traspasado el cual, éste se sentirá inseguro, angustiado y temeroso"(..3).

Así, el anciano pasa a ser un objeto dentro del asilo, con incapacidad para elegir, disponer y de sentirse libres ya que están sujetos a un horario de alimentos, un horario para dormir y despertarse, un horario para asearse en fin, están - bajo un régimen de comportamiento al que deben de ajustarse.

En General, en los asilos existe un nivel intelectual bajo, leen poco y no escuchan la radio. La televisión, cuando la hay, les cansa los ojos y se aburren pronto de ella. (. . . .20). Esto lo encontramos en nuestro estudio en forma muy significativa, pues en la casa hogar casi la mitad de los - encuestados manifestaron no escuchar la radio y mas de la - mitad no ver la televisión en comparación con los de la po- blación abierta.

La vida comunitaria es muy mal tolerada en el asilo, - quienes se encuentran replegados en sí mismos, están encerra- dos juntos sin que se haya organizado para ellos una vida so- cial mas digna. Todos los procesos patológicos a que está su- jeta la vejez se acelera en los asilos. En nuestro estudio no hubo diferencias significativas en cuanto a salidas o pa- sees fuera por lo menos una vez cada 6 meses la mayoría men- cionó no salir de asueto.

Así el anciano asilado vive situaciones específicas, por las cuales se encuentra en desventaja, en comparación con - la población proveya ambulante; los parámetros que hemos evaluado nos hacen reflexionar en el sujeto asilado que se encuentra en situación desfavorable; encontrando en estos menos preparación académica, menos población económicamente activa, ingresos monetarios mínimos, menor protección social

y menos vínculos familiares e interpersonales. Estas carencias las he considerado como factores de riesgo, que pueden despertar en el anciano, sentimientos de minusvalía, desesperanza y menos interés por la vida. Siendo personas asiladas, sinónimo de marginación, que se han excluido del grupo social al que pertenecen, sin retribuirles en nada de lo que fue su vida - laboral y social, y esto es una injusticia social.

Como afirma Busse " el nivel socio-económico afecta la frecuencia de episodios depresivos; el grupo de ancianos con menores ingresos tiene una incidencia de depresión considerablemente mayor que el grupo de mayores ingresos" (.19). Esto fue muy claro en nuestro estudio pues se observa que la proporción de la población abierta que no percibe ingresos fue mínima (solo un caso) en comparación con los de la Casa Hogar en donde revasa la mitad. También es evidente que las fuentes de ingresos independientes son mayores en el caso de la población abierta, por el contrario, entre los que reciben ingresos de la Casa Hogar, la mayoría dependen de la ayuda familiar y del subsidio público. El total, que en este caso se refieren al mínimo de las fuentes de ingresos para los ancianos la población abierta revasa con creces a la otra población. Esto significa que entre 34 ancianos que perciben ingresos, en la población abierta, 25 tienen doble fuente, mientras que solo un asilado se encuentra en esta situación.

La desprotección social en la que viven las personas asiladas, nos hacen pensar en nuevos caminos de solución a problemas ya existentes, aperturas de centros gerontológicos -

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

que cuenten con programas activos para beneficio de la población senecta y de provecho para la sociedad.

Podemos decir, que conociendo los factores de riesgo - de las enfermedades típicas de los ancianos, todos estos elementos, por lo común psicológicos y sociales que contribuyen a minar las condiciones de equilibrio en la salud de las - personas de la tercera edad, evitaríamos graves dolencias que vive el anciano.

Al pasar de una categoría a otra categoría social, y de un cierto nivel de participación social a la inactividad y - pobre participación, determina sobretodo una vuelta a la dependencia y a un cambio radical con el mundo. La pérdida del estatus en el macro-mundo, del sistema social, la disminución de las relaciones interpersonales, el estar obligado a asumir una postura periférica en el micro-sistema familiar, produce en la persona una sensación de inutilidad que lo lleva a un derrumbe del interés por la vida. (...8).

Otro de los factores de riesgo sería el estado cultural que atribuimos a la vejez, este valor cultural ha cambiado en el curso de nuestro siglo con el papel que el viejo puede socialmente desarrollar.

En épocas pasadas, nuestros ancianos gozaban de un prestigio dentro de su grupo social, participaban en la vida pública y eran vistos con respeto y admiración; hoy en día, influenciados por el sistema producción-consumo, hemos relegado al anciano a ocupar un sitio fuera o al margen de nuestra sociedad.

Nuestra sociedad es, por ciertos aspectos mas cruel con

el anciano, el momento de pensionamiento es predeterminado y con esto cesa cualquier función social. Además las relaciones interpersonales son raras, porque las enfermedades y los disturbios de la personalidad se acentúan y esto limita la comunicación. (...3). Esto también fue demostrado en nuestro estudio ya que la frecuencia de visitas y de relaciones fue mas frecuente en personas de población abierta.

Concluimos que en la Casa Hogar existe mayor grado de depresión ya que los índices de depresión en el grupo de ancianos de estudio fueron significativamente mayores a los índices de población abierta. y existen grandes diferencias con respecto a factores sociales y economicos, vínculos familiares y sociales entre ambas poblaciones .

## RESUMEN.

Se realizó un estudio comparativo en dos poblaciones de ancianos, el primer grupo perteneció a un medio asilar y el segundo a la población abierta. Se midió el grado de depresión y se censó el estado socio-económico de ambas poblaciones. Se concluye que en la población asilar existe mayor grado de depresión y que parámetros como: preparación académica, ingresos monetarios, vínculos familiares y relaciones interpersonales se encuentran significativamente más disminuidos en individuos asilados y que los hemos llamado factores de riesgo.

"A SELF-RATING DEPRESSION SCALE"

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente
1. Me siento abatido y melancólico				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas - que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas				

DISEÑO DE ENCUESTA

Datos generales.

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

---

1.1

Ocupación.

Profesionista \_\_\_\_\_

Obrero calificado o \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_

Obrero \_\_\_\_\_

Artesano \_\_\_\_\_

Sin Ocupación \_\_\_\_\_

1.2

¿Cuanto percibe.

Más del Mínimo \_\_\_\_\_

El Mínimo \_\_\_\_\_

Menos del Mínimo \_\_\_\_\_

No asalariado \_\_\_\_\_

2.1

Ingresos a través de:

Pensión \_\_\_\_\_

Rentas o interés \_\_\_\_\_

bancario \_\_\_\_\_

Ayuda Familiar \_\_\_\_\_

Subsidio Público \_\_\_\_\_

No Ingresos \_\_\_\_\_

2.2

¿Dónde vive:

Familiares \_\_\_\_\_

Casa Hogar \_\_\_\_\_

Solo \_\_\_\_\_

3.1

Parentesco de las personas con quien vive:

Esposa \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_  
Nietos \_\_\_\_\_  
No familiares \_\_\_\_\_

3.2

Con que frecuencia lo visitan:

Dos veces por semana \_\_\_\_\_  
Una vez por semana \_\_\_\_\_  
Una vez por mes \_\_\_\_\_  
En forma esporádica \_\_\_\_\_  
No lo visitan \_\_\_\_\_

3.3

Con quien se relaciona con más frecuencia:

Esposa \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_  
Nietos \_\_\_\_\_  
No familiares \_\_\_\_\_  
No se relaciona \_\_\_\_\_

3.4

Se encuentra afiliado a una institución de salud.

ISSSTE \_\_\_\_\_  
IMSS \_\_\_\_\_  
Ninguna \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

4.1

Familiares fallecidos antes de un año.

Madre \_\_\_\_\_  
Esposa \_\_\_\_\_  
Hijos \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_  
Nietos \_\_\_\_\_  
No familiares \_\_\_\_\_  
No se presento el evento \_\_\_\_\_

4.2

Se siente solo porque:

No se siente solo

\_\_\_\_\_

Si se siente solo

\_\_\_\_\_

No tiene esposa

\_\_\_\_\_

No tiene hijos

\_\_\_\_\_

No tiene hermanos

\_\_\_\_\_

No tiene ningún familiar

\_\_\_\_\_

4.3

Datos Generales

Sabe leer

SI

\_\_\_\_\_

NO

\_\_\_\_\_

Escucha la radio con frecuencia

SI

\_\_\_\_\_

NO

\_\_\_\_\_

Le gusta ver la televisión

SI

\_\_\_\_\_

NO

\_\_\_\_\_

Viaja fuera de la ciudad por lo menos una vez cada 6 meses.

SI

\_\_\_\_\_

NO

\_\_\_\_\_

4.4

Donde le gustaría vivir.

Con familiares

0

\_\_\_\_\_

En Casa Hogar

\_\_\_\_\_

Albergue

\_\_\_\_\_

Asilo

\_\_\_\_\_

Solo

\_\_\_\_\_

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Calderón G.  
Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento.  
Ed. Trillas. México. 1984.
- 2.- Mayer-Gross W. Slater E. Roth W.  
Psiquiatría Clínica. Tomo II.  
Ed. Paidós. 1974.
- 3.- Calvo J. y col.  
" Comportamiento territorial y nidícola en la vejez"  
Memorias del XII congreso de Geriatria y Gerontología.  
Pag. 319-322.  
Ed. Ferrer Internacional, Córdoba. 1980.
- 4.- Referencia poblacional.  
Apuntes del INSEN. 1982. Pag. 138-143.
- 5.- Ayuso J.L.  
"Psychosocial Factors in Later Life Depression"  
Acta Psychiat. Amer. Lat. 25:187, 1979.
- 6.- Murphy A.  
"Social Origins of Depression in Old Age"  
Brit.. J. Psychiat. 141, 135-142 (1982).
- 7.- Krassoievitch M.  
"Aspectos Clínicos de la Depresión en el Anciano"  
Psiquiatría, 1976, 6 (1): 29-35.

- 8.- Ballei G. y col.  
"L'Anziano Nella Società"  
Gior. Geron, XXXI (11), 928, 1983.
- 9.- Han T.A.  
"The Treatment of Depressed Patientnts"  
Am. J. Psycho. 1978. 32(1): 93-104.
- 10.- Ruth L.  
"A Multidimensional Analysis of the Concept of Life  
Change"  
J. of the Healt and Social Behavior. March 1977. 18  
(1) 73-83.
- 11.- Blumenthal A.  
"Depressive illness in old age: Getting Behind the Mask"  
Geriatrics. April 1980: 34-43.
- 12.- Anthony E. J. y Benedik T.  
Depresión y Existencia Humana  
pág. 26-36. Ed. Salvat. España, 1981.
- 13.- Walshe T.  
"Changes in the Nervous System with Aging" Cap. 3 pág. 8  
En: Manual og Clinical Problems in Geriatric Medicine.  
Ed. Little Brown. 1985 1a. ed.
- 14.- Crepaldi G. y col.  
Again Brain Ergot Alkaloids. pág. 9-14  
Ed. Raven Press, New York, vol. 23. 1983

- 15.- Vigouret J.M.  
"Neuromediation et Sènescence"  
Inédito. S/F.
- 16.- Spagnini U. y col.  
Psiconeuro Endocrinologia. pág 145-151.  
Ed. Liviana-Padova. Italia. 1982.
- 17.- Sirtori C.  
La Nuova Prevenzione Attiva Antisenile.  
Ed. Cortina Internacional-Verona. Italia. 1983.
- 18.- Magni G. De Leo D.  
"La Depressione Nell'Anziano: Diagnosi e Trattamento  
Farmacologico".  
Gior. Geront. XXXI (5) 291-301. 1983.
- 19.- Anderson F.  
"The Inter-Relationship Between Physical and Mental  
Discase in the Elderly" En: Kay, K. and Wilk, P.  
Recent Developments in Psychogeriatrics, Brit. J.  
Psychiat. Special Publication No. 6, 1971.
- 20.- Beauvoir S.  
La Vejez, Ed. Hermes/Sudamericana. México. 1980.