



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**LOCUS DE CONTROL Y DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS
MAYORES EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL**

T E S I S

Que para obtener el grado de
Licenciada en Psicología

Presenta:

SOCORRO LOURDES ROSAS GARCÍA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. CÉSAR AUGUSTO DE LEÓN RICARDI

COMITÉ:

DR. OMAR ALEJANDRO VILLEDA VILLAFANA

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

MTRO. GABRIEL MARTÍN VILLEDA VILLAFANA

MTRA. ELIA SARMIENTO SALMORAN



Ciudad de México

Noviembre/2021



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 esta 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.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en específico a la FES Zaragoza, por acogerme en todos sus espacios y haberme hecho conocer y formarme con excelentes profesionales y grandes amigos, mismos que atesoro en mi psique con un valor inexplicable.

A mi familia; a mis hermanas Mari y Lupe, que me enseñaron el valor del trabajo con diversión y actitud de valentía. A mis hermanos Emilio, Raymundo y David, que son como mis padres desde siempre. Lo que necesité, lo suficiente, lo tuve gracias a ellas y ellos. A mi papá en el cielo y los pocos pero tiernos recuerdos que evoco de él. Y a mis sobrinos que me dan alegrías y cierto estrés, pero me hacen aprender y respetar la infancia, mirar el mundo desde la niñez. A Chino que es con quien crecí sin sentirme sola.

A mi más grande y valioso amor; mi mamá, porque de ella ha emanado siempre la calidez que me ha traído hasta aquí, por sus cuidados, sus cariños, sus bromas y sus palabras fuertes, porque me proporcionó los límites necesarios para mi crecimiento y a su vez la seguridad para ser independiente. No pude haber tenido mejor ejemplo de mujer valiente y capaz, tierna con un corazón incansable, que busca alternativas, que toma fuerza, que sigue a pesar de la adversidad, que también se permite aprender de mí.

A Dante; mi perrito, pero más que eso es mi compañía más fiel, el que no me juzga y con quien tengo un vínculo genuino. En las noches de insomnio, de tristeza, de llanto, de alegría y plenitud al escribir este trabajo y en general.

A mis amigos de la facultad; Rebecca, Jonathan, René, Brianda, Omar, Mike, Jessica, Yami, y Desireé, personas muy importantes ya que su compañía, alegría, motivación, soporte, cariño y escucha han sido clave, además de que aplicar instrumentos era cansado pero tres de ellos estuvieron. Hemos compartido sentimientos en este proceso de concluir una licenciatura y seguiremos enfrentando nuevos retos en nuestra vida profesional y personal, formándonos para devolver lo que nos corresponde a la sociedad con profesionalismo y humildad. Y no sólo ellos, porque sabemos que compartimos todo esto con más y más personas, a todos ellos los atesoro con ternura.

A Karen, Mariana y Enrique; pues son parte de mi colchoncito, ahí donde puedo reposar un momento sin juicio y se enorgullecen de mí tanto como yo de ellos. Hoy que me encuentro aquí, me llena de felicidad saber que no me equivoqué al decretar que serían amistades de calidad que perduran en el tiempo y por supuesto que lo seguirán siendo, para compartir experiencias en cada etapa de la vida, hasta envejecer.

A Fanny; que es mi amiga y mi familia desde hace más de 10 años, con quien no dejo de frecuentar experiencias, pláticas, bromas, carcajadas y crecimiento personal, que es muy valiosa en mi día a día... no me imagino sin sus sonrisas, sin su entendimiento hacia lo que me gusta y lo que me hace querer vivir la vida sin tanto rodeo, ha confiado en mí desde que tengo memoria y más aún en este proyecto del cual también es partícipe y soporte desde el inicio hasta el fin.

A mi director, el Dr. César de León; por cada corrección, idea, apoyo, porque desde el principio confió en mí para llevar a cabo un proyecto así, porque desde sus clases aprendí con criterio y diversión. Sus palabras resuenan desde entonces: “Lulú, titúlame por tesis”, y así plantó aún más en mí tal idea y no la abandoné. También por cada palabra de ánimo aun en la tempestad que se ha vivido.

A las y los adultos mayores que se tomaron un momento de su tiempo para contestar los instrumentos, para platicarme algo importante para ellos, por hacerme algún comentario positivo e incluso a los que defendieron su posición sobre no participar, a ellos por tanto conocimiento y experiencia en la sociedad, gracias.

A Daniel Rosas; para la organización de mis ideas, pensamientos, emociones, sentimientos, motivaciones, acciones, sentidos y significados, necesitaba una guía para no caer en el abismo, una luz en el camino, y eso lo encontré con él. Elaboré y sigo elaborando alternativas en el camino, hacia adelante, gracias a sus palabras y a la excelente persona que es. Y además prendí que en realidad me faltarán las palabras para agradecer a todas las personas que menciono aquí porque “el sentido implica todo aquello que el lenguaje no alcanza a explicar”.

A mi jurado; Dra. Mirna, Dr. Omar, Mtro. Gabriel y Mtra. Elia, por aceptar guiar y consolidar este trabajo, por su conocimiento que sigue formando a más profesionales.

Dedicatoria

A ti madre, María Virginia García Téllez, por la valentía y el coraje de ser mujer, mamá, abuela, hermana, hija y amiga a pesar de todo y de todos, porque “siempre confiaste en todo lo que soñé y me cuidaste y me guiaste hasta aquí”, porque soy afortunada de ser tu hija. Tú “eres mi amor eterno, mi ángel de la guarda”.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1 LOCUS DE CONTROL	5
Antecedentes	5
Definición.....	8
Locus de control y vejez.....	11
CAPÍTULO 2 DEPRESIÓN	14
Antecedentes en la medición de la depresión.....	14
Definición y criterios diagnósticos.....	17
Depresión y envejecimiento	19
Desesperanza.....	23
CAPÍTULO 3 SALUD MENTAL Y LOCUS DE CONTROL	25
Salud mental.....	25
Principales trastornos mentales en México	26
El locus de control relacionado con la salud	28
Locus de control y depresión	30
CAPÍTULO 4 VEJEZ Y LA CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL	33
Vejez: definición y clasificaciones de estudio	33
Situación psicosocial de la vejez en la actualidad en México	37
Las personas mayores como grupo en condición de vulnerabilidad social.....	40
CAPÍTULO 5 MÉTODO.....	45
Planteamiento del problema	45
Pregunta de investigación.....	47
Objetivos	47
Hipótesis.....	47
Variables	48

Diseño de investigación	49
Participantes	49
Instrumentos	50
Procedimiento	50
CAPÍTULO 6 RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	58
Discusión.....	58
Conclusiones	63
REFERENCIAS	67
ANEXOS	78

Resumen

El locus de control (LC) se define como el grado en que las personas perciben que las consecuencias de los sucesos de sus vidas son debidas a habilidades internas o a factores externos (Gámez-Padilla & Díaz-Loving, 2011). Se ha asociado una orientación del control externo con cuadros depresivos en personas mayores (Alvarado, 2003). Por su parte la depresión es un trastorno afectivo donde el estado de ánimo es persistentemente triste, hay pérdida de interés y placer, alteraciones en el sueño y apetito y en el adulto mayor pueden presentarse alteraciones en la memoria (American Psychiatric Association, 2014; Díaz, Pascual & Calvo, 2002). A partir de una muestra de 150 personas mayores, el objetivo del presente trabajo fue conocer la relación entre el locus de control y la depresión. Se consideró la vulnerabilidad social (VS) como una condición que sirve de contexto a problemáticas actuales que incluyen la prevalencia de algunos trastornos en ancianos, incluida la depresión. Se utilizaron las escalas de Locus de control (García-Campos & Reyes-Lagunes, 2000) y Depresión geriátrica (Yesavage, 1982). Los resultados arrojan una correlación negativa estadísticamente significativa entre el locus de control interno y depresión para la muestra total y para las correlaciones por sexo correlación positiva estadísticamente significativa entre el locus de control externo y depresión en hombres. Se constata que el LC es una variable predictiva en comportamientos que tienen que ver con la salud física, psicológica y social en población envejecida. Se propone en la investigación gerontológica a la VS como una contextualización para comprender las diferentes realidades que arrojan distintos recursos en ellos y de esta manera se articule un mejor entendimiento entre variables de estudio.

Palabras clave: *vejez, personas mayores, vulnerabilidad social, locus de control, salud mental.*

Introducción

A lo largo de la historia, las personas han construido a su alrededor innumerables símbolos y significados con los que guían su comportamiento. A sabiendas de que se puede influir en el resultado final de los acontecimientos de la vida, las creencias respecto a qué, quién o quiénes los controlan para que tengan un desenlace exitoso o no, siguen siendo variadas en cada parte del mundo y entre cada persona. El locus de control es un constructo que se utiliza para englobar lo anterior, refiere expectativas de las personas y a través de qué son reforzadas. Además, se ha demostrado que correlaciona con variables afectivas que en conjunto dan respuesta anticipada a diversas conductas. El presente trabajo se sitúa en la adultez tardía o vejez, donde los cambios sociales, físicos y psicológicos que caracterizan a esta etapa del desarrollo humano, tienen la probabilidad de generar estados afectivos negativos, repercutiendo en la calidad de vida si no cuentan con recursos que permitan enfrentarlos.

En nuestro país, un importante número de personas mayores vive en condiciones de vulnerabilidad social, la cual hace referencia a la inseguridad e indefensión presente en la vida de los individuos, comunidades y familias a partir del impacto que provoca un evento socioeconómico de carácter traumático, sin embargo, también toma en cuenta el manejo de recursos y las estrategias que ellos utilizan para hacer frente a las consecuencias del evento o eventos traumáticos (Pizarro, 2001). No obstante, se coloca además como un enfoque de análisis que se utilizará en este trabajo. Las personas mayores, por sus características biológicas, físicas y por factores como son habitar en lugares económica o socialmente deprimidos, o sin el acompañamiento y cuidado que facilite alguien más, enfrentan cierta desprotección y se consideran un grupo socialmente vulnerable (Guerrero & Yépez, 2015).

La vulnerabilidad social influye en gran medida en el riesgo de enfermar (Medina-Mora et al., 2013), lo cual a su vez influye en la dirección de las creencias de control y puede ser un factor de riesgo para presentar malestar mental como demencia o depresión en la vejez. En el caso de la depresión, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que ésta puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana, representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En personas envejecidas, la depresión genera un desempeño más deficiente en comparación con

los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina.

Por esta razón y debido al aumento paulatino de la población mayor que es cada vez más evidente a nivel mundial y nacional, el objetivo que se plantea en este trabajo es conocer cuál es la relación entre el constructo locus de control y la depresión en personas mayores. En adición a lo anterior, se pretende analizar y articular el trabajo a partir del enfoque de vulnerabilidad social. Para lograr cubrir el objetivo se utilizó en esta investigación un modelo cuantitativo mediante un diseño no experimental, de tipo transversal con alcance correlacional y descriptivo analítico.

Es así que inicialmente, para situar los elementos teóricos, en el primer capítulo se abordará lo referente a la variable de locus de control; sus antecedentes, la conceptualización, los tipos de locus de control que se consideraron para la población mexicana de acuerdo a estudios anteriores y algunas investigaciones que vinculan el constructo con la población en cuestión.

Para el capítulo dos se describe lo relacionado a la depresión, sus antecedentes en cuestión de medición, los criterios considerados para emitir un diagnóstico general, cómo se presenta este trastorno afectivo en la vejez haciendo mención de factores de riesgo, de protección y de un último síntoma implícito que guarda cierta relación con la etapa de la vida, que es la desesperanza, abordada desde distintas teorías.

En cuanto al tercer capítulo se engloba de manera general a qué se refiere la salud mental y su importancia en el panorama social actual, una breve descripción de principales trastornos mentales en México, concluyendo con algunos estudios previos que muestran cómo el locus de control ayuda a mantener la salud mental pero también de cómo se estructura al momento de padecer depresión.

En el cuarto y último capítulo respecto a la conformación del marco teórico, se aborda la vejez desde diferentes visiones, diferenciándose del concepto de envejecimiento, que también es entendido y descrito desde distintas vertientes, añadiendo una contextualización de cuál es la situación psicosocial actual de los ancianos en México, qué es lo que implica la

vulnerabilidad social como concepto y conformado como un enfoque y cómo se vincula a esta etapa de la vida desde características generales y otras más específicas.

Seguido, se aborda la parte metodológica, haciendo en primer momento mención del planteamiento del problema del presente trabajo, así como de la pregunta de investigación, los objetivos, las hipótesis planteadas, las variables estudiadas, los participantes y tipo de muestreo, los instrumentos de medición psicológica y el procedimiento.

Y finalmente, se hace una descripción detallada y gráfica de las características sociodemográficas recogidas de los participantes. Se reportan los resultados obtenidos de las correlaciones tanto para la muestra total como por sexo de acuerdo a los objetivos específicos, se incluyen datos descriptivos de las variables para conocer cómo se manifiestan sus valores en la muestra, y se cierra el estudio con las discusiones y conclusiones haciendo mención de los fundamentos teóricos, las coincidencias con otros estudios, los alcances y limitaciones del trabajo, así como de las prospectivas sugerentes para estudios posteriores.

CAPÍTULO 1

Locus de control

Antecedentes

El estudio y la medición de las variables del control, de cómo la gente asocia o no el resultado de un evento a su propio comportamiento, puede rastrearse desde finales de la década de los 50 donde Phares y James (1955; 1957, citados en Bialer, 1961) construyeron una escala con la intención de medir el locus de control en niños, sin embargo, sus trabajos no fueron publicados, por lo que no tuvieron divulgación. A partir de esas investigaciones, Bialer (1961) retoma las escalas y estudia el locus de control en niños con retardo mental, con el supuesto de que en los años iniciales de vida no existe una asociación entre los resultados de los eventos cotidianos y el propio comportamiento del niño. Además, se agregó en contraposición la percepción de control con otras variables como impotencia, desesperanza, competencia, etcétera (conceptos que ya habían sido estudiadas por diversos teóricos), y se colocó como una variable que abarca una expectativa más que ser motivacional, como lo habían sido otras anteriores, esto por ser una unidad integradora (Lefcourt, 1966).

Durante esos años comienza a tomar mayor auge el interés en este campo y es Rotter uno de los pioneros en el estudio del control externo y el control interno que los individuos pueden atribuir a los eventos que les suceden, aportando así dos polos al constructo, aunque hasta ese momento se trataba, de acuerdo con la escala que construyó, de una teoría unidimensional, ya que en la medición la persona debía elegir una afirmación de dos opciones excluyentes (La Rosa, 1986). Es la teoría del aprendizaje social la que precede a sus vastos estudios sobre el control. En dicha teoría, Rotter (1966) asegura que el papel del refuerzo, recompensa o gratificación en una conducta consiste en fortalecer la expectativa de que un comportamiento tendrá ese mismo refuerzo en un futuro. Por consecuencia se formará la expectativa de que a tal comportamiento pertenece tal refuerzo, siendo aquí donde toma lugar la expectativa generalizada, es decir, cuando de una situación específica se percibe con similitudes o relacionada a otra u otras, y así, de ese grupo de situaciones que naturalmente pueden estar separadas, se forma una generalización. Aunque, por otra parte, ciertamente si

aquel refuerzo no se presenta de nuevo, se extinguirá dicha expectativa. Existen para Rotter cuatro factores que intervienen en la manifestación del aprendizaje (Martínez, 2006):

- El potencial de la conducta, es decir, la base biológica y genética que de entrada es necesaria para adquirir determinado aprendizaje.
- El valor del reforzador, el cual se entiende como la importancia que la persona deposita a las consecuencias de sus acciones.
- La expectativa, o aquello que la persona espera que acontezca derivado de su desempeño en sus acciones.
- Y la situación psicológica, que engloba el cómo la persona percibe el contexto en que desempeñará la conducta.

Es por esta razón que la variable del control es importante a la hora de comprender la naturaleza de los procesos de aprendizaje en diferentes situaciones y de individuo a individuo, ya que intervienen en conjunto los factores cognitivos y los ambientales.

Eventualmente, se fueron haciendo modificaciones al instrumento inicial de Rotter, ya que al empezar a estudiarse en diferentes lugares dicho constructo, no resultó suficiente para abarcar todo lo que implica en diferentes culturas y poblaciones, y con esa mejora se convirtió en un constructo de carácter multidimensional que cuenta con subcategorías de las dos categorías originales propuestas (Oros, 2005). Lo anterior implica que el control que se percibe de una situación dada puede orientarse también a macro estructuras tales como el destino, el azar o incluso el gobierno. Más adelante así lo desarrolló Levenson (1974), ya que hizo una división más en la medida de la orientación externa para distinguir del azar la participación de otros poderosos agregando matices a la dualidad de la escala. La autora hacía énfasis en cuestiones políticas a partir del razonamiento de que existen personas que piensan que el mundo no está ordenado (haciendo referencia al azar), las cuales actuarían diferente de las que piensan que el mundo está ordenado pero finalmente otros poderosos son los poseedores del control.

También se pueden revisar los trabajos de Milgram y Milgram (1975), quienes de igual manera consideran el locus de control como un constructo multidimensional incluyendo contenido, tiempo y orientación hacia los resultados de éxito y fracaso en niños superdotados

y no superdotados. En este caso el tiempo se refirió a la diferencia de asumir responsabilidad sobre eventos presentes y pasados, versus expresar competencia para afectar resultados futuros.

Se han tomado en cuenta aquellas construcciones teóricas que partieron del método científico, como la base del extenso estudio del locus de control. Ahora, siguiendo con la línea del tiempo y orientándose más al contexto mexicano, se pueden señalar los trabajos de La Rosa (1986) y García-Campos y Reyes-Lagunes (2000).

La Rosa (1986), como parte de su disertación doctoral, construyó una escala para medir locus de control en la población mexicana, a partir de haber aplicado la escala unidimensional de Rotter y haber encontrado que no favorecía a dicha población. La escala resultó en las siguientes cinco dimensiones: *fatalismo-suerte*, referida a creer en un mundo desordenado en el cual factores azarosos como la suerte o el destino están encargados de dar los refuerzos; *poderosos del macrocosmos*, está orientada a personajes de poder donde las acciones que estos hagan, repercuten en la vida de los individuos aunque estén alejados de ellos; *afectividad*, toma en cuenta las relaciones afectivas en las que se encuentra el individuo, en este sentido, la consecución de objetivos a través de éstas; *internalidad instrumental*, la cual coincide con la ya conocida condición interna, es una orientación hacia las habilidades y capacidades propias; y finalmente, *poderosos del microcosmos*, factor en el que se agrupan aquellas personas que poseen poder y están más cerca de los individuos (a diferencia de la dimensión del macrocosmos) que creen que son controlados por ellas.

Por su parte, García-Campos et al. (2000), partiendo de la propuesta de Lefcourt (1991) reportan que la estructura del locus de control para los mexicanos se compone de cinco factores; el primero denominado *externo*, se refiere a aquellas situaciones tanto de logro como de afiliación, cuyas atribuciones se hacen a factores externos. El segundo factor, *logro interno*, redacta situaciones de logro cuyas causas provienen de acciones directas o atribuciones propias de la persona. El tercero, el cual fue llamado *social afectivo*, se refiere a la obtención de metas, gracias a las relaciones afectivas de la persona. El cuarto factor, llamado *afiliación con locus interno*, menciona situaciones en las que el individuo se atribuye a sí mismo las razones por las cuales tiene buenas relaciones interpersonales, y por último,

el factor *statu quo familiar*, que se refiere principalmente a situaciones de integración familiar causadas por la persona.

El hacer un breve espacio al desarrollo del concepto permite comprender la importancia de su utilidad, cómo se ha medido a través del tiempo y por qué se ha estudiado considerablemente en diversas poblaciones de variadas características, ya que, por una parte, el trasfondo es una teoría social y de esta manera se puede entender que no se reduce a la simple emisión o no de una acción por parte de los individuos al explicar el éxito o fracaso de sus resultados. Por otro lado, aunque ligado al primer punto, no se puede reducir la percepción de control a la generalidad de dos polos, existen más factores que deben ser tomados en cuenta, considerando las características culturales de cada población.

Definición

En primer lugar, el control, o en este sentido, el tener el control, como lo indica Thompson (1981), es la creencia de una persona de que tiene a su alcance una respuesta que puede influir en la sucesión de un evento. Siguiendo la línea, hacer referencia al locus de control o foco de control, es señalar el grado en que una persona percibe que las consecuencias de los sucesos de su vida se deben a factores internos o a factores externos (Gámez-Padilla & Díaz-Loving, 2011), conocer cómo el control de su vida depende de ella o de cuestiones ajenas, colocadas en el ambiente, es decir, orientar la creencia del control hacia alguno de los polos. Esta variable además de que permitirá una explicación al momento de indagar hacia dónde los individuos dirigen el foco que reforzará sus acciones, puede vislumbrar predicciones confiables acerca de sus conductas futuras, lo cual, a su vez, está ligado a su toma de decisiones (Varela & Mata, 2004).

El hecho de ser consciente de que se es responsable de los resultados de ciertos comportamientos cotidianos depende de distintos factores, incluyendo cómo ha sido el desarrollo de la persona y bajo qué ambiente. Tal como lo señalan Galindo y Ardila (2012), en población que se encuentra en situación de pobreza predominan las atribuciones de tipo externo que abarcan desde un Dios, el destino o la suerte hasta el sistema macroeconómico y político del país o del mundo, pasando también por simplemente otras personas. Lo último

sin dejar de mencionar que también existe variabilidad intrasujeto respecto a tales atribuciones de las consecuencias en los hechos de la vida.

En este sentido cabe apuntar que en sociedades individualistas lo que se encuentra presente principalmente es el control interno, y por el contrario, sociedades colectivistas tienden a orientarse al control externo ya que sus opiniones y decisiones fluctúan más entre una dependencia del grupo o de figuras de autoridad (Páez, Fernández, Basabe & Grad, 2001).

Una manera en la que también se puede analizar al locus de control, es como un proceso atributivo, como lo menciona Gil (2006) al señalar que es una forma en que las personas pueden darse una explicación de las causas de los eventos, de tal manera que es adaptativo y utilizado como un instrumento simbólico para ajustar y controlar la realidad.

La sensación de pérdida de control puede vulnerar a las personas, particularmente en situaciones que son significativas para ellas, de modo que en eventos que consideran importantes tratan de ejercer mayor grado de control ya que esto les ayudará a la consecución de sus metas, y por el contrario, como lo enfatiza Oros (2005), si sucede que la sensación de control es baja o se pierde, la respuesta puede ser una paralización que obstaculice la realización de conductas efectivas para lograr llegar dichas metas.

Por tratarse de una expectativa generalizada se puede considerar al constructo en cuestión como un componente de la personalidad, y de este modo es posible hacer una descripción de los individuos que están orientados hacia uno u otro polo, aunque también se consideran otras dimensiones como la social afectiva que brinda un análisis con distintos matices y abre paso a una mejor explicación teniendo en cuenta a la población mexicana.

Locus de control interno

Dentro de las categorías del locus de control, el interno se trata del grado en que las personas se apropian de sus éxitos o fracasos, es decir, los interpretan como resultado de su esfuerzo, sus capacidades, sus aptitudes, o las cosas que ellos mismos llevan a cabo (Rotter, 1966). Trasladando esta conceptualización a caracterizar a las personas que se inclinan a dicha categoría, se puede señalar que tienen más probabilidad de estar más atentos a aspectos

del ambiente que les brinden información para dirigir su comportamiento eventualmente, de tomar medidas para hacer una mejora en su situación ambiental y de que reconozcan con más valor las habilidades que los llevaron a conseguir sus metas y a su vez se muestren preocupados por su capacidad si se trata de sus fracasos (De León, 2018). Suelen hacer resistencia a los cambios relativos a la influencia social, ya que se orientan más a sus logros pueden diferir lo que se les congratula y prefieren obtener recompensas por sus aptitudes (Phares & Lamiell, 1974). De igual manera, en el ámbito de la salud física, personas que consideran que ésta depende de ellas mismas principalmente, tendrán hábitos más saludables y participarán activamente en su cuidado (Fernández & Edo, 1994).

Locus de control externo

Por su parte, la categoría externa busca señalar lo contrario, el grado en que las personas atribuyen las consecuencias de los eventos de su vida a factores que no son completamente controlables por ellos y los perciben más bien debido a la suerte, el destino, un Dios, o también el gobierno (La Rosa, 1986). Para los individuos que se pueden encontrar inclinados a esta tendencia se consideran características tales como que tienen menores expectativas de éxito en sus actividades, es posible que realicen esfuerzos pobres en sus tareas, muestran menor interés en el medio, existe disminución en la realización de tareas nuevas, o si las realizan muestran menos eficiencia en su desempeño, respecto a búsqueda de información toman una posición menos activa que los orientados al LCI, su interés en el éxito se expresa en menor grado y tienden más al fracaso (Phares, et al., 1974; Davis, 1963). Además de que se pueden considerar carentes de confianza en sí mismas (Lefcourt, 1966).

Dimensión social afectiva

Teniendo en cuenta que para la población mexicana los matices del locus de control están presentes ya que la afiliación es un componente importante en su desarrollo integral y bienestar (Díaz-Guerrero, 1982), la dimensión social afectiva no deja de ser resaltante para completar un análisis al momento de explicar la conducta y la consecución de ciertos objetivos a través de relaciones interpersonales y las expectativas que se dirigen a este ámbito.

Como se señaló anteriormente, García-Campos et al. (2000) integran en la estructura del locus de control para México el factor social afectivo en el que la consecución de las metas está estrechamente ligada a las relaciones en las que se encuentra inmerso el individuo. Así mismo, La Rosa (1986) propone la dimensión afectividad en su escala que sería equivalente al factor social afectivo, ya que señala que es a través de relaciones amistosas y cálidas que la cultura latina, y en específico mexicana, se ayuda a lograr objetivos que no sólo engloban precisamente lo afectivo, sino también empleos, buenos puestos, aprobación de superiores o calificaciones favorables, dejándose ver en los reactivos de su escala como “Si le caigo bien a mi jefe, puedo conseguir mejores puestos de trabajo” o “Puedo mejorar mi vida si le caigo bien a la gente”.

Locus de control y vejez

En la investigación geriátrica que involucra al locus de control, se encuentra a esta variable como un recurso de afrontamiento importante considerando la orientación a la que la persona se oriente principalmente. Se ha indicado que el locus de control interno amortigua el efecto de síntomas físicos y emocionales en diversas enfermedades, mientras que el locus de control externo puede tomarse como predictor de enfermedades. Cabe mencionar que de acuerdo al ciclo de vida en que la persona se encuentre, cambia esta orientación, siendo los viejos quienes perciben menos control personal que otros grupos de edades, aunque también deben tomarse en consideración otras variables como la escolaridad o si existe una discapacidad física (Mirowsky, 1995). Por ejemplo, para conocer la relación que existe entre la dirección de locus de control y la presencia de enfermedades como la depresión, el estudio realizado por Zampieri, De Souza y Abib (2011) evaluó la orientación de locus de control y su relación con la depresión y la calidad de vida en 30 pacientes con enfermedad de Parkinson. Sus resultados demostraron que existe una correlación positiva entre la orientación externa del locus con la depresión y la calidad de vida y una correlación negativa entre la orientación interna y la depresión.

En un estudio descriptivo correlacional realizado por Alvarado (2003), con personas mayores de 65 años de un centro de salud en la ciudad de Santiago, Chile, se aplicaron en un grupo control y en un grupo con trastornos emocionales la escala de locus de control de

Rotter, la escala de locus de control de salud de Wallston y la escala para medir trastornos depresivos y por ansiedad de Alvarado. Los resultados arrojaron una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos, teniendo en el grupo control puntajes más inclinados hacia el locus de control interno y en el grupo con trastornos emocionales puntajes que se orientan al locus de control externo. Concluye que quienes tuvieron una tendencia a lo externo en la escala de Rotter presentaron sintomatología ansiosa y depresiva con mayor frecuencia, además se encontró esta tendencia en quienes tuvieron altos índices de enfermedad con presencia de ansiedad. Por último, el rol de percibir control es el de un factor relevante que tiene presencia en trastornos de ansiedad y depresión pero principalmente en las personas mayores de 65 a 74 años. Apunta que la información obtenida da paso a investigaciones que incluyan aspectos más bien psicosociales en los trastornos emocionales de la población de adultos mayores que tengan una función moduladora teniendo en cuenta cómo ellos configuran su proceso de envejecimiento.

Martín del Campo (2003), trabajó en encontrar una relación entre la autoestima, la motivación y el locus de control interno con el aprendizaje y rendimiento académico en mujeres mayores de 60 años que se encontraban cursando la educación básica en el Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA). Los resultados que arrojó su investigación al menos para la variable de locus de control medida con la escala de La Rosa, fueron una correlación positiva débil del rendimiento académico con la internalidad instrumental y para las demás dimensiones (fatalismo, microcosmos, macrocosmos y afectividad) una correlación negativa. Lo que apunta a que si la persona tiene confianza en su esfuerzo, se manifiesta en que su promedio aumente respecto a la primera dimensión, en las demás disminuirá. Cuando el adulto mayor consigue un promedio alto concuerda con que ese objetivo se debió gracias al esfuerzo de su actuar y no al azar o la suerte, además de que se percata de que posee el control de su vida y sus intereses no son guiados por otras personas con poder.

Respecto a un estudio longitudinal llevado a cabo por Wolinsky y sus colaboradores (2009), que buscaba hacer cambios en el control personal de una muestra de 1534 adultos mayores a través de un entrenamiento cognitivo que contemplaba la memoria, el razonamiento y la velocidad de procesamiento, usaron para medir el locus de control la escala

abreviada de Lachman y sus colaboradores que contempla aspectos intelectuales, la cual es una escala de locus de control cognitivo, no sin mencionar está basada en las dimensiones propuestas por Levenson. Después de un seguimiento a 1, 2, 3, 4 y 5 años, los resultados arrojaron que el entrenamiento al menos en el razonamiento y la velocidad de procesamiento mejoró significativamente el locus de control interno a largo plazo. Tomaron en cuenta que así sucedería ya que el entrenamiento se enfocaba en mantener o incluso mejorar las habilidades cognitivas con el fin de que pudieran seguir llevando a cabo con independencia su vida a pesar del declive que aparecería. Cabe mencionar que a pesar de que el porcentaje de participantes en los que se obtuvieron mejoras es medio teniendo como referencia al grupo control, se ve reflejada la relación entre dosis de entrenamiento aplicada y respuesta obtenida. Es concluyente que el programa de entrenamiento arroja mejoras a esta población que ayuda en su calidad de vida en esa etapa.

Y una investigación más, de corte longitudinal dirigida a conocer si el locus de control y las estrategias de afrontamiento estaban asociadas con el pronóstico de depresión en personas mayores al año de seguimiento de su tratamiento (Hanevold, et al., 2018) se encontró que, tal como se planteó la hipótesis, los pacientes en los que predominaba la orientación externa, al inicio de la investigación, contaban con más probabilidad de tener niveles altos de depresión al año de seguimiento. Fue importante tomar en cuenta el deterioro cognitivo y los niveles bajos de funcionamiento instrumental en sus actividades cotidianas, ya que el estudio fue en ambientes hospitalarios. Esos y otros factores psicosociales como el duelo, el aislamiento social y la soledad tienen un papel sustancial en la persistencia de los síntomas depresivos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, fueron las centradas en el problema las cuales se asociaron al trastorno en la fase de seguimiento.

CAPÍTULO 2

Depresión

El panorama actual que se presenta para la depresión de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), es como la principal causa de discapacidad a nivel mundial que está contribuyendo de manera importante a la carga general de morbilidad, es decir, que está siendo una problemática de salud pública frecuente que, sin embargo, cuenta con tratamientos eficaces tanto psicológicos como psiquiátricos cuando se hace un diagnóstico adecuado y es posible trabajar de manera conjunta en los casos necesarios.

En México representa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres, incluso produce más discapacidad que algunas otras enfermedades crónicas tales como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Se trata de un trastorno que reduce de manera importante el funcionamiento de las personas, es recurrente y se asocia con muerte prematura en población joven, además de que los costos económicos y sociales que genera son de gran impacto, razón por la cual se ha convertido en un objetivo primordial de atención a nivel mundial (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Antecedentes en la medición de la depresión

Al igual que sucede con la medición de otros trastornos o con constructos psicológicos, existen diversos instrumentos psicométricos que se han desarrollado hasta ahora, cuyos resultados son útiles para el diagnóstico tanto general como diferencial de la depresión. Este avance metodológico permite recoger datos relevantes y hacer análisis a partir de la sintomatología considerando frecuencia e intensidad, y se toma en cuenta para diferentes grupos de edad de acuerdo a sutiles variaciones que se presentan por tener condiciones cognitivas distintas. A continuación, se revisan brevemente algunos de estos instrumentos.

Escala de calificación para la depresión de Hamilton

Hamilton (1960), consideró 17 variables donde se manifiestan síntomas depresivos para construir su escala que iba dirigida a pacientes ya diagnosticados con algún tipo de trastorno

depresivo. Señala que no se hace distinción alguna entre intensidad y frecuencia de los síntomas por lo que el evaluador debe ser hábil en la obtención de la información para poder emitir su juicio y puntuar la variable, es así que al calificarse se puntúan con un valor de 5 a 3. Además se debe tener especial cuidado al momento de distinguir en la tríada depresiva, es decir, entre estado de ánimo depresivo, culpa y tendencias suicidas. Menciona además que para obtener una puntuación es recomendable que dos entrevistadores califiquen independientemente al mismo paciente para aprender a usar la escala y eventualmente, con experiencia un solo aplicador puede otorgar los puntajes.

Inventario de depresión de Beck

Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961), desarrollaron un inventario diseñado para la medición de las manifestaciones comportamentales de la depresión, esto a partir de las observaciones y registros de actitudes y síntomas característicos de pacientes deprimidos de acuerdo con la literatura psiquiátrica. El inventario consta de 21 categorías donde en cada una se describe una manifestación característica específica de este trastorno, éstas clasificadas en tres factores que son actitudes negativas hacia sí mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática. Cada declaración tiene un valor asignado para poder indicar la gravedad de la misma y así poder calificar.

Este inventario se adaptó años después para la población mexicana, específicamente para la Ciudad de México por Jurado y sus colaboradores, a través de un proceso de tres estudios donde primero se hubo que traducir y adaptar, seguido de eso se evaluó una validez concurrente entre el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Zung en una muestra de 120 pacientes, y como tercer paso igualmente se evaluó una validez concurrente pero con 546 estudiantes de bachillerato. Al igual que en la escala original, ésta evalúa los tres factores dentro de 21 ítems. En conclusión, la adaptación del inventario cumple con los requisitos de confiabilidad y validez para la población dicha (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena & Varela, 1998).

Escala autoaplicada de Depresión de Zung

Zung y Durham (1965), ante la necesidad de evaluar tanto la presencia como la gravedad de trastornos depresivos en pacientes psiquiátricos con una escala breve y simple, construyeron una que se pudiera autoadministrar la cual consta de 20 ítems donde 10 son positivos y 10 negativos, sintomáticamente hablando, por lo tanto al calificarla se tienen que invertir valores asignándoles 1, 2, 3 o 4 puntos. Un puntaje más alto en su queja significa que el paciente se encuentra deprimido.

Escala de Depresión de Montgomery y Asberg (1979)

En esta escala, los autores retoman 17 síntomas recurrentes, cuya calificación se distribuye en 65 ítems de una nueva escala de calificación psicopatológica integral o CPRS la cual cumple una amplia gama de síntomas psiquiátricos, así que a partir de ésta, se decidió cuáles tomar para la de los autores. La construcción de la presente escala, tiene la particularidad de que la calificación es sensible al cambio pues se aplica en pacientes que están bajo tratamiento de antidepresivos; es así que detecta diferencias en el curso de acción de los fármacos. Es de esa manera que la versión final se queda con 10 ítems que engloban síntomas centrales del trastorno, que, como se mencionó, tiene la ventaja de tomar en cuenta los cambios que se presenten después de tomar un tratamiento psiquiátrico y la puede aplicar personal no psiquiátrico, como enfermeros, médicos generales o psicólogos.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Hasta el momento se han descrito instrumentos para evaluar a población que van desde adolescentes hasta adultos jóvenes, sin embargo, muchas veces éstas no son aplicables para poblaciones de otras edades. Una de las escalas con mayor uso para medir depresión en ancianos es la hecha por Yesavage y sus colaboradores, ya que su aplicación puede ser autónoma y simple. Se considera la última semana, aunque en otras versiones se opta por considerar los últimos 15 días. Después de dos estudios de validación, la versión final del instrumento fue válida y confiable para esta población cuyas puntuaciones en las 30 preguntas cerradas a afirmación o negación discriminan entre personas no deprimidas, con depresión leve o gravemente deprimidas. Para su aplicación no se necesita estar altamente capacitado (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1983).

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Con el objetivo de proporcionar ayuda para detectar medidas dimensionales de la gravedad de uno cada de estos trastornos a médicos generales y otros que no sean psiquiátricos, Goldberg y colaboradores diseñaron esta sencilla escala, que se trata de una prueba de cribaje de aplicación hetero-administrada durante el llenado de la historia clínica, es decir, que se utiliza para detectar posibles casos. Sin embargo, es útil para descartar o aseverar el diagnóstico indagando en síntomas de depresión y ansiedad, donde primero se contestan algunas preguntas iniciales de despistaje y se continúa si en estas se afirman dos o más en la subescala ansiedad y una o más en subescala de depresión (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones & Grayson, 1988).

Entrevista de Camberra para personas mayores

Esta entrevista estructurada, además de detectar depresión identifica casos de demencia de acuerdo con los criterios diagnósticos del CIE-10 y el DSM-3 y puede ser aplicada por no profesionales. En la construcción se abordaron 75 pacientes geriátricos clínicos y se utilizaron dos tipos de juicios clínicos, donde el primero consistió en la evaluación de pacientes por parte de un geriatra o psicogeriatría para incluirlos en el estudio, seguido de un segundo juicio independiente por parte de tres profesionales, así el acuerdo entre varios jueces estableció un punto de referencia para el acuerdo clínico de la entrevista. Cabe mencionar que no se logró un acuerdo perfecto entre los algoritmos de la entrevista y el juicio de los profesionales, sin embargo, es un instrumento que cuenta con la validez para la demencia hasta la depresión mayor (Mackinnon, Christensen, Cullen, Doyle, Henderson, Jorm, Korten & Scott, 1993).

Definición y criterios diagnósticos

Hablar de depresión es referirse a un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por tener una condición anímica persistentemente triste, pérdida de interés y otros signos físicos y cognitivos. Se tiene en cuenta un diagnóstico de depresión mayor cuando interactúan varios de los elementos que la conforman por al menos dos semanas y que consecuentemente

interfieran en el desempeño de las actividades diarias de la persona (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición, se deben identificar al menos cinco de los siguientes criterios para tener un diagnóstico de depresión mayor, los cuales impactarán en esferas sociales, laborales u otras áreas del funcionamiento, además de que estos síntomas no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia o de otra afección médica (American Psychiatric Association, 2014):

- Un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, por varios días, ya sea información subjetiva de la misma persona o referencias de otras personas que la observan.
- Considerable disminución del interés o placer hacia todas o la mayor parte de las actividades, todos o casi todos los días.
- Pérdida o aumento de peso sin hacer dieta, o en su defecto, pérdida o aumento de apetito casi todos los días.
- Alteración en el ciclo de sueño ya sea como insomnio o hipersomnolia la mayoría de los días.
- Cansancio o pérdida de energía casi todos los días.
- Excesivos sentimientos de inutilidad o culpabilidad la mayoría de todos los días.
- Disminución en la capacidad de concentrarse o de tomar decisiones casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Por su parte, Beck identificó que la depresión es un estado de actitud y percepción que desencadena en la tríada cognitiva, es decir, en emociones y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, y sobre esa base las personas orientan su conducta sobre qué hacer; incluso, puede llevar a la persona a cometer suicidio (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990; Quintanilla, Haro, Flores, Celis & Valencia, 2003). Se entiende que la persona depresiva tiene una autopercepción deficiente, se mira sin valía y que

lo malo que le sucede es debido a un defecto en él mismo. También hace interpretaciones negativas de sus experiencias actuales, piensa que el mundo le exige más allá de lo que puede ofrecer. Estas experiencias se toman como la evidencia que sustenta su visión sobre el rechazo personal y mayor dependencia. Y en cuanto al futuro, lo proyecta suponiendo obstáculos y sufrimientos con la creencia de que tendrán una duración indefinida; también habrá proyecciones y anticipaciones negativas en este ámbito (Caro, 2007).

Depresión y envejecimiento

En la etapa de la vejez el aumento de factores de estrés psicológico, físico y social aunado a la capacidad de adaptación da como resultado que la persona mayor sea susceptible a una enfermedad mental. Entre los factores mencionados se encuentran la pobreza, el dolor crónico, la pérdida de salud, la inmovilidad, la dependencia y la fragilidad, por mencionar algunos. Como consecuencia, además de la susceptibilidad de desarrollar trastornos mentales, es probable que necesiten cuidados especiales a largo plazo; estas condiciones favorece el aislamiento, la soledad y el estrés psicológico crónico (Sosa & Acosta, 2015).

La depresión es uno de los trastornos y problemas de salud más comunes que se presentan en la tercera edad por ser una etapa de grandes cambios (Evans & Mottram, 2000). Uno de los más importantes trastornos depresivos es el depresivo mayor y al menos en los adultos mayores presenta algunas características clínicas que lo diferencian de los episodios que se diagnostican en los adultos más jóvenes. Un ejemplo es que se observa que los adultos mayores se quejan con mayor frecuencia de dificultades en la memoria y de la concentración. Además, debido a la relación casi mitificada entre envejecimiento y estado de ánimo deprimido, cabe la posibilidad de que un elevado porcentaje de trastornos depresivos en los adultos mayores no se diagnostiquen de forma precisa, no reciban el tratamiento indicado y así compliquen la evolución de otros procesos orgánicos muy frecuentes en esta etapa del ciclo vital (Díaz, Pascual & Calvo, 2002).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM, 2018), en personas de 50 años en adelante, un 30.6 % de esta población reporta haber tenido 5 o más síntomas de depresión, mientras que un 5.6% refirió que su memoria era mala. Presentando los datos del trastorno afectivo por sexo, un 21.9% de hombres y un 37.1% de

mujeres reportaron 5 o más síntomas. Para lo que respecta a la mala memoria, un 3.3 % tenía de 50 a 59 años y aumentando a un 7.8 % se encontraban las personas de 60 años o más, notándose así, la acentuación de la problemática con respecto al avance de la edad.

El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida causando así sufrimiento innecesario para la persona mayor y su familia (Navas, 2013). Como se mencionó al principio, es importante hacer hincapié en tener en cuenta el escenario donde el trastorno puede ser particularmente incapacitante y con efectos de mayor grado cuando se experimenta en estas edades ya que se encuentra en virtud de factores que la amplifican, como el declive en la capacidad de reserva, en los recursos financieros y la comorbilidad con enfermedades de carácter físico, todo lo cual afecta las relaciones sociales y acelera los procesos de enfermedad (Moss et al., 2012). En seguida se enlistarán de manera más amplia aquellos factores de riesgo que favorecen la aparición de dicho trastorno afectivo.

Factores de riesgo para la depresión en las personas mayores

Una vez señalada la delimitación y síntomas de la depresión de manera general, y también ciertas características en ancianos, es necesario apuntar más a fondo los factores que pueden participar en que se desarrolle un trastorno depresivo en ellos, ya que, de la interacción entre características propias de este grupo y las particularidades del ambiente, dependerá en gran parte que resulte un envejecimiento exitoso o uno donde se desarrolle algún trastorno mental que repercuta en su calidad de vida.

A saber, la depresión también se entiende como el resultado de la combinación de diversos factores de distinta índole, ya sean genéticos, psicológicos o sociales, personales o del exterior, los cuales además determinarán el grado de intensidad en que se presente ésta; resultado que pretende ir más allá que la simple detección de ciertos síntomas. Por tal motivo es de interés conocer con mayor precisión el papel que juegan los distintos factores en la dinámica. Justamente dentro de este papel, cabe lugar una clasificación como la maneja Navaz (2003), que toma en cuenta la inserción de estos desde una postura predisponente (como la estructura de personalidad o el aprendizaje de respuesta en situaciones de tensión), contribuyente (como las formas de violencia que pueden vivir o la comorbilidad orgánica y

mental) o precipitante (como las crisis propias de la edad o pérdidas económicas). A continuación, se mencionan aquellos que contribuyen a que un adulto mayor padezca depresión, lo cual además debe ser tomado en cuenta en vinculación con una situación de vulnerabilidad social, que se verá en un capítulo aparte. Estos aspectos en conjunto permiten al profesional de la salud mental preparar intervenciones eficientes ante la problemática. Se enlistan los siguientes factores de acuerdo a las investigaciones más recientes (Llanes, López, Vázquez & Hernández, 2015; Navas, 2013):

- Presencia generalizada de necesidad de ser escuchado
- Pérdida de los roles sociales
- Sentimientos de aislamiento social
- Sentimientos de minusvalía
- Inadaptación a la jubilación
- Temor a la muerte
- Violencia psicológica
- Viudez
- Maltrato
- Dependencia de hábitos tóxicos
- Problemas en la dinámica familiar
- Antecedentes familiares de depresión
- Personas sin apoyo social y familiar
- Presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad
- Situación socioeconómica
- Grado de escolaridad, actividades laborales y recreación
- Abandono
- Muerte de familiares y allegados
- Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades
- Discapacidad y disfuncionalidad
- Dependencia

El sedentarismo, enfocándose hacia la falta de ejercicio físico, también se ha encontrado como un factor de riesgo. El ejercicio físico trae consigo grandes beneficios a nivel cardiovascular, pulmonar, inmunitario, entre otros, sin embargo, estos beneficios se estudian más en la población joven (Wilson-Escalante, Sánchez-Rodríguez & Mendoza-Núñez, 2009).

Se evidencia que estos factores ocurren en los cambios desde biológicos, hasta psicológicos y sociales que se insertan en su etapa de vida. Considerando los contextos en que viven los ancianos y la cantidad de factores que pueden estar influenciando, se obtiene un panorama más detallado al explicar, evaluar e intervenir en los síntomas de depresión que manifiestan y que también repercuten en sus relaciones con la familia, los amigos y allegados.

Factores de protección ante la depresión en personas mayores

Sin embargo, existen también condiciones que favorecen o bien, un envejecimiento saludable y exitoso, o que ante un padecimiento mental, se reciba un tratamiento adecuado y la recuperación sea favorable, que contrarresten los efectos. Entre los factores que protegen ante la depresión e incluso ante otros trastornos y enfermedades a personas mayores se encuentran (Carmona-Valdés, 2016):

- Vivir en compañía, ya sea en pareja, con otros familiares o con otras personas.
- Actividades sociales; aquellas que involucran vínculos con personas cercanas y que pueden ser deportivas, educacionales o de ocio.
- Vínculos cercanos, que son una relación estrecha con familiares y amigos.
- La condición laboral, ya que aporta seguridad tanto económica como socioemocional.

Es importante mencionar que la actividad física en la vejez mejora sustancialmente la capacidad física y mental, ya que además de preservar la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión y mejora la autoestima, incluso es un factor protector contra la demencia (OMS, 2015).

Asimismo, al considerar estos factores se le concede lugar al bienestar psicológico que contempla, de acuerdo con De León (2018), cuestiones que tienen que ver con el contacto

con amigos considerando la cantidad y la calidad de estos, la comunicación, el apoyo emocional, realizar actividades nuevas, comportarse con responsabilidad, tener control emocional, mantener la salud, hacer deporte, tener autocuidado, generar nuevos planes y metas, lograr los objetivos planteados, la independencia económica entre otros aspectos.

Desesperanza

Abordando otro tema que está implícito en la depresión y que cobra relevancia, ya que en teorías del desarrollo como la de Erik Erikson, puede ser una característica de esta etapa del ciclo de vida justamente por el tipo de cambios que se suceden, se encuentra importante mencionar la desesperanza y lo que implica para el adulto mayor.

Tal como lo señala Erikson (1998, citado en Solís, 2018) en su teoría de desarrollo psicosocial, el estadio correspondiente a este grupo etario es el de integridad versus desesperanza, donde describe que es la etapa en la cual los modos y sentidos de estadios anteriores vuelven en valores y experiencias ya sea de manera sana o patológica, pero es útil para dar paso a un significado integrador. Si esto sucede se dividirá entre una aceptación de sí, una integración emocional, una vivencia del amor universal, la convicción de su estilo e historia de vida y por último la confianza en sí. Por el contrario si no se dan estas condiciones, lo que tendrá lugar será la desesperanza con la ausencia de sus valores. En este estadio la fuerza principal será la sabiduría, ya que mantendrá y transmitirá la integridad y la experiencia a pesar de haber una decadencia en aspectos físicos y psicológicos.

Entonces la desesperanza, como lo sustenta Beck (1963) es uno de los componentes de la depresión que puede contribuir a cometer suicidio. Mediante una escala (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974) fue posible medir tal constructo que conforma al trastorno, tomando en cuenta declaraciones de pacientes psiquiátricos que reflejaban distintas facetas del espectro de actitudes negativas acerca del futuro quedando definida como un sistema de esquemas cognitivos que son detectables al momento de que el individuo manifiesta expectativas negativas sobre el porvenir. Señala que tales expectativas tienen un grado más serio de relación con los intentos de suicidio que en sí la depresión.

Una propuesta más por mencionar, es la ofrecida por Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandín (1997), que sugiere que de acuerdo al estilo inferencial negativo, es decir, una vulnerabilidad cognitiva, las personas se encuentran más expuestas a desarrollar síntomas depresivos, especialmente, la desesperanza; esto cuando tienen lugar sucesos vitales estresantes. Esta teoría de desesperanza de la depresión abarca en la vulnerabilidad cognitiva tres aspectos o patrones inferenciales desadaptativos, el primero tiene que ver con una tendencia a inferir que factores estables y globales son los causantes de sucesos negativos, en el segundo se infiere que los sucesos negativos del presente van a llevar a eventos negativos en el futuro y el tercero es una tendencia a caracterizarse a sí mismo negativamente cuando ocurren precisamente aquellos eventos negativos. Englobando estos patrones de vulnerabilidad cognitiva, los autores asumen que son los contribuyentes a desarrollar depresión.

CAPÍTULO 3

Salud mental y locus de control

En la actualidad se enfrentan distintas problemáticas sociales, políticas, económicas y ambientales que desencadenan factores de riesgo los cuales finalmente repercuten en la salud mental de las personas, y ellas tienen cada una, distintas vías por las cuales afrontar sus situaciones específicas en el medio donde se desenvuelven. En este capítulo se describirán brevemente investigaciones actuales sobre la relación del locus de control y la salud mental en los apartados finales, no sin antes describir qué implica la salud mental y qué trastornos mentales toman un papel principal en el país.

Salud mental

Comenzando por definir la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) sostiene que es:

“...un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.”

De esta manera, se despliega a la salud mental en una perspectiva comunitaria donde se promueve la relación con el ambiente y a su vez la actividad e inclusión social, así como fortalecer redes de apoyo, adoptar estilos de vida saludables, entre otros elementos, los cuales actúan como cimientos en los que se desarrolla la autonomía de cada uno de los individuos para que puedan desenvolverse en su vida diaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Dentro del concepto está implícita la capacidad de la persona para que pueda relacionarse armoniosamente con los demás, que lleve a cabo modificaciones en su entorno físico-social, que contribuya en ella misma de manera constructiva, implicando la capacidad de obtener satisfacción armónica y equilibrada de sus impulsos, además de desarrollar tal personalidad que le permita encontrar expresiones adecuadas en la plena realización de sus potencialidades (Rozales, 2008).

Es entonces que tomar en cuenta el medio donde se desarrolla una persona es fundamental al hablar de salud mental. Se trata de tocar un tema complejo ya que la determinan diversos factores, además de que no se trata simplemente de la ausencia de trastornos. No se toman en cuenta solamente características individuales como la capacidad de gestionar pensamientos, sentimientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también determinantes que van a un nivel de carácter estructural, es decir, los sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales. Una exposición temprana a la adversidad es un factor de riesgo bien establecido para un trastorno mental, aunque puede ser prevenible (Urbina, 2015).

Al tener en cuenta la carga para los servicios de salud, se torna relevante ya que es elevada, se necesita la atención en la existencia de programas para la detección y tratamiento de padecimientos mentales, que se cuente con recursos humanos que estén capacitados para cada nivel de atención y tener en cuenta que la esfera de influencia de los servicios de salud es limitada. Se señala que las intervenciones necesarias para la prevención y control deben ser multidisciplinarias y multisectoriales, sin embargo, el sistema de salud tiene un papel pasivo ante las consecuencias (Lozano, et al., 2013).

La importancia de la salud mental en panoramas actuales tiene gran impacto puesto que ante desigualdades sociales, ésta no se encuentra presente todas las veces en distintas poblaciones o en grupos socialmente vulnerables. La discapacidad generada por los trastornos mentales tiene estragos que se reflejan en cada individuo, a través de sus pensamientos, emociones, conductas, motivaciones, en sus relaciones interpersonales y más allá, en la sociedad de la que forma parte.

Principales trastornos mentales en México

De manera general, de acuerdo con los últimos resultados en el Censo de población y vivienda (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020), 20 838 108 personas en el país viven con alguna limitación, discapacidad o problema o condición mental, misma cantidad que representa un 16. 5% de la población. De estas, son 1 590 583 (1.3%) las que padecen un problema o condición mental.

Al menos en una última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, los resultados arrojaron que en población urbana, lo más frecuente era que, al menos una vez en la vida el 14.3% de la población tuviera un trastorno de ansiedad, seguido de un 9.2% con un trastorno de uso de sustancias y en un 9.1% se presentara un trastorno afectivo. En un sentido más específico, lo que más se presentó en la población fueron las fobias (7.1%), siguiendo con los trastornos de la conducta (6.1%), la dependencia al alcohol con un 5.9%, con un 4.7% la fobia social y un 3.3% el episodio depresivo mayor. En mujeres los principales trastornos fueron las fobias específicas y sociales, seguidas de episodios depresivos, y para los hombres los principales fueron la dependencia al alcohol, el abuso de éste (sin dependencia) y los trastornos de la conducta (Medina-Mora, et al., 2003).

En años posteriores, en lo que confiere a un estudio de carga de enfermedad, a nivel nacional, se señala que de entre las principales causas de años vividos con una discapacidad (AVD), los trastornos mentales ocupan en hombres un 25% de esos años, donde la depresión mayor ocupa un segundo lugar (5.5%), los trastornos por consumo de drogas un quinto lugar (4%), en octavo lugar los trastornos por consumo de alcohol (2.9%), la esquizofrenia tiene el 2.5% del total, seguido del trastorno bipolar con un 2.3%, al igual que los trastornos de ansiedad, y por último, trastornos de conducta (1.7%); mientras que en las mujeres, los trastornos mentales son responsables del 23% de AVD en mujeres donde el padecimiento principal es la depresión mayor (8.3%), en un séptimo lugar los trastornos de ansiedad (3.9%) el trastorno bipolar en un décimo lugar (2.6%), la distimia en el treceavo lugar (1.9), los trastornos por consumo de drogas siguen en un lugar 16 con un 1.8% al igual que la esquizofrenia (Lozano, et al., 2013).

En un sentido más concreto en cuanto a población, en personas mayores se tienen como trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes a la demencia, la depresión, trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias, y de estos, son los dos primeros los que se posicionan entre las primeras causas contribuyentes a discapacidad y dependencia. Teniendo en cuenta la zona geográfica, se encuentran reportes acerca de depresión en adultos mayores que residen en zonas metropolitanas de una prevalencia del 19.8%; referente a los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Ciudad de México, se encontró la

prevalencia del 21.7% y del 12% en síntomas depresivos y de depresión mayor respectivamente (Sosa, et. al., 2015).

El locus de control relacionado con la salud

Diversas investigaciones han demostrado cómo el locus de control influye en la salud física, mental y social de las personas ya sea de manera positiva o negativa dependiendo de la orientación en que se encuentre. El locus de control como un constructo que más que motivacional, es una unidad integradora (Lefcourt, 1966), ofrece predicciones útiles en cuestiones de salud, ya que tiene influencia a nivel biológico, cognitivo y afectivo (Alvarado, 2003). Por ejemplo, se señalan conductas que tienen que ver con la búsqueda de salud, con la obtención de información, con el autocuidado, con mantener habilidades para la vida diaria con bienestar y satisfacción con la vida y con reducción de la mortalidad y envejecimiento exitoso (Wallhagen, Strawbridge, Kaplan & Cohen, 1994).

En un estudio realizado por Arquímedes y López (2015), se sustentó que el locus de control de la salud estrecha una relación con los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer que tenían edades desde los 36 a los 72 años. Esto en el sentido de que en la medida de que las personas perciban que su salud está determinada por el destino o el azar, su calidad de vida se afectará en cuestiones físicas, cognitivas y afectivas, esto se manifestará en estrategias de afrontamiento más bien pasivas. Además de reportar en sus participantes niveles relativamente altos en la dimensión de Otros poderosos lo cual indica el grado en que consideran que su enfermedad y su bienestar es responsabilidad de personas como familiares o personal sanitario. También encontraron una relación directa entre el locus de control de la salud en su dimensión interna con el rol físico en la calidad de vida relacionada con la salud, lo que eleva en frecuencia el hecho de mantener y mejorar las actividades diarias y laborales. Cabe mencionar además en este estudio que hubo una correlación inversa de la dimensión de otros poderosos con el rol emocional, es decir, que cuando existen en los pacientes trastornos como la depresión y la ansiedad tendrán dificultades para realizar sus actividades cotidianas y a la vez aumentará la idea de que su salud depende del cuidado que otras personas le den. Esto último resulta bastante interesante al tratarse de pacientes con cáncer que están recibiendo su tratamiento, ya que es la condición

cognitiva-afectiva la que impacta en el locus de control esto a su vez en su percepción de calidad de vida.

En una comparación entre adolescentes y jóvenes con algún trastorno mental y sin estos, se encontró que el sentido de responsabilidad (o locus de control interno de la salud) que se tiene respecto a la salud es más bajo al menos en los jóvenes que tienen un trastorno mental, sin embargo, parece ser que éste se adquiere ya antes de alcanzar la adolescencia en ambos grupos. Además de que los participantes que son considerados sanos o sin algún trastorno reportan aumento en puntajes de internalización relativa en la escala de locus de control de la salud, mientras que en el grupo contrario de adolescentes espera más de los otros o del azar y no dan cabida a confiar en su capacidad de salir de su condición. Son particularmente interesantes estos resultados en adolescentes ya que se trata de una etapa de cambios en el proceso de búsqueda de identidad, un estado de enfermedad (trastorno mental) puede orientarlos a la falta de confianza en sí mismos aunque paradójicamente consideren que están en una posición de poder respecto a su salud (Zdanowicz, Janne & Reynaert, 2004).

Por otra parte, Lugli (2011) realizó una investigación con 243 personas con obesidad que asistían a tratamiento para perder peso, proponiendo a la autoeficacia y al locus de control como variables predictoras de la autorregulación de su peso. Los instrumentos que utilizó fueron un inventario de autorregulación del peso corporal, un inventario de autoeficacia en la regulación del peso corporal y un inventario de locus de control del peso. Encontró que los pacientes que asistieron a tratamiento tenían niveles moderados de autorregulación al igual que las creencias de autoeficacia percibida, lo cual precisamente se pudo explicar por el hecho de que asistieran a centros de adelgazamiento en donde fue muy probable que se sintieran con la capacidad de ejecutarlas. En lo que respecta al locus de control, encontró una ligera tendencia a la internalidad aunque en realidad se mantenían valores moderados y no tan fluctuantes entre aquel factor y el de Azar y Otros poderosos, lo que puede ser justamente una razón por la cual esas personas tienen obesidad, es decir, bajo la internalidad deciden hacer algo para cambiar la situación pero no lo son lo suficiente para continuar el proceso, lograr el peso que desean o mantenerlo constante. Además podrían creer que su peso se debe a cuestiones de suerte o porque así es su genética. Estas dimensiones, por otro lado, también resultaron en una asociación negativa con la autorregulación y la autoeficacia; las que se

refieren a la externalidad son esperadas ya que si se tienen creencias débiles en esta dimensión, el rol de la responsabilidad individual juega con más peso. En cuanto a la asociación con la dimensión interna, estas personas conocen que existen situaciones en las que pueden obtener resultados favorables y es más probable el éxito y existen otras que no.

Siguiendo la línea de las cuestiones relacionadas al peso y la conducta de la alimentación, en una muestra de jóvenes que hacían dieta restrictiva voluntaria, con una media de edad de 28 años bajo un alcance exploratorio-descriptivo, se identificaron los perfiles de perfeccionismo y locus de control tomando en cuenta 4 modalidades de este último constructo en una escala adaptada (LC interno exacerbado, LC mixto con tendencia al internalismo, LC mixto con tendencia al externalismo y LC externo incrementado), encontrando en la muestra de 222 participantes que, por una parte, predomina el perfeccionismo adaptativo y, por otra, prevalece en el LC en mayor medida la internalidad donde una parte considerable se encuentra en la modalidad de locus de control mixto, es decir, que existe cierta flexibilidad sin irse a los puntajes extremos, lo que lo puede colocar como un factor de protección respecto a desarrollar patrones alimentarios disfuncionales. Según indican los autores, el orientarse a polos extremos puede hacer más bien que se pierda el control en las acciones y se desarrolle un trastorno de la conducta alimentaria y pudiera comportarse tanto como un factor protector como uno de riesgo, constatándose con algunos sujetos de su muestra que arrojaron puntajes desadaptativos (Videla, Maddio & Oliva, 2019).

Locus de control y depresión

Por otra parte, la investigación sugiere en concreto para los trastornos depresivos que correlacionan con el locus de control, como es el caso de Alvarado (2003), que el locus de control externo tiene implicaciones en que existan síntomas de ansiedad y depresión en personas mayores, apoyando a su vez la idea de que quienes perciben un grado alto de control sobre algunas situaciones podrán adaptarse mejor, evitando que se desencadenen complicaciones y se sufran los trastornos mencionados. De este modo las expectativas generalizadas tienen el rol de permitir un mejor ajuste a experiencias novedosas por ejemplo, en el proceso de envejecer, aunque a continuación se describen estudios recientes con otras poblaciones.

Ante el padecimiento del dolor crónico, con una muestra de 197 participantes que tenían una edad de entre 19 y 77 años, Torres, Rosario, Cordoliani & Maldonado (2009), demuestran la relación que guardan el locus de control interno y externo con la severidad de la depresión, utilizando la escala de Rotter y el Inventario de Depresión de Beck. Al evaluar a hombres y mujeres que padecían dolor crónico encontraron que el locus de control externo se relaciona con una depresión de leve a moderada. Por el contrario, las personas que se perciben con responsabilidad ante su dolor y su condición, tienen la iniciativa de conocer más acerca de su enfermedad y tener mejor autocuidado, aunque también mencionan que pueden experimentar más tensión psicológica en comparación con quienes se orientan al exterior y dejan que otros decidan por ellos.

En otra muestra de 57 pacientes con cáncer, se determinó el papel del locus de control de la salud como moderador entre la percepción de la enfermedad, específicamente la amenaza vital percibida y la depresión. Lo que se encontró, en primer lugar, fue que cuando una persona percibía el cáncer como una amenaza para su vida, había niveles altos de depresión, para que en un segundo momento, por lo tanto, esto existía en personas con un LC interno más bajo. Esto quiere decir que un sentido de agencia, control y dominio para hacer frente a desafíos de la vida recoge un valor de gran importancia al momento de sobrellevar una percepción cognitiva de amenaza. Se sugiere, en concreto que el locus de control de la salud interno puede ser más relevante que en su dimensión externa en el manejo de la amenaza percibida. Aunque cabe diferenciar entre esta última dimensión y el apoyo social, ya que la percepción que se tiene en cuanto a otras personas es distinta (Goldzweiga, Hasson-Ohayonb, Alonc & Shalita, 2016).

Por otra parte, en un estudio transversal con 312 pacientes infértiles, el estudio de Omani-Samani y colaboradores (2017), tuvo como objetivo examinar cuál era la relación entre el locus de control y los trastornos de ansiedad y depresión. Lo obtenido en el análisis fue que al menos la depresión correlacionó negativamente con el locus de control interno, es decir, que una vez más se puede afirmar que tener altos puntajes en la internalidad hace que difícilmente se experimente depresión en estos pacientes. Es importante tener en cuenta que la duración de la infertilidad en este estudio se correlacionó con los trastornos estudiados. Es así que los hallazgos obtenidos merecen la comprensión del papel de las características

demográficas y de fertilidad, y cómo se orienta el locus de control respecto de la ansiedad y la depresión en los pacientes infértiles para dar paso a identificar a aquellos que podrían necesitar el apoyo psicológico ante tratamientos para poder concebir.

Bajo la hipótesis de que el locus de control puede cambiar de manera considerable en personas jóvenes, personas mayores, pacientes que se someten a algún tratamiento psicológico o quienes asumen ciertos roles como la maternidad y paternidad; y que por otro lado, puede mantenerse estable y guardar relación con la gravedad de la sintomatología de ansiedad y depresión, un estudio longitudinal tuvo como objetivo probar aquella estabilidad del locus de control durante nueve años y conocer las relaciones entre su orientación, los niveles de ansiedad y depresión, y los eventos de vida positivos y negativos en una muestra considerablemente amplia que presentaron los trastornos y que fueron reclutados de la población en general, de consultorios generales y de organizaciones de salud mental. De esta manera, el estudio encontró que sí se presentó la estabilidad en un grado moderado aunque hubo un desarrollo ligero hacia la internalidad. Por su parte, los eventos de vida positivos fueron los que predijeron una orientación interna, mientras que las experiencias de vida negativas, tuvieron un papel en el desarrollo de un locus de control más externo. A su vez, el cambio hacia la orientación interna tuvieron mejora en la gravedad de sus síntomas. Un resultado interesante más que se obtuvo fue que la depresión predijo el locus de control, mientras que la ansiedad no lo hizo, aunque la depresión sí predijo la ansiedad. Se sugirió además que el locus de control puede tomar un papel mediador entre los eventos de vida y la gravedad de los síntomas (Hovenkamp-Hermelinka, et al., 2019).

CAPÍTULO 4

Vejez y la condición de la vulnerabilidad social

Es importante hacer una distinción entre los conceptos de vejez y envejecimiento y a partir de ello aterrizar en la situación de los adultos mayores en el contexto mexicano tomando en cuenta que son susceptibles de encontrarse en condiciones de vulnerabilidad social, un constructo que ha evolucionado a partir de cómo se encuentran estructurados los contextos y diferentes realidades.

Vejez: definición y clasificaciones de estudio

Como punto de partida para referir el inicio de la vejez en términos cronológicos, se puede tomar a la Organización de las Naciones Unidas, que ha establecido los 60 años en países en desarrollo y los 65 años en países desarrollados, por lo que en México la edad que se toma en cuenta son los 60 años (Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado & Vivaldo-Martínez, 2015).

Sin embargo, definirla va más allá del número de años que ha vivido una persona ya que siguen habiendo cambios en cada una de las esferas que la constituyen como ser humano.

También se puede retomar una clasificación que aporta tres definiciones de la vejez desde diferentes perspectivas de estudio. Se tratan, por una parte y como se ha mencionado anteriormente, desde una perspectiva cronológica, es decir, tomando como referencia la edad que es a partir de los 60 años. Otra se refiere a la vejez funcional, en donde se toman en cuenta las limitaciones físicas, así como las discapacidades, enfermedades y la declinación de la autonomía vital. Y una tercera que señala, más que aspectos negativos de la vejez, una posición neutral ya que la toma como una etapa del ciclo de vida que es precursora a la muerte. De esta manera, en esta última postura, la vejez se entiende como una etapa posterior a la adultez y anterior al fallecer (Montes de Oca-Zavala, 2010).

Sin duda, en la actualidad la vejez es considerada como una etapa en la que lejos del ocio, se puede hacer uso del tiempo para reexaminar la vida, dar solución a asuntos inconclusos y decidir cómo pasar mejor el tiempo de vida que le queden a las personas; tal

aseveración supone que el crecimiento en la vejez es posible (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010).

Existe otra clasificación que va ligada a la anterior; es a partir de los componentes biológicos, psicológicos y sociales (Rice, 1997; Buendía, 1994).

- Desde la biología: donde las dos dimensiones principales son la referencia cronológica y los cambios morfo funcionales de cuyo descenso depende el grado en que se ha envejecido.
- Desde la psicología: de igual manera abarcando dos dimensiones centrales, se encuentran los cambios y el desarrollo en procesos psicológicos básicos o dimensión psicobiológica, y los cambios en la personalidad o dimensión psicológica estructural.
- A partir de lo social: teniendo en cuenta tres dimensiones; la sociodemográfica tiene que ver con el crecimiento poblacional y sus efectos, la sociopolítica implica grados de participación y de integración social de los adultos mayores y la económica política abarca el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de los viejos.

Adicional a la última perspectiva, cabe recalcar que ser viejo es distinto en cada cultura, es decir, las sociedades definen las fases y expectativas vitales acerca de cómo se deben comportar las personas a cierta edad, se toma como referencia la fase de vida como el aspecto para determinar las actitudes y las creencias, marcando así, estereotipos y condiciones apropiadas para la edad, los cuales pueden llegar a ser dañinos (Berryman, 1994). Además de que es necesario entender y reconocer que la vejez y las representaciones sociales en torno a ella se encuentran mediadas por el cambio histórico y social (Córdova, 2018).

Tomando en cuenta las perspectivas mencionadas, se puede concluir que la vejez es un estadio del ser humano el cual por consenso comienza a la edad de 60 años y antecede a la muerte. Tal etapa, como cada una en el ciclo de vida, está dotada de cambios desde lo biológico y lo psicológico hasta lo social, aspectos que de igual manera son ejes de estudio desde sus áreas para un mejor entendimiento y enriquecimiento de la misma. Esta población

se enfrenta a decrementos notorios en cada una de sus esferas, además de que socialmente se marcan pautas acerca de cómo deberían ser sus estilos de vida, haciéndose notar marcada y estereotipadamente los estilos pasivos, sin embargo, es de suma importancia re-educarse como sociedad para mantener de lado el estigma, retomando así las ganancias que se adquieren aquí y lo que pueden devolver a la misma en forma de conocimiento y experiencia.

El envejecimiento como proceso natural del ser humano

A pesar de que la vejez se caracteriza por descensos en ámbitos físicos, es también acumulación de experiencia que dota de sentido la etapa misma y no debería ser simplemente reducida al hecho de llegar a cierta edad con menores capacidades. Considerando lo anterior, tiene lugar el hablar de un envejecimiento exitoso, que existe si el adulto mayor logra optimizar sus recursos biológicos, conductuales y sociales para compensar sus otros déficits, manteniendo así su salud física y mental (De León, 2018).

En sí mismo, el envejecimiento se puede definir como aquel proceso que se da de manera gradual y es adaptativo, se caracteriza por una relativa disminución de la respuesta homeostática, ya que existen modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que son favorecidos por los cambios inherentes de la edad y el desgaste acumulado por los retos enfrentados del organismo a lo largo de su historia de vida (Sánchez-Rodríguez & Mendoza-Núñez, 2003).

De este modo, el concepto de envejecimiento es distinto del de vejez, ya que ésta última es la etapa de vida y el primero se trata más bien del proceso, aquel que inicia alrededor de los 45 años teniendo en cuenta los cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales que ocurren en una complejidad multidimensional y multifactorial, además de individualizada (Mendoza-Núñez, et al., 2015). Las etapas del desarrollo humano suponen cambios en todos los ámbitos de la vida de los individuos, los cuales son necesarios para ir cubriendo las diferentes tareas que se requieren en cada una de ellas. El envejecimiento es inherente al ser humano, por esta razón es que se han desarrollado diferentes teorías que lo explican, y en conjunto dan una mejor retroalimentación a este proceso desde las distintas perspectivas.

Al igual que los conceptos de vejez, las teorías del envejecimiento se pueden enmarcar en las tres áreas: las biológicas, las psicológicas y las sociales. A grandes rasgos cada una de estas teorías engloban los siguientes puntos (Fernández-Ballesteros, 2009):

- **Biológicas.** El organismo experimenta tres etapas fundamentales; crecimiento y desarrollo, madurez e involución y declive. Cada etapa se va cubriendo en esa jerarquía siempre y cuando no suceda un error biológico o la muerte del organismo, ya sea por accidente o por una alteración plástica y/o funcional que acelere esa muerte. Se producen además, dos procesos conjuntamente; una decadencia fisiológica y enfermedades más frecuentes. A pesar de esto, se encuentra dentro de este rango de teorías, el interés sobre los procesos que mantienen con vida al organismo así como los que tratan de protegerlo de las enfermedades.
- **Psicológicas.** Éstas buscan establecer qué cambios tienen lugar en el funcionamiento psicológico con el paso de los años. A diferencia del proceso biológico, el psicológico no sigue un orden en todos los aspectos, ya que existen algunos que se incrementan a lo largo del ciclo de vida; tal es el caso de la experiencia, otros se mantienen constantes una vez que han sido desarrollados como la inteligencia cristalizada, y otros que sí pueden presentar un declive como la memoria o la inteligencia fluida. De igual manera es importante recalcar la distinción entre “declive” y “deterioro” cuando se mencionan en estas teorías. El primer constructo hace referencia al descenso de determinado proceso psicológico en los seres humanos. El segundo se entiende como tal descenso pero desviado de manera significativa de la media (estadísticamente hablando), manifestándose como patología biológica contrastada.
- **Sociales.** Entre éstas destacan las teorías de la desvinculación, de la subcultura y de la modernización, las cuales destacan por supuesto, el papel de la sociedad y las tareas pertenecientes en función del individuo que envejece y su preparación para la muerte.

A partir de tales explicaciones respecto a la población que envejece, teniendo en cuenta la intersección de las tres áreas en las teorías para entender cómo sucede este proceso, se ha de indicar y contextualizar el terreno, aterrizando en los datos estadísticos que se brindan. Así el acercamiento a una vejez en México es un acercamiento lo más real posible.

Situación psicosocial de la vejez en la actualidad en México

En la vejez, tal como se ha señalado, ocurren también transformaciones personales, de índole física, en la independencia económica y funcional, en los roles que se cumplen dentro del ámbito familiar y social, en la ocupación laboral y en el uso del tiempo (Aranibar, 2001). Esta serie de cambios acaecidos en este grupo etario suponen a su vez consecuencias, las cuales seguirán presentando retos y con ello la necesidad de renovar o crear otras estrategias que ejecutarán los profesionales de la salud así como otros que sean partícipes en la intervención.

Se estima que en México, de los poco más de 126 millones de habitantes, el 12% de la población es cubierto por personas mayores. Notándose el incremento pues en el año 2000 el porcentaje correspondía a un 7.3% y 10 años después, correspondía al 9.1%. Con tales datos queda evidenciado el cambio en la pirámide poblacional observándose la reducción en la base y el incremento en el centro y la parte alta, ya que además la edad media actual es de 29 años (INEGI, 2021). Se ha de tomar en cuenta que esta tendencia sigue y las proyecciones para el 2050 son de una población total de poco más de 150 millones de habitantes, de los cuales el 21% serán personas de 60 años en adelante, siendo más de la mitad mujeres (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2019).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Discriminación del 2017 (NEGI, 2018), un 17% de ellos experimentó al menos una experiencia de discriminación en los anteriores cinco años, y se reportó que en este grupo existe falta de empleo y falta de oportunidades para encontrar un trabajo, además de que un 37% de los encuestados depende económicamente de sus hijos o hijas. Un aspecto más a mencionar es la violencia contra mujeres de 60 años en adelante que tuvo lugar de octubre de 2010 al 2011, donde cerca de 1 494 953 mujeres mayores sufrieron algún episodio violento a nivel nacional (CNDH, 2019).

Dentro de la misma línea, la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del 2017 indica para el cuarto trimestre de ese año que la población Económicamente Activa de 60 años o más fue de 61.8% para los hombres y 38.1% para las mujeres, sin embargo, respecto al acceso a servicios de seguridad social se arroja que en promedio el 30.03% de hombres no cuentan con este acceso, mientras que en las mujeres el porcentaje es de 10.4% (Córdova,

2018). Según datos reportados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (2020), al menos hasta el año 2015, la tasa de pobreza relativa en personas mayores era alta, de un 30%, aunque se pudo reducir a nivel considerable aumentando un 1.9 del PIB nacional repartiendo el gasto público hacia un sistema de pensiones.

Respecto a los reportes acerca de acceso a servicios de salud, un 86% de la población mayor estaba afiliada a alguno de estos servicios. El IMSS contó con un 43.74% de afiliados, el Seguro Popular con un 40.89%, el ISSSTE cuenta con un 12.47%, las instituciones privadas con un 2.84%, un 1.71% en Pemex, Defensa o Marina y finalmente un 1.41% en algún otro tipo de servicios (CNDH, 2019). Se tiene el registro de que en 2014, 8 936 225 personas mayores se encontraban afiliadas a instituciones públicas de salud y para el 2015 ya eran 9 158 906 donde sobresalía la afiliación al seguro popular y en mayor cantidad, eran mujeres (CNDH, 2019). Cabe señalar y tener presente el porcentaje que no tenía afiliación alguna al momento de dimensionar la importancia de la salud mental.

Ahora, haciendo un espacio a mencionar las políticas públicas en el país encaminadas a enfrentar los cambios demográficos en pro de las personas en envejecimiento y envejecidas se encuentran principalmente en cuatro ejes (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2012):

- La cultura del envejecimiento es el primero. Con el fin de subsanar aquellos prejuicios que vienen marcados por la edad, se busca combatir acciones de desprecio, despojo y segregación dirigidas a esta población y en cambio se permita la construcción de una cultura que la integre en torno a aceptación, respeto, cariño, dignificación, educación, protección y comprensión. Lo que corresponde en este caso a dependencias del gobierno, empresas y población civil en general es su inclusión llevando a cabo con respeto el ejercicio de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales. La cultura del envejecimiento entonces busca conciliar sus necesidades e intereses pensando a largo y mediano plazo.
- El segundo es dirigido a la seguridad económica. A este respecto se busca coordinar, promover y ejecutar acciones que sensibilicen a las empresas e incluyan y contraten a personas mayores. En este sentido, existe desde 2007, un incentivo a empresas que

les oferten empleos; cabe mencionar que algunos resultados que reportan las empresas es que el valor que le otorgan a su experiencia, respeto, generosidad y la respuesta que obtienen al sentirse útiles los adultos mayores, es excepcional en comparación con ganancias fiscales. No obstante, aún queda por hacer en cuanto a reformulación de mecanismos de provisión económica donde se garanticen ingresos para todos los adultos mayores y puedan tener un nivel de vida digno.

- El tercer eje abre un camino hacia el envejecimiento activo. Donde una de las mayores estrategias para mejorar la calidad de vida es la promoción de la salud, para así ejecutar acciones de envejecimiento activo el cual se refiere a un proceso útil para obtener oportunidades de bienestar físico, mental y social que contribuya a la esperanza de vida saludable, con productividad y con calidad de vida en esta última etapa. Lo que es importante mencionar dentro de este eje es el hecho de que invertir en la implementación de políticas de prevención de enfermedades y promoción de salud traerá un ahorro en sistemas de salud y mejora en calidad de servicios ofrecidos a adultos mayores.
- Respecto al cuarto y último eje, contempla retos en materia legislativa. Se señala que existe una amplia brecha entre lo que tiene reconocimiento jurídico y lo que no, teniendo presente la inexistencia de mecanismos de exigibilidad. Por mencionar un paso atrás en este punto, ha de señalarse el presupuesto destinado a proteger los Derechos Humanos de las personas mayores y la claridad de éste. No obstante, las obligaciones no se dejan de cumplir aunque sí se ven limitadas.

Cabe destacar que la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en junio de 2015 aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, cuya adopción implica un verdadero logro respecto a los derechos de las personas de 60 años en adelante, ya que los Estados parte tendrán que incorporar y dar prioridad al envejecimiento en cuanto a políticas públicas contando con perspectiva de género, con no discriminación y destinando recursos humanos, materiales y financieros que den cobertura a una apropiada implementación y evaluación de medidas especiales puestas en práctica. Aunque aún tiene que ser firmada y ratificada por México (CNDH, 2019).

Las personas mayores como grupo en condición de vulnerabilidad social

Si bien es cierto que el concepto de vulnerabilidad engloba lo que tiene que ver con desastres naturales y condiciones geográficas, apuntando el nivel de riesgo que afronta un individuo, familia o grupo a perder la vida, su medio de trabajo, sus pertenencias y bienes frente a una catástrofe (Prowse, 2003; Pérez de Armiño, 1999) y desde la concepción etimológica señala la probabilidad de ser herido, de recibir algún daño o de ser afectado por ciertas circunstancias de adversidad (Sánchez-González & Egea-Jiménez, 2011), más tarde, se comienzan a enfocar otros factores, por lo que se desarrolla como un constructo que es resultado de numerosas desigualdades sociales y entonces se torna como vulnerabilidad social (Barrenechea, Gentile, González, Natenzon & Ríos, 2002). Esto es a partir de la década de 1980, ya que toman relevancia las estructuras y procesos socioespaciales dinámicos para determinar la vulnerabilidad de grupos desfavorecidos (Sánchez-González et al., 2011). Es decir, que se toman en cuenta los contextos y brechas sociales de pobreza que condujeron a la población desprotegida a patologías sociales que se agudizaron al final de esta década. En este sentido, dentro de los antecedentes se encuentra el análisis del desempleo e inserción laboral precaria, ingresos bajos, inestables o inseguros, cambios en la conformación de los hogares y la fragmentación de los espacios sociales (Busso, 2001). A propósito de considerar aquellas latentes variables sociales en la definición de vulnerabilidad, Blaikie, Cannon, David y Wisner (1996) proponen entenderla como aquellas características de la persona o el grupo que les permiten anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto que provoca la amenaza natural.

Es sustancial recalcar que de acuerdo a los cambios precedidos se coloca, además de como un tipo de vulnerabilidad que abarca un camino específico, paralelamente se trata de un enfoque dentro del cual se pueden analizar a ciertas poblaciones o grupos. Por tanto, también existen grados en que se puede estar frente a la vulnerabilidad, ya que cada persona, grupo o comunidad es vulnerable en un grado mayor o menor, y esto es determinado por sus ingresos, por su patrimonio, por el lugar en donde residen, por el país donde nacieron, por origen étnico, por el sexo y el género, por alguna discapacidad o enfermedad, o de manera general, por factores de índole ambiental, demográfica, socioeconómica, política, cultural y más determinantes en donde se toman en cuenta los riesgos (Busso, 2001). Por tanto, además

es importante señalar, en cuanto al grado y tipo de vulnerabilidad, que ésta tiene la cualidad de ser una condición temporal, progresiva y acumulativa, como también lo son la interacción entre la situación medioambiental y sociodemográfica que la está determinando (Sánchez-González et al., 2011).

Una vez señalado lo anterior, conviene ahora enmarcar conceptualmente a lo que se le llama *vulnerabilidad social*. Como sugieren Salgado, González, Bojorquez e Infante (2007), se hace referencia en primer lugar a una condición de ausencia o limitación de recursos personales, familiares, comunitarios, sociales y económicos, seguido de la interacción que resulta de estos y se concreta con el manejo que el individuo, la familia o la comunidad haga de ellos. Tales autores indican que además de características sociales, se pueden combinar características biológicas y contextos estructurales que hacen posible la identificación de grupos socialmente vulnerables. Por su parte, Pizarro (2001) la señala en dos vertientes, donde en una parte se encuentra la inseguridad e indefensión presente en la vida de los individuos, comunidades y familias a partir del impacto que provoca un evento socioeconómico de carácter traumático, y por otro lado se toma en cuenta el manejo de recursos y las estrategias que ellos utilizan para hacer frente a las consecuencias del evento o eventos traumáticos.

A partir del desarrollo de este enfoque y las conceptualizaciones, se evidencia que la condición de vulnerabilidad social está constituida por distintos factores interrelacionados que van desde riesgos naturales y sociales hasta los recursos y las estrategias con los que cuentan las personas tanto individualmente como en familia o comunidad. Considerar los tipos e intensidades de los riesgos así como a qué grado están expuestos tiene que ver con aquellos recursos tanto internos como externos que les permitan a las personas prevenir, reducir y afrontar los impactos del exterior. Esta noción cobra relevancia a partir de la necesidad de comprender de qué manera y cuáles son las razones por las que distintos sectores de la sociedad se encuentran sometidos a causas que los privan de acceder a un mayor nivel de bienestar o incluso de subsistencia (Busso, 2001).

En virtud de sintetizar los elementos y componentes principales que implica el enfoque de vulnerabilidad social, se toma en cuenta que es un proceso encarado ya sea por

una persona, un grupo o una comunidad en posición de desventaja social y ambiental a partir del cual se identifica; la existencia de riesgos a su exterior, la proximidad a la que se encuentran de ellos, la posibilidad que tienen de evitarlos, la capacidad, recursos, estrategias y mecanismos que poseen para superar las consecuencias de los riesgos y finalmente la situación que resulta, cuando ya se ha hecho frente a los efectos dados (Sánchez-González et al., 2011).

De manera general la causa esencial de la vulnerabilidad radica en las condiciones materiales de existencia definidas por la situación económica y social (Montoya-Arce, Román-Sánchez, Gaxiola-Robles-Linares & Montes de Oca-Vargas, 2016). Es importante hacer mención en este punto de que el concepto de vulnerabilidad social no precisamente es indicar pobreza, marginación y exclusión, para no caer en el mantenimiento de estereotipos, es más bien necesario tomar el camino que lleve a indagar bajo qué dinámica ocurren las desventajas sociales y ambientales comprendiendo las mismas desigualdades en cuanto a estos dos ámbitos y cuáles son sus efectos (Sánchez-González, et al., 2011). Se trata también de dirigir especial atención a las situaciones de riesgo y tener en cuenta el contexto en el que se posicionan las personas ante la misma amenaza, ya que se han de considerar aquellos recursos que poseen y hacen valer, que van desde ser materiales, económicos, sociales o culturales, además de cómo contribuyen o no a mejorar la situación a partir del daño causado (Osorio, 2017).

En seguida, para ir perfilando el análisis a la población de estudio que concierne en este trabajo, hay que señalar que contemplar la condición de vulnerabilidad social es contemplar distintas dimensiones que la conforman, como la situación laboral y la calidad de las relaciones sociales, aunque con más detalle, en lo que concierne a la salud, se manifiesta aquí tal condición en los servicios privados, por volverse inaccesibles a cierta parte de la población o por el otro lado, los servicios públicos que no dan una cobertura necesaria a sectores de bajos ingresos. Indicando de igual manera las tecnologías obsoletas, la ineficiencia en sistemas de administración o la insuficiencia en recursos en lo que respecta al menos en países de América Latina, ya que población con bajos ingresos tienen una condición de riesgo al no tener las más de las veces la posibilidad de ser atendidas oportunamente o la accesibilidad a medicamentos costosos (Pizarro, 2001).

Cabe destacar de manera puntual, las deficiencias aún existentes dentro del enfoque de vulnerabilidad social, que se sintetizan en la carencia de métodos para medirla, de una teoría bien estructurada que haga soporte y de indicadores aceptados ante la complejidad de factores y determinantes de que una persona o un grupo tenga distinta capacidad para enfrentar situaciones de desventaja social (Sanchez-González, et al., 2011). Sin embargo, a partir de la información y la investigación que ya se posee, sí es posible generar hipótesis y poner en marco los factores que animan a utilizarlo para estudiar distintas poblaciones.

En el caso de los adultos mayores, como las cifras en un apartado anterior lo señalan, presentan cierto grado de desprotección social. Esto a pesar de vivir en la Ciudad de México o en el Estado de México que son extensiones que cuentan con variados servicios para una mejora en la calidad de vida de sus habitantes, aunque como mencionan Montoya-Arce, et. al., (2016), en lo que corresponde a un imaginario social existe la idea de que esta población debería tener excelentes estándares de vida, particularmente su población envejecida, ya que ellos no tendrían mayores preocupaciones para disfrutar de un nivel de vida adecuado; sin embargo esto es sólo una expresión de la imaginación. Apuntar que los viejos son un grupo de vulnerabilidad social aunque parezca arriesgado, es una realidad algunas veces latente en México. Es importante recalcar una vez más y específicamente para este grupo etario que el grado de vulnerabilidad social se encuentra ciertamente en función de aquellos factores sociales (clase, género, etnia, preferencias sexuales), biológicos (sexo y edad) y de contexto (cultura, política y economía) (Salgado, et. al., 2007), es decir, que de acuerdo a esto, se expresan distintas realidades en su calidad y estilo de vida, lo cual necesariamente también se expresa en distinto alcance a la salud mental, o específicamente a los servicios de salud mental.

Una consideración más a hacer tiene que ver con las personas más cercanas al adulto mayor gran parte de las veces, es decir, la familia, puesto que éstas cada vez son más reducidas, los integrantes buscan cómo sortear las cuestiones relacionadas con el envejecimiento de algunos de ellos, y tal cuestión permea en los cuidados y atenciones que estos integrantes pudieran necesitar (Montoya-Arce, et al., 2016), lo anterior además, tomando en cuenta los estilos de vida que en la actualidad tienen fama de ser apresurados para la población más joven, ocupada (hablando en términos de empleo) o activa. O por otra

parte, pueden existir amenazas tales como el desempleo de quien aporta principalmente a la familia o enfermedades en el mismo cuidador cuyas repercusiones pueden ser abandono, maltrato y desatención hacia la persona mayor, también otras tantas situaciones como el divorcio y fallecimiento de alguno de los cónyuges, lo que repercute a nivel económico y donde las mujeres son quienes principalmente pueden verse afectadas al momento de reparar gastos del hogar y posibilitar relaciones sociales y familiares (Sánchez-González, et al., 2011).

En conjunto al análisis y enfoque con el que se pretende abordar a la población de estudio es realmente importante señalar que no se busca perpetuar el estereotipo recayendo en una visión de incapacidad en los adultos mayores. Ya que también se tiene que considerar que dentro del estudio de vulnerabilidad social enfocado a dicha población ocupa lugar la combinación que se hace de los riesgos sociales y los activos, es decir, de las amenazas y exposiciones y de sus capacidades de afrontamiento en contextos ambientales específicos (Schröder-Butterfill & Marianti, 2006).

Concluyentemente, la condición de vulnerabilidad social engloba aspectos en primer lugar, de recursos, y además otros factores biológicos y sociales, es así que son estos mismos factores los que exponen a la persona mayor a un riesgo de padecer un trastorno mental, sin embargo, no se han de dejar de lado los recursos internos o externos que le ayudarán a prever incluso las consecuencias. Es precisamente aquí donde se conjuntan las dos variables de este estudio; por una parte el LC, de acuerdo a la orientación, puede actuar como ese recurso, y donde el trastorno mental con más incidencia es la depresión y toma el papel de consecuencia ante un evento traumático. Una pregunta que queda a partir de todo lo desarrollado es ¿cómo se puede actuar e intervenir ante la vulnerabilidad social de este grupo etario desde el ámbito psicológico?, ya que la salud mental es completamente necesaria y un derecho, evidentemente sin discriminación, y es tan necesaria como la salud física.

CAPÍTULO 5

Método

Planteamiento del problema

Ante el fenómeno del envejecimiento poblacional, en el cual se estima que para el 2030 el 13.7% de los hombres y 15.6% de las mujeres de la población en México tendrá 60 años o más, debido al aumento en la esperanza de vida (Secretaría de Desarrollo Social [SDS], 2017), se requiere generar estrategias para atender a las personas mayores en cuanto a su salud física, social y psicológica para mejorar su calidad de vida. En la actualidad, la sociedad atraviesa distintas problemáticas de índole económica, climática, de discriminación, de migración, etcétera; es así que extiende sus efectos sobre las personas, grupos y comunidades, y su bienestar. Existe un enfoque de análisis que considera precisamente las estructuras sociales y la repercusión de los riesgos socioeconómicos y demográficos en los individuos, y se ha tomado en cuenta para abordar este trabajo. Tal enfoque es el de la vulnerabilidad social; la vulnerabilidad social hace referencia a la inseguridad e indefensión presente en la vida de los individuos, comunidades y familias a partir del impacto que provoca un evento socioeconómico de carácter traumático, y por otro lado se toma en cuenta el manejo de recursos y las estrategias que ellos utilizan para hacer frente a las consecuencias del evento o eventos traumáticos (Pizarro, 2001).

Las personas mayores, por sus características y cambios biológicos, físicos y por factores como pueden ser habitar en lugares económica o socialmente deprimidos, o sin el acompañamiento y cuidado que facilite alguien más, enfrentan cierta desprotección y se consideran un grupo socialmente vulnerable (Guerrero & Yépez, 2015). No obstante, esta condición tiene un grado, es temporal, progresiva y acumulativa (Sánchez-González et al., 2011).

La sociedad avanza constantemente y las personas adultas mayores tienen que avanzar junto con esa dinámica. A pesar de que el envejecimiento poblacional es un fenómeno que se presenta en todo el mundo, en México, en marcadas ocasiones se tiene una percepción negativa acerca de los viejos y de los roles que cumplen, ya que pueden verse como una carga, producto del deterioro de cada una de las esferas que los constituyen aunque

esto es una construcción social (Bruno & Acevedo, 2016). Ante este contexto no en todos se logra una adaptación necesariamente favorable, sin embargo, con sus propios recursos siguen adelante.

Se esperaría entonces que esta población cuente con habilidades y recursos psicológicos que les permitan hacer frente a los cambios que se presentan y que les permitan mantener su salud mental o que ésta no se vea en una situación crítica. En la adquisición y desempeño de habilidades y conocimientos, el papel del refuerzo es crucial. Las personas pueden percibir que lo que les pasa en la vida cotidiana se debe a factores externos o a factores de su propia persona y a eso se le conoce como locus de control (Rotter, 1966). Lo anterior es relevante ya que cuando atribuyen que para cambiar algo en su contexto no hay posibilidades que estén a su alcance, pierden la motivación para llevar a cabo modificaciones en su entorno. Estas situaciones influyen en los niveles cognitivo, conductual y emocional, y como parte de este último nivel, pueden surgir rasgos de indefensión, depresión y desesperanza (Boggiano, 1998). Se ha encontrado relación entre la orientación del locus de control y la presencia de depresión en adultos mayores (Alvarado, 2003; Zampieri, De Souza y Abib, 2011). Los factores implicados en que este grupo de personas presenten tales síntomas son variados y pueden ser por lo que las personas hacen por sí mismas o dejan de hacer, no obstante, también por factores que obedecen a estructuras más grandes, es decir, al contexto y entorno en que se encuentran desarrollándose.

A partir de lo anteriormente mencionado, el presente trabajo se articula de la siguiente manera; la población de adultos mayores, en la etapa de vida en la que se encuentran, atraviesan por cambios marcados en sus esferas físicas y psicológicas, aunado a la cambiante y acelerada dinámica social y los impactos que implica, pueden presentar depresión o síntomas depresivos. No obstante, de acuerdo a sus procesos de aprendizaje, atribuyen sus éxitos y fracasos a factores externos o internos y esto puede contribuir o no como un recurso que contrarreste los estados afectivos negativos. Desde el enfoque de la vulnerabilidad social se analizará a la población de este estudio para añadir una estructura en las variables al momento de la discusión del mismo. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación y objetivos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre el locus de control y la depresión en personas mayores de la zona metropolitana del Valle de México?

Objetivos

General.

Conocer la relación del locus de control y la depresión en personas mayores de la zona metropolitana del Valle de México.

Específicos.

Conocer la dirección del locus de control en personas mayores de la zona metropolitana del Valle de México.

Conocer la prevalencia de depresión en personas mayores de la zona metropolitana del Valle de México.

Describir la relación del locus de control y la depresión en hombres mayores de la zona metropolitana del Valle de México.

Describir la relación del locus de control y la depresión en mujeres mayores de la zona metropolitana del Valle de México.

Discutir los resultados encontrados a partir del enfoque de vulnerabilidad social.

Hipótesis

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre el locus de control interno y depresión en personas mayores.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el locus de control interno y depresión en personas mayores.

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre el locus de control externo y depresión en personas mayores.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el locus de control externo y depresión en personas mayores.

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre el locus de control social afectivo y depresión en personas mayores.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el locus de control social afectivo y depresión en personas mayores.

Variables

Independiente

Locus de control.

Definición conceptual: es la atribución que hace una persona de las causas de su comportamiento, pueden ser internas (relativas a ella) o externas (relativas al ambiente) (Gámez-Padilla & Díaz-Loving, 2011). Cada dimensión apunta una atribución distinta:

Locus de control interno. Grado en que las personas se apropian de sus éxitos o fracasos, es decir, los interpretan como resultado de su esfuerzo, sus capacidades, sus aptitudes, o las cosas que ellos mismos llevan a cabo (Rotter, 1966).

Locus de control externo. Grado en que las personas atribuyen las consecuencias de los eventos de su vida a factores que no son completamente controlables por ellos y los perciben más bien debido a la suerte, el destino, un Dios, o también el gobierno (La Rosa, 1986).

Locus de control socioafectivo. Grado de atribución en donde la consecución de las metas está estrechamente ligada a las relaciones en las que se encuentra inmerso el individuo (García-Campos et al., 2000).

Definición operacional: puntajes obtenidos en la Escala de Locus de Control de García-Campos y Reyes-Lagunes.

Dependiente

Depresión.

Definición conceptual: trastorno afectivo caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de placer e interés por todas o casi todas las actividades, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones en el sueño y en el apetito, sensación de cansancio y falta de concentración así como malestar que repercute en todas las esferas del individuo, en adultos mayores también pueden presentarse problemas de memoria (American Psychiatric Association, 2014; Díaz, et al., 2002).

Definición operacional: puntajes obtenidos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Independiente

Sexo.

Definición conceptual: son el conjunto de características biológicas y fisiológicas que permiten delimitar a los hombres y a las mujeres.

Definición operacional: de acuerdo a las respuestas obtenidas en este rubro en la información sociodemográfica.

Diseño de investigación

Se utilizó un diseño no experimental, de tipo transversal con alcance correlacional y descriptivo.

Participantes

Colaboraron en la investigación 150 personas adultas mayores residentes de la zona metropolitana del Valle de México, bajo un muestreo no probabilístico intencional. Con un rango de edad de 60 a 92 años ($M= 68$, $DE=7.1$). Los criterios de inclusión fueron contar

mínimo con escolaridad básica o saber leer y escribir, y no presentar una limitación funcional que impidiera responder los cuestionarios.

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1983), que se trata de un instrumento de 15 preguntas de respuesta dicotómica, el cual evalúa síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, teniendo en cuenta la última semana; a mayor puntaje mayor es la presencia de síntomas depresivos. Cuenta con una consistencia interna de 0.9. Los puntajes van de 1 a 15 y obtener de 12 a 15 puntos indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Y para la variable independiente se usó la Escala de Locus de Control de García y Reyes-Lagunes (2000), la cual cuenta con formato de respuesta tipo Likert pictórica y está conformada por 16 ítems distribuidos en 3 dimensiones que son: locus de control interno (LCI), locus de control externo (LCE) y la dimensión social afectiva (LCSA); sus alfas de Cronbach son 0.90, 0.86 y 0.89 respectivamente.

Procedimiento

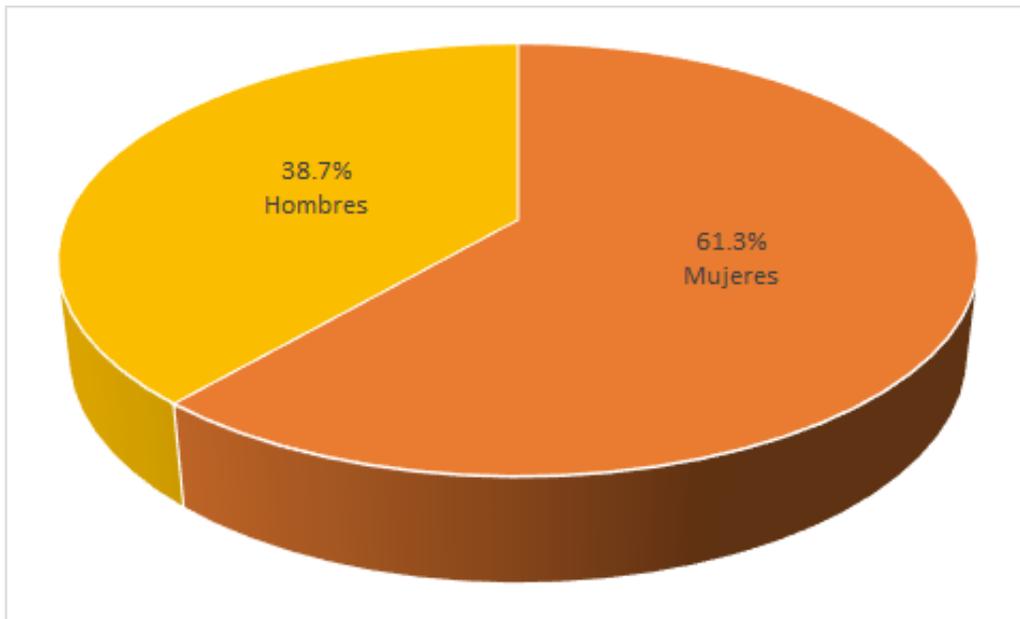
Se buscaron distintos lugares donde asistieran personas de 60 años o más para invitarlos a participar, también se abordaron a algunos adultos mayores en su domicilio siempre dejando la libertad de que quisieran participar o no. Una vez con ellos se les explicó en qué consistía la investigación; se les entregó el consentimiento informado para ser firmado, donde se mencionó el anonimato y confidencialidad de su información, junto con la hoja de datos sociodemográficos, los instrumentos y una pluma. A algunos participantes se les orientó en las indicaciones o en el llenado de datos ya que ellos lo solicitaban por distintas razones. Se recolectaron todos los datos y se vaciaron en el programa estadístico SPSS versión 19 para ser analizados con el mismo.

CAPÍTULO 6

Resultados

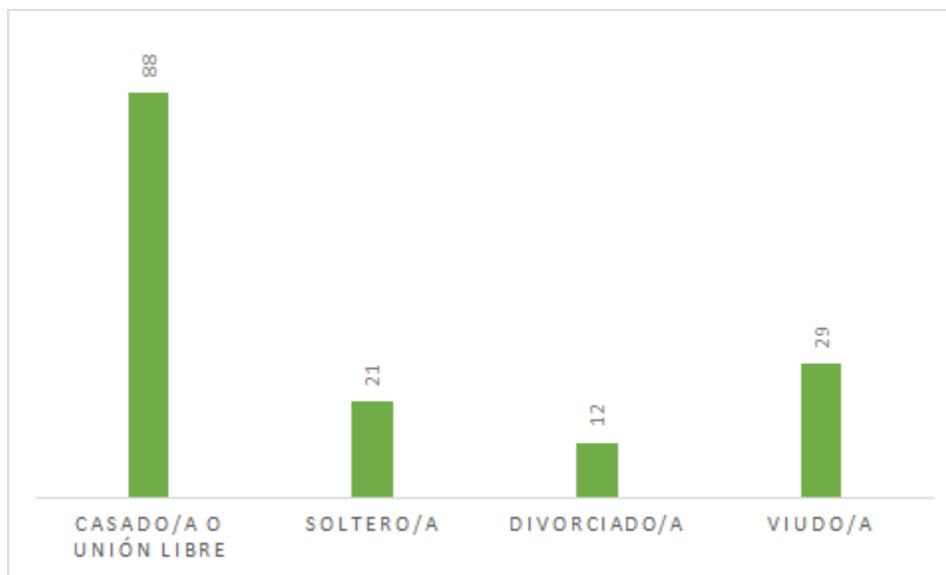
A continuación se presentan los resultados de este estudio, los cuales se obtuvieron mediante análisis descriptivos y mediante una correlación de Pearson para la muestra total y por sexo.

En primer lugar se presentan análisis descriptivos de las características sociodemográficas de las personas mayores que colaboraron en el estudio. De la muestra total de participantes 92 fueron mujeres y 58 hombres (gráfica 1).



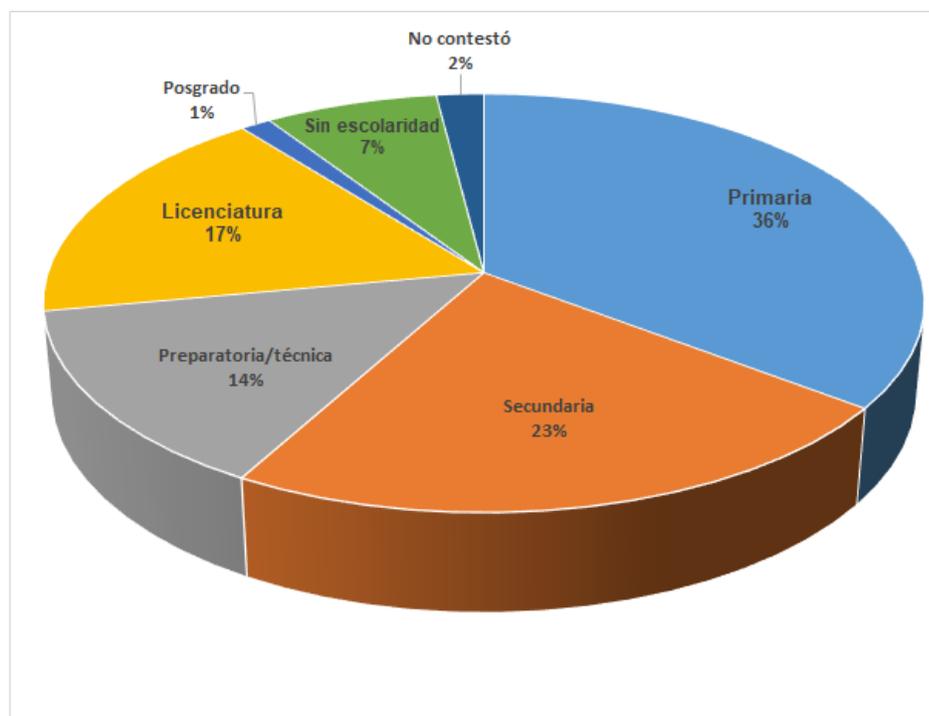
Gráfica 1. Porcentaje de participantes por sexo.

Más de la mitad de ellos fueron casados o en unión libre (58.7%), seguido de un 19.3% viudos, 14% solteros y un 8% divorciados, las frecuencias se observan en la gráfica 2.

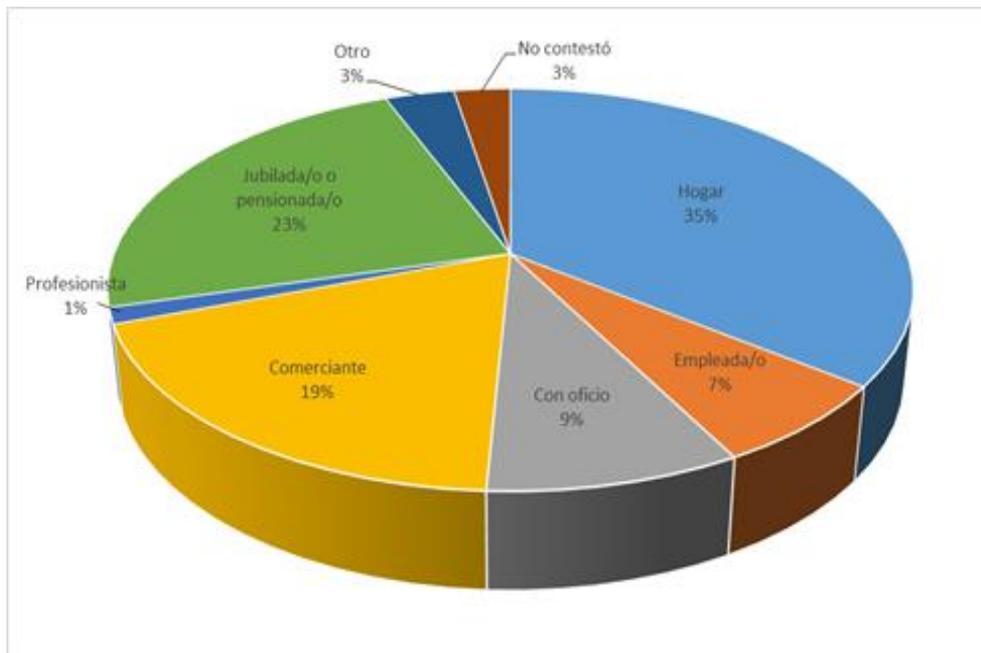


Gráfica 2. Estado civil de los participantes por frecuencia.

Respecto a su escolaridad y ocupación, se pueden observar los datos en porcentajes en las gráficas 3 y 4.



Gráfica 3. Escolaridad de los participantes.



Gráfica 4. Ocupación de los participantes.

Con el fin de obtener información acerca de redes de apoyo, se recogieron datos respecto a quiénes vivían con ellos, considerando a hijos, hermanos, nietos, padres u otras personas como parejas o yernos y nueras; donde hubo un 8% de participantes que vivían solos. También un reporte de si tenían amigos o si asistían a algún centro de apoyo social. Además de conocer si practican alguna religión; estos últimos datos se pueden observar en la tabla 1.

Al respecto de la religión, sólo el 10% contestó que no practica alguna, de la muestra restante 107 participantes practican la religión católica, 10 la cristiana, 3 el evangelicalismo, 2 testigos de Jehová, 1 el metodismo y 11 más no especificaron cuál.

Tabla 1. *Datos acerca de redes de apoyo.*

Redes de apoyo		Frecuencia y porcentaje de respuesta		
		Sí	No	No contestó
Amistad	¿Tiene amigos?	124 (82.7%)	23 (15.3%)	3 (2%)
Apoyo social	¿Asiste a algún centro de apoyo social?	38 (25.3%)	111 (74%)	1 (0.7%)
Religión	¿Practica alguna religión?	134 (89.3 %)	16 (10.7%)	

Continuando con los datos de cada variable, se quiso conocer en esta muestra de personas mayores cuáles eran los estadísticos descriptivos para la muestra total, teniendo en consideración cada factor de la escala de locus de control y los puntajes en la escala de depresión geriátrica.

Lo que se observó fue una media de 6 para el LCI, 4 para el LCE y 5 para la dimensión socioafectiva. En cuanto a depresión la media fue de 3 (DE=3), lo cual es un resultado relativamente favorable ya que a mayor puntuación se trata de un trastorno depresivo severo, sin embargo, se ha de notar que el puntaje máximo fue de 15 (tabla 2).

Específicamente en la tabla 3 se pueden observar los niveles de depresión encontrados. Se observa que más de la mitad de la muestra no presentó síntomas depresivos, sin embargo, sí hubo frecuencia de síntomas moderados y al menos un participante presentó síntomas depresivos graves.

Tabla 2. *Análisis descriptivos de las variables de estudio.*

VARIABLES DE ESTUDIO	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Locus de control interno	4.00	7.50	6.28	.78
Locus de control externo	1.00	7.00	3.69	1.49
Locus de control social-afectivo	1.00	7.40	4.86	1.45
Depresión	0.00	15.00	3.19	3.01

Tabla 3. *Nivel de depresión en personas mayores.*

CLASIFICACIÓN	f	%
Sin síntomas depresivos	111	74.0
Síntomas depresivos leves	28	18.7
Síntomas depresivos moderados	10	6.7
Síntomas depresivos graves	1	.7

Seguido, se solicitó al programa analizar la relación entre las variables, resultando una correlación significativa negativa débil ($r=-0.164$, $p<0.05$) entre el factor locus de control interno y depresión. Lo que indica que orientarse en un menor grado al LCI, puede contribuir a presentar un cuadro de depresión (tabla 4).

Tabla 4. *Correlaciones del locus de control y depresión en personas mayores.*

Locus de control	Depresión
Locus de control interno	-.164*
Locus de control externo	.134
Locus de control social-afectivo	-.068

* $p<.05$

En cuanto a las correlaciones por sexo, se reportan, para hombres, una correlación significativa positiva débil ($r=0.331$, $p=<0.05$) entre el LCE y depresión, lo que indica que a mayor LCE, más probabilidad de presentar síntomas de depresión (tablas 5).

Tabla 5. *Correlaciones del locus de control y depresión en hombres.*

Locus de control	Depresión
Locus de control interno	-.103
Locus de control externo	.331*
Locus de control social-afectivo	.001

* $p<.05$

Mientras que en las correlaciones para las mujeres no se encontró ningún efecto entre variables (tabla 6).

Tabla 6. *Correlaciones del locus de control y depresión en mujeres.*

Locus de control	Depresión
Locus de control interno	-.179
Locus de control externo	.030
Locus de control social-afectivo	-.090

*p<.05

A pesar de no resultar encontrar una relación estadísticamente significativa, se manifiesta en la muestra total cómo interactúan en suficiente medida los factores de la escala de LC correlacionando con la variable dependiente.

CAPÍTULO 7

Discusión y conclusiones

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue conocer la relación que tiene el constructo de locus de control en tres de sus factores (interno, externo y social-afectivo) con la depresión en personas adultas mayores de la zona metropolitana del Valle de México; para obtener un análisis más detallado también se obtuvieron correlaciones por sexo. Además de recabar descripciones de cómo las dos variables se manifiestan en ellos, contemplando la dirección en que se orienta el LC y la prevalencia de la depresión geriátrica. Teniendo en cuenta por otra parte, un análisis descriptivo desde el enfoque de vulnerabilidad social con la intención de tener una estructura para las variables estudiadas en la población.

De manera inicial, en los resultados obtenidos se manifiesta una correlación estadísticamente significativa negativa entre el locus de control interno y la depresión en la muestra total, lo cual hace aceptar la primera hipótesis alterna planteada. En los siguientes factores, se aceptan las hipótesis nulas. En cuanto a las correlaciones obtenidas por sexo, las mujeres, a pesar de ser más de la mitad de la muestra no presentó ninguna correlación estadísticamente significativa. Por su parte, los hombres presentaron una correlación positiva entre la dimensión externa y la depresión, lo que de igual manera indica que al orientarse a percibir que los factores externos controlan los éxitos y fracasos de su vida, pueden encaminarse a manifestar síntomas de depresión.

Por tanto, los resultados obtenidos, coinciden con lo reportado en diversos estudios sobre la relación del locus de control con distintos indicadores de salud mental (Alvarado, 2003; Martín del Campo, 2003; Torres, et. al., 2009; Wolinsky, 2009; Hanevold, 2018). Ya que en la muestra total se encontró una correlación negativa entre la dimensión interna y la depresión, lo cual lleva a interpretar que el percibir bajo control en habilidades y aptitudes propias para llevar a cabo las actividades del día a día, tiene la posibilidad de desencadenar un cuadro depresivo o si ya existe, no ser activo en la consecución de alternativas para una mejora en aspectos que repercutan en una adecuada salud mental.

Las personas que se orientan a un locus de control interno creen que los resultados de sus acciones son el resultado de sus propios esfuerzos, consideran que el trabajo duro y las habilidades personales conducen a resultados positivos. Los individuos con dirección interna de locus de control manipulan activamente su ambiente, tienen mayor control de los eventos adversos y logran generar cambios adaptativos ante las condiciones de adversidad (Malhotra, 2017), teniendo como resultado un mayor grado de independencia personal y económica, y en general condiciones asociadas a bajos niveles de depresión. Incluso tratándose de temas de salud física, la toman como un hecho que depende de ellos y practicarán hábitos saludables o si aparecen las enfermedades que acompañan a la etapa, toman un papel activo en lo que a su cuidado respecta (Fernández, et al., 1994). Estas coincidencias entre lo encontrado en este estudio y lo reportado en otros anteriores permite constatar la capacidad predictiva de la variable independiente sobre trastornos emocionales, en este caso la depresión y de esta manera identificar aspectos relevantes para la intervención.

A pesar de que se ha considerado que en esta población la orientación del control cambia, tornándose más externa (Miroswky, 1995), sí es necesario otorgar espacio a otros factores que pueden ser la escolaridad, si no existe una discapacidad física, si su situación económica es estable o incluso si las redes de apoyo son estrechas y de calidad. En adultos mayores mexicanos se ha documentado la relación existente entre un alto nivel de locus de control interno que favorece menores niveles de desajuste psicológico, como la presencia de trastornos frecuentes entre los que claro se encuentran la depresión y la ansiedad; ante los cuales, el apoyo social favorece la presencia de menores niveles de soledad y ansiedad ante el envejecimiento y aumenta los niveles de locus de control interno (Montero & Rivera, 2009). Como se reporta en otros estudios y trabajos que son la base de esta amplia investigación, el LC al ser una unidad integradora, no considera simplemente un aspecto motivacional (Lefcourt, 1966), se trata de un recurso de expectativa importante en los procesos de aprendizaje interviniendo factores cognitivos y ambientales. En la vejez, el aprendizaje no se detiene.

En cuanto a la manera en que se presentaron las dos variables en la muestra estudiada, los hallazgos son alentadores. Comenzando por la dirección del locus de control se observa que la dimensión interna es la que obtuvo una media más alta, lo que sugiere que esta población considera dentro de sus expectativas que las ganancias o los fracasos que tengan en su actuar cotidiano se deba a sus habilidades y aptitudes y, por lo tanto, que hay situaciones que están en su control (Rotter, 1986). Es una manera en la que las personas pueden formular además una explicación a los eventos y por tanto, que funja como un instrumento adaptativo y que ajuste la realidad que estén viviendo (Gil, 2006). Lo anterior es especialmente relevante para constatar que su etapa de vida, lejos de ser vista como una carga social, una imagen de deterioro, dependencia o algo negativo (Bruno, et al., 2016), es experiencia, conocimiento y aprendizaje adquiridos, lo que sugiere que se han apropiado de estrategias y aptitudes que les permitan tener el control de sus vidas en situaciones que para ellos sean significativas, y en sí, se considera además dentro de todo este aprendizaje, los cuatro factores que considera Rotter en su teoría del aprendizaje social (Martínez, 2006); el potencial de la conducta, el valor del reforzador, la expectativa y la situación psicológica en la que se encuentren las personas.

El factor social afectivo fue el segundo que obtuvo una media más alta y es que es probable que en este punto de su vida se apeguen más a una religión, a la familia que cuida de ellos o a los amigos y grupos de personas con quienes tienen oportunidad de recrear su tiempo libre, incluso en programas sociales o centros de apoyo social a los que pertenezcan después del retiro y jubilación. Son cuestiones que además de otorgarles percepción de control sobre algunas situaciones, les otorgan aquello que pueden considerar bienestar psicológico que entre otros aspectos contempla además el generar nuevos planes y metas y lograr los objetivos que se dispongan (De León, 2018).

En lo que respecta a la depresión, el rango de puntuación en la escala utilizada va de 0 a 15 puntos y se obtuvo una media de 3, en otras palabras, los niveles de depresión no son severos y esto se puede vincular a que, como se observa en los datos de apoyo social, la mayoría de ellas y ellos consideran tener amigos, practicar una religión y asistir a algún centro de apoyo social. Con lo obtenido en la correlación de Pearson se reafirma que mientras el locus de control interno se encuentre menos dominante, las personas mayores son

propensas a presentar un cuadro de depresión (Alvarado, 2003). No obstante, es interesante aquí notar las dos caras y los dos papeles que pueden jugar los elementos que son externos a ellos, sin dejar de considerar, como se señaló antes, a la dimensión social afectiva, la cual puede explicar cómo, a pesar de no tener significancia estadística, amortigua en el adulto mayor encaminarse a padecer algún trastorno mental severo o sobrellevar los decrementos y pérdidas que aparecen en sus vidas (Montero et. al., 2009). Es así que tienen la posibilidad de dirigirse a un envejecimiento exitoso donde hagan uso de sus recursos tanto internos como externos para sortear los cambios que son inevitables y como tal el hecho de envejecer que es totalmente distinto en cada quien considerando si está influenciado por una visión de una carga o no (Bruno, et al., 2016).

A pesar de que la media no se encontró dentro de los puntajes de depresión, sí es importante considerar que hubo una puntuación máxima de 15, entonces hay que mirar hacia allá y comprender lo que se encuentra en estos indicadores, necesita atención, intervención y mucho más importante, prevención. También notar que al sumar los puntajes obtenidos que están dentro de los indicadores de depresión, resulta ser el 26.1% la prevalencia en esta muestra y coincide con lo reportado en la ENASEM (2018), donde un 30.6% de personas de 50 años en adelante, manifestaron 5 o más síntomas de depresión.

Incluso es importante no dejar de lado que la desesperanza es un aspecto a trabajar con las adecuaciones requeridas en cuanto a síntomas característicos de esta etapa, al igual que la pérdida de la memoria. Un acercamiento cuya estrategia es intervenir en la memoria, el razonamiento y la velocidad de procesamiento de adultos mayores para hacer cambios en el locus de control y consecuentemente en otros aspectos de la vida cotidiana, tendría la posibilidad de arrojar resultados favorables, adaptándolo a la población mexicana (Wolinsky, et al., 2009). Sin dejar de mencionar los beneficios notables que resultan de darle espacio a la prevención dentro de los proyectos de atención a la salud, ya que el constante cambio en la dinámica de los tiempos actuales trae consigo crisis sanitarias, económicas y políticas que impactan en cada individuo de manera distinta.

Por tal razón, es aquí donde se considera un enfoque de vulnerabilidad social, que es útil al momento de contextualizar, aspecto que en áreas de salud y especialmente en

psicología no se debe dejar de lado, ya que invita a observar ampliamente que las realidades son distintas y este grupo de edad se incrementa y lo seguirá haciendo, necesitando de cuidados e intervenciones específicas. La prevalencia de depresión y algunos otros trastornos psiquiátricos en el adulto mayor emergen como consecuencia de distintos factores para cada uno pero sin duda también tiene cabida el resultado y la habilidad de sortear los riesgos sociales y los activos, es decir, manejar por una lado las amenazas y por otro las capacidades de afrontamiento (Schröder-Butterfill, et al., 2006)

La vejez acompañada de grandes cambios físicos, psicológicos y sociales supone hacer uso de las formas y estilos de afrontamiento que mejor le permitan al adulto mayor adaptarse a las necesidades de su ambiente, tanto de manera individual como en conjunto si es el caso. Es completamente necesario señalar las formas de las que ellas y ellos se apropian a partir de sus recursos internos y externos y resultan en la capacidad de prevenir, reducir y afrontar riesgos del exterior (Busso, 2001). El locus de control, dependiendo de su orientación, como recurso psicológico, abre un espacio a sortear de la mejor manera situaciones o condiciones estresantes, y si hay una intervención psicológica desde este constructo, implica aprendizaje. Por mencionar algunas situaciones o condiciones que pueden fungir como factores para el padecimiento de depresión se encuentran el vivir solo/a, no contar con un sustento económico estable, la salida de los hijos del hogar, la viudez, la pérdida de capacidades físicas y padecer otras enfermedades que imposibiliten mantener un bienestar psicológico.

Concluyentemente, al utilizar el enfoque de vulnerabilidad social, se coloca del siguiente modo; ante los distintos impactos económicos, sanitarios e incluso climáticos, distintas poblaciones cuentan con distintos recursos, en algunas éstos son inexistentes o escasos. El impacto de los escenarios mencionados coloca a los adultos mayores en distintos grados de vulnerabilidad social, donde además se agregan características del grupo de edad como decrementos en las capacidades físicas y cognitivas, lo cual tiene la posibilidad de desencadenar un trastorno afectivo como la depresión. Por otra parte, el locus de control, específicamente el interno y el social afectivo, es capaz de funcionar como un activo que les permita mejorar su salud mental.

Teniendo lo anterior en cuenta, la aplicabilidad de este trabajo entre la población de adultos mayores tiene la posibilidad de insertarse la evaluación e intervención psicoterapéutica individual o grupal, ya sea preventivo, de intervención en problemas específicos o rehabilitante, en el trabajo comunitario donde se permita hacer promoción de la salud mental e intervención grupal y también en la integración de la salud mental que va de la mano con la salud física ante comorbilidad con enfermedades crónico-degenerativas. Tiene lugar trabajar con las expectativas generalizadas a partir de la capacidad de agencia con la que cuenta esta población, así como de aquella que se agrega a partir de sus redes de apoyo. También considerar aspectos cognitivos que se presentan si se encuentra un trastorno depresivo, como la pérdida de memoria o la desesperanza, y todo esto se ha de configurar además en contextos variados donde las desigualdades económicas y sociales en ocasiones obstaculizan el acceso o conocimiento de servicios de salud mental.

Conclusiones

Para enfrentar el cambio demográfico que es cada vez es más visible y tangible, la investigación necesita seguir avanzando en torno a que puedan emerger diversas acciones y estrategias para la prevención y el mantenimiento de la salud mental en poblaciones geriátricas, incluso desde el proceso temprano de envejecimiento. ¿Cómo dar un paso hacia ese camino considerando que la situación mundial actual pone en vulnerabilidad prácticamente a toda la población? Como se mencionó anteriormente, se propone que de inicio no se olvide articular un contexto que funja como una estructura para obtener un mejor análisis en cómo interaccionan las variables dentro del fenómeno y las proyecciones a futuro, donde es notorio que las transformaciones van a dejar secuelas en quienes los recursos son inexistentes o limitados.

El alcance de la salud y especialmente de la salud mental sigue teniendo brechas que se presentan como un reto que no siempre es visible. Envejecer es un proceso inevitable, y los cambios presentados pueden llegar a ser particularmente incapacitantes, es por tal razón que son necesarios los programas de detección y tratamiento para trastornos mentales, además de personal capacitado en la intervención, prevención y control; no está de más señalar que lo anterior debe ser multidisciplinario y multisectorial (Lozano, et al., 2013).

Al señalar las limitaciones presentadas al llevar a cabo este trabajo, es necesario reconocer respecto a la muestra, que ésta fue reducida de lo que originalmente se propuso, por causas ajenas al control personal, lo cual no permite hacer una generalización precisa, así que se recomienda ampliarla en futuros estudios y para que se pueda observar de mejor manera cómo se comporta.

Otra cuestión más es respecto a uno de los instrumentos utilizados, en la escala de locus de control, ya que ha de considerarse que puede ser ambiguo para los participantes de esta edad contestar una escala likert a pesar de los gráficos que se utilizaron para indicar los grados con los que se identificaban, sin embargo, también es cuestión del aplicador encontrar distintas maneras y ejemplos que ayuden al entendimiento a la par que no exista sesgo en su respuesta. Este punto puede tomarse desde cómo están redactados los enunciados e incluso considerar la construcción de una escala que se oriente específicamente a esta población y de inicio ya no se encuentren tales dificultades en la aplicación de estudios posteriores.

Y un último señalamiento va respecto al enfoque utilizado bajo el cual se titula el trabajo; es importante indicar que aún no existen como tal instrumentos que permitan medir o indicar un grado de vulnerabilidad social, como se mencionó en otro apartado, no obstante, la literatura hasta el momento ya es extensa y los sustentos teóricos permiten hacer análisis e hipótesis útiles. De acuerdo a estadísticas presentadas y las propias características de la muestra, se colocó tal condición de vulnerabilidad social, no sin mencionar que no se pretende perpetuar un estereotipo ya que el análisis va en pro de la población a la que se dirige el trabajo.

A partir del presente estudio se pudo constatar una correlación entre las expectativas generalizadas de las personas mayores y el padecimiento de un trastorno afectivo que en algunas ocasiones puede tener comorbilidad con otras enfermedades o trastornos. Tomar en cuentas tales variables psicológicas aportará una dirección en las implementaciones teóricas y en cómo puede tomar un rumbo la práctica. Lo que deja vislumbrar, además de reafirmar la manera en que se manifiestan las correlaciones existentes entre las dos variables, es la necesidad de una pronta intervención en el grupo de edad que se estudió y focalizar aquella población. Permite conocer la manifestación de todo aquello que son los adultos mayores no

sólo en pérdidas, cargas o simplemente años vividos, sino también en las dinámicas en donde se desarrollan, en sus círculos sociales, en el aprendizaje que han adquirido y cómo lo han adquirido y a partir de eso preparar las intervenciones y a las y los profesionales de la salud que los acompañarán.

Ciertamente el fenómeno de envejecimiento poblacional, cada vez es más tangible y da pauta a voltear la mirada desde hace años, sin embargo, es importante además considerar más características existentes en este grupo etario en lo que respecta a la población mexicana; hablando de las enfermedades con las que existe comorbilidad, explorar otros trastornos como la ansiedad o del sueño, incluso dar la pauta a estudiar población psiquiátrica y la que se encuentra institucionalizada.

Por otra parte, también es interesante moverse en el espacio hablando de geografía, ya que a pesar de que la zona metropolitana del Valle de México es variada de un polo a otro, entre la periferia y el centro, como se sugiere tomando como aspecto fundamental la condición de vulnerabilidad social, las realidades siguen siendo distintas en cada parte del país, por ejemplo, en provincia, donde la conjunción entre recursos, la limitación o no, la interacción y el manejo de éstos por las personas deviene en problemáticas psicológicas que pueden ser similares o inclusive podrían manifestarse distinto. Así como también sería preciso hacer una exploración más detallada en lo que refiere a estratos socioeconómicos.

Por sugerir algunas líneas de investigación a partir de los resultados encontrados aquí se señala; la vulnerabilidad social desde un análisis más cualitativo, el impacto de las emergencias sanitarias en el mismo locus de control, en cada una de las dimensiones aquí estudiadas y sus repercusiones a la salud mental, las diferencias de depresión por sexo entre personas viejas y en proceso de envejecimiento y por último la comorbilidad de trastornos en este grupo de edad así como aquellos recursos de afrontamiento que les permiten seguir en la dinámica social y en la vida cotidiana.

Una recomendación general y propuesta más que se ofrece al terminar este trabajo es seguir evaluando en personas mayores, además a partir de estudios longitudinales, aquellas variables que arrojen información para armar o renovar los proyectos de atención a la salud mental, el trabajo comunitario, las intervenciones clínicas y otros acercamientos a la

población desde muestras mayores para permitir la generalización, y a partir de esto poder trabajar en estudios de corte cualitativo o mixtos que se adapten entonces a cada región desde las características, recursos, cultura, costumbres y valores que deben ser tomadas en cuenta si se quiere que los resultados sean favorables y la salud mental tenga un alcance más impactante y relevante.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.
- Alvarado, R. (2003). El rol del locus de control como factor moderador en trastornos ansiosos y depresivos en los adultos mayores. *Psykhé*, 12(1), 57-64.
- American Psychiatric Association, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *CEPAL SERIE Población y desarrollo*, 21.
- Arquímedes, S. & López, I. (2015). Locus de control y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de una clínica de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, 6(2), 7-21.
- Barrenechea, J., Gentile, S., González, C., Natenzon & Ríos, D. (2002). Revisión del concepto de vulnerabilidad social. *Buenos Aires, Argentina: Pierna*, 220, 34-95.
- Beck, A., (1963). Thinking and depression. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 36-45.
- Beck, A., Brown, G., Berchick, R., Stewart, B. & Steer, R. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.

- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.
- Bialer, I. (1961). Conceptualization of success and failure in mentally retarded and normal children. *Journal of Personality*, 29, 303-320.
- Blaikie, P., Cannon, T., David, I. & Wisner, B. (1996). Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres. Bogotá: La RED.
- Boggiano, A. K. (1998). Maladaptive achievement patterns: A test of a diathesis–stress analysis of helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1681- 1696.
- Bruno, F. & Acevedo, J. (2016). Vejez y sociedad en México: Las visiones construidas desde las Ciencias Sociales. *Forum Sociológico*, 29, 7-20.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. CEPAL. Santiago de Chile.
- Carmona-Valdés, S. (2016). Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 1-16.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. España: Descleé de Brouwer.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019). *Informe Especial sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en México. Resumen ejecutivo*. Recuperado de https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-02/INFORME_PERSONAS_MAYORES_A19.pdf

- Córdova, D. (2018). *Derecho al trabajo en los adultos mayores en México*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Davis, W. (1963). *Internal-External control as a determinant of information-seeking in a social influence situation*. Tesis de maestría. Universidad Estatal de Kansas.
- De León, C. (2018). *Factores de protección asociados al bienestar psicológico en adultos mayores: un modelo predictivo*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-Guerrero, R. (1982). *Psicología del mexicano*. México: Editorial Trillas.
- Díaz, M., Pascual, B. & Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12, 19-25.
- Evans, M. & Mottram, P. (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. *Advance in Psychiatric Treatment*, 6, 49-56.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, J. & Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud? *Anales de psicología*, 10(2), 127-133.
- Galindo, O. & Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 381-407.
- Gámez-Padilla, N. & Díaz-Loving, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16(2), 309-322.
- García-Campos, T. & Reyes-Lagunes, I. (2000) Estructura del locus de control en México. *La Psicología Social en México*, 6, 158-164.

- Gil, F. (2006). *Enfrentamiento a los problemas y locus de control en adolescentes de la Ciudad de México*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- Goldzweiga, G., Hasson-Ohayonb, I., Alonc, S. & Shalita, E. (2016). Perceived threat and depression among patients with cancer: the moderating role of health locus of control. *Psychology, Health & Medicine*, 21(5), 601-607.
- Guerrero, N. & Yépez, M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universidad y Salud*, 17(1), 121-131.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23, 56-62.
- Hanevold, G., Engedal, K., Selbæk, G., Bezerra, D., Borza, T., Saltyte, J. & Helvik, A. (2018). Can depression in psychogeriatric inpatients at one year follow-up be explained by locus of control and coping strategies? *Aging and mental health*, 22(3), 379-388.
- Hovenkamp-Hermelinka, J., Jeronimus, B., van der Veena, D., Spinhoven, P., Penninx, B., Schoevers, R. & Riese, H. (2019). Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of Affective Disorders* 253, 26-34.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2012). *Políticas públicas para los Adultos Mayores, situación actual y desafíos*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/politicas-publicas-para-los-adultos-mayores-situacion-actual-y-desafios>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento. Nota técnica. Recuperado de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2018/doc/enasem_2018_nota_tecnica.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Encuesta Nacional sobre Discriminación. Boletín. Recuperado de https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENADIS2017_08.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). CENSO de Población y Vivienda 2020. Comunicado de Prensa número 24/21. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf

Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.

La Rosa, J. (1986). *Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.

Llanes, H., López, Y., Vázquez, J. & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*, 21(1), 65-74.

Lefcourt, H. M. (1966). Internal versus external control of reinforcement: A review. *Psychological Bulletin*, 65(4), 206–220. doi:10.1037/h0023116

Lefcourt, H. M. (1991). *Locus of control*. En J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of social psychological attitudes, Vol. 1. Measures of personality and social psychological attitudes* (p. 413–499). Academic Press.

Levenson, H. (1974). Activism and Powerful Others: distinctions within the concept of Internal-External control. *Journal of Personality Assessment*, 38(4), 377-383. doi:10.1080/00223891.1974.10119988

- Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M., Borges, G., Naghavi, M., Wang, H., Vos, T., Lopez, A. & Murray, C. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública en México*, 55(6), 580-594.
- Lugli, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 43-56.
- Malhotra, R. (2017). Locus of control and well-being among college students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 8(2), 231-236.
- Martín del Campo, T. (2003). *Relación entre autoestima, motivación, locus de control, con el aprendizaje y rendimiento académico en adultos mayores*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Martínez, A. (2006). Teorías del aprendizaje. Recuperado de http://www.arnaldomartinez.net/docencia_universitaria/teorias_del_aprendizaje_i.pdf
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Mendoza-Núñez, VM., Martínez-Maldonado, ML. & Vivaldo-Martínez, M. (2015). What Is the Onset Age of Human Aging and Old Age? *International Journal of Gerontology*, 10, 56.
- Milgram, N. & Milgram, R. (1975). Dimensions of locus of control in children. *Psychological Reports*, 37, 523-538.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución número 1004886 de 2018. Anexo técnico. Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2004886%20de%202018.pdf

- Mirowsky, J. (1995). Age and the sense of control. *Social Psychology Quarterly*, 58(1), 31-43.
- Montero, L., & Rivera, L. (2009). High adaptative value in psychological maladjustment in elders. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 1(1), 59-67.
- Montes De Oca-Zavala, V. (2010). Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo. *Reglones, revista arbitrada en ciencias sociales y humanidades*, 62.
- Montgomery, S. & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Montoya-Arce, B., Román-Sánchez, Y., Gaxiola-Robles-Linares, S. & Montes de Oca-Vargas, H. (2016). Envejecimiento y vulnerabilidad social en el Estado de México, 2010. *Papeles de Población*, (90), 43-77.
- Moss, K., Scogin, F., Di Napoli, E. & Presnell, A. (2012). A self-help behavioral activate treatment for geriatric depressive symptoms. *Agin and Mental Health*, 16(5), 625-635.
- Navas, W. (2013). Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 495-501.
- Omani-Samani, R., Maroufizadeh, S., Navid, B. & Amini, P. (2017). Locus of control, anxiety, and depression in infertile patients. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 44-50.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 16(1), 89-98.
- Páez, D., Fernández, I., Besabe, N. & Grad, H. (2001). Valores culturales y motivación: creencias de autoconcepto de Singelis, actitudes de Triandis, control emocional e individualismo-colectivismo vertical-horizontal. *Revista Española de Motivación y Emoción*, 3, 169-195.
- Papalia, D., Wendkos, O. & Duskin F. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Pérez de Armiño, K. (1999). Vulnerabilidad y desastres. Causas estructurales y procesos de la crisis de África. *Cuadernos de trabajo* 24.
- Phares, E. & Lamiell, J. (1974). Relationship of internal-external control to defensive preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 872-878.
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. División de Estadística y Proyecciones Económicas. CEPAL. Santiago de Chile.
- Prowse, M., (2003). Towards a clearer understanding of ‘vulnerability’ in relation to chronic poverty. *Chronic Poverty Research Centre Working Paper*, 24.

- Quintanilla, R., Haro, L., Flores, M., Celis, A. & Valencia, S. (2003). Desesperanza y tentativa suicida. *Investigación en Salud* 5(2).
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. México: Pearson.
- Rozales, S. (2008). *Importancia del papel del psicólogo en el equipo multidisciplinario de salud mental en México*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Salgado, V., González, T., Bojorquez, I. & Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México-Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49, 8-10.
- Sánchez-González, D. & Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de adultos mayores. *Papeles de población* (69), 152-185.
- Sánchez-Rodríguez, MA. & Mendoza-Núñez, VM. (2003). Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes. México; FES Zaragoza, UNAM.
- Schröder-Butterfill, E. & Marianti, R. (2006). A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing Soc.*, 26(1), 9-35.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2017). *Análisis prospectivo de la población de 60 años en adelante*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_de_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- Segal, Z., Williams, J. & Teasdale, J. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Descleé de Brouwer.

- Solís, K. (2018). *Danza movimiento terapia: propuesta de un taller de apoyo a los adultos mayores, desde el enfoque psicológico de Erickson, en la transición de la etapa de vida integridad vs desesperanza*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sosa, A. L. & Acosta, G. I. (2015). La salud mental del adulto mayor. En María Elena Medina Mora, Elsa Josefina Sarti Gutiérrez y Tania Real Quintanar (Ed.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 101-112). México: Intersistemas.
- Thompson, S. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90(1), 89-101.
- Torres, N., Rosario, I., Cordoliani, N. & Maldonado, N. (2009). La relación entre el locus de control externo y el locus de control interno con la severidad de la depresión en hombres y mujeres que padecen dolor crónico. *Scientific International Journal*, 6(1), 4-14.
- Urbina, M. (2015). Los determinantes sociales de la salud y de la salud mental. En María Elena Medina Mora, Elsa Josefina Sarti Gutiérrez y Tania Real Quintanar (Ed.). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 59-78). México: Intersistemas.
- Varela, M. & Mata, L. (2004). Diferencia de locus de control en niños y niñas de siete, nueve y once años. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 91-101.
- Videla, A., Maddio, S. & Oliva, V. (2019). Perfiles de perfeccionismo y modalidades de locus de control en jóvenes adultos dietantes restrictivos voluntarios de Mendoza, Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 65(1), 27-34.
- Wallhagen, M., Strawbridge, W., Kaplan, G. & Cohen, R. (1994). Impact of Internal Health Locus of Control on Health Outcomes for Older Men and Women: A Longitudinal Perspective. *The Gerontologist*, 34(3), 299-306.

- Wilson-Escalante, LK., Sánchez-Rodríguez, MA. & Mendoza-Núñez, VM. (2009). Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 52(6), 244-247.
- Wolinsky, F., Vander Weg, M., Martin, R., Unverzagt, F., Willis, S., Marsiske, M., Rebok, G., Morris, J., Ball, K. & Tennstedt, S. (2009). Does Cognitive Training Improve Internal Locus of Control Among Older Adults? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5), 591–598. doi:10.1093/geronb/gbp117
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.
- Zampieri, M., De Sousa, P. & Abib, E. (2011). Locus of control, depression, and quality of life in Parkinson's Disease. *Journal of Health Psychology*, 16(6), 980-987.
- Zdanowicz, N., Janne, P. & Reynaert, CH. (2004). ¿Juega el locus de control de la salud un papel clave en la salud durante la adolescencia? *European Journal of Psychiatry*, 18(2), 117-124.
- Zung, W. & Durham, N. (1965). Self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANEXOS

Anexo 1



Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza le invita cordialmente a participar en este estudio sobre las características psicológicas de los adultos mayores. Su participación es **completamente anónima y confidencial**. Le invitamos a contestar todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, procure contestar de forma sincera y honesta, solo nos interesa su opinión.

FIRMA DE ACUERDO PARA PARTICIPAR: _____.

¡Agradecemos de antemano su cooperación!

Edad: _____ **Sexo:** Hombre () Mujer ()

Estado civil: Soltero/a() Casado/a() Divorciado/a() Viudo/a()

Escolaridad: Primaria() Secundaria() Preparatoria/técnica() Licenciatura()
Sin escolaridad ()

Ocupación: _____

Lugar de residencia (Delegación/municipio): _____

Fuente de ingresos económicos: Pensión() Jubilado() Trabaja() Apoyo familiar() Otro: _____

En su familia, ¿cuál es el ingreso económico mensual? _____

¿Cuántas personas viven con usted?: _____

De las personas que viven con usted cuántos son:

Hijos:_____ Hermanos:_____ Nietos:_____ Padres:_____ Otros:_____

¿Tiene amigos? Sí () No () ¿Cuántos? _____

¿Practica alguna religión? Sí () No () ¿Cuál? _____

¿Asiste a algún centro de apoyo social? Sí () No () ¿Cuál? _____

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan unas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente cómo se ha sentido durante la última semana, por favor **responda con Sí o No.**

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí	No
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No

INSTRUCCIONES

Y ahora, en esta hoja encontrará una serie de oraciones que las personas utilizan para explicar lo que les pasa. Al igual que en las primeras, léalas cuidadosamente e indique con una X qué tan de acuerdo está con cada una de ellas. Recuerde que si marca el cuadro **MÁS GRANDE Y CERCANO A LA FRASE** indica que **ESTÁ TOTALMENTE DE ACUERDO**. Si marca el cuadro más **PEQUEÑO Y ALEJADO** indica que está **TOTALMENTE EN DESACUERDO** con lo que afirma la oración. El resto de los espacios indican diferentes grados, utilícelos para encontrar el punto adecuado para su manera de pensar.

	Totalmente de acuerdo						Totalmente en desacuerdo
1.- Mi éxito dependerá de qué tan agradable yo sea	<input type="checkbox"/>						
2.- Mantengo a mi familia unida porque así yo lo quiero	<input type="checkbox"/>						
3.- He tenido éxito por accidente	<input type="checkbox"/>						
4.- Los logros que he tenido en mi vida se deben a mi esfuerzo	<input type="checkbox"/>						
5.- Tendré éxito si me lo propongo	<input type="checkbox"/>						
6.- Lo que he logrado en mi vida ha sido porque así tenía que suceder	<input type="checkbox"/>						
7.- Mantengo unida a mi familia	<input type="checkbox"/>						
8.- El éxito que tengo se debe a coincidencias de la vida	<input type="checkbox"/>						

9.- Conseguir mejores puestos de trabajo depende de mis capacidades	<input type="checkbox"/>						
10.- Los logros que he tenido en mi vida se deben a la casualidad	<input type="checkbox"/>						
11.- Tendré éxito si soy simpático	<input type="checkbox"/>						
12.- Mejorará mi vida si le caigo bien a la gente	<input type="checkbox"/>						
13.- Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones	<input type="checkbox"/>						
14.- El destino de mi familia es estar unida	<input type="checkbox"/>						
15.- El éxito que tengo se debe a mi esfuerzo	<input type="checkbox"/>						
16.- Me va bien en la vida porque soy simpático	<input type="checkbox"/>						