

320825
Universidad del Valle de México

Plantel Tlalpan

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Con estudios incorporados a la Universidad Nacional
Autónoma de México

**"INCIDENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS DE ASILOS
PARTICULARES Y ALBERGUES OFICIALES"**

Tesis que presentan:

Alma Angélica García Gárfias y

María del Pilar Ramos Paéz

Para obtener el Título de:

Licenciadas en Psicología

Asesor de tesis: Lic. Salvador Lopez Guizar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ALMA ANGELICA GARCÍA GARFIAS

DEDICO ESTA TESIS:

**AGRADEZCO ETERNAMENTE:
A MIS PADRES:
SABAS GARCÍA ORTÍZ Y
OPELIA GARFIAS DE GARCÍA
POR HABERME DADO LA VIDA
Y POR HABERME DEJADO LA
MEJOR DE LAS HERENCIAS.**

**A MIS HERMANOS, FAMILIARES,
COMPAÑEROS Y AMIGOS:
QUE DE ALGUNA MANERA U
OTRA, COLABORARON PARA
LA CULMINACIÓN DE ESTE
TRABAJO.**

**A MI PSICOTERAPEUTA :
SILVIA CABADAS BUSTAMANTE.
QUE GRACIAS A ELA HE
LOGRADO REALIZAR UNO
DE MIS OBJETIVOS.**

MARÍA DEL PILAR RAMOS PAÉZ

DEDICO ESTA TESIS:

**A MIS PADRES, QUE SON LOS
PILARES DE MI VIDA Y EL
IMPULSO DE MI SUPERACIÓN
CON AMOR Y RESPETO A
FRANCISCO RAMOS LÓPEZ
CARMEN PAÉZ DE RAMOS**

A MI ESPOSO Y COMPAÑERO :

CARLOS SALCIDO NAVARRO.

ÍNDICE

Justificación

Introducción

Pags.

CAPITULO 1. Marco teórico	1
1.1. Vejez	2
1.1.1. Envejecimiento biológico	3
1.1.2. Aspectos psicológicos de la vejez	7
1.1.3. El anciano y su papel histórico	18
1.1.4. Aspectos sociales y familiares	20
1.1.5. El anciano en la actualidad. Vida urbana	22
1.1.6. Antecedentes de la asistencia social	26
1.2. Depresión	34
1.2.1. Factores causales Clasificación gnoseológica	38
1.2.2. Ancianidad y depresión	45
1.2.3. Factores desencadenantes de la depresión en la tercera edad.	49
1.2.4. Tratamiento psicofarmacológico de la depresión	53
1.3. Investigaciones realizadas con el Test de Beck	57
CAPITULO 2. Metodología	64
2.1. Planteamiento del problema	65
2.2. Objetivos	65
2.3. Hipótesis	66
2.4. Variables	67
2.5. Tipo de estudio	69
2.6. Diseño de investigación	70
2.7. Muestreo	71
2.8. Población	71
2.9. Descripción y estructura del instrumento	72
2.10. Proceso de recolección de datos	76
2.11. Tratamiento estadístico	77

CAPITULO 3. Resultados 78

3.1. Análisis descriptivo 79

3.2. Análisis comparativo 94

CAPITULO 4. Discusión y Conclusiones 97

Anexos

Bibliografía

Justificación

De acuerdo al crecimiento de la población anciana en México, se observa que para el año 2000, habrá 7'183,952 personas mayores de 60 años (Trejo, 1987), es decir, que más de la mitad de la población actual serán personas ancianas, lo que repercutirá en todos los sectores del país, ya que con el control de la natalidad, habrá menos personas jóvenes que puedan hacerse cargo de los ancianos, resultando como consecuencia conflictos en el área laboral, social, médica y de las instituciones de asistencia y salubridad.

Por ello es de vital importancia tomar medidas multidisciplinarias y conscientizar de este fenómeno a toda la población y, en especial a los jóvenes, preparándolos para que la ancianidad sea vivida con dignidad y asegurando un futuro pleno y satisfecho, que pueda ser también productivo, sin el temor de pasar a formar parte de un sector marginal del país.

La situación del anciano a lo largo de la historia, ha sufrido serios cambios, ha pasado por muchas etapas convirtiéndose; del individuo más estimado y apreciado, en el sujeto más olvidado y en muchas ocasiones despreciado.

Anteriormente, el anciano era considerado con gran presteza como símbolo del poder y de la subiduría, era el punto de la unión familiar al cual se le tenía veneración, al grado que, después de su muerte, su memoria seguía siendo el prototipo que guiaba al núcleo familiar, ya que era el consejero y sus resoluciones se seguían sin cuestionarlas (Beauvoir, 1988). La estructura social no ha sido estática, el tiempo la ha ido transformando paulatinamente, colocando al anciano en una situación, que en la mayoría de los casos, resulta lamentable, ya que deja

de ser el rector social y consejero familiar.

Una nueva corriente, la del conocimiento, se impone a la experiencia. La divulgación cultural capacita a individuos para guiar y dirigir agrupamientos, sustituyendo así la experiencia por el conocimiento adquirido culturalmente. El progreso cultural, el avance de la civilización, y la superación humana, así como la tecnología médica avanzada, han sido procesos en los cuales, por diversos motivos, el anciano no ha tenido cabida y ello daría la impresión de que son sus enemigos más poderosos, (Erikson, 1974). Por todo ello, la cultura, la familia y la sociedad tendrán que modificar los "estereotipos" de la vejez que se manejan en la actualidad, donde la persona anciana es desplazada por haber cumplido el ciclo de uso-dehecho de esta sociedad (Erikson, 1974).

Según Nolasco (1978) en sus estudios sobre la integración de las familias mexicanas, menciona que ha habido cambios importantes en su estructura. En su origen las familias estaban integradas hasta por tres generaciones: llamada "Familia extensa", constituida por los abuelos, los padres y los nietos. En la actualidad predomina la "Familia nuclear", integrada por el padre, la madre y dos o tres hijos menores de 18 años. Por ello, es importante replantear la posición de los ancianos, dentro de la familia, ya que se observa un panorama incierto en donde no hay un lugar seguro en el cual pueda vivir sus días de vejez. Agregando a esto el terreno laboral donde también son marginados; dando como resultado que el anciano se encontrará abandonado y deberá tomar la disyuntiva de ingresar a una institución, donde el impacto psicológico que sufre al abandonar su habitat, sus amigos, pasatiempos, hábitos y sobre todo su privacidad e independencia, es muy fuerte no solo porque tendrá que adaptarse a los reglamentos de la

institución. Si no también deberá aceptar el hecho de que sus familiares cercanos lo abandonan. Estos factores desencadenan el estado depresivo que muchos ancianos presentan al encontrarse con ellos en el asilo. Al ingresar un anciano a una institución ya sea particular u oficial es importante que ésta le brinde la garantía de impulsar y apoyar su desarrollo social, psicológico, físico, etc. Por lo que es importante que las instituciones reestructuren los programas de asistencia social, con mayor apoyo tanto del gobierno como de la misma sociedad, llegando a todos los sectores especialmente los populares, donde toda la gente tenga acceso e información de dichas instituciones, y funcionen como impulsadoras y desarrolladoras de personas que aún pueden dar mucho a la sociedad a la cual han servido; tanto moral como cultural y productivamente.

De manera complementaria, habrá que hacer programas de difusión tanto familiares como institucionales que abarquen el aspecto médico, psicológico, social y laboral de este sector

En síntesis, si a la población se le prepara dándole a conocer, opciones y programas para la etapa de la vejez "libre de prejuicios y estereotipos", sin segregación ni marginación, esta etapa será más sana tanto psicológica como socialmente, ya que no habrá limitaciones tan radicales en los aspectos laborales y sociales.

Con base en todo ello, el presente trabajo de investigación pretende dar a conocer las circunstancias en que se encuentra actualmente el anciano, tanto psicológicamente como social, así como el estado depresivo en que vive por no encontrar "eco" en la familia ni en las instituciones. Las cuales son pocas e insuficientes para la muy próxima demanda que habrá de esta población.

Por todo lo anterior, para nosotras como profesionales en el área de psicología, es un deber prevenir y orientar a la población sobre éste grave problema que se podrá percibir en un corto plazo, si no se toman las medidas adecuadas, ya que afecta directamente a la familia, sociedad, a la economía e instituciones del país. La posible solución a este problema es conjuntar esfuerzos entre las distintas disciplinas y planear programas, así como preparar a la gente joven conscientizándolos sobre el trato que debe dar a sus familiares ancianos, ya que ese mismo trato será el que recibirán en su vejez.

Introducción

El individuo al entrar en el proceso de envejecimiento, presenta una serie de alteraciones, tanto psicológicas como biológicas dependiendo de su historia personal, social y cultural.

Debido a las repercusiones que representa el estar "viejo", la ancianidad en México como en todo el mundo es un fenómeno social que atañe a todos. Los países a nivel internacional que tienen mayor número de ancianos son: Brasil, México, Argentina, Colombia, Perú, Costa Rica, Uruguay y Panamá (I.N.S.E.N. , 1988).

En México, esto preocupa a las instituciones encargadas de otorgar servicios al anciano como son los organismos centralizados Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto Nacional de la Senectud (INSEN).

La necesidad de atención al anciano fué establecida en el 2do. Encuentro Nacional de Delegados Estatales del Instituto Nacional de la Senectud. En dicho encuentro, profesionales de la asistencia a la vejez (I.N.S.E.N., 1988) plantearon que el anciano al sufrir una disminución en sus capacidades tanto intelectuales como físicas, tiene muchas limitaciones.

Una de ellas es, que al no haber sido asalariado adecuadamente, no dispone de ingresos para satisfacer sus necesidades básicas; por otro lado, si el anciano es jubilado, tiene asignado por ley un mínimo porcentaje del sueldo normal comparado al que recibe una persona económicamente activa. Sus deficiencias físicas lo limitan para atenderse a sí mismo, necesitando por ello de la atención de los demás, por lo que en ocasiones es considerado "no productivo", es decir,

un estorbo no sólo para la familia sino también para la sociedad ya que solo una minoría de los ancianos son bien atendidos y protegidos, ya sea por la familia o por una Institución.

En la sociedad mexicana actual, existe una tendencia hacia la desaparición de la familia tradicional en la que el anciano era considerado el consejero y el que daba apoyo moral; dentro de la familia en su lugar cobra fuerza la familia nuclear, la cual como se menciono anteriormente está formada por el padre, la madre y los hijos quedando excluido el anciano (Nolasco, 1978).

En lo que respecta a la vivienda del anciano ésta no es apta para él, la ambientación es inadecuada con escaleras que le dificultan la movilidad y lo ponen en riesgo o bien al localizarse éstas en lugares periféricos o en el centro de la ciudad, los fenómenos de contaminación como son ruido, aglomeraciones, estrés, alteran su equilibrio no sólo físico sino también psicológico. Asimismo, el traslado de un lugar a otro en transporte se le dificulta por su condición ya que en las ciudades y especialmente la Ciudad de México, existe el tráfico y las aglomeraciones multitudinarias en avenidas y vías públicas, lo cual tiene consecuencias graves para el anciano.

No obstante el anciano desea, busca y tiene el interés de permanecer en su casa aún cuando el trato que se le dé, no sea el adecuado, él insiste en permanecer en su casa, cerca de sus hijos y sus nietos, este interés del anciano por permanecer en su casa llega a molestar a los familiares, que arguyendo las ocupaciones de cada miembro ninguno tiene tiempo para cuidar, vigilar ó acompañar al viejo. Los hijos se casan y se preguntan: ¿a dónde ó con quién van a dejar a sus padres ancianos? Buscan a una persona o un asilo para que se encargue de ellos. Lo que da la impresión de que "el anciano solo tiene pasado y no futuro" (I.N.S.E.N., 1988). Se ha demostrado que para el "viejo" la vida es limitada, no hay relaciones interpersonales estrechas así

como tampoco con la familia; en el caso de contar con la pareja, no existe relación sexual ya que la sociedad reprime la sexualidad del anciano como algo que ya no es para él (Zinberg y Kaufman, 1987).

Siendo el goce sexual muy importante en el anciano, pues le permite identidad sexual y aceptación propia. En nuestra sociedad hay muy pocas escuelas de ancianos, aptas para sus capacidades tanto físicas como mentales todavía útiles. La situación económica que prevalece en el país impide la creación de un mayor número de asilos para atender a la población anciana. Debido al gran número de enfermedades a que se ven expuestos, existe una mayor demanda de asistencia médica para personas de la tercera edad que tampoco logran ser cubiertas.

La tasa de mortalidad es más alta en ancianos varones que en mujeres. El alcohol y el tabaco se presentan en senectos con más frecuencia. Las relaciones intergeneracionales son difíciles en los ancianos (Erikson, 1974). Lo anterior muestra un panorama realmente desalentador tomando en cuenta que, la edad promedio que se calcula para el año 2000 sugiere que la persona vivirá alrededor de 71 años. Por otro lado, en base a la reducción de la natalidad cada vez habrá menos hijos que se ocupen del cuidado del anciano.

Todo lo anterior, permite a la depresión ser un elemento constante que se observa en personas ancianas, pudiendo aumentar significativamente al momento de ingresar a un asilo, ya sea particular u oficial. Pues la imagen de un asilo en nuestra sociedad está llena de prejuicios; es negativa, por lo que la idea de ingresar a uno, se le dificulta al senecto, así como su adaptación a la institución. Sumado a esto la separación física de sus familiares, amigos, cónyuge, así como de su comunidad y actividades cotidianas.

El ingreso de un individuo a una institución ocasiona fricciones entre los dos: por un lado se encuentra la institución como estructura social especializada, estandarizada y jerarquizada, la cual espera del individuo el ajuste y la adaptación a reglas y normas de la misma y por el otro lado está el individuo con sus actitudes, conductas y deseos individuales orientados hacia el desarrollo, la actividad y la autonomía, surgiendo un enfrentamiento entre individuo y el medio el cual exige de la persona adaptación, ocasionándole la pérdida de orientación, de motivación y de identidad, así como autodevaluación y disminución del nivel de actividad y contactos sociales, generándole una actitud negativa hacia el futuro (D.I.F.,1983).

Los efectos de estar en una institución para ancianos dependen de varios factores: la situación personal y social del anciano, anterior a su ingreso; las condiciones materiales y ecológicas del asilo o albergue, y la estructuración y organización del personal, así como su preparación.

La atención prestada a los ancianos desposeídos ocupa un lugar marginal, sobre todo por la incapacidad de éstos para producir (D.I.F., 1983). En la vejez las diferencias de clase social tienen una gran relación con la salud de los individuos. Los ancianos de extracción pobre y de escasa instrucción escolar carecen de los conocimientos necesarios acerca de la fisiología y de las medidas de salubridad generales acerca de como cuidarse por sí mismos. Por el contrario, los de clase media y superior, por el hecho de "leer más", pueden conocer los medios de educación pública y tener a mano mayor información, al estar enterados de las campañas de salud e higiene de las instituciones médicas saben protegerse de las circunstancias adversas para la salud y aminorar sus consecuencias.

Otro factor que puede incrementar o disminuir la depresión es la frecuencia de las visitas

que reciben ya sea de familiares o amigos y los cuidados que se les brinden en los asilos, puesto que una aspecto importante de la salud mental y física es el saberse querido y necesitado por los seres más cercanos pues si no se comparte todo el tiempo en la misma "casa" sí se puede compartir su compañía en cada visita al asilo o albergue donde se encuentre el anciano (DIF, 1983).

En México existen organizaciones que dan protección a la población senecta como son el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F), que cuenta con dos casas hogar, el Instituto Nacional de la Senectud (I.N.S.E.N) con 14 unidades albergues residenciales y 25 clubes de la Tercera Edad y la Junta de Asistencia Privada (J.A.P), con 34 residencias. Adicionalmente las instituciones religiosas cuentan con 66 casa de reposo y la Asociación Mexicana de Investigación Gerontológica con 40 casas particulares.

En México no se cuenta con cifras estadísticas que permitan conocer con certeza el número de ancianos que se encuentran en un asilo, se calcula aproximadamente en 5 millones la cifra actual de asilados y para el año 2025, ésta cifra se elevara a 12 millones de personas de más de 60 años (I.N.S.E.N., 1983); Lo que traerá consigo un aumento considerable en la demanda de servicios de salud y asistenciales de este sector de la población.

La depresión en ancianos es considerada un problema universal. Se han realizado investigaciones para detectar con exactitud los síntomas de la depresión en este sector de la población. Uno de ellos es el Inventario para la Depresión de Beck. Instrumento que reporta un alto índice de confiabilidad y consistencia, y ayuda a los especialistas de esta área para establecer un mejor diagnóstico y recomendar la terapia adecuada. En México se ha comenzado a utilizar este instru-

mento para reunir la información suficiente que avale su uso en la población mexicana.

En la presente investigación, la población que se muestreo fué de 100 ancianos, de los cuales 50 fueron hombres y 50 mujeres, cuyas edades oscilan de los 60 a los 94 años.

Su procedencia fue de 5 albergues oficiales que pertenecen al Instituto Nacional de la Senectud (INSEN): Cuauhtemoc, Moras, Alabama, Cerro San Andres y Gemelos; y del asilo particular " Nuestra Señora del Camino ".

El objetivo de la investigación fué dar respuesta a la pregunta del problema ¿Que diferencias existen en el nivel de depresión de acuerdo al test de Beck, en ancianos de albergues oficiales y asilos particulares, en relación a la frecuencia de visitas de familiares, el sexo y la edad ?

La respuesta a este problema fue muy amplia y rica en información.

Puesto que el hombre es un ser biopsicosocial íntegro, no se puede separar o tomar una parte de él para su estudio sin que intervengan las otras partes que de alguna manera están influyendo directamente en él, asimismo las variables que se tomaron en esta investigación arrojaron información de manera conjugada, es decir, hay una influencia reciproca, como se puede apreciar en los resultados siguientes :

- Se encontró mayor depresión en mujeres de los asilos oficiales a diferencia de los hombres del mismo asilo.
- Se observó mayor depresión en hombres de asilos particulares comparativamente con las mujeres del mismo asilo.
- Hay mayor depresión en mujeres que no reciben visitas.
- La depresión se incrementa en hombres que son visitados por sus familiares.

• En el caso de los asilos oficiales, la depresión se incrementa cuando a los ancianos son visitados.

• Por último, en el asilo privado se incrementa la depresión en los ancianos cuando hay ausencia de visitas.

Como se observa, existen múltiples causas que generan la depresión y no se puede atribuir al efecto de una sola variable las diferencias encontradas, sino a la interacción de las mismas como ya se mencionó.

De acuerdo a ésta investigación aceptamos las siguientes hipótesis alternas:

Hi 1: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas recibidas en el asilo particular.

Hi 2: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas recibidas en albergues oficiales.

Hi 3: Si existen diferencias significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas en mujeres ancianas.

CAPITULO 1

Marco Teórico

1.1. Vejez

Existen disciplinas que se abocan al estudio del proceso del envejecimiento como es el caso de la Geriátrica: rama de la Gerontología y de la medicina que se dirige al estudio de los ancianos incluyendo no solo las enfermedades, sino los efectos relacionados con su tratamiento y prevención (U.A.T., 1988). La Gerontología etimológicamente proviene de la raíz griega Geronto/ Gerón, que quiere decir viejo , y Logos que significa tratado, por lo tanto la Gerontología se encarga del estudio ó trato del viejo, incluyendo el estudio de los cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos en los seres humanos producidos por el efecto del tiempo, así como los problemas derivados de la vejez tales como los económicos, los médicos, los sociales y los sanitarios (Oriol y Señares, 1975).

De los cambios biológicos del envejecimiento el doctor Bernard Strehler (1984), dice que el envejecimiento es un proceso biológico, universal, endógeno, progresivo e irreversible que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico, que conduce a una disminución de la capacidad del organismo para adaptarse tanto a su medio ambiente externo, así como a la detección del sistema autoregulator y conlleva inevitablemente, como destino final la muerte.

Tomando en cuenta que el ser humano tiene una trayectoria existencial única (biológica, psicológica y cultural) es difícil poder establecer un patrón diferencial entre los aspectos somáticos y psicológicos en el envejecimiento. Por lo que el trabajo en equipo multidisciplinario relacionado con la edad proecta, es esencial ya que el envejecimiento psicológico no debe ser aislado de sus raíces biológicas, ni de su marco sociocultural (González, 1984).

1.1.1. Envejecimiento biológico

El proceso de envejecimiento es un fenómeno complejo, el cual al particularizarlo, aumenta las variaciones considerablemente.

Desde un punto de vista fisiológico el envejecimiento se realiza en un sistema continuo entre construcciones y destrucciones, crecimiento y desorganización, daño y compensación, a éste sistema se le denomina ciclo vital, después los 40 años de edad el ciclo se dividen en tres etapas: 1) Madurez avanzada (de 40 a 60 años); 2) Senectud (de 61 a 75 años); y 3) Senilidad (de los 76 en adelante). Estas etapas indican que las funciones que se basan en capacidades físicas o fisiológicas son las que empiezan a declinar más precozmente que las capacidades cuya base es puramente psicológica (Fuentes, 1978; Fustioni, 1979).

Gruber (1977), se ha preocupado especialmente de estudiar el metabolismo, ya que éste aumenta durante el crecimiento para después disminuir progresivamente, lo cual según el autor, interfiere en las funciones vitales y desencadena el proceso de envejecimiento. Asimismo, refiere la hipótesis de una intoxicación progresiva del organismo por sustancias que se forman durante toda la vida y cuyo punto de partida sería en especial el digestivo. Los partidarios de esta manera de ver la vejez consideran que los líquidos que se acumulan en la célula, terminan por ocasionar la muerte celular; más aún, cuando el contenido acuoso de la célula parece modificarse en la edad avanzada y esto sucede sobre todo a nivel de sistema nervioso central, el tejido joven que envejece no es capaz de retener tanto líquido como el tejido joven.

Asimismo se comprueba que con la edad la capacidad celular para fijar oxígeno disminuye; las células de los organismos como por ejemplo los huesos, dientes, tendones y la córnea

presentan un metabolismo mínimo de oxígeno, las transformaciones que sufren las estructuras elásticas son notables, la musculatura pierde parte de su contenido de agua, haciéndose más firmes y menos elástica. De este modo la elasticidad de los órganos cambia con el paso de los años, así como la capacidad de regeneración que disminuye con la edad, es decir, el tejido embrionario ó el de un niño se regenera mucho más rápido y de un modo más completo, que el tejido senecto (Boumpadre, 1978).

Conviene insistir en que el envejecimiento no es un proceso homogéneo. Se acostumbra hablar de procesos armoniosos cuando las transformaciones relacionadas con la edad afectan el conjunto de los órganos, puede tratarse de una retracción o incluso de un depósito cada vez más notable de pigmentos de desgaste. En ambos casos, los órganos están generalmente atrofiados. En oposición a ésta primera situación, es posible que en otras circunstancias algunos órganos se vean afectados de manera importante o más precoz por los procesos de envejecimiento se habla entonces de una forma desarmonica del envejecimiento en donde puede predominar la afectación aislada y prematura del sistema nervioso central, del corazón o de los riñones. Durante el envejecimiento armónico, caracterizado por la afectación funcional progresiva de los órganos en conjunto, se ha atribuido únicamente a la senescencia, las causas mismas de la muerte (Dunbar, 1957).

Esta muerte por vejez nunca ha podido ser confirmada morfológicamente ya que en todos los casos estudiados se ha podido demostrar que son las enfermedades y no los procesos de desgaste o de agotamiento las que ponen fin a la vida (Dunbar, 1957).

Son numerosos los factores que dificultan y complican la vida del anciano, ya que éste sufre generalmente dolores a nivel de columna vertebral, así como en las articulaciones o bien

padecen de trastornos circulatorios entre otras dolencias; por lo que el anciano no es capaz de adaptarse con la misma facilidad que el adulto a las variaciones de la temperatura, pues son cambios que se producen a nivel de cerebro y de médula espinal (Boumpadre, 1978).

El envejecimiento fisiológico es un proceso que afecta todo el organismo, en cierto modo armónicamente. Si se considera la sociedad celular en su conjunto, los procesos coinciden porque un órgano depende de la función reguladora de todos los demás; pero en particular existen diferencias considerables en el curso del envejecimiento de los órganos, ya que su constitución y sus funciones no son iguales.

El sistema Nervioso Central, desempeña un papel de importancia en el envejecimiento del hombre, porque supone que sus células no se reemplazan en la vida postnatal y también por la índole fundamental de sus funciones coordinadoras (Fuentes, 1978). Sin embargo a veces sucede que en un hombre se acelera de tal modo el envejecimiento general que las manifestaciones de la transformación, dispuestas normalmente para un período entre los 70 y 80 años se concentran en un lapso mucho más corto, entonces el envejecimiento es considerado propiamente como una enfermedad.

Para comprender el proceso de envejecimiento, es importante contemplar los siguientes puntos: 1.- El envejecimiento representa una pérdida de información a nivel genético; siendo éste la pérdida de modificaciones bioquímicas en las neuronas (Fuentes, 1978).

2.- El envejecimiento ocurre a nivel celular. El proceso principal en ambos casos consiste en la acumulación de flúidos en los procesos de homeostasis y copiado, ó bien se trata de un

fenómeno secundario a la diferenciación que depende de la extinción irreversible de las capacidades de síntesis relacionadas con la morfogénesis (Fuentes, 1978).

Por lo que Boumpadre (1978), dice que "el envejecimiento total del sistema orgánico es el resultado de los envejecimientos parciales de sus células y más aún de las moléculas".

En lo que respecta a el enfoque cibernético del envejecimiento, este sostiene que, envejecemos porque a nivel molecular, a partir del DNA, ligeramente mutado, se fabrican proteínas modificadas (Boumpadre, 1978). Este equilibrio metabólico aumenta la incidencia de los cambios sobre la información, describiéndose tres perturbaciones fisiológicas que, a nivel celular disminuye la fuerza de los mensajes:

1) Radiaciones ionizantes (naturales o artificiales); 2) Variaciones de temperatura (desequilibrio de reacciones químicas); 3) Enfermedad general (virus, cancer).

Por lo tanto la causa fundamental de la vejez estaría en la pérdida progresiva de la información es decir, que envejecemos como consecuencia de las constantes mutaciones moleculares de nuestro sistema de información celular (Boumpadre, 1978).

Por lo tanto las reacciones psicológicas del anciano, ante su deterioro físico se deben evaluar, tomando en consideración su relación con los factores económicos, sociales y culturales, así como los hábitos de higiene.

1.1.2. Aspectos psicológicos de la vejez

Es posible que buena parte de la declinación física sea causada por perturbaciones mentales. Una de las reacciones psicológicas ante el deterioro general físico, se refiere a la imagen del cuerpo, ya que desde el punto de vista psicológico resulta una tarea difícil asimilar los cambios físicos en la persona de edad avanzada. Debido a esto el anciano pone una gran diversidad de defensas a fin de combatir lo que le amenaza (Mishara y Rieiel, 1986).

Desde el punto de vista del psicoanálisis en el Ello, los impulsos instintivos y los correspondientes conflictos reprimidos permanecen inalterables e intemporales; el proceso del envejecimiento no los cambia (Schuster, 1952), lo que cambian son las estructuras psíquicas por medio de las cuales los impulsos alcanzan el estado de conciencia, directa expresión de los impulsos sexuales agresivos. La función del Yo, es encontrar modos aceptables de expresión para los instintos, formas para cumplir con las exigencias del medio, satisfacer el Superyó y facilitar la posibilidad de desarrollo (Waelder, 1936). Los instintos del Yo, en general, son de autoconservación, su meta es hacer que el hombre se adapte al medio, se ubican junto a las tensiones de la libido y de la agresión como motivaciones fundamentales de la conducta. Se considera que el Yo es la fuente de la fuerza para la tarea esencial de preservar al individuo y mantener un equilibrio óptimo entre las tensiones de dentro y de fuera (Waelder, 1936).

Al mismo tiempo los cambios fisiológicos del envejecimiento, deben ser considerados en relación con los factores económicos, sociales y culturales, así como los hábitos de higiene y los psicológicos (Mishara y Rieiel, 1988). Al comienzo de la vida se establece una auto imagen que sostiene una importante relación con el concepto corporal, de modo que los cambios físicos y

la energía que acompaña al envejecimiento exige una alteración de la "imagen del cuerpo", los problemas específicos vinculados con la vejez, son manejados por el Yo el cual debe luchar por los cambios corporales internos y externos así como por la pérdida de las personas de gravitación, modificando en las actividades y actitudes posibles desde un punto de vista más filosóficos, todo cuanto signifique, prepararse para la muerte (Zinberg, 1987), siendo éste un punto de reflexión para entender el comportamiento depresivo y a veces agresivo del anciano

Es de esperar que todas las funciones del Yo dependan de la situación del individuo. Los umbrales de la percepción son mantenidos por los valores, los intereses especiales y el nivel de ansiedad de cada persona, la persona de edad se permite a sí misma percibir, su interpretación de lo que ve, esta influenciada por el concepto que tiene de sí misma (Leeds, 1960). Todos los mecanismos de defensa y demás funciones del Yo, que durante la juventud tenía a su alcance el individuo para luchar, todavía están potencialmente a su disposición, pero las circunstancias de la vida pueden variar tanto, que el propósito original de los mecanismos de defensa puede no alcanzarse (Zinberg, 1987).

Por ejemplo, el hombre que ha utilizado el mecanismo de defensa de desplazamiento y ha expresado sentimientos hostiles prohibidos hacia las figuras de autoridad, propinando puntapiés a los perros puede no alcanzar el mismo alivio. En un hogar de ancianos poco puede hacer para sacar estos sentimientos hostiles. Si bien es difícil generalizar, las defensas propias del envejecimiento parecen ser la regresión, el aislamiento, el encasillamiento y la negación. La represión y la proyección desempeña un papel diferente del que tiene en las primeras etapas del desarrollo (Mishara y Riehl, 1986). En el anciano, la regresión, puede cumplir la misma función básica que en el joven. La regresión en el anciano

no es necesaria para establecer el equilibrio entre el Ello, y el Yo y su medio. Ante la amenaza del medio, los cambios físicos y psicológicos pueden activar formas de adaptación con las que antes se contaba. Si existe una disminución física específica, el Yo se aboca a la tarea de encontrar una relación de dependencia, y por lo tanto de adaptación relativamente libre de conflictos que le sea aceptable.

Como mecanismo de defensa, el aislamiento, le permite al individuo mayor, encarar conceptos y afectos que, de otro modo no podría tolerar. Tal vez no le sería posible conversar acerca de la muerte y de las enfermedades sin un elevado grado de aislamiento (Mishara y Riehl, 1986) Esto constituye un intento por parte del anciano de afrontar el estrés físico y emocional, así como mantener contacto con otra persona buscando un proceso de adaptación, en el que el Yo lucha para que el sujeto de edad se adapte con seguridad a la realidad al hacer uso de las herramientas con las que cuenta.

Las personas de edad son selectivas en el empleo de la negación, en particular con las fantasías (Weinberg, 1959). Al parecer aceptan más fácilmente los sentimientos agresivos que los sexuales, ya que existen más hechos irritantes que placenteros en su vida. Temen menos el juicio ajeno porque estiman que el futuro parece de importancia. Actúan de manera prevenida y tienen menos reservas de satisfacción para tolerar frustraciones. Cuando se trata de sensaciones sexuales o de aspectos de deterioro físico, la negación se presenta como mecanismo de defensa necesario y útil. A veces, la negación y el aislamiento, están íntimamente unidos. La manifiesta resignación en personas de edad indica claramente que se emplean ambas defensas (Weinberg, 1959). Las restricciones del Yo que se manifiestan como evitación del malestar, sea éste interpsi-

quico, interpersonal o ambiental, son formas de negación. La tensión, ante la enfermedad, es penosa. El sujeto trata de reducir la esfera de la conciencia a fin de evitar la impresión dolorosa, lo cual se consigue por medio de la negación (Weinberg, 1959).

Es necesaria una debilitación de las fuerzas represivas para mantener el equilibrio homeostático en la personalidad del anciano. Por tal motivo se observa una negación selectiva en la cual se admiten los recuerdos del pasado, que puede utilizar el individuo para llenar el vacío y desalojar pensamientos desagradables. No obstante, a la conciencia llega material inconsciente primigenio que acompaña a los primeros recuerdos y que, a veces, desemboca en confusión y depresión. Vista desde el lado positivo, esta mayor capacidad de la persona de edad para penetrar en su inconsciente puede también explicar el ocasional florecimiento de la creatividad en los últimos años de la vida (Grotjahn, 1951 y 1955)(Meerlo, 1955 y 1961).

También se presenta en el anciano una disminución fisiológica determinada en el funcionamiento sensorial, se trata de un proceso selectivo. Muchos ancianos ven y oyen lo que quieren ver y oír. Este proceso selectivo se encuentra determinado, por el Yo como recurso para aminorar la intensidad y la cantidad de los estímulos exteriores que pueden amenazar y alterar el equilibrio psíquico (Swartz, 1960). El Super-yo en la vejez, en muchos sentidos termina como comienza (Erikson, 1974): Concebimos la primera forma del desarrollo del Superyo como una identificación global con la figura de los padres, su crecimiento se efectúa por el incremento de cada vez más identificaciones con los individuos y componentes de la estructura social. Los intercambios que se desean en la relación con la gente son los aceptables para el ideal del Yo, en épocas anteriores de la vida. La necesidad de soportes narcisistas directos parecen ser el principal retorno a una forma anterior de la relación del Yo ideal, se apartan

las representaciones más abstractas del ideal del Yo y se genera dependencia de las figuras determinadas con las que se cuentan. Estas figuras en su imaginación, se parecen mucho a la de la madre y el padre. La situación del Yo de la persona de edad minada por el cambio físico y el desmedro, hacen que no pueda tolerar un Super-Yo cuya conciencia no esté modificada. La adecuada adaptación a la menor capacidad de estar siempre pulcro bien afeitado o usar cosméticos, exige directamente un alejamiento de la conciencia. Una conciencia estricta le negaría sus necesarias formas de narcisismo en forma de amor y apoyo del mundo exterior. De esta manera la psicopatología de la vejez abarca el aspecto completo de los trastornos neuróticos, psicosomáticos, de conducta, psicóticos y orgánicos (Cameron, 1945).

La evaluación clínica de esos estados se complica a causa de dos características comunes del envejecimiento: Las reacciones emocionales y los trastornos orgánicos. Los fenómenos patológicos más perturbadores para la sociedad son: alteraciones de la conducta que se presentan en la ancianidad; exhibicionismo, voyerismo, sadismo, las preocupaciones perversas y la masturbación son relativamente comunes entre las manifestaciones psicopatológicas del envejecimiento (Zinberg y Kaufman, 1987), ya que los mismos ancianos piensan que la vejez es un período asexual, se toma como asunto del pasado.

Para tener un marco de referencia en cuanto al conocimiento de una personalidad madura y una personalidad inmadura, Richard (1962) definió cinco tipos generales de personalidades del anciano, las cuales son consideradas como forma de adaptación reflejada en una correspondiente aceptación de sí mismo: La personalidad sana es la madura; la cual es considerada como bien adaptada a su medio y con plena aceptación de sí mismo. La personalidad de tipo casero

es igual que la madura, pero es más pasiva y tiende a considerar a la tercera edad desprovista de toda responsabilidad; sus relaciones con los demás están caracterizadas por la dependencia. El tipo de personalidad blindada pertenece a las adaptadas, pero son rígidas y recurren a mecanismos de defensa, para adaptarse. Hay dos personalidades que son consideradas como mal adaptadas: La Descontenta y la Autofóbica, caracterizadas por la amargura, la agresividad y la depresión. Los descontentos son sin embargo, extrapunitivos (castigan a los demás), mientras que los autofóbicos se castigan a sí mismos (Mishara y Riehel, 1986).

Neugarten, Havighurst y Tobin (1968) desarrollarán diferentes tipos de personalidades del anciano como es el tipo "A" ó Reorganizador que corresponde al mismo tipo de personalidad madura de Reichard; son personas activas, que no permanecen afeerradas al pasado, se interesan por el presente y son creativas, ocupan su tiempo en trabajos voluntarios. El tipo de personalidad integrada, se encuentra focalizada en el sujeto que abandona una parte de las actividades ligadas a los papeles que desempeñaba anteriormente para centrarse únicamente en un número restringido de papeles. Otro tipo de personalidad es el tipo retraído parecido al tipo Casero de Richard. El tipo Conservador o Contraído es similar al tipo blindado de Richard, presenta una conducta defensiva en su orientación, trata de retener los papeles y los modos de actividad de su madurez a través de un costo personal a veces elevado, tiende a retirarse directamente con sus pérdidas, pero sin hacer el esfuerzo necesario para anticiparlas o evitarlas. Por último el tipo de personalidad pasiva-dependiente es similar al tipo Casero de Richard, su característica es que se deja dominar, reclama activamente ayuda y apoyo.

En la teoría del Psicoanálisis el estudio y tratamiento de la vejez han tenido gran aceptación por parte de varios psicoanalistas de los cuales se verán algunos de los más representativos.

En 1912 Freud dió a conocer algunas limitantes en el tratamiento psicoanalítico en lo que se refiere a las personas de edad avanzada, manifestando que pierde su eficacia cuando el paciente es de edad avanzada, ya que la elasticidad del Yo, se vuelve rígida, traduciendo en opiniones y reacciones fijas. A medida que la gente avanza de edad, además de formarse un juicio más objetivo de los factores de la realidad, percibe más conflictos de la infancia. Por lo que la técnica psicoanalítica tendrá algunas modificaciones en su aplicación al anciano. El recurso terapéutico "alrededor de los cincuenta años y más allá de ésta edad, se vuelve poco elástico en los procesos mentales, lo cual no favorece el tratamiento".

Sin embargo el psicoanalista Abrahams (1977), modificó este concepto aplicándolo con pacientes ancianos en la terapia. Kaufman (1977), indica que las psicosis y las neurosis en éste período son precisamente de tipo pregenital. Al hablar del tratamiento de las depresiones en la edad avanzada se refiere al Complejo de Edipo invertido; según el cual tanto los individuos de edad como los dependientes ven a sus descendientes adultos como antes veían a sus propios padres. Existe considerable ambivalencia cuando la persona de edad, que alguna vez cuidó de sus hijos, se convierte después en ser responsable de ellos.

La psicoanalista Helen Deutsch (Geist, 1977) ha estudiado los efectos de la ancianidad en la mujer proveecta; donde los puntos principales del conflicto son referentes a las funciones de reproducción y a la pérdida de relación objetal directa. Para toda mujer, la menopausia y el climaterio es una experiencia psicológica traumática y constituye un menoscabo del narcisismo. Con el comienzo de este período, que va acompañado de una regresión del funcionamiento fisiológico, se produce un aumento de la actividad vital y un cambio de dirección

en cuanto a nuevos objetos que agradaban. Los tipos de manifestaciones psicóticas que aparecen durante este período de vida dan pauta a múltiples situaciones conflictivas; una de ellas es la depresión involutiva, acompañada de agitación, y los estados paranoides, los cuales son demostrativos de la regresión a la que se ha tenido lugar. El psicoanalista Grotjahn (1977), quien se ha enfocado al tratamiento de pacientes geriátricos, considera que el envejecer constituye un trauma del narcisismo por que representa y repite una amenaza de castración. La neurosis de la vejez es una defensa contra la ansiedad de castración.

El psicoanalista Hamilton (1977), distingue cuatro puntos decisivos en el ciclo vital humano: 1) Terminación de la infancia; 2) Terminación de la niñez y comienzo de la adolescencia; 3) Transición de la adolescencia a la madurez; y 4) período de cambio de la personalidad madura en proyección.

Para Hamilton éste último período se caracteriza por una regresión a las dos primeras etapas tempranas del desarrollo. En los comienzos de la senectud se produce un debilitamiento de los impulsos inconscientes. Es probable que esta merma esté condicionada por lo social a causa de la jubilación y que conlleve a una inactividad que exige una nueva orientación y adaptación. Las grandes exigencias que impone el Yo, incapaz de luchar con los impulsos instintivos de ello, se traduce en sentimientos de inferioridad, inseguridad y culpabilidad, y en los concomitantes sentimientos de agresión y de hostilidad hacia la gente joven. Los conflictos preexistentes de la infancia y la niñez, que han permanecido sin resolver y han sido reprimidos durante la madurez, se reactivan en la ancianidad y dan lugar a una conducta infantil y neurótica. La agresión neurótica, que intrínsecamente puede ser un problema sexual, tiene su mayor exponente en la cantidad de ancianos que experimentan impulsos sexuales que se contradicen por dictados sociales

Erikson (1974) elaboró la Teoría Epigenética, que gira en torno al desarrollo del Yo, terminó los estudios del Yo y la realidad social, delineando una secuencia de fases de la personalidad en función del desarrollo psicosocial. Esta secuencia de fases coincide con la teoría freudiana del desarrollo de la libido y la amplía. Con respecto a la última fase de la Teoría Epigenética denominada "Integridad vs. Desesperación", Erikson, analizó la importancia de la aceptación de la vida pasada, que debe servir de apoyo en los siguientes años de vejez, para ser una persona sana y satisfecha que no temerá a estar sólo o no contar con sus familiares más cercanos; si las circunstancias presentes lo orillan a vivir en asilo o albergue. Erikson fué el primero que abarcó esas fases del ciclo vital, resumiéndolo en el concepto de madurez genital. Dividió el ciclo vital en tareas evolutivas que hay que resolver dentro de cada fase, las cuales son: 1) Confianza elemental Vs. Desconfianza; 2) Autonomía vs. vergüenza y duda; 3) Iniciativa vs. Culpa; 4) Laboriosidad vs. Inferioridad; 5) Identidad vs. Confusión de identidad; 6) Intimidad vs. Aislamiento; 7) Integridad vs. Desesperación. Propuso un enlance de los ciclos vitales en el que los representantes de la sociedad, están en relación con el individuo en desarrollo, a causa de su innata sensibilidad debida a las necesidades de éste, por lo que Erikson lo nombro necesidad de su propia fase específica.

La teoría gira en torno al hecho de que cada sociedad satisface cada una de las fases del desarrollo de sus miembros por medio de Instituciones (cuidado paternal, escuelas, maestros, ocupaciones, etc.) las cuales garantizan que el individuo que se desarrolla pueda vivir en ellas. Sobre- sale el concepto de desarrollo social del individuo, al representar el desenvolvimiento del carácter genético social del ser humano, su lucha con el medio social. La teoría tiene relación directa, en sentido evolutivo, con los problemas dinámicos de la ancianidad. Abarca las proposiciones

psiconálticas, clínicas y las psicosociales, en general. Al exponer el problema de la formación de la identidad, señala una configuración evolutiva, que se establece en forma gradual por sucesivas síntesis del Yo a lo largo de la niñez.

Erikson (1977), define la fase de integración vs. desesperación, como la aceptación del propio y exclusivo ciclo vital de la gente que ejerce gravitación en él, como algo que tuvo que ser y que de modo alguno admitió situaciones. La pérdida de esta elevada integración del Yo está representada por la desesperación y por un temor a la muerte a menudo inconsciente. El único y exclusivo ciclo vital no es aceptado como lo fundamental de la vida, la desesperación expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, como para tratar de empezar otra vida y querer probar otros caminos que conlleven a la integridad.

El envejecimiento en cada persona es tan diferente como diferente es cada individuo; cada uno, en la edad anciana refleja lo que ha sido su vida. El aspecto psicológico del anciano está muy ligado a sus propios valores, a su genética, a su salud, a su situación socioeconómica y como se ha mencionado, al tipo de relaciones familiares y sociales en las que se ha desenvuelto. El envejecimiento es una etapa natural de la vida humana que no debe frustrar las posibilidades y los desarrollos de las personas. Para vivir plenamente la vejez, es importante que el anciano logre una autoconciencia de sus limitaciones y sus alcances, así como de la sociedad y lo que puede esperar de ella. El anciano sólo puede lograr esto a través de un trabajo de preparación y capacitación.

Como se ha podido apreciar son múltiples los factores que intervienen en los aspectos de

la psicología de la vejez, por lo mismo repercuten directamente en el comportamiento de los ancianos y en la sociedad, la cual los a tratado de muy diversas formas como se verá en el siguiente capítulo, donde a desarrollado diversos roles a través de la historia.

1.1.3. El anciano y su papel histórico

En sociedades primitivas que alcanzaron un alto desarrollo con la agricultura, los ancianos fueron capaces de obtener seguridad, posición y estatus. Los ancianos "Palaung" del North Burma estaban rodeados de prestigio ya que la longevidad era considerada como un premio debido a una conducta virtuosa en la existencia previa. El anciano "Kafir", también gozaba de prestigio y acceso a las comodidades más que cualquier otra persona. Entre los aztecas el Calpultec, Calpulli, ó jefe de cada barrio, no podía tomar decisiones sin el consentimiento de los Huehuetque, que eran los más viejos y notables de entre los Jefes de familia. El mexicano, que lograba sobrevivir a las guerras, a las enfermedades y al medio ambiente, llegaba a una edad avanzada para ocupar su lugar entre los Hueheteques, quienes desempeñaban un papel muy importante tanto en la vida familiar como política, logrando así disfrutar durante sus últimos años, de una vida apacible y llena de honores. Si el anciano había servido al Estado en los ejércitos o como funcionario, recibía alojamiento y alimento en calidad de retirado. Los viejos daban consejos, amonestaban y advertían, además, eran los únicos a los que se les permitía embriagarse en compañía de hombres y mujeres de su generación durante banquetes y comidas familiares (Boupadre, 1978).

Con el establecimiento de la agricultura, las comunidades fueron capaces de desarrollar un excedente de alimentos, que les permitía sostener al anciano improductivo. El desarrollo del capital y de la propiedad, dotó al anciano de poder para dictar quienes tienen acceso a la propiedad y quienes la pueden heredar, siendo capaces de ejercer una fuerte influencia en la sociedad (Beuvoir, 1988). En este tipo de sociedad había más oportunidades para el anciano de

realizar tareas útiles. El viejo manipulaba las relaciones de la familia extensa a fin de fortalecer su posición de poder. Los miembros ancianos de éstas familias usualmente eran capaces de influir en sus diferentes miembros, en actitudes y conductas, asegurando de esta manera la cohesión del Clan y su propia posesión dentro de éste. Los ancianos eran la más alta autoridad en tanto que poseían los conocimientos, habilidades y destrezas técnicas necesarias para adaptarse al ambiente.

La mayoría de estos conocimientos eran retenidos en la memoria, haciendo de sí mismos el mejor camino a la información, siendo el más apropiado para juzgar, creándo un semimonopolio, el anciano era el principal guía del crecimiento político, civil, judicial y religioso, ya que tenía el control de las posiciones más importantes dentro de las instituciones (Beuvoir, 1988).

Esta importancia social del anciano ha ido decreciendo a lo largo de la historia y en las sociedades industriales, resulta inexistente. El crecimiento de la especialización, la división del trabajo, la producción en las fábricas y el movimiento general de determinadas funciones como son : la educación y la protección de la familia dentro del hogar e instituciones especializadas fuera de éste, contribuyen a la disminución de la importancia de la estructura familiar. En las sociedades industriales, la familia extensa es reemplazada generalmente por el pequeño grupo familiar compuesto por padres y dos o tres hijos menores de 18 años, ya que se adapta mejor a la demanda de una rápida movilidad impuesta por los constantes cambios industriales.

1.1.4. Aspectos sociales y familiares

Una vez situado el papel general que la sociedad ha otorgado al anciano a través del tiempo, se describirá de manera particular, como ha sido en México el rol del anciano en la familia dependiendo de su clase social y su nivel cultural, por ello es necesario definir, lo que es una Estructura Familiar: "Por estructura familia se entiende la forma, la posición de los diferentes miembros que la componen, sus características, así como los tipos de relaciones que se desarrollan dentro de la familia" (Nolasco, 1978). La familia contemporánea, fundamentalmente, presenta dos tipos de estructura: La " Extensa " y la " Nuclear ".

La Extensa, incluye además de la unidad base, sucesivas unidades nucleares, por lo tanto su composición es de abuelos, hijos y nietos. La familia Nuclear, está compuesta por el padre la madre y los hijos.

En la familia, existe siempre una autoridad y esta puede ser de tres clases: Patriarcal, Matriarcal e Igualitaria. Según Westermarck (1921) y sus seguidores, en la estructura de autoridad Patriarcal, el jefe de la familia es el padre, el cual decide lo que se debe hacer sin que intervengan los demás miembros. Es él quien aporta los bienes económicos al hogar, el tener una actividad fuera de casa, le impide tener el tiempo suficiente para convivir con su familia. En los hijos ésta actitud va creando un sentimiento de ausencia del padre (Ackerman, 1974). Briffault (1927) y sus discípulos expresan que la estructura matriarcal, en general se encuentra frecuentemente en la clase baja marginal donde la madre es la que sostiene el hogar, se encarga de la crianza y de la educación de los hijos, puesto que la figura paterna no existe permanentemente (Ackerman, 1974). En la estructura de autoridad igualitaria la responsabilidad del hogar y la educación de los hijos es compartida por ambos conyuges (Nolasco, 1978), por lo general se

encuentra en un nivel social acomodado y la educación de los hijos es elevada.

El anciano en la familia puede vivir dos situaciones (Nolasco, 1978): Una en la que se encuentra integrado a la familia y al amparo de ésta; y otra en la que existe un mayor o menor rechazo debido a diferentes problemas que van desde lo económico, hasta habitacional; implicando a veces enfrentamientos con los familiares, sobre todo cuando se trata de suegra y nuera. En este caso, la nuera puede negarse a cuidar a la anciana argumentando, con razón o sin ella que debido a la atención que demanda el trabajo doméstico, no tiene tiempo para atenderla cuando el cuidado, es delegado a la hija o a la nuera las relaciones que existen entre familiares y abuelos son casi siempre afectivas. La familia trata de manera diferente al anciano y a la anciana, al anciano se le da mayor importancia en las decisiones familiares globales, mientras que la anciana tiene importancia en la medida en que haya conquistado su lugar ya que a ella no se le da un derecho " Per se" sino que lo obtiene al ejercerlo.

Puner (1974), investigó sobre las relaciones afectivas entre padres, ancianos e hijos y encontró que "la respuesta del ambiente familiar hacia los ancianos ha disminuido a pesar de que para ello es fundamental el afecto y el soporte de la familia", al grado que cuando lo pierden, un porcentaje entre el 10 y el 12 % tienen que aislarse en las instituciones sociales.

1.1.5. El anciano en la actualidad, vida urbana

El anciano ha perdido su influencia social y económica desde que las funciones productivas se realizan fuera de la familia y en el hogar existen pocas oportunidades de realizar tareas útiles, por lo tanto, si quiere gozar de un papel económico útil, tiene que entrar a una desventajosa competencia en el mercado de trabajo los cambios de tecnología han hecho obsoletos sus conocimientos; y antes que él existen muchos jóvenes con mayor fuerza e información actualizada. Es por esto el gran número de ancianos retirados y desempleados.

Para comprender la realidad y significación de la vejez es indispensable examinar qué lugar se le asigna a los ancianos y qué imagen se tiene de la vejez en la sociedad actual, ya que es esta la que decide si la vejez es una etapa digna de vivirse o no. Los ancianos son miembros de un grupo minoritario, privado de muchas satisfacciones, rara vez gozan de las ventajas con que cuentan la mayoría de los ciudadanos. Viven rodeados de prejuicios que restringen sus oportunidades para obtener satisfacciones personales y participar en actividades disponibles para ellos, desposeídos ocupan un lugar marginal sobre todo por la incapacidad que tienen para producir, en la vejez la diferencia de clases sociales tiene una gran relación con la salud de los individuos como se mencionó anteriormente. Los ancianos de extracción pobre y de escasa instrucción carecen de los conocimientos necesarios acerca de la fisiología y de las medidas de salubridad general como para cuidarse por sí mismos. Por el contrario, los de clase media y superior, por contar con mayor preparación, pueden comprender los medios de educación pública y tener información acerca de cómo protegerse de las circunstancias adversas para la salud y así aminorar las consecuencias. El progreso cultural, el avance de la civilización, la superación humana, así como la tecnología médica avanzada, han sido procesos en los cuales, por diversos motivos el anciano, no ha tenido cabida, y por ello daría la impresión de que

fuesen sus enemigos más poderosos (Erikson, 1974).

Las ciudades presentan diferentes tipos de familia, según los niveles sociales, su tamaño y sus funciones (Nolasco, 1978):

a) Con respecto a la clase social:	<ul style="list-style-type: none">- Familia urbana buurguesa- Familia urbana de clase media- Familia urbana pobre o clase baja
b) Con respecto a su estructura:	<ul style="list-style-type: none">- Nuclear (padre más de 2-3- hijos)- Extensa (padre más de 3 hijos, abuelo)- Compuesta (comprende, además de los padres y los hijos, a otros parientes).

En la ciudad prevalece la composición de tipo nuclear. sin embargo existe cierto porcentaje de familias grandes.

A diferencia de la familia campesina, la familia urbana está considerada como una unidad de consumo, por lo cual siempre está gastando más de lo que gana, en comparación con la familia rural que vive al día en sus gastos para la sobrevivencia. Por lo que se refiere a los ancianos de las ciudades y en especial de la ciudad de México las estadísticas de 1985, nos indican que en el Distrito Federal, se calculan alrededor de 600 mil personas ancianas; mientras que en el año de 1987, la cifra asciende a alrededor de 800 mil personas ancianas (Fuentes, 1971).

A partir de la década de los sesentas la población total ha tenido una explosión demográfica que se ha concentrado en las grandes ciudades. Se calcula que en dicha década la población del

país era de un total de 33 a 48 millones. De 1979 a 1980 se llegó a 67 millones (Fuentes L. y Fuentes R., 1971). En 1980 se estimaba en casi 70 millones la población de toda la República. Los datos obtenidos en 1985 sobre el total de la población mexicana son alrededor de 78 millones de habitantes (Trejo, 1987) de tal manera que el total de la población mexicana mayor de 60 años en relación a porcentajes es respectivamente:

- Año 1980	4.7 % en toda la República Mexicana
- Año 1985	5.29 % con una proyección para el año 2000 de 7.18 sobre un total proyectado de 100 millones de habitantes (Trejo, 1987)

Así, la esperanza de vida que en 1930 era de 37 años, ha aumentado de manera relevante en las dos últimas décadas.

En 1970 era de 61.9 años; en 1975 de 64.7 años; en 1980 era de 66.6 años; en 1985 fue de 67.8 años. Para 1988, considerando que la población total supera los 80 millones de habitantes, la esperanza de vida es de alrededor de 69 años existiendo más de 4.5 millones de personas mayores de 60 años (Trejo, 1987).

Según el X Censo General de Población y Vivienda de 1980 da los siguientes datos acerca de la población mayor de sesenta años en la República:

EDAD	POBLACION
60 - 64 años	1'115,146
65 - y más	2'561,120
SUMA	3'676,266 (SPP, 1984)

Es importante considerar que las proyecciones de la vejez muestran un aumento de la

misma dentro de los pocos años que nos separan del año 2000. He aquí el cuadro de proyecciones de los años 1980 - 2000, tomando en cuenta el total de la población de la República y la población con más de 60 años.

PROYECCIONES DE LA POBLACION TOTAL Y DE LA POBLACION CON MAS DE 60 AÑOS RELACION PORCENTUAL 1980 - 2000 (Trejo, 1987).

AÑO	POBLACION TOTAL	POBLACION CON +60 AÑOS	RELACION %
1980	69'665,120	3'460,613	4.97 %
1985	77'938,288	4'125,322	5.29 %
1990	85'784,224	4'961,216	5.78 %
1995	92'939,256	5'972,480	6.43 %
2000	100'039,016	7'183,952	7.18 %

Se debe tomar en cuenta diferentes factores al considerar el aumento de la población urbana, como son, el incremento de la tasa de natalidad y la migración del campo a las ciudades, así como el aumento de la edad en la esperanza de vida.

Resumiendo, México por su estructura demográfica es una población joven; la mayor parte de su composición está constituida por personas jóvenes y de edad mediana. El mejoramiento de las condiciones de vida, el incremento y difusión de seguros laborales, así como el avance y el perfeccionamiento de los estudios médicos han permitido, por lo menos en algunos estratos sociales, el alargamiento general de la edad. Otro factor determinante para el aumento de la edad, está representado por la disminución del nivel de natalidad que se ha verificado en los últimos años.

1.1.6. Antecedentes de la asistencia social

Los antecedentes de la asistencia social del anciano en México que se han realizado están ligados a la tradición y las raíces históricas. Actualmente se puede observar que entre los grupos indígenas existe una actitud de respeto y, a veces, de veneración hacia el anciano por considerarlos depositarios de la tradición (Betancour, 1960).

En el México Colonial, los ancianos vivían de la caridad: la tradición cristiana inspiró la creación de las instituciones que daban asilo a menesterosos de toda condición. En el siglo XVI, una de las obras de asistencia más importante fue la de Fray Bernardino de Alvarez, quien fundó el "Hospital de convalecientes y desamparados", en el se recibían no sólo a convalecientes, sino a los ancianos, a los inválidos y a los dementes. En el "Hospital de San Hipólito", se fundó y organizó un albergue para clérigos pobres y hombres imposibilitados por la vejez. En ese mismo siglo, Don Vasco de Quiroga, al crear sus comunidades, daba cabida a los ancianos, como participantes de su acción colectiva.

Fue en el siglo XVIII, cuando el virrey Bucareli inaugura el "Hospicio de pobres", "Para socorro de los legítimos necesitados", ya fuera por su edad o sus enfermedades. De este asilo de ancianos, se derivaron las instituciones posteriores.

La Independencia y la Reforma, rompieron antiguos moldes y establecieron como obligación del Estado, proporcionar ayuda a los ancianos y es así como nació la Beneficencia que siguió dando al anciano la vieja protección del asilo. Con la Revolución, la beneficencia pública, se sustituye por asistencia social. La asistencia general, se fue diversificando en asistencia materno infantil, rehabilitación, asistencia médica, bienestar social, rural y urbana. Las

instituciones para el anciano urbano mexicano que anteriormente era la de asistencia al anciano, estaba comprendida en la estructura de asistencia pública; cronológicamente se puede registrar en 1861, la "Dirección General de Fondo de Beneficiencia", que tenía a su cargo numerosos Hospicios y otras instituciones de beneficencia. En el siguiente año 1862, se creó la "Dirección General de Beneficiencia Pública, que cuidaba que las Instituciones de Beneficiencia estuvieran a cargo de los Ayuntamientos. Después de la Revolución Mexicana (1910) comienza un proceso de mayor participación del Estado en materia Asistencial en función del concepto de desarrollo igualitario, tratando de resolver aún más los problemas de los marginados.

En 1924 se crea la "Junta Directiva de Beneficiencia Pública" que permanece hasta 1931, año en que se instituye la "Secretaría de Asistencia Pública", la cual en 1943 se une al "Departamento de Salubridad" formando la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.), hoy Secretaría de Salud. Posteriormente surge la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (1976), en la cual se establecería el Reglamento General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Finalmente el 22 de agosto de 1979, nace el Instituto Nacional de la Senectud (I.N.S.E.N.), organismo público descentralizado. A ésta institución se otorga las atribuciones que antes tenía la S.S.A., en lo que se refería a la Asistencia al anciano. El I.N.S.E.N. nace con la finalidad de ofrecer... "Protección, ayuda, atención y orientación a la población senecta".

Los programas de Asistencia al anciano que propone el I.N.S.E.N. son los siguientes:

a) ECONÓMICOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Bolsa de Trabajo - Tarjeta INSEN (descuentos importantes) - Cursos de Capacitación
b) SOCIALES:	<ul style="list-style-type: none"> - Procuraduría de Defensa del Anciano - Albergues - Club de la Tercera Edad (Terapia Ocupacional) - Residencias Diurnas
c) EDUCATIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Conferencias para sensibilizar a la familia - Centros Culturales de la Tercera Edad - Campañas de Alfabetización - Introducción de la enseñanza de las materias de Gerontología y Geriatría a nivel pregrado y postgrado (para profesionistas) - Cursos de preparación al retiro (jubilación)
d) PSICOLÓGICOS:	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades recreativas, vacacionales y sociales con el fin de intercambio personal - Técnicas de evaluación psicológica - Investigación Gerontológica (áreas médicas, sociales, económicas y psicológicas)

V.E.M.E.A. "Vejez en México, estudio y acción". Es una institución mexicana que adquirió vida legal en enero de 1984, pero la iniciativa nació en 1977 (V.E.M.E.A., 1984). Uno de sus principales objetivos es dar importancia y dignidad, subrayando los derechos de la vejez, tratando de sensibilizar a la comunidad limítrofe, "La vejez no puede ser exclusivamente quejumbres y achaques". Actualmente existe un Centro de documentación e intercambio de experiencias internacionales dirigidas al tema de la Gerontología. La asociación orienta sus esfuerzos hacia la sensibilización externa, a través de un trabajo de equipo; prepara cursos, seminarios y encuentros. Ha asesorado estudios o tesis profesionales y promueve cursos de orientación para la familia con el fin de mejorar las relaciones con los ancianos en la casa. Actualmente

V.E.M.E.A. está preparando un proyecto piloto para enfermeras, diseñado para mejorar su preparación y contacto con el anciano. Entre otras actividades, promueve encuestas y entrevistas tanto en zonas rurales como urbanas, para realizar sondeos acerca de información sobre el anciano, ya que existe gran carencia de material informativo sobre el anciano mexicano. La V.E.M.E.A. prepara también un nuevo proyecto llamado ANSAM (Ancianos y Amigos) dirigido a los ancianos más necesitados. También la Secretaría de Educación Pública está organizando Cursos de Gericultura a nivel de formación, realizando programas educativos para atender al anciano.

Por parte de otros Organismos se cuenta con los siguientes programas, cursos, asilos clubs para la atención del anciano:

U.N.E.S.C.O.: cuenta con cursos para la preparación de jubilación, para adquirir competencia de actividad libre, así como la conservación física y mental.

D.I.F.: realiza programas de auto-ayuda, investigaciones y capacitación Gerontológicas y cuenta con centros diurnos, nocturnos y con trabajo remunerado.

U.N.A.M.: Especialización en geriatría.

I.N.S.E.N.: Además de lo antes mencionado arriba se encarga de la rehabilitación física, social y psicológica, proporcionando cursos como el llamado "Familia y vejez" "Expresión Corporal" cuyo objetivo es concientizar al anciano de sus limitaciones y evaluar sus capacidades residuales; lo que realizan a través de espejos, muebles y otros objetos.

En la U.N.A.M. (Guerra, 1984) se lleva a cabo una investigación de las "Casas de Reposo" donde

se obtuvieron datos útiles sobre Instituciones y Casas de Reposo existentes en la República Mexicana, los diferentes institutos o albergues, públicos y privados, así como por instituciones de tipo Religioso también fueron evaluados.

A continuación se citarán los resultados de las investigaciones de las casas de reposo, casas hogar, asilos y otras instituciones :

El D.I.F. tiene dos Casas -Hogar en el D.F. y una en Cuernavaca; el I.N.S.E.N. tiene 14 Unidades entre Residencias y Albergues en el D.F.; uno en el Estado de México y dos en Guana-juato. Tiene además 25 Clubes de la Tercer Edad en el D.F. y uno en el Estado de México.

La Junta de Asistencia Privada (J.A.P.) que tiene una administración propia tiene 34 Residencias en el D.F.; una en Orizaba, Ver. , una en Cuernavaca, Mor. y una en Cuautitlán, México.

En lo que se refiere a instituciones religiosas, la República Mexicana cuenta con un total de 66 Casas de Reposo, mientras que en el D.F. sólo hay 7.

Existen diversas asociaciones médicas y de investigación gerontológica independientes, cuyas casas particulares para ancianos, hospedan de 5 a 6 personas y tienen fines de lucro. En el Distrito Federal hay cerca de 40 casa particulares, e en el resto del la República son 14. Todas las instituciones, casa de reposo, albergues, casas-hogar, estatales o no, deben ser supervisadas por la Secretaría de Salud.

En México, la cantidad de ancianos que viven en un asilo o institución, representa un bajo porcentaje con respecto al total de la población, la mayoría de los viejos viven con su familia o parientes. Alrededor del 80 % de las familias en México, están integradas por tres generaciones;

lo que sucede inclusive en las grandes ciudades; sin embargo, se están gestando diversas tendencias. En algunas clases sociales, internar a un anciano en alguna institución es visto como algo horrible e impensable.

A partir de la investigación realizada por la U.N.A.M., sobre las necesidades de los ancianos en México (Guerra, 1984), alrededor del 60 % de las personas entrevistadas, han respondido negativamente la posibilidad de vivir en un asilo. La casa de reposo, independientemente del nombre que se le de, "Casa Hogar", "Albergue" o "Residencia", resulta ser siempre una forma de vida extraña a la vida del anciano. Investigaciones gerontológicas han demostrado que las condiciones ecológicas, tales como vivienda, clima, paisaje, tráfico, transporte, etc., influyen en el comportamiento de personas ancianas y contribuyen a inhibirlo o estimularlo. Se ha observado que entre más competente y capaz es un anciano, y entre menos impedido está, los factores ambientales influyen menos en el envejecimiento (Contreras, 1989). Sin embargo, cuando el estado de salud del senecto es delicado, al igual que su capacidad mental, su lucidez y sociabilidad, el medio ecológico cobra esencial importancia.

Existen en general una serie de prejuicios que contribuyen a la imagen negativa de los asilos, esto hace que al senecto se le dificulte tanto su ingreso como su adaptación a la institución.

Estas instituciones se rechazan principalmente porque (Contreras, 1989):

- a) Se consideran solo de Beneficencia.
- b) Al caracterizar el Asilo como un lugar de retiro para los que son rechazados por la familia (Los ancianos que no mantienen un estrecho contacto con sus hijos y están insatisfechos con sus roles de padres y abuelos, generalmente adoptan una actitud más negativa respecto a la Casa-Hogar. Por el contrario, si existe integración social del senecto con la familia y vecinos, hay una mejor disposición para ingresar a un Hogar para ancianos aunque en general el sujeto haya rechazado la vida en Residencia).
- c) Por la conciencia generalizada de que es la última estación de la vida.

Existe en el anciano un proceso de "institucionalización", piensa en la adaptación la cual normalmente va acompañada de cambios en el estilo de vida y de modificaciones en los patrones sociales y conductuales (Contreras, 1989). Este proceso tiene tres fases:

- 1) FASE DE PRE INGRESO:** Donde el anciano experimenta intensa angustia y ansiedad por la incertidumbre del lugar al que va a ir.
- 2) FASE DE INGRESO:** Se presentan temores y esperanzas, se afirman o se rechazan los prejuicios hacia la institución, se aprenden y adoptan nuevos roles (los primeros 2 o 3 meses son decisivos).
- 3) FASES DE ESTABILIZACIÓN:** Cuando el anciano ya adoptó un estilo de vida de acuerdo a las condiciones del asilo.

El ingreso del anciano a una institución conlleva consigo un problema de socialización, que consiste en el enfrentamiento entre el individuo y el medio, ya que la institución como estructura social especializada, espera que el individuo se ajuste y adapte a las reglas y normas de la misma; en tanto que el individuo, con sus actitudes, conductas y deseos orientados hacia el desarrollo, la actividad y la autonomía se ve frenado por la institución. Los efectos concretos de este enfrentamiento son: pérdida de orientación, de motivación, de identidad; reducción del nivel de actividad y contactos sociales, actitud negativa hacia el futuro.

Los efectos de la institucionalización dependen de varios factores : (Contreras, 1989).

- 1) La situación personal y social del anciano antes de su ingreso (su biografía)
- 2) Condiciones materiales y ecológicas de la Casa-Hogar.
- 3) La estructura y la organización del personal, así como su preparación.

El proceso de ingreso a un asilo o albergue, no significa sólo un cambio de vivienda, sino que representa un cambio esencial en la vida de las personas de edad avanzada, que repercute tanto

en su desarrollo social y psicológico, como en su salud. La adaptación a los asilos como ya se demostró depende de una serie de factores que influyen en el desarrollo de la aparición de los estados depresivos en el anciano. La cual se mencionará ampliamente en los siguientes incisos.

1.2. Depresión

Durante la Edad Media, Constantino Africano, fundador de la Escuela de Medicina de Salerno, se hizo famoso por sus descripciones de los estados depresivos. Mencionaba que una cantidad excesiva de bilis, por disfunción de la economía orgánica era la causa de la melancolía. Señalaba dos distintos tipos de melancolía: uno estaba localizado en el cerebro y otro en el estomago. Fue el primero también en describir los síntomas de la melancolía como miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad (HILL, 1970).

Santo Tomas de Aquino (1225-1274), consideraba la melancolía como un cambio en los humores corporales, creía que las enfermedades mentales eran producidas por demonios y por influencias astrológicas. Hasta 1630 se tenía la creencia de que la depresión se debía a influencias espirituales y demoniacas (HILL, 1970). El cuadro de la psicosis maniaco-depresiva fue considerado en el México Prehispánico como un problema de tipo médico, de acuerdo a la descripción que hizo el médico indígena Martín de la Cruz en 1552, en el Códice Esquiano. En él se dan ciertas instrucciones para su tratamiento (HILL, 1970).

Robert Burton (1630), publicó en su tratado "Anatomía de la Melancolía", una clasificación de los estados depresivos en el que desaparecen las explicaciones sobrenaturales de la depresión, y con ello, se inicia un estudio formal sobre la misma (HILL, 1970). Haslam en 1890, boticario del Hospital Bethlehem en Londres, hace una descripción de los diferentes síntomas de la depresión de la siguiente manera: "Semblante ansioso y con aspecto sombrío, poco dispuestos a hablar, se aíslan reclusándose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo. Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmor-

nales, o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia, que les parece aflictiva y odiosa" (HILL, 1970).

En 1896 Emil Kraepelin estableció la diferencia entre psicosis maníaco-depresiva y demencia precoz, llamada posteriormente Esquizofrenia (HILL, 1970).

En el siglo XIX Philippe Pinel decía que el pensamiento de los melancólicos está concentrado en un solo objeto, lo que trae la perturbación de pensamientos y memoria, ocasionando llegar al suicidio. Como causa posible de la melancolía indicó las psicológicas y físicas, dándole mayor importancia a las primeras. Más tarde con el surgimiento de las investigaciones de genética en el campo de la psiquiatría, se juzgó que todos los síndromes depresivos formaban parte de la psicosis maniaco-depresiva. Teniendo como mecanismo que todo paciente que presentaba un cuadro de depresión se consideraba que padecía el síndrome maniaco-depresivo; por lo tanto, era calificado de psicótico aún así sus síntomas eran leves. Este criterio se mantuvo hasta los primeros 30 años de este siglo (Hill, 1970). El Dr. Schildkraut (1970) comenta que "...en la actualidad no sabemos si existe un factor bioquímico o fisiológico que sea común a todos los síntomas depresivos".

Tampoco se sabe si las depresiones normales que todos experimentamos como parte de las vicisitudes inevitables de la vida cotidiana tienen alguna relación esencial en un plano bioquímico fisiológico o psicológico con esos estados de carácter más patológicos.

Para Frazier y Carr (1975), la depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento. Los síntomas más frecuentes de la depresión son: debilidad o letargo, anorexia, insomnio, pérdida de peso, malestar general, irritabilidad y enfermedades somáticas.

Los sentimientos depresivos se adecúan a la situación que produjo la reacción. Estos casos son casi siempre de corta duración y no van acompañados de la pérdida de la propia estimación. Después de un período de lamentaciones el individuo puede volver con toda libertad a su vida normal. Sin embargo, la depresión patológica es una reacción con una intensidad y duración inadecuada a la situación, aún cuando el factor desencadenante sea importante. El paciente deprimido se muestra poco interesado y comunicativo, su aspecto es enfermizo y melancólico, siente su vida triste y sin interés.

A medida que la depresión avanza, puede presentarse retardo motor y lentitud en los procesos de pensamiento. Muestra una expresión facial de apatía y tristeza, con sollozos y suspiros frecuentes. Existe gran desesperanza y ausencia de placer por la vida, autodevaluación y sensación de vacío; así como, una excesiva preocupación por sí mismo. Es frecuente encontrar remordimientos por pasados errores que pueden ser reales o imaginarios, son comunes los sentimientos de fracasos y desprecio. Cuando no hay retardo motor, se presenta agitación, se camina marcando el paso retorciendo las manos y mostrando una penosa inquietud. El incremento de los casos de depresión en la actualidad y la enorme cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos depresivos ha permitido hacer una clasificación más precisa de estos.

Para el doctor Beck (1976), una de las dificultades en la conceptualización del término depresión es primordialmente semántica, debido a que el término ha sido diversamente empleado para designar un tipo particular de sentimientos o síntomas, un conjunto de síntomas (o síndrome) y una entidad patológica bien definida. El término depresión se emplea a menudo para denominar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognitivas y de la conducta, que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. En este caso es considerada como una

situación psicológica cuya intensidad (o grado de anormalidad) varía entre leve y grave.

La ambivalencia, en lo que respecta a los sentimientos, es generalmente una característica sobresaliente de la depresión.

En los últimos años se ha considerado ésta afección como un trastorno primario del estado de ánimo ó como un "trastorno afectivo". La importancia central atribuida al componente afectivo de la depresión, queda ejemplificada por la práctica de utilizar listas de adjetivos afectivos para medir y definir la depresión. La cual tiene otros componentes, además de la modificación del estado de ánimo. Beck define la depresión en base a las siguientes características:

- 1.- Una alteración específica del estado de ánimo : tristeza, sensación de soledad, apatía.
- 2.- Trastorno vegetativo: anorexia, insomnio, disminución de la libido.
- 3.- Un concepto negativo y de autocastigo: deseo de esconderse o morir.
- 4.- Cambio en el nivel de actividad: retardo o agitación.

El doctor Ramón de la Fuente (1985), médico psiquiatra, menciona que la depresión "proviene de una desorganización de las funciones vitales, es decir, que no solo afecta el estado anímico de las personas, ocasionando como consecuencia melancolía y desesperanza profundas; Además presenta, bajas en su concentración, alteraciones del sueño y del apetito, falta de interés y energía, y en muchas ocasiones sobreviene una angustia concomitante" asegura que en la actualidad este tipo de depresión es determinada por un desequilibrio químico de ciertas estructuras cerebrales, sin embargo, no se tiene una idea precisa de las causas verdaderas. Como puede observarse las causas de la depresión son complejas, por lo que su estudio deberá ser multidisciplinario para dar una eficiente ayuda al anciano.

1.2.1. Factores causales clasificación gnoseológica

Cuthil (1959), define la depresión reactiva como "un sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de identidad y duración variable. No se trata de una enfermedad, sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción". La depresión es desencadenada por sucesos perceptibles del medio ambiente a los cuales el sujeto responde y , que surgen en relación con experiencia de estrés en individuos predispuestos. El factor de dicha disposición puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica, formándose en el sujeto una personalidad integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes durante la infancia y adolescencia.

Este tipo de depresión se relaciona en forma estrecha con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana. Este malestar implica una experiencia en la que el individuo predispuesto sufre la pérdida (simbólica o real) de un objeto querido. Debemos tener cuidado en el anciano, al considerar las condiciones que pueden predisponer a una persona a esta clase de respuestas, así como también la naturaleza de los factores que la precipitan, que tienen como característica una intensidad y duración que no están en proporción al acontecimiento. Por lo anterior los estados depresivos que sobrevienen en estas circunstancias, se denominan estados depresivos o estados reactivos, según se estime la causa: exógena, psicológica ó por las características propias de personalidad.

En la depresión neurótica, el enfermo desea que se le escuche, consuele y compadezca, pero, al mismo tiempo acusa a los otros y a la suerte de su situación. Constantemente se queja de su estado psíquico, de su astenia e impotencia, que proyecta en su demanda de ayuda ambigua, insinuando la importancia del médico para curarle, la ineficacia de los medicamentos que se le

proporcionan, etc. La necesidad de apoyarse en los demás y su deseo de afectividad lo pueden orillar a que se vuelva tiránico, y agresivo. Las palabras de consuelo mejoran momentáneamente la reacción depresiva (Mendels, 1962).

Mendels, ha definido los siguientes Tipos depresión: **DEPRESIÓN ENDÓGENA:** También llamada psicótica y de melancolía. Depende de la herencia y el ambiente. No tiene una causa externa evidente, parece surgir en forma espontánea y muestra tendencia a la repetición. Este tipo de depresión se caracteriza por una franca alteración de la personalidad, pérdida de la autocrítica y choque importante con el ambiente.

Los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, atribuyéndose el origen de la enfermedad a una anomalía bioquímica, caracterizándose por una serie de síntomas como: un despertar muy temprano por la mañana., actividad retardada., pérdida de peso, grandes variaciones diurnas del estado de ánimo, delirios, sentimientos de inutilidad y otros. La interpretación de la realidad se encuentra distorsionada. Esta depresión se acompaña de fenómenos patológicos como: delirios y alucinaciones relacionadas con el cuerpo y las funciones orgánicas.

Es importante hacer mención de otros dos tipos de depresión que van entrelazados con la anterior: la depresión simple y la depresión involutiva:

DEPRESIÓN SIMPLE: El individuo no sufre ninguna alteración de la personalidad, encontrándose en un estado satisfactorio de salud mental; incurre en cuadro depresivo por problemas psicológicos o sociales que provocan un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales. Cuando el paciente se recupera no recuerda haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

DEPRESION INVOLUTIVA: Denominada también melancolía involuntiva psicótica. Conducta involuntiva y depresión de edad madura. Es más frecuente en las mujeres, específicamente en la época del climaterio. Su comienzo es insidioso y se relaciona con emociones o dificultades. Algunos autores creen, que la base de esta reacción, puede encontrarse en un desequilibrio endócrino resultante de la menopausia. Otros creen, que el factor más importante es el sentido psicológico del climaterio, época de la vida que a menudo se relaciona con cambios característicos en la situación familiar y en las relaciones socioculturales, por ejemplo la senectud.

La naturaleza de los cambios endócrinos en el hombre en esta misma época no es bien conocida.

Coppen Alec (1970), menciona que existen causas ambientales y psicológicas dentro de la depresión que, se consideran factores desencadenantes evidentes, considerándola ésta como una depresión endógena, pero en la práctica estos dos tipos presentan límites no bien definidos.

DEPRESION EXOGENA: Llamada también reactiva, neurótica o psicógena. Depende del ambiente y la disposición hereditaria es secundaria.

La descripción de los síntomas, ha sido clasificada por áreas de acuerdo a Mendels (1982):

Estado de ánimo. - El paciente depresivo, muestra en sus inicios un estado de indiferencia hacia lo que anteriormente lo mantenía interesado, prefiriendo permanecer en su casa realizando el mínimo esfuerzo para cualquier actividad, con una disminución absoluta de sus intereses vitales. Inmediatamente aparece la tristeza, en ocasiones debida a problemas reales que el enfermo acrecenta y en otras, sin motivo aparente suele sentir deseos de llorar.

En relación con sus problemas, supuestos o reales, se muestra marcadamente pesimista,

encontrándose con frecuencia pensativo y cabizbajo. En otros momentos, no reconoce sentirse triste, sino más bien inseguro, falta de confianza en sí mismo y con un acentuado temor a resolver problemas que antes le parecían sencillos. Frecuentemente expresa su apatía e indiferencia absoluta, o presenta temor a situaciones cotidianas como salir a la calle, presentarse en el trabajo, bañarse, etc., se siente despojado de apoyos emocionales como afecto, confianza, simpatía y atención.

Pensamiento .- A medida que la depresión evoluciona, este tipo de sujetos se vuelven gradualmente ineficientes e irresponsables; presentan pérdida de interés y disminución de energía, incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, con un descenso en su concentración y atención. Generalmente realizan auto-críticas, encontrando aspectos negativos y distorsionados, alterando la realidad, muestran en general una incapacidad creciente para salir adelante en su trabajo y responsabilidades.

Conducta y aspecto .- Son claros indicios del estado depresivo un rostro triste, insatisfecho, una actitud decaída y postura inclinada, denotándose infelicidad en el momento en el que inicia una conversación; algunas personas muestran una sonrisa fría y superficial, tratando de esta forma de esconder su desesperación. A medida que la depresión se hace más profunda, denota un progresivo desinterés por el aspecto y cuidado personal: vestimenta desaliñada, sucia; carencia de arreglo físico en personas que de ordinario se arreglaban.

El retardo psicomotor, se manifiesta por medio de una inhibición aparente y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, así como disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. Los movimientos son lentos y cautos, como si estuviera realizando un

gran esfuerzo. Su discurso es espontáneo aunque procura participar en forma mínima y no involucrarse en las conversaciones. En algunos casos, se presenta un estado de agitación en vez de retardo psicomotor, con manifestaciones de inquietud excesiva tanto física como psicológica, siendo incapaz de mantenerse quieto aún por períodos breves de tiempo, expresando abiertamente su ansiedad y sufrimiento, pidiendo ayuda y serenidad o calma.

Trastornos somáticos. -- A medida que la enfermedad progresa, los pacientes muestran una acentuada pérdida del apetito y cuando comen, la comida les parece insípida. Es frecuente la pérdida de peso bajando varios kilos en un período corto de tiempo. El estreñimiento se presenta a menudo, alcanzando grados agudos, no evacuando por espacio de una semana o más.

Se experimentan alteraciones del sueño así como dificultad para dormir, despiertan en la noche o a horas tempranas de la madrugada con imposibilidad de volver a conciliar el sueño; además es frecuente la intranquilidad y la confusión, se presentan pesadillas. Y sienten por la mañana como si no hubieran dormido ó el sueño no les ayudo a descansar.

En algunos casos de depresión leve, el paciente presenta aumentos en el apetito y el sueño. Las personas que padecen depresión, normalmente acuden al médico a causa de estos trastornos somáticos, aún concientes de que su problemática es de origen emocional, difícilmente la manifiestan al médico. Generalmente se quejan de cefaleas, neuralgias, sensación de opresión en el pecho, sequedad en la boca, dificultad para ingerir alimentos y diversos dolores y malestares así como, alteraciones en el ciclo menstrual o pérdida de la libido que va desde una disminución del interés en la actividad sexual, hasta el rechazo de las relaciones sexuales.

Reacciones de ansiedad. -- La ansiedad es una respuesta normal ante amenazas dirigidas

contra uno mismo, tales como posesiones, modo de vida, seres queridos o valores muy preciados. La ansiedad es común durante situaciones que cambian continuamente y que requieren de una adaptación inmediata, o durante un esfuerzo extremo.

Conducta suicida. — La depresión desempeña una función central en las ideas de culpabilidad y desesperanza que conducen al depresivo a creer que merece la muerte (autocastigo), o ven un futuro tan desagradable que desean mejor morir antes que vivir en su estado actual (huida). Un depresivo agudo, difícilmente se suicida debido a que existe un retardo profundo que inhibe la acción, cuando logra liberarse de este estado, es mayor el peligro de un intento de suicidio (Salomon y Patch, 1976).

Mortimer Ostow (1980), considera que, "hay situaciones patológicas que afectan fundamentalmente las glándulas suprarrenales y esas enfermedades causan trastornos mentales, capaces muchas veces de adoptar una forma depresiva o alguna de sus variantes, por ejemplo: los glucocorticoides, que se producen cuando el individuo está en estado de tensión y como ayuda en ese estado...una dosis de hormonas (cortizona), sin embargo, si se aplica durante períodos prolongados pueden inducir a la depresión". Otro factor determinante en la depresión, es la herencia. Por lo que es importante investigar los antecedentes familiares de un paciente deprimido ya que, existe la posibilidad de que un pariente haya padecido esta enfermedad. Si uno de los progenitores manifiesta una depresión grave, cercana a la psicosis, existe una posibilidad de 10 a 15 % de que su hijo sufra de depresión severa. Si el afectado sufre de depresiones graves, sus descendientes tendrán un 50% de probabilidades de padecer el mismo síndrome. Por lo tanto se concluye que la depresión se encuentra en función de la herencia y del medio ambiente.

Desde largo tiempo atrás, la depresión ha sido reconocida como un "humor" característico de la senectud. La importancia médica de la enfermedad depresiva en la vejez y la amplia magnitud del problema, tanto en la práctica hospitalaria como en la comunidad, comenzó a darle la importancia debida en los últimos 20 años.

1.2.2. Ancianidad y depresión

El estudio de la Depresión, en la técnica del Psicoanálisis, ha sido investigada por diversos psicoanalistas; entre ellos Abraham (1911), llevó a cabo el primer intento sistemático de explorar la enfermedad maniaco-depresiva, comparando la depresión con la pesadumbre o el duelo normal. Afirmaba que la diferencia crucial entre pesadumbre y depresión estriba en que la persona que sostiene un duelo, está conscientemente preocupada por la pérdida de alguien, mientras que el deprimido se halla dominado por sus sentimientos de pérdida, culpa o baja autoestima, es decir, percibe una pérdida como rechazo de sí mismo lo que se encuentra inconcientemente relacionado con experiencias previas y sensibilizadoras (Mendels, 1982).

Para Freud (1917), la diferenciación esencial entre duelo y depresión consiste en que en la última hay una acentuada pérdida de autoestima, en el duelo la pérdida es consciente, mientras en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente. Señalaba que, en el curso normal del duelo, la persona separa las emociones previamente asociadas con la persona perdida y llega a identificarse con éstos sentimientos. Un paciente depresivo padece también una pérdida, aún cuando esta sea simbólica y no reconocida como tal. El autoreproche y la pérdida de estimación personal, se desarrollan en la depresión dirigidas hacia la persona introyectada y pérdida. Un rasgo típico en la sintomatología de un paciente depresivo, consiste en el carácter sadomasoquista, proviniendo de la ambivalencia hacia el objeto perdido e incorporado y es causa de que el paciente manifieste ideas de desprecio por sí mismo y sentimientos de auto-denigración lo que deriva, con frecuencia, hacia una conducta autodestructiva. Freud señaló, la característica de dependencia oral en los sujetos depresivos, manifestada a través de la necesidad exagerada de ayuda emocional.

Beck (1967), considera que las distorsiones cognitivas, tales como: pesimismo extremo ó una visión irreal de la propia personalidad, son la causa primaria del desorden depresivo y, no elaboraciones secundarias. Para él, todas las formas de psicopatología (no solo la esquizofrenia) presentan algún grado de desorden del pensamiento, en donde se produce distorsiones características que parecen apartarse de lo que la mayoría de los individuos considerarían una forma realista de pensar o de interpretar la realidad. Afirma que la depresión, presenta sus propias formas de distorsión, denominándolas "Triada cognitiva"; 1) Expectativas negativas respecto al ambiente; 2) Autoapreciación negativa; 3) Expectativas negativas respecto del futuro (Arieti y Bemporad, 1990).

En 1976 Beck, vincula la depresión con una pérdida significativa, que a su vez da lugar a las características distorsiones cognitivas, donde las experiencias que el paciente tiene a lo largo de la vida activan patrones cognitivos que giran alrededor de la pérdida. Los diversos fenómenos emocionales, motivacionales de la conducta y vegetativos de la depresión, influyen a partir de éstas autoevaluaciones negativas. La tristeza del sujeto es una consecuencia inevitable de la sensación de privación, pesimismo y auto crítica. Después de experimentar una pérdida, ya sea como resultado de un hecho real ó de privaciones encubiertas, el sujeto deprimido comienza a valorar sus vivencias de una manera negativa. La teoría de Beck sobre la depresión, sugiere solo una desviación del pensamiento, sin tomar en cuenta la complejidad de la mente humana. Enfocándose sobre todo a los mecanismos cognitivos conscientes y simples, desestimando la importancia de las estructuras cognitivas inconscientes y la participación que tiene el conflicto, describiendo solamente los resultados, más no sus causas (Gallagher, 1986).

Por ejemplo, el suicidio más frecuente en los ancianos se da en relación "con la pérdida de

la familia y la sociedad; el abandonar el hogar, en que ha pasado toda su vida para retirarse puede conducir a una mayor incidencia de suicidios en el futuro. Se ha demostrado que en las comunidades donde los ancianos mantienen una función importante y venerable en relación con familia y la sociedad el índice de suicidios es bajo" (Eatchelor, 1957). Al valorar el peligro de suicidio en el paciente con ansiedad intensa, el grado de ansiedad probablemente sea más crítico que el grado de depresión.

La depresión se expresa, primordialmente por una pérdida de interés en los asuntos ordinarios de la vida. Se pierde la espontaneidad. Todo proporciona menos satisfacción que antes, requiriendo de un esfuerzo extra. No hay sensación de enfermedad física, pero el paciente no se siente bien, ó tranquilo. La fatiga es excesiva, mientras las esperanzas y los planes no se futurizan, las preocupaciones reales y los trastornos corporales, preocupan aún más. Una persona con depresión ligera, como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos. Sin embargo, para él y para sus amigos algo ha cambiado; esto es frecuente y se observa en los asilos donde se presentan estos síntomas.

El paciente con depresión intensa se encuentra abatido ó se siente físicamente enfermo, ó ambas sensaciones. Comúnmente se observa sombrío, desvalido, desesperado y carente de autoestima, se encuentra retraído en cuanto a raciocinio, verbalización y movimientos (retardo psicomotor), ó se puede sentir intranquilo, hiperalerta y tenso "agitación, ansiedad" (Mendels, 1982). El paciente deprimido agitado puede quejarse constantemente de fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa, achaques y dolores y si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están tan mal como las siente y presentar ideas delirantes complicadas, a menudo de naturaleza hipocondríaca (Mendels, 1982).

La depresión se manifiesta con mayor frecuencia, alrededor de los 55 años; debido a que en esta etapa se presenta angustia por lo que depara el futuro, así tenemos que, si las personas no han tenido éxito en su trabajo, ven ahora pocas oportunidades para tenerlo. Si lo han tenido, comienzan a sentir que no les ha dado la satisfacción esperada. Es también el período en que los hijos jóvenes desafían la confianza y el optimismo de sus padres. También es el momento en, el que las noticias de la muerte de conocidos de la misma edad comienza a producir inquietudes frecuentes, las personas empiezan a ser reposadas, menos vigorosas, desinteresadas, ansiosas y quizás más irritables. Hay una tendencia de apartarse de las actividades usuales, buscándose nuevos intereses. Se presenta una creciente preocupación por el cuerpo, llegando en ocasiones a estados de hipocondría que, se manifiesta a través de lamentaciones centradas en el hecho de que el cuerpo no funciona adecuadamente, que está enfermo y que morirá pronto.

Es importante mencionar los dos tipos de enfermedad senil depresiva. El primero; conforme al cuadro clásico de depresión endógena es semejante al de la psicosis maniaco depresiva. Los caracteres clínicos comprenden el perfil usual de retardo, culpa y autodesprecio, ideas hipocondríacas o delirios somáticos. La depresión está en su peor momento en la mañana y los trastornos en el sueño se caracterizan por un despertar temprano. Y segundo; en las depresiones neuróticas el trastorno emocional es generalmente menos profundo y reactivo ante la enfermedad física, la injusticia social y las vicisitudes. Una clara variación diurna de humor, está ausente y hay un insomnio inicial o sueño interinamente durante toda la noche. La frecuencia de la enfermedad orgánica es mayor en este último grupo (Mendels, 1982).

1.2.3. Factores desencadenantes de la depresión en la tercera edad

Ayuso , (1979), realizó un estudio sobre los factores etiopatogénicos de la depresión en la Tercera Edad: En la cual se valoró dichos factores a través de la información proporcionada en la historia clínica por; datos del enfermo, de familiares ó los psiquiatras y trabajadores sociales que los tratan, encontró que: los factores con mayor posibilidad de desencadenar un cuadro depresivo son :

- | |
|---|
| <p>1.-Factores situacionales:(psíquicos: fallecimiento de familiares de primer grado, cónyuge, cambio de residencia, ó de la estructura familiar, conflictos económicos y laborales entre otros.</p> <p>2.-Factores somáticos:enfermedades físicas, traumatismo, intervenciones quirúrgicas de presión farmacógena, modificaciones hormonales, tumores cerebrales, etc.</p> |
|---|

En los resultados obtenidos sobre los factores desencadenantes y la edad de aparición de la fase depresiva, se observó la intervención de factores ambientales tanto psico-reactivos, como somáticos (Calderón, 1989).

Al considerar al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla, estos factores son de tipo: genético, psicológico, ecológico y sociales. División que Calderón menciona ya que, no existen factores etiológicos específicos en ningún tipo de depresión. La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro que presente el sujeto.

Factores Genéticos: como las causas genéticas, son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, algunos autores presentan pruebas en favor de la teoría de la vulnerabilidad de ciertas

personas a la psicosis maniaco-depresiva (Kallmann, 1950). Proporciona datos que concuerdan con la teoría de la transmisión de la enfermedad por un gen dominante, por ejemplo en parejas de gemelos. Es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia, sin embargo, no se debe asegurar en estos casos que se trate de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión, que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en alguno de sus allegados (Calderón, 1989).

Factores Psicológicos; las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, estos son especialmente importantes en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad profundamente enraizados en el individuo, algunos autores se refieren a ellos como rasgos constitucionales, sin embargo, estos rasgos no son heredados, se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto a los miembros de la familia. Dentro de los factores psicológicos se puede mencionar: las causas determinantes y las desencadenantes.

Causas determinantes: se considera que en muchas ocasiones casi todos los patrones neuróticos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez y que, para entender la neurosis de un sujeto, se deben relacionar los síntomas con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia. Siendo frecuente presentar durante la infancia algunos trastornos como son: sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches

temperamentales, fobias y timidez. Estos se identifican como problemas de personalidad y conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y han determinado la aparición de síntomas neuróticos ó de rasgos caracterológicos. Concluyéndose que las causas determinantes son: la mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Causas desencadenantes: entre las causas inmediatas de las neurosis, se encuentra la necesidad de reprimir, distorcionar o desplazar sentimientos de hostilidad, así como los impulsos sexuales y la dependencia. Cuando intervienen estos factores, entran en conflicto con la personalidad del sujeto, produciéndole angustia, fuente más común e importante de los trastornos psiconeuróticos. Dicha angustia generada, por un super ego severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas neuróticos.

Dentro de los Factores Psicológicos se pueden considerar los trastornos somáticos, (Hofling 1974) los cuales sustituyen a la expresión del pensar profundo ó irritable, son llamados "equivalentes depresivos", especialmente si se inhibe la expresión de tristeza. Las reacciones depresivas son análogas a las de pensar desde el punto de vista sintomático; pero hacia los sujetos frustrados, o a personas que forman parte de su propio mundo. En algunos casos, el paciente deprimido ha perdido también un objeto del amor real, ó simbólico, pero éste no es tan fácilmente evidente como en el caso de las reacciones de pensar, por que el objeto perdido puede ser algún hábito, alguna orientación de valores o algún otro aspecto del Yo al que él ha renunciado. Por lo que los factores psicológicos de la depresión son diversos, y afectan al ser humanos en cualquier etapa de la vida.

Factores Ecológicos: La contaminación, los problemas de tránsito, ocasionan como consecuencia mayor número de accidentes, pérdidas económicas de traslado, alimentación, etc., y menos horas de descanso. El ruido excesivo es otra variable que causa : insomnio, fatiga, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, sordera. Todo esto son factores que desencadenan desesperación y un cuadro depresión.

Factores Sociales: los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que son indispensables para la supervivencia y desarrollo de la especie. Por medio de ellos se han desarrollado los sistemas psicobiológicos que a través del tiempo se han heredado de los antecesores mamíferos, particularmente los primates. Un aspecto interesante de estos sistemas, es que, permiten resistir con fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Un indicador de fuerza de estos lazos es la reacción del duelo que se presenta en nosotros cuando alguno de ellos se destruye. Cabe hacer notar que las causas sociales de la depresión son: desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos y migración, entre otras (Calderón, 1989).

1.2.4. Tratamiento psicofarmacológico de la depresión

Según Weitbrech (1964), menciona que la tristeza endógena, es tratada con psicofármacos; y las depresiones reactivas con psicoterapia. En lo que respecta a la psicoterapia, se basa en la convicción de que los síntomas de un enfermo neurótico o psicosomático son el efecto de conflictos no resueltos e inconscientes. La psicoterapia causal, pretende facilitar al paciente un rendimiento a sus conflictos ajustándolos a la realidad y al Yo, así como obtener mayor satisfacción a largo plazo. El proceso psicoterapéutico implica la elaboración de los conflictos reprimidos del paciente a través de asociaciones libres de los mismos. El objetivo del tratamiento psicoanalítico para Freud es el alcanzar, mediante la aplicación de la técnica, la liberación de los síntomas, la reconstrucción de los elementos patógenos de la biografía, en base a utilizar la revivificación de la angustia en el análisis de la resistencia, reestructurando un establecimiento de la capacidad de trabajo placentero, lo cual no puede garantizarse más que a través de una modificación del carácter y una ampliación de las funciones sintéticas del Yo, mayor movilidad de las energías del Ello, mayor tolerancia del Super Yo y menor angustia del Yo (Sharmí, 1977).

Cuando la psicoterapia no es suficiente, para algunos pacientes con manifestaciones más graves en el estado depresivo, se hace necesario la utilización de ciertos fármacos. La clasificación de uso de psicofármacos para la depresión es la que proponen Deley y Diniker.

ANTIDEPRESIVOS:

Para la administración de éstos fármacos debe realizarse antes una evaluación muy seria y justificación del beneficio que se intenta, tener un estricto control y dosificar por períodos de tiempo limitado. Este grupo de psicofármacos enfocados a esta acción está limitado a dos

familias: Los Inhibidores de las monoaminoxidasa (trimerético) y los compuestos Tricíclicos (timonlépticos).

• Los Inhibidores de las Monoaminoxidasas: son la nialamida, la fenelcina y la tranilcipromina. Los efectos de interacción con otros fármacos y determinados alimentos obligan a precauciones especiales en cuanto a su administración.

• La Nialamida es de gran difusión en medios psiquiátricos, su acción depresiva de mediana intensidad, se ha utilizado en todas las variedades nosológicas de la depresión. Tiene prontitud de respuesta con cambios pronunciados, en el ánimo del paciente. Presenta los efectos generales de los psicofármacos en el orden secundario: reaccionando las funciones cardiovasculares (bradileardia, e hipotensión) y en el aspecto psiquiátrico (alucinaciones y delirios). Su aplicación puede ser vía oral en dosis variables entre los 50 y 400 mg., ó bien inyectable de la venoclisis o dosis progresivas, la dosis por goteo continuado es mejor y ajustable a cada caso.

• La Fenelcina, muestra actividad antidepressiva menor de todo el grupo y esta sujeta a las manifestaciones colaterales; tiene mayor tolerancia que la Nialamida y la Tranilcipromina. Su administración es por vía oral, las dosis son entre los 30 y 120 mg., en grageas de 15 mg.

• La Tranilcipromina, constituye el fármaco más activo del grupo y de mayor poder inhibitor que la monoaminoxidasa. Su acción es rápida, con marcado efecto en el ánimo del paciente, que en pocos días encuentra alivio significativo a la sintomatología depresiva. Es utilizado en todas las formas clínicas de la depresión. Su única vía de administración es oral, en grageas de 10 mg. en dosis que oscilan entre los 30 y los 90 mg., es administrado como fármaco único ó bien asociado a dosis de 1 y 2 mg., de trifluoperacina; estas asociaciones están destinadas a combatir

los elementos de ansiedad que acompañan a la depresión.

* Los compuestos Tricíclicos se utilizan ampliamente en los campos : farmacológicos, clínicos tóxicos y terapéuticos; en muchas depresiones se convierten como agentes terapéuticos únicos, sobre todo con las de mediana y leve intensidad. Su asociación, en las depresiones graves, al electroshock es verdaderamente útil, permitiendo una reducción, tanto de fármacos como de sesiones electroconvulsivas.

* La Imipramina, es aplicada en el tratamiento de las depresiones y en los matices depresivos de otras psicosis. Su mayor efectividad, está centrada en la depresión endógena con grado variable de eficacia en otras variables clínicas, incluyendo la depresión por neurolépticos y las esquizoides. Sus efectos terapéuticos son graduales, alcanza su mayor acción sobre los 14 ó 21 días de la administración, promoviendo primero una desinhibición motora. Es útil para pacientes peligro de suicidio. Las dosis útiles se sitúan entre los 150 a 500 mg., siendo modificada acorde con las asociaciones que se efectúen.

* La Desmetilimipromina, es un derivado desmetilado de la imipramina, no tiene uso intenso de ésta. Sus características son: la mayor rapidez de acción, mayor acción anti-inhibitoria de los elementos motores, menor dosis terapéutica y mejor efecto en las depresiones involutivas. Las dosis oscilan entre los 50 y 200 mg.

* La Clorimipramina, es un derivado de la imipramina; es un compuesto clorado de ésta de fuerte actividad antidepressiva. Difiere de los anteriores por la mayor rapidez de acción y por el vigor de la respuesta terapéutica. Las dosis son variables entre 50 y 200 mg., por vía oral. En la vía parenteral, la técnica más utilizada es la venoclisis a dosis progresiva utilizando como

vínculo soluciones dextradas al 5 % ó fisiológicas alcanzando cifras de 100 a 150 mg.

• La Trimeprina, es un fármaco cuya estructura interviene el núcleo imidobencílico y una cadena lateral de composición análoga a la levomepromática, por lo que se derivan dos acciones fundamentales: antidepresivas y sedantes, como enfoque terapéutico de la depresión ansiosa es de interés. La dosis por vía oral, se encuentra entre los 100 y los 500 mg. Por vía inyectable, el método es la venoclisis, entre los 25 y 150 mg., en progresión, es utilizada en depresiones neuróticas.

Como se indicó anteriormente el uso de fármacos para aminorar los trastornos de la depresión es amplio, sin embargo, no se debe aplicar por alguien que no sea el especialista, como se sabe es muy peligroso su uso indiscriminado y /o la combinación de éstos.

1.3. Investigaciones realizadas con el Test de Beck

Los investigadores Castellon, Verdugo y Lolas (1988) en la ciudad de Chile, estudiaron la desesperanza que ha surgido como una importante variable que busca explicar el fenómeno de ideación suicida. Se postula que la desesperanza mediaría entre el síndrome depresivo y la ideación suicida.

Se entrevistaron a 156 personas que acudían a una Poli-clínica de Salud Mental. Presentaban como motivo de consulta la ideación suicida. Las edades fluctuaban entre los 15 y 65 años, uno de los requisitos fue que no hubieran tenido un intento suicida en los últimos 6 meses ni síntomas psicóticos.

Se le aplicó la escala de ideación suicida, la escala de desesperanza y el inventario de depresión de Beck. Los resultados fueron: .64, mostraron una alta correlación entre depresión y desesperanza y .54 también con ideación suicida. Al realizar una correlación parcial del factor desesperanza, la relación entre depresión e ideación suicida decae a puntajes marginalmente significativos .25.

Finalmente, el análisis de cada una de las variables del inventario de depresión, permitió darle una validez concurrente a las escalas de desesperanza e ideación suicida en su versión castellana.

En Estados Unidos, Rubin (1991), hizo una investigación de la respuesta al tratamiento de depresión en 101 pacientes ancianos de más de 65 años. El 46% de los sujetos recibieron terapia de choques electro-convulsivos (ECT) y el 13 % recibieron farmacoterapia sin ECT. Las respuestas al tratamiento fueron verificadas con el inventario de depresión de Beck, la escala de

depresión geriátrica de J. Yesavage y T. Brink, el chequeo global médico del mejoramiento. La edad no estuvo asociada a los bajos resultados: los sujetos de más de 80 años demostraron el mismo nivel de mejoramiento global medido por los médicos, que los pacientes de menor edad. El ECT fué el mejor tratamiento para la depresión en todos los pacientes sin considerar su edad.

En Canadá, Vezina y Landreville (1991), realizaron un estudio psicométrico en una población de ancianos de habla francesa, utilizando el inventario de la depresión de Beck. Se aplicaron pruebas de confiabilidad y validez de este inventario (QDB) elaborado por Bourque y Reandretre (1982), el cual es una versión francesa del inventario de Beck, para medir la depresión en canadienses de habla francesa; el número de sujetos fué de 643 ancianos de más de 65 años franco-hablantes. Los sujetos completaron el QDB y una versión francesa de la escala de la depresión geriátrica (J.A. Yesavage), se determinó la confiabilidad por análisis estadístico de los resultados del QDB. La validez se deterioró por análisis factorial y comparación estadística de los resultados de ambas pruebas.

Stewart, Blashfield, Hale y Moore en Estados Unidos (1991), llevaron a cabo un estudio para identificar la correlación de los síntomas de enfermedades, drogas y depresión. Los sujetos de éste estudio fueron 712 mujeres y 336 hombres de 80 años. Los resultados que se obtuvieron fue el 13.7% en los hombres y el 20.6 % en la mujeres han padecido de depresión.

Una regresión lineal, reveló 8 factores de significancia en predecir los resultados sobre el el BDI. La predicción más importante, dónde el número total de síntomas subjetivos reportados por los pacientes, son la pérdida de memoria, y dolor en el abdomen. Los resultados sugeridos en la depresión es diagnosticada en pacientes ancianos dónde los síntomas somáticos son los mejores indicadores de la depresión.

Menell, Leblanc y Joyner en Estados Unidos (1991), realizaron un estudio en 30 ancianos, que padecían depresión moderada. Se les aplicó un programa de ejercicios; como era caminar además de tener contactos sociales. Los resultados de éstos estudios fueron que disminuyó significativamente en las escalas psicológicas del test de Beck la depresión. Y las condiciones de los ejercicios dieron como resultado una disminución de los síntomas somáticos. Estos resultados indican, que al menos, en un corto tiempo los ejercicios han tenido efectos corporales en las condiciones de control en reducir los síntomas depresivos en los ancianos.

En 1992 James y Lorett realizaron un estudio acerca del tratamiento de una depresión mayor en una mujer anciana, llevando a cabo supervisión y seguimiento. Describen el tratamiento cognitivo-conductual de una mujer de 79 años con depresión mayor crónica, con particular énfasis en la estrategia para el mantenimiento y prevención de recaídas. Entre el inicio y el fin del tratamiento, disminuyeron considerablemente los niveles detectados en el formato breve del inventario de depresión de Beck, en la escala de depresión geriátrica y en la escala de medición de la depresión de Hamilton, en tanto que su diagnóstico, de acuerdo con la escala de desordenes afectivos y esquizofrenia mejoraron. La disminución de los niveles de Beck, en la paciente indican que los dominios cognocitivos, conductuales y afectivos mostrarán diferentes variaciones de cambio durante el curso de la terapia, y variaciones diferenciales en las recaídas durante el curso.

Los resultados sugieren que la recolección longitudinal de datos a partir de estos dominios puede proporcionar información útil en cuanto a la variación de cambio, la conceptualización del caso y la sintomatología de la depresión y su recaída.

Kelner, Monroe, Pritchett y Jarrell en Estados Unidos (1992) , realizaron un estudio en 15 pacientes psiquiátricos ancianos (53 a 87 años), que fueron asignados al azar. Se dividieron en 2 grupos: 1 recibió 3 veces a la semana ECT; y al otro grupo se le aplicaban 1 vez a la semana las medidas resultantes incluyeron la verificación cognitiva (examen del estado mini-mental) y respuesta antidepressiva (el inventario de la depresión de Beck). Ambos grupos mejoraron con el tratamiento, el grupo de 3 veces por semana mejoró sustancialmente más rápido. No hubo diferencias en efectos cognocitivos entre los dos grupos. Se concluye que el programa tradicional de 3 veces por semana de ECT, puede de modo óptimo balancear la velocidad de la respuesta antidepressiva y del deterioro cognocitivo.

Ambrosio, Barrese, Bertini y Buccemino en Italia, (1992) , realizaron un estudio de la eficacia clínica de la fluoxetina en el tratamiento de la depresión entre pacientes geriátricos. El número de sujetos estudiados fué de 46 varones de 60 a 80 años con depresión mayor y; 40 mujeres de 60 a 80 años mismo grado de depresión. Los sujetos fueron tratados con 20 mg/día de fluoxetina por 8 semanas con un seguimiento de 90 días. Se empleó la escala de medición de Hamilton para la depresión, la escala de la depresión de Hard, la escala de la ansiedad de Cor, el inventario de la depresión de Beck, la escala de humor de J.A. Yesavage, la escala de la depresión geriátrica y la escala para la evaluación de eventos aversivos. Observando que disminuyó notablemente los niveles de depresión registrados en los Test mencionados gracias a la aplicación del medicamento, el cual tuvo resultados más positivos. Más rápido en las mujeres que en los varones.

Hall y Stewart en Estados Unidos (1992) , evaluarón la asociación de cambios en el electrocardiograma (EKG) y deterioro cognocitivo se aplicó en 1217 sujetos de más de 65 años de edad un examen del estado mini-mental (MMSE) y EKG; 29 anomalías de EKG,

se evaluarán en un procedimiento de regresión lineal por pasos para verificar correlaciones posibles con los resultados de MMSE, se hicieron ajustes de edad, sexo y de los resultados del inventario de la depresión de Beck. La edad se correlacionó inversamente con los resultados del MMSE. Los factores que resultaron estar correlacionados significativamente con los resultados disminuidos del MMSE, incluyeron desviaciones axial y contracciones correctivos prematuros. No hubo relación importante entre la velocidad del corazón y los resultados del MMSE en el procedimiento de modelos lineales generales después del ajuste para efectos de edad, sexo y resultados del inventario de depresión de Beck.

En Canadá Bourque, Blanchard, Saulnier y Vezina (1992), realizaron un estudio de la relación entre edad, estado físico y síntomas somáticos de la depresión. La población fue de 318 hombres y mujeres, sus edades fluctuaban entre los 65 y 102 años. La información demográfica de los factores, fueron obtenidos usando la escala Older American y también el inventario de evaluación para la depresión de Beck. Los resultados fueron evaluados de acuerdo al sexo, edad y residencia, observándose que en mujeres es significativamente mayor la relación de la depresión y su estado físico que los hombres.

En Estados Unidos, Neary (1993), realizó un estudio comparativo entre dos Grupos de asistenciasocial, con población de 95 sujetos con algún impedimento físico, los cuales están al cuidado de sus familiares. El Gpo. 1 y el Gpo. 2 lo conformaron 18 ancianos con cierto impedimento cognocitivo. La comparación entre estos dos grupos fue evaluada por el test de Beck; se analizaron sus cambios de salud, los aspectos subjetivos y objetivos, así como el soporte social (informal y formal). Los resultados arrojaron que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos, para una variable dependiente.

En Austria, Kok, Heeren y Van (1993), realizaron un estudio sobre la relación y validez de una versión austriaca de la depresión geriátrica. La población total de hombres y mujeres fué de 198 ancianos. El test que se utilizó fué el GDS y el Inventario de Beck. Se entrevistaron a 82 sujetos usando el geriátrico mental; los resultados psicométricos son significativamente positivos, por lo que se puede decir que el test utilizado posee una alta confiabilidad.

Como se puede observar a través de las investigaciones presentadas el inventario de evaluación para la depresión de Beck, ha demostrado su confiabilidad y validez entre la población anciana, en relación a México no se han reportado estudios en este sector, sin embargo, se ha empleado. Ha nivel mundial, se han realizado pocos estudios, estos han tenido resultados positivos. La presente investigación aplico el test de Beck, con el objeto de aportar datos que puedan servir como base para otras investigaciones en población mexicana.

En síntesis, el individuo al entrar al proceso de envejecimiento, la última etapa del desarrollo humano; sufre cambios en el ámbito psicológico, biológico y social; procesos que resulta ser más problemático que otras etapas; por los factores que se han mencionado con anterioridad. Por lo que resulta prioritario la elaboración de programas dirigidos a atender sus deficiencias físicas, conductuales y económicas, así como desarrollar planes ocupacionales que les permitan continuar siendo económicamente productivos, aún dentro de una institución ó fuera de ella, para de esta manera brindar apoyo tanto emocional como económico al anciano. Desarrollando sus capacidades ofreciéndoles oportunidad de estudio y capacitación; que favorecerá una disminución de sus enfermedades o desviaciones psicológicas: como es el caso propiamente de la depresión, la cual afecta a una gran mayoría de la población senecta, si bien es cierto, que la depresión está determinada por múltiples factores, uno de

ellos de mayor magnitud es, el marginamiento, tanto laboral como familiar al que es sometido el anciano, él cual opta por "fuga" de la depresión, que es una forma de dejarse morir ó lo que es más grave intentar el suicidio.

CAPITULO 2.

Metodología

2.1. Planteamiento del problema

¿Que diferencias existen, en el nivel de depresión de acuerdo al test de Beck, en ancianos de albergues oficiales y asilos particulares, en relación a la frecuencia de visitas de familiares, el sexo y la edad ?

2.2. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

El presente estudio tiene como finalidad identificar si existen diferencias en el nivel de depresión, obtenido con el inventario de depresión de Beck, en ancianos de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 60 y 94 años, que vivan en un asilo particular y en un albergue oficial, en relación a la frecuencia de las visitas de familiares. Lo anterior con el propósito de contar con parámetros claros y confiables que determinen la importancia que tiene para el anciano, la superación individual, transformándolo en una persona productiva, que aún, dentro de una institución ya sea particular u oficial, tengan opciones de desarrollo personal y social a través de programas dirigidos a sus capacidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck en ancianos varones de un asilo particular, en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck en mujeres ancianas de un asilo particular, en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck en ancianos varones de un albergue oficial, en relación a la frecuencia de visitas familiares.

- Identificar, el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck en mujeres ancianas de un albergue oficial, en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, si existen diferencias en el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck en ancianos varones de un asilo particular en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, si existen diferencias en el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck en mujeres ancianas de un asilo particular, en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, si existen diferencias en el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck, en ancianos varones de un albergue oficial, en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, si existen diferencias en el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck, en mujeres ancianas de un albergue oficial, en relación a la frecuencia de visitas familiares.
- Identificar, si existen diferencias en el nivel de depresión obtenido con el inventario de Beck, en ancianos de albergues oficiales y asilos particulares.

2.3. Hipótesis

Asilo Particular

Ho 1: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas recibidas en el asilo particular.

Hi 1: Si existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas recibidas en el asilo particular.

Albergue Oficial

H₀ 2 : No existe diferencias estadísticamente significativas, en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas recibidas en albergues oficiales.

H₁ 2 : Sí existe diferencias estadísticamente significativas, en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas recibidas en albergues oficiales.

Género

H₀ 3 : No existen diferencias significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas en mujeres ancianas.

H₁ 3 : Sí existen diferencias significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas en mujeres ancianas.

H₀ 4 : No existen diferencias significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas en hombres ancianos.

H₁ 4 : Sí existen diferencias significativas en el nivel de depresión dependiendo del número de visitas en hombres ancianos.

2.4. Variables

Variable Dependiente

- El nivel de depresión obtenido.

Variables Independientes

- 1.- Frecuencia de visitas de familiares
2. - Ancianos Albergados (oficial)
- 3.- Ancianos Asilados (particular)
- 4.- Edad de 60 a 94 años
- 5.- Sexo : masculino y femenino

Definición Conceptual de variables

Depresión .- La depresión, se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo (DSM-III-R, 1988), consiste en estar deprimido y manifestar una pérdida de interés ó placer en todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas son un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen diariamente, durante la mayor parte del día. Los síntomas asociados, incluyen alteración del apetito con cambios en el peso, alteraciones del sueño, agitación ó entecimiento, disminución de energía, sentimientos excesivos ó inadecuados de inutilidad ó culpa, dificultades de pensamiento ó de concentración e idens de muerte recurrentes ó ideas y/ó intentos de suicidio.

Albergue .- Servicio de asistencia con permanencia las 24 hrs en las Unidades Gerontológicas del I.N.S.E.N.; que reciben asistencia médica, psicológica, trabajo social, asistencia alimenticia y servicios generales (Moreno, 1994).

Albergados.- Toda persona mayor de 60 años que recibe los servicios del albergue por parte del I.N.S.E.N. (Moreno, 1994).

Institución .- Organismos fundamentales de un estado ó sociedad de educación ó instrucción (Arias, 1981).

Asilo .- Casa en que se da acogida a los necesitados (Grijalbo, 1988).

Persona Anciana .- De acuerdo la clasificación de las etapas del desarrollo; la edad madura de una persona es a los 65 años y la vejez de los 66 a los 85 años, el estadio de completa vejez es de los 86 años en adelante (Woltereck, 1962).

Frecuencia de visitas .- Circunstancia de estar presente, la (s) persona (s) que esta (n) unida (s) bajo el vínculo del parentesco, ya sea natural, de afinidad o civil, en el lugar de los hechos (Grijalbo, 1988).

Definición Operacional de variables

Depresión .- En ésta investigación se entiende como nivel de depresión, la clasificación obtenida de las respuestas que los sujetos proporcionen en el inventario de evaluación de Depresión de Beck: De 15 ó menos, no existe depresión ; de 16 ó más, sí existe depresión.

Institución .- En la presente investigación se considera institución como, el asilo en el que se albergan los ancianos.

Frecuencia de visitas de Familiares .- En esta investigación se tomarán como parámetro las visitas que se realicen en los lapsos de :0 nunca ; 1 vez a la semana ; 2 veces a la semana; 1 vez al mes; 2 veces al mes.

Sexo .- Masculino y Femenino

Edad .- El rango estara determinado entre los 60 y 94 años .

2.5. Tipo de estudio

Estudio de Campo ; estudia un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales. Se realiza en el medio natural que lo rodea al individuo.

La ventaja principal de este tipo de estudio, consiste en que los resultados se pueden generalizar a la población en caso de que la muestra sea representativa (Pick y López, 1979).

Confirmatorio; la finalidad es confirmar o rechazar una hipótesis ó aproximación teórica, y llegar a conclusiones generales con respecto a dicho fenómeno. En éste estudio, el investigador pone a prueba una o varias teorías que pretenden explicar el fenómeno (Pick y López, 1979).

Transversal; Se realiza en un momento determinado, interesando el fenómeno que se da en el presente (Pick y López, 1979).

2.6. Diseño de investigación

Diseño Factorial: El diseño factorial es de 2x2x2, permite estudiar tres variables independientes, cada una de las cuales varía de dos formas. Por lo que permite no solo estudiar los valores de las variables, sino la interrelación que pueda existir entre ellas, aumentando las posibilidades de predicción de los mismos en circunstancias diferentes (Pick y López, 1979).

			MUJERES	HOMBRES
A B R G U B	O F I C I A L	SIN VISITAS	GRUPO 1	GRUPO 2
		CON VISITAS	GRUPO 3	GRUPO 4
A S I L O	F I C I A L	SIN VISITAS	GRUPO 5	GRUPO 6
		CON VISITAS	GRUPO 7	GRUPO 8

2.7. Muestreo

Alcatorio Simple; es aquél, en el que todos los miembros de una población determinada, tienen la misma probabilidad de ser seleccionados y de formar parte de la muestra (Piek y López, 1979).

No Probabilístico; se basa en las apreciaciones o aproximaciones del investigador, se utiliza frecuentemente por consideraciones prácticas de costo y tiempo (Piek y López, 1979)

2.8. Población

La población total de ancianos de albergues del INSEN fue de 93 ancianos, registrados de la siguiente forma : Gemelos 20; San Andres 12; Alabama 19; Moras 20 y Cuahuemec 22; Y del asilo de Nuestra Señora del camino, conto con un total de 85 ancianos, lo que da una población total de 178, de los cuales se obtuvo una muestra no probabilística de tipo aleatorio simple. Seleccionando así 100 sujetos, divididos en 50 varones y 50 mujeres, cuyas edades oscilan de los 60 años hasta los 94 años de edad.

Distribuidos de la siguiente forma :

NOMBRES DE LOS ALBERGUES OFICIALES	No. DE ANCIANOS	EDAD		SEXO	
		MIN.	MAX.	MUJER	HOMBRE
- Albergue Cuahuemec	10	66	84	5	5
- Albergue Moras	10	67	82	5	5
- Albergue Alabama	10	63	90	5	5
- Albergue Cerro San Andres	10	70	88	5	5
- Albergue Gemelos	10	68	89	5	5
TOTAL	50			25	25

NOMBRES DE LOS ASILOS PARTICULARES	No. DE ANCIANOS	EDAD		SEXO	
		MIN.	MAX.	MUJER	HOMBRE
- Asilo para Ancianos " Nuestra Señora del camino "	50	60	94	25	25
TOTAL	50			25	25

2.9. Descripción y estructura del instrumento

El inventario de depresión de Aaron T. Beck , comprende 21 categorías de síntomas y actitudes; cada una de ellas es una manifestación de depresión, se le da un valor de Cero (cuando el síntoma no existe o es bajo) y de Tres (cuando el síntoma es intenso). La calificación de los resultados se realizó de acuerdo a los siguientes factores: como el inventario consta de cuatro opciones, se otorgo un valor de Cero a la que manifieste depresión baja y de tres para la depresión alta. Tomando como punto de corte 15, (15 ó menor = no depresivo; 16 ó mayor = depresivos).

Revisión de su Desarrollo y Utilidad : Gallagher. (1986), revisa el uso del Inventario de depresión de Beck (BDI), con personas mayores, discute su uso, validez, confiabilidad, factor de estructura y utilidad para la verificación, investigación y monitoreo de síntomas. Menciona problemas y limitaciones específicos, especialmente con personas mayores que poseen un marco educacional limitado ó baja capacidad cognitiva, así como un conjunto de respuestas sociales no aceptadas ó numerosas enfermedades somáticas.

Desarrollo histórico : El concepto de BDI, hace más de 30 años fué publicado por Aaron T. Beck y sus colegas de la Universidad de Pennsylvania (1961). Fue diseñado para ser un inventario (con propósito de investigación), que permitiera un acercamiento en los juicios clínicos de la intensidad de la depresión. Fueron seleccionados ciertos elementos (actividades clínicas como resultado del trabajo psicoterapéutico con pacientes deprimidos), que permitieran una discriminación máxima entre pacientes deprimidos y no deprimidos, y que proporcionará una exactitud de la severidad de cada síntoma.

Este inventario proporciona una puntuación simple numérica, para facilitar la comparación con información cuantitativa y permitir manipulaciones estadísticas. Los elementos incluidos son: 21 categorías de síntomas y actitudes; cada una describe una manifestación específica de la depresión (cognitiva, de comportamiento, ó vegetativa). Originalmente cada categoría contenía de 4 a 5 declaraciones de auto – evaluación y los pacientes seleccionaban uno de sus sentimientos más representativos.

Esto fue modificado posteriormente, quedando Cuatro respuestas por cada categoría, con valor de Cero (Lo que indica que el síntoma no existe) y de Tres (Lo que indica que el síntoma es intenso). Las categorías son: humor, sentimiento de culpa, sentimientos de orgullo, de castigo, autodisgusto, auto – acusación, deseos suicidas, llantos, irritación, abandono social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibición en el trabajo, perturbaciones en el sueño, fatiga, problemas de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido.

Administración y Puntuación: Originalmente, la escala era aplicada a través de entrevistas; el entrevistador lee cada grupo de preguntas en voz alta, los pacientes en sus copias. Se les instruye para seleccionar cualquiera de las preguntas que mejor describa lo que sienten.

El puntaje total se obtiene sumando el número de selecciones realizadas. Varios autores han utilizado diferentes puntajes de corte para designar la severidad de la depresión; Beck, indicaba que un sólo puntaje puede servir para cada propósito. La puntuación a emplear, depende de las características del paciente y del propósito para el cuál está siendo utilizado el estudio. Sin embargo, considerado conveniente utilizar el siguiente :

0 - 9	Normal
10 - 15	Ligera Depresión
16 - 19	De ligera a moderada
20 - 29	De moderada a severa
30 - 63	Depresión severa

En el presente estudio el punto de corte es de 15, (15 o menor = no depresivos, 16 ó mayor = depresivos).

Confiabilidad y validez en personas mayores: Se encuentran dos estudios realizados con personas mayores. Uno realizado por Gallagher, D.; Nies, L. y Thompson, B. (1982), centrados sobre la confiabilidad de BDI, en el cual se realizó una comparación en dos grupos de voluntarios no-clínicos (N = 82); la edad promedio de los grupos fue de 60 años. El inventario se suministró dos veces a cada grupo, con un intervalo de 6 y 21 días.

El coeficiente de correlación de Test-retest para el grupo completo fué de, 0.90; el coeficiente alfa (que mide una escala de consistencia interna) fué de 0.91 en total y, el índice de confiabilidad mitad - separada fue de 0.84 para el total de la muestra. Con ésta investigación se concluyó que el inventario (BDI) tiene una confiabilidad adecuada para ser empleado con los ancianos.

El segundo estudio, realizado por, Gallagher, D.; Breckenridge, P.; Steinmetz, A. y Thompson, B. (1983), evaluó la validez concurrente del BDI, examinando el grado de congruencia entre los puntajes de corte convencional y las clasificaciones de diagnóstico seleccionadas del Research Diagnostic Criteria (RDC, 1978). La muestra fué 102 adultos en tratamiento de depresión, se encontró que: el 91% de esos puntajes, 17 ó más del BDI fueron diagnosticados independientemente, con una existencia de episodios de depresión mayor, uti-

lizando el registro de la entrevista de desordenes afectivos y esquizofrenia (SADS; Endicott ; Spitzer, 1978) y el sistema de clasificación de RDC.

El 81% de su puntaje, 10 ó menos de BDI no se encontró criterio para cualquier desorden depresivo especificado por RCD.

Estos resultados apoyan la validez del BDI con personas adultas y sugiere que se trata de un instrumento útil de verificación para la identificación de personas clinicamente depresivas de más de 60 años . La información que se ha publicado, se enfoca a describir los tres principales usos de ésta escala con personas adultas: a) Como una medida de verificación; b) Como un índice de pre - post cambio en estudios de intervenciones y c) Como un índice fluctuación en síntomas específicos durante el tratamiento (Gallagher , 1986).

Aspectos Psicométricos: Respecto a la confiabilidad del BDI en adultos mayores se estableció (Gallagher ; Nies , y Thompson, 1982): un coeficiente de correlación = 0,90; coeficiente alfa = 0,91 ; índice de confiabilidad mitad - separada = 0,84.

2.10. Proceso de recolección de datos

- Se solicitó a las Instituciones del INSEN y al asilo "Nuestra Señora del Camino", autorización para llevar a cabo el estudio, presentando una carta de la Universidad del Valle de México.
- Se acudió a los sujetos, informándoles que se les aplicaría un cuestionario sobre depresión y que su cooperación sería voluntaria, los fines serían estrictamente científicos.
- Se realizó una entrevista previa a la aplicación del inventario, para verificar los datos de los sujetos, posteriormente se asignaron los datos a las celdillas correspondientes del diseño de investigación. Los datos se manejarán de forma confidencial.
- Se le preguntaba a la persona al finalizar la aplicación de el Test, si tenía familiares; con que frecuencia lo visitaban y se elabora una relación anotando estos datos.
- El procedimiento que se utilizó para el control de variables fué, eliminando a las personas que no reunirían el perfil de: 60 a 94 años, que no gozarán de buena salud física y mental y que no vivirán dentro del albergue.
- El lugar donde se aplicó el test de Beck fué la estancia del comedor del albergue y asilo contando con, una buena iluminación y ventilación, el inmobiliario era cómodo y con buen espacio.
- La aplicación fué, en forma individual a cada sujeto, estableciendo un rapport, se les proporcionaron sus hojas de preguntas, explicándoles que seleccionaran alguna de las aseveraciones que mejor describiera la forma en que se sentía en ese momento. La instrucción fue la siguiente: " Le voy a leer una serie de afirmaciones quiero que escuche atentamente y me diga con cuál se identifica más ".
- La actitud de la mayoría de los ancianos al aplicarles el test, fué de cooperación.
- Calificación de los cuestionarios.
- Procesamiento estadístico de los resultados.

2.11. Tratamiento estadístico

Para el análisis estadístico de los datos, se analizaron las frecuencias generales, es decir, la descripción de las características de la muestra, así como la puntuación y la evaluación de la escala para la depresión de Beck, en ancianos. Con el propósito de conocer la relación entre variables independientes (frecuencia de visitas, institución, edad), y la variable dependiente (depresión), se utilizó la correlación producto momento de Pearson. Con la finalidad de marcar diferencias significativas entre los grupos (Privado y Oficial), y sus interacciones con las variables independientes (sexo, institución y número de visitas), se aplicó el análisis de varianza. En lo que respecta al diseño de investigación se utilizó el diseño factorial $2 \times 2 \times 2$, que permite estudiar tres variables independientes, variando cada una de dos formas.

CAPITULO 3

Resultados

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

En la presente investigación se utilizó el paquete SPSS (Statistical Package of the Social Sciences) versión cuatro, aplicado a la PC.

Se aplicaron las siguientes subrutinas:

- a) Frecuencias generales (descripción general de los datos).
- b) La correlación de Pearson (relaciones entre variables).
- c) Análisis de Varianza (diferencias significativas entre grupos e interacciones entre variables).

Estos programas se describirán en dos partes; la primera el Análisis descriptivo.

3.1. Análisis descriptivo

Este análisis tuvo por objetivo, conocer cuales eran las características de la muestra estudiada, así como la puntuación y la evaluación de la depresión en ancianos, se realizó a través del inventario de Beck, de el cual fué obtenida la Escala. Aplicándolo en el asilo para ancianos "Nuestra Sra. del Camino" (Institución privada) y en cinco albergues del INSEN (Institución Oficial).

En el Asilo para ancianos "Nuestra Sra. del Camino", se aplicó a un total de 50 ancianos de los cuales 25 eran hombres y 25 mujeres; con un rango de edad de 60 a 94 años y una edad promedio de 78.3, teniendo una desviación standar de 50, ésto implica una heterogeneidad en la muestra ya que, hay una gran diferencia de edades (ver tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE EDADES EN EL ALBERGUE PRIVADO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60	1	2.0
64	1	2.0
65	4	8.0
66	1	2.0
67	1	2.0
70	4	8.0
72	1	2.0
74	1	2.0
75	1	2.0
76	2	4.0
77	1	2.0
78	3	6.0
79	1	2.0
80	7	14.0
81	2	4.0
82	3	6.0
83	4	8.0
84	3	6.0
85	1	2.0
87	2	4.0
88	2	4.0
90	2	4.0
93	1	2.0
94	1	2.0
TOTAL	30	100.0

Con referencia al número de visitas dentro de ésta institución, el 34% de la muestra indica que **nunca** habían sido visitados por familiares y, el 66% **habían recibido visitas** con la siguiente frecuencia :

TABLA 2. NÚMERO DE VISITAS

NÚMERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	17	34.0
1 VEZ/SEMANA	11	22.0
2 VECES/SEMANA	1	2.0
1 VEZ/MES	14	28.0
2 VECES/MES	7	14.0
TOTAL	30	100.0

En cuanto a la calificación obtenida por el inventario de Beck, se observó que el 70% de los ancianos no reportó depresión y el 30% sí presentó depresión; tomando como punto de corte la puntuación de 15 ó menos. Obteniéndose las siguientes puntuaciones:

TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PUNTAJÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	7	14.0
LIGERA DEPRESIÓN 10 - 15	28	56.0
LIGERA-MODERADA 16 - 19	11	22.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	4	8.0
TOTAL	50	100.0

De cada uno, de los cinco albergues oficiales, se seleccionarán 10 ancianos, de los cuales 5 fuerón hombres y 5 mujeres, sumando un total de 50 ancianos cuya edad oscila entre los 63 y los 88 años, obteniéndose una media de 77.3 y una desviación estandar de 6.163. De la misma forma que en el albergue privado, se observó dispersión con respecto a la edad.

No obstante, la diferencia en el rango es más pequeña en los albergues oficiales que en la institución privada (ver tabla 4).

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE EDADES EN LOS ALBERGUES OFICIALES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
63	1	2.0
68	2	4.0
69	2	4.0
70	2	4.0
71	1	2.0
72	6	12.0
73	3	6.0
74	3	6.0
75	2	4.0
77	1	2.0
78	6	12.0
79	1	2.0
80	3	6.0
82	6	12.0
83	2	4.0
84	3	6.0
85	1	2.0
86	1	2.0
87	1	2.0
88	3	6.0
TOTAL	30	100.0

Con respecto al número de visitas dentro de los albergues oficiales los resultados arrojarán que el 48% de la muestra **nunca** ha tenido visitas y el 52 % las tuvo de la siguiente forma:

TABLA 5. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	24	48.0
1 VEZ/SEMANA	15	30.0
2 VECES/SEMANA	1	2.0
1 VEZ/MES	9	18.0
2 VECES/MES	1	2.0
TOTAL	30	100.0

Para la clasificación de los resultados del inventario de Beck, dentro de ésta muestra se encuentra que, el 64% no reporta depresión mientras que, el 36% la presenta; tomando como punto de corte 15 o menos. Obteniendo las siguientes puntuaciones:

TABLA 6. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PUNTAJACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	18	36.0
LIGERA DEPRESIÓN 10 - 15	14	28.0
LIGERA-MODERADA 16 - 19	4	8.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	11	22.0
SEVERA	3	6.0
TOTAL	50	100.0

Distribución general de cada uno de los 5 albergues oficiales.

ALBERGUE GEMELOS

La edad fluctuó entre los 68 y los 84 años , obteniéndose una edad promedio de 74.4 y una desviación estandar de 5.190. (ver tabla 7).

TABLA 7. EDAD DE LOS ANCIANOS DEL ALBERGUE GEMELOS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
68	2	20.0
70	1	10.0
72	1	10.0
73	1	10.0
75	1	10.0
77	1	10.0
78	1	10.0
79	1	10.0
84	1	10.0
TOTAL	10	100.0

Por el número de visitas se encontró que el 80% de los ancianos de este albergue **nunca** han sido visitados y que el, 20% lo han sido con una **frecuencia de 1 vez a la semana**

En cuanto a la clasificación de los resultados del inventario de Beck se observa que, el 50% no reportaron depresión mientras que, 50% sí lo reportó; con la siguiente puntuación:

TABLA 8. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	4	40.0
LIGERA DEPRESIÓN 10-15	1	10.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	4	40.0
SEVERA	1	10.0
TOTAL	10	100.0

ALBERGUE CERRO SAN ANDRÉS

La edad en éste Albergue oscila entre los 69 años y los 88 años, lo que representa una media de 78.1 y una desviación estandar de 6.502, cuya distribución fué la siguiente:

TABLA 9. EDAD DE LOS ANCIANOS DEL ALBERGUE SAN ANDRÉS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
69	1	10.0
72	1	10.0
73	1	10.0
78	1	10.0
80	1	10.0
82	2	20.0
83	1	10.0
88	2	20.0

Por otra parte, los ancianos de éste albergue reportaron que un 40% no son visitados, y el 60% sí tienen visitas (ver tabla 10).

TABLA 10. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	4	40.0
1 VEZ/SEMANA	4	40.0
1 VEZ/MES	2	20.0
TOTAL	10	100.0

En cuanto a la clasificación de los resultados del inventario de Beck, en este albergue se observo que, el 80 % no presentaron depresión y el 20% sí la presentaron con la siguiente frecuencia (ver tabla 11).

TABLA 11. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PUNTAJACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	2	20.0
LIGERA DEPRESIÓN 10-15	6	60.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	2	20.0
TOTAL	10	100.0

ALBERGUE ALABAMA

La edad de los 10 sujetos estudiados de éste albergue, fué de 63 a 88 años, obteniéndose una media de 75.8 y una desviación standar de 8.053; distribuida de la siguiente forma:

TABLA 12. EDAD DE LOS ANCIANOS DEL ALBERGUE ALABAMA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
63	1	10.0
69	1	10.0
71	1	10.0
72	1	10.0
73	1	10.0
74	1	10.0
78	1	10.0
84	1	10.0
86	1	10.0
88	1	10.0
TOTAL	10	100.0

En el albergue Alabama se obtuvo que, el 20% de la población **nunca** es visitada por sus familiares y el 80% si tiene visitas de acuerdo a la siguiente tabla (ver tabla 13).

TABLA 13. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	2	20.0
1 VEZ/SEMANA	3	30.0
2 VECES/SEMANA	1	10.0
1 VEZ/MES	4	40.0
TOTAL	10	100.0

Por último en éste albergue se obtuvo que, dentro de la clasificación de los resultados del inventario de Beck, el 70% no reportaron depresión y el 30% sí la manifestaron, con la siguiente puntuación:

TABLA 14. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	6	60.0
LIGERA DEPRESIÓN 10 - 15	1	10.0
LIGERA-MODERADA 16 - 19	1	10.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	2	20.0
TOTAL	10	100.0

ALBERGUE MORAS

En lo que respecta a éste albergue, se encontró un rango de edad de 70 a 87 años, obteniéndose una media de 77.0 y una desviación estandar de 5.077, distribuida de la siguiente forma:

TABLA 15. EDAD DE LOS ANCIANOS DEL ALBERGUE MORAS

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
70	1	10.0
71	2	20.0
75	1	10.0
78	2	20.0
80	1	10.0
82	1	10.0
87	1	10.0
TOTAL	10	100.0

En este albergue se observó que el 70% de los ancianos **nunca** son visitados y el 30% lo es de la siguiente forma (ver tabla 16).

TABLA 16. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	7	70.0
1 VEZ/SEMANA	1	10.0
2 VECES/SEMANA	2	20.0
1 VEZ/MES	2	20.0
TOTAL	10	100.0

Para la clasificación de los resultados del inventario de Beck en el albergue de Moras, se encontró que, el 70% no reportarán depresión y el 30% sí la presentarán de acuerdo a los siguientes puntajes (ver tabla 17).

TABLA 17. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PUNTAJACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	5	50.0
LIGERA DEPRESIÓN 10 - 15	2	20.0
LIGERA-MODERADA 16 - 19	2	20.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	1	10.0
TOTAL	10	100.0

ALBERGUE CUAUHEMOC

Por último en éste albergue se obtuvo un rango de edad de 72 a 85 años su media fué 80.0, con una desviación estandar de 4.643 como se puede observar en la tabla 18.

TABLA 18. EDAD DE LOS ANCIANOS DEL ALBERGUE CUAUHEMOC

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
72	2	20.0
78	1	10.0
80	1	10.0
82	3	30.0
83	1	10.0
84	1	10.0
85	1	10.0
TOTAL	10	100.0

En lo que se refiere al número de visitas se encontró que el 30% de los ancianos no son visitados por algún familiar y el 70% sí es visitado de acuerdo a la siguiente frecuencia: (ver tabla 19).

TABLA 19. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	3	30.0
1 VEZ/SEMANA	5	50.0
1 VEZ/MES	1	10.0
2 VECES/MES	1	10.0
TOTAL	10	100.0

Los resultados que se obtuvieron en la clasificación del inventario de Beck fué el 50% no reportaron depresión y el otro 50% sí la presentaron de acuerdo a la siguiente tabla (ver tabla 20).

TABLA 20. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PLANTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	1	10.0
LIGERA DEPRESIÓN 10-15	4	40.0
LIGERA-MODERADA 16 - 19	1	10.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	2	20.0
SEVERA	2	20.0
TOTAL	10	100.0

Una vez terminado el análisis descriptivo general por institución, se procederá a realizar un análisis descriptivo por género, en forma general. Se seleccionaron 50 hombres y 50 mujeres de ambas instituciones.

Por parte del INSEN, se seleccionaron 5 hombres y 5 mujeres en cada uno de sus 5 albergues, dando un total de 50 ancianos.

En el nailo para ancianos "Nuestra Sra. del Camino"; fueron seleccionados 25 hombres y 25 mujeres.

Cabe señalar que las diferencias significativas por sexo e Institución se presentan dentro del Análisis Comparativo.

HOMBRES

La edad de los 50 hombres fluctuaba de, 60 a 88 años, obteniéndose una media de 77.4 y una desviación estandar de 6.942 en la cuál se observa una gran dispersión (ver tabla 21).

TABLA 21. EDAD DE LOS ANCIANOS VARONES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60	1	2.0
65	4	8.0
68	1	2.0
69	1	2.0
70	2	4.0
72	5	10.0
73	1	2.0
74	1	2.0
75	3	6.0
76	2	4.0
78	6	12.0
79	2	4.0
80	3	6.0
81	2	4.0
82	5	10.0
83	3	6.0
84	2	4.0
85	2	4.0
86	1	2.0
88	4	8.0
TOTAL	50	100.0

En cuanto al número de visitas el 50% de los hombres de ambas Instituciones no son visitados y el otro 50% sí lo es (ver la tabla 22).

TABLA 22. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	25	50.0
1 VEZ/SEMANA	10	20.0
2 VECES/SEMANA	1	2.0
1 VEZ/MES	9	18.0
2 VECES/MES	5	10.0
TOTAL	50	100.0

Con respecto a la puntuación del inventario de Beck, el 62% de la población no presentaron depresión, mientras que el 38% sí la manifestó (ver tabla 23).

TABLA 23. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

PUNTUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	10	20.0
LIGERA DEPRESIÓN 10-15	21	42.0
LIGERA-MODERADA 16 - 19	11	22.0
MODERADA-SEVERA 20 - 29	5	10.0
SEVERA	3	6.0
TOTAL	50	100.0

MUJERES

De las mujeres, el rango de edad es de 63 a 94 años, presentando una media de 78.3 y una desviación estandar de 7.515 (ver tabla 24).

TABLA 24. EDAD DE LOS ANCIANOS MUJERES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
63	1	2.0
64	1	2.0
66	1	2.0
67	1	2.0
68	1	2.0
69	1	2.0
70	4	8.0
71	1	2.0
72	2	4.0
73	2	4.0
74	3	6.0
76	1	2.0
77	2	4.0
78	3	6.0
80	7	14.0
82	4	8.0

Continua

83	3	6.0
84	4	8.0
87	3	6.0
88	1	2.0
90	2	4.0
93	1	2.0
94	1	2.0
TOTAL	30	100.0

Por lo tanto, se puede observar que la edad de los hombres es menor a la de las mujeres.

En relación a la frecuencia de visitas, las mujeres senectas obtuvieron un porcentaje de el 68% con visitas y un 32% sin visitas (ver tabla 25).

TABLA 25. NÚMERO DE VISITAS

VISITAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 NUNCA	16	32.0
1 VEZ/SEMANA	16	32.0
2 VECES/SEMANA	1	2.0
1 VEZ/MES	14	28.0
2 VECES/MES	3	6.0
TOTAL	30	100.0

Por lo que se concluyó que, las mujeres son más visitadas que los hombres.

Con respecto a los resultados de la puntuación del inventario de Beck, el 72% no reportaron depresión y el 28% sí (ver tabla 26).

TABLA 26. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DEL BECK

CLASIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMAL 0 - 9	15	30.0
LIGERA DEPRESIÓN		
10-15	21	42.0
LIGERA-MODERADA		
16 - 19	4	8.0
MODERADA-SEVERA		
20 - 29	10	20.0
TOTAL	50	100.0

Observandose de esta manera que los hombres reportaron mayor depresión que las mujeres.

3.2. Análisis comparativo (inferencial)

Con el propósito de conocer la relación entre variables independientes (frecuencia de visitas, institución, edad), y la variable dependiente (depresión), de la población senecta de ambas instituciones, se utilizó la correlación producto momento de Pearson. Posteriormente, con la finalidad de marcar las diferencias significativas entre los grupos (Privado y Oficial) y sus interacciones con las variable independiente (sexo, institución y número de visitas) se aplicó el análisis de varianza. Correlación Producto Momento de Pearson.

En el asilo "Nuestra Sra. del Camino" se obtuvo que, a mayor depresión menor número de visitas ($r = -.29$; $p = .05$). Así mismo, se observa que el número de visitas se incrementa conforme aumenta la edad del anciano ($r = .19$; $p = .05$).

No se encontraron diferencias significativas para la edad con la calificación del inventario de Beck ($r = -.14$; $p > .05$).

Con respecto, a la Institución Oficial sólo se encontró correlación del inventario de Beck y la edad, observando que a mayor depresión mayor edad en el anciano ($r = .15$; $p = .05$) (ver tabla 27).

TABLA 27. CORRELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y VARIABLE INDEPENDIENTE

	PRIVADA		OFICIAL	
	EDAD	VISITAS	EDAD	VISITAS
BECK	-.1423	-.2949*	.1502*	.1290
EDAD		.1903*		.0961

* $p = .05$

Análisis de varianza

Con respecto al análisis de varianza, en cuanto a las diferencias por grupo, no se encontraron diferencias significativas por efectos principales, es decir, no hubo diferencias por sexos ni por institución, así como tampoco por visitas. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en 2 interacciones de primer orden.

En la primera interacción, que se encontraron diferencias marginales, fué en la interacción de las variables: sexo y número de visitas [$F = (1/92) 3.537$; $p = .06$], observando que los ancianos de género masculino que son visitados presentan mayor depresión ($X = 16.28$) conjuntamente con las mujeres que nunca son visitadas ($X = 15.38$).

La segunda interacción, se observan las diferencias conjugadas por las variables: instituciones y número de visitas [$F = (1/92) 4.444$; $p = .03$], encontrando que en la institución privada los ancianos que nunca son visitados presentan mayor depresión, ($X = 16.41$), en contraste con la institución oficial en donde presentan mayor depresión los ancianos que sí reciben visitas ($X = 15.77$) (ver tabla 28 y gráficos 1, 2, y 3).

TABLA 28. DIFERENCIAS POR GRUPOS

VARIABLE INDEPENDIENTE		\bar{X}_i	F	P
SEXO	HOMBRES	15.20	2.02	.15
	MUJERES	13.20		
INSTITUCION	PRIVADA	13.80	.31	.57
	OFICIAL	14.60		
VISITAS	SIN	14.61	.02	.87
	CON	13.92		
SEXO POR INSTITUCION			.37	.54
SEXO POR VISITAS			3.537	.06*
INSTITUCION POR VISITAS			4.444	.03**

* P = marginal

** p < .05

CAPITULO 4

Discusión y Conclusiones

Son numerosos los factores que desencadenan la depresión en la población senecta, más aún, si los ancianos se encuentran albergados en instituciones oficiales ó privadas.

En la presente investigación, se mencionó en el capítulo I, que la ancianidad ocasiona diferentes cambios Biopsicosociales principalmente en ellos.

Con respecto a lo biológico, las capacidades fisiológicas son las que empiezan a declinar más rápido que, las capacidades psicológicas, de acuerdo con la postura de Fuentes, (1978) y Fustion,(1979). Sin embargo, ante el deterioro general físico, una de las reacciones psicológicas se refiere a la imágen del cuerpo que, en la escala de la depresión de Beck (pregunta 14), se apreció claramente que la puntuación obtenida se incremento, considerándose como la forma de adaptación reflejada en una correspondiente aceptación de sí mismo; lo que constituye una característica del tipo de personalidad mal adaptada lo que desencadenan reacciones de amargura, agresividad y depresión según Richard, (1962). Lo que Helen Douish llama depresiones involutivas, acompañadas de agitación y estados paranoides, que son demostrativos de la regresión del funcionamiento fisiológico (Geist, 1977).

Para Hamilton (1977), significa un debilitamiento de los impulsos inconscientes condicionados por lo social, a causa de la jubilación, las grandes exigencias que impone el Yo, incapaz de luchar con los impulsos instintivos del ello, se traduce en sentimientos de inferioridad, inseguridad, culpabilidad ó irritabilidad; sentimientos correspondientes a los reactivos 13,8,11 y 14 de la escala del Beck, los cuáles también se ven aumentados.

De acuerdo con Erikson (1974), quién analizó la importancia de la aceptación de la vida pasada, sugiere que la aceptación de ésta, sirve de apoyo en los siguientes años de vejez,

permitiendo ser una persona sana y satisfecha, el anciano no teme a estar sólo, como tampoco no tener a sus familiares más cercanos (reactivo 4 del Beck). En ésta investigación, se observa que, la ausencia de visitas de los familiares, es un factor determinante del grado de depresión, sumado a el tipo de asilo, lo que también es un determinante para el comportamiento depresivo, dentro de la investigación éste último se incremento más en las mujeres que reciben visitas, dentro de los asilos oficiales.

Dentro de ésta aceptación de la vida pasada, es importante considerar la estructura de autoridad: patriarcal y matriarcal; en donde para la primera, el jefe de la familia es el padre el cuál decide lo que se debe hacer, sin que intervengan los demás miembros. El es quién aporta los bienes económicos al hogar; el que por tener una actividad fuera de casa, no tiene tiempo suficiente para convivir con su familia. En los hijos ésta actitud va creando un sentimiento de padre ausente, resultado de ésto es, que al estar en el asilo, las visitas familiares le ocasionan mayor depresión, si esta en un asilo privado.

En la estructura matriarcal, la madre sostiene el hogar, se encarga de la crianza y de la educación de los hijos, esto determina que al ingresar a un asilo, necesite más de visitas familiares, comprobándose la hipótesis alterna (3): las ancianas que no son visitadas por sus familiares tienen mayor nivel de depresión. El género, que es un factor de tipo sociales introyectado a través de la socialización, lo que caracteriza a la mujer como más expresiva que al hombre, a su vez, ésta característica motiva que, este rodeada ya sea de sus familiares, amigos, etc., los cuáles en el momento de internarla en un asilo desaparecen de su entorno, lo que favorece un incremento de la depresión por falta de compañía. Cuando el anciano

por la incertidumbre del lugar al que va ir, se presenta temores y esperanzas, se afirman ó rechazan prejuicios hacía la institución, se aprenden y adoptan nuevos roles. De ésta forma, como se puede ver la adaptación a un asilo depende de una serie de factores que influyen en el desarrollo de los estados depresivos en el anciano, caracterizados por sentimientos de tristeza, desaliento, soledad y aislamiento, con síntomas frecuentes de depresión como son: debilidad, anorexia, insomnio, pérdida de peso, malestar general, irritabilidad y enfermedades múltiples (Frazier y Carr, 1975). Los síntomas que se evaluarón en los 21 items de la escala de Beck, en el asilo de "Nuestra Señora del Camino" (asilo particular) demostraron que a mayor depresión, menor número de visitas, lo que comprueba la hipótesis alterna (1) Por el contrario en la institución oficial, se observo mayor depresión cuando el anciano era visitado. En éste caso llama la atención el hecho de que, el anciano a pesar de ser visitado, muestra altos grados depresivos. La vida cotidiana demuestra que la interacción lleva a una vida saludable, no obstante en el anciano esta situación repercute en la institución. Las condiciones de un asilo oficial carecen de muchas cosas, tanto materiales como afectivas que, favorecen que el anciano se deprima en la institución a pesar de ser visitado por sus familiares.

Para ampliar los resultados obtenidos en la investigación, se puede consultar las gráficas 1.2, 3 y la Tabla no. 28 en anexos y capítulo 3 respectivamente, las principales interacciones encontradas las 3 variables independientes, se conjugan para explicar como se presenta la depresión en los ancianos.

La principal conclusión a la que se puede llegar es: por sí solas las variables independientes no tienen efecto contundente sobre la depresión, pero, sí se interrelacionan, sí.

Esto lleva a las siguientes inferencias:

- a) Se encuentra mayor depresión en mujeres de los asilos oficiales a diferencia de los hombres del mismo asilo.
- b) Se observa mayor depresión en hombres del asilo particular comparativamente con las mujeres del mismo asilo.
- c) Hay mayor depresión en mujeres que no reciben visitas.
- d) La depresión se incrementa en hombres que son visitados por sus familiares.
- e) En el caso de los asilos oficiales la depresión se incrementa, cuando éstos son visitados.
- f) Por último en el asilo privado se incrementa la depresión cuando hay ausencia de visitas.

Como se puede ver la depresión es multicausal y no se puede atribuir al efecto de una variable las diferencias encontradas, sino a la interacción de las mismas.

Por lo anterior y en base a la propia experiencia con los ancianos, se puede uno percatar que en la institución privada la relación social esta más limitada, a diferencia de la institución oficial (INSEN), en donde hombres y mujeres comparten el mismo comedor, jardín y sala de televisión, además el INSEN a través de sus 5 albergues permite la entrada y la convivencia entre los ancianos albergados y los no albergados, desempeñando diferentes actividades tales como, bailar, cantar, jugar domino, cartas, clases de tejido y ejercicios corporales; actividades que permiten al anciano una mayor aceptación de sí mismo y de su identidad sexual.

Por todo lo anterior, es conveniente tratar la depresión en la población senecta y planear un tipo de estudio " antes y después ". Así mismo, se sugieren programas a corto plazo, en donde el médico evalúe, clasifique y trate al senecto con depresión. El psicólogo, deberá seleccionar el tipo de psicoterapia más apta para el anciano, así como para la familia. Esta

puede ser individual o grupal. La trabajadora social, deberá buscar familiares sustitutos a través del voluntariado, quién deberá de ser capacitado previamente. Esto tiene como finalidad proporcionar un acercamiento afectivo con el anciano carente de familiares. Por otra parte, deberá conscientizar a los familiares sobre la importancia que tiene mantener una relación estrecha con su familiar anciano. El mismo voluntariado podría programar salidas recreativas por lo menos 2 veces por semana con su familia propia o sustituta. Así mismo, deberá crear un programa de actividades por día, tomando en cuenta la motivación y capacidades residuales del anciano.

Sería interesante que el gobierno creará verdaderas fuentes de empleo para la población senecta, ya que muy poca gente valora realmente la experiencia de los ancianos, ésto traería como consecuencia un mayor número de ancianos sanos física y mentalmente, conservando así su integridad, individualidad y libertad, lo que se reflejaría en una mayor estabilidad familiar, económica y social.

Por otra parte, la falta de difusión en los medios de comunicación masiva e inclusive en las escuelas, incrementa la problemática que representa la atención adecuada a un anciano porque no estamos preparados para dar esta atención.

La creación de programas, como la adopción de ancianos, vendría a confortarlos. Las necesidades de carencia afectiva serían cubiertas. Creación de Talleres clasificados para aprovechar la experiencia acumulada de acuerdo a una evaluación previa de sus capacidades existentes, distribuido en un tiempo considerable para ellos, de tal manera que le permita tener una motivación que le ayude a desechar el concepto de inutilidad, permitiéndoles ser útiles

a sí mismos y la sociedad. Incrementar en todos los niveles escolares, la creación de labores sociales, que consistan en visitas y ayuda a los asilos por lo menos una vez a la semana, con el fin de concientizar a la gente joven del trato con su propio familiar anciano e incluso para su futura vejez.

Hacer viviendas aptas para ancianos en lugares estratégicos tomando en cuenta la ubicación, que existan áreas verdes, espacios amplios y agradables ya que, esto permitirá un mayor bienestar para ellos.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto se sugiere:

- 1.- Antes de que el anciano ingrese al asilo, éste debe tener una clara explicación del porqué de esa decisión y siempre plantearla como una mejor opción para él.
- 2.- Se deben establecer programas que fomenten la convivencia armoniosa entre los familiares y los ancianos.
- 3.- La realización de un diagnóstico al ingresar el anciano a un asilo, ya que es fundamental obtener su historia de desarrollo, las condiciones que había en su hogar y la información que permita proporcionarle un manejo adecuado dentro de la institución.
- 4.- Se requiere de personal debidamente capacitado que permita al anciano desenvolverse en un contexto adecuado.
- 5.- La ayuda terapéutica debe proporcionarse a ancianos seriamente dañados.
- 6.- Los familiares deben participar en actividades conjuntas con los ancianos para su mejor desarrollo.
- 7.- Organizarse juntas en donde los familiares se enteren del estado de salud de sus albergados, con el fin de que participen al presentarse algún problema.

- 8.- En caso de que los familiares sean renuentes a contribuir con el mejoramiento del ambiente en beneficio del anciano deberá remitirse a asesoramiento especializado.
- 9.- Deben de establecerse programas de intercambio entre las distintas personas que trabajan con los ancianos como son : los psicólogos, maestros, trabajadores sociales, médicos, etc.
- 10.- Implementarse el trabajo terapéutico, en grupos de pacientes ancianos a través de los cuáles ellos pudieran elaborar y aliviar el fracaso de sus propias experiencias.

Anexos

INVENTARIO DE BECK

En éste cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa cómo se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con un X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas la aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

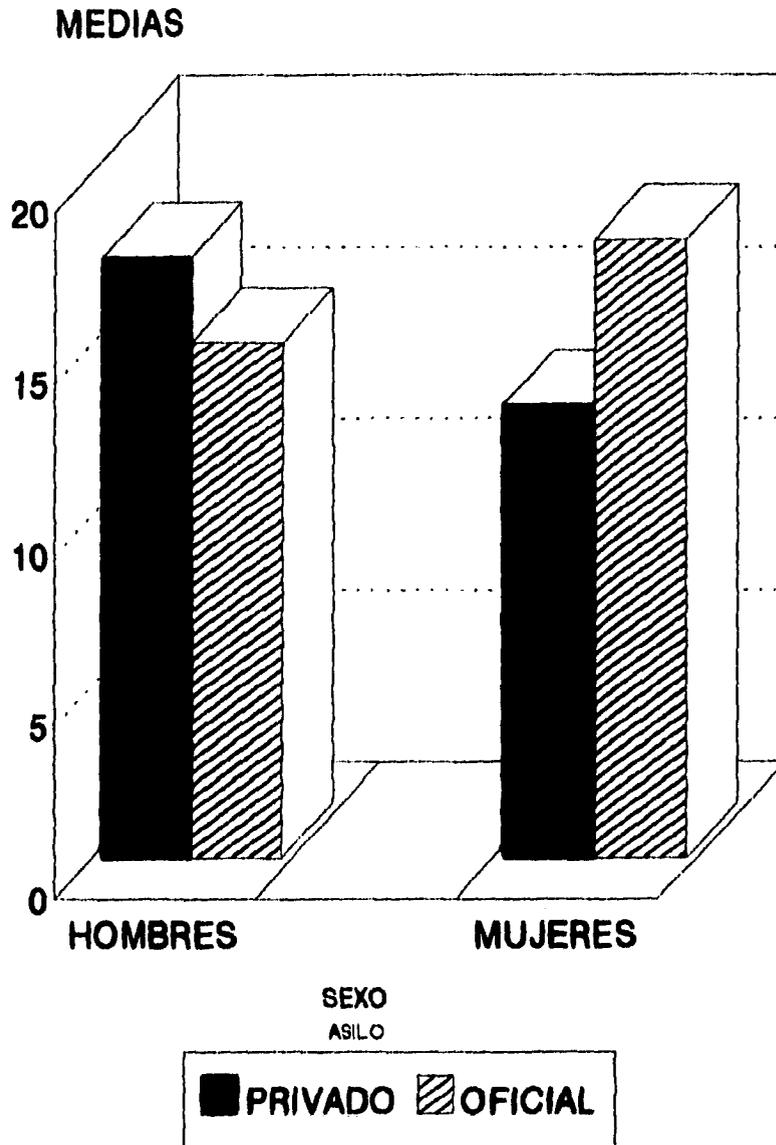
- 1) No me siento triste
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2) No me siento desanimado acerca del futuro.
 Me siento desanimado acerca del futuro.
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3) No me siento como un fracasado.
 Siento que he fracasado más que otras personas.
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4) Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
 No disfruto las cosas como antes.
 Ya no obtengo satisfacción de nada.
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5) Me siento culpable.
 En algunos momentos me siento culpable.
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6) No siento que seré castigado.
 Siento que puedo ser castigado.
 Creo que seré castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.

- 7) ___ No me siento descontento conmigo mismo.
___ Me siento descontento conmigo mismo.
___ Me siento a disgusto conmigo mismo.
___ Me odio a mí mismo.
- 8) ___ No siento que sea peor que otros.
___ Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.
___ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
___ Me culpo por lo malo que sucede.
- 9) ___ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
___ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
___ Quisiera suicidarme.
___ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10) ___ No lloro más que de costumbre.
___ Lloro más que antes.
___ Lloro todo el tiempo.
___ Podría llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- 11) ___ Ahora no estoy más irritable que antes.
___ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
___ Me siento irritado todo el tiempo.
___ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12) ___ No he perdido el interés en la gente.
___ No me interesa la gente como antes.
___ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
___ Tengo más interés en la gente que antes.
- 13) ___ Tomo decisiones tan bien como siempre.
___ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
___ Se me dificulta tomar decisiones.
___ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14) ___ No siento que me vea más feo que antes.
___ Me preocupa que me vea viejo y feo.
___ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
___ Creo que me veo horrible.
- 15) ___ Puedo trabajar tan bien como antes.
___ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
___ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
___ No puedo trabajar para nada.

- 16) ___ Duermo tan bien como antes.
___ No duermo tan bien como antes.
___ Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
___ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17) ___ No me canso más de lo habitual.
___ Me canso más fácilmente que antes.
___ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
___ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18) ___ Mi apetito es igual que siempre.
___ Mi apetito no es tan bueno como antes.
___ Casi no tengo apetito.
___ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19) ___ No he perdido peso o casi nada.
___ He perdido más de 2.5 kilos.
___ He perdido más de 5 kilos.
___ He perdido más de 7.5 kilos.
(Estoy a dieta SI NO)
- 20) ___ Mi salud no me preocupa más que antes.
___ Me preocupan molestias como : dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21) ___ Mi interés por el sexo es igual que antes.
___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
___ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
___ He perdido completamente el interés en el sexo.

DEPRESION

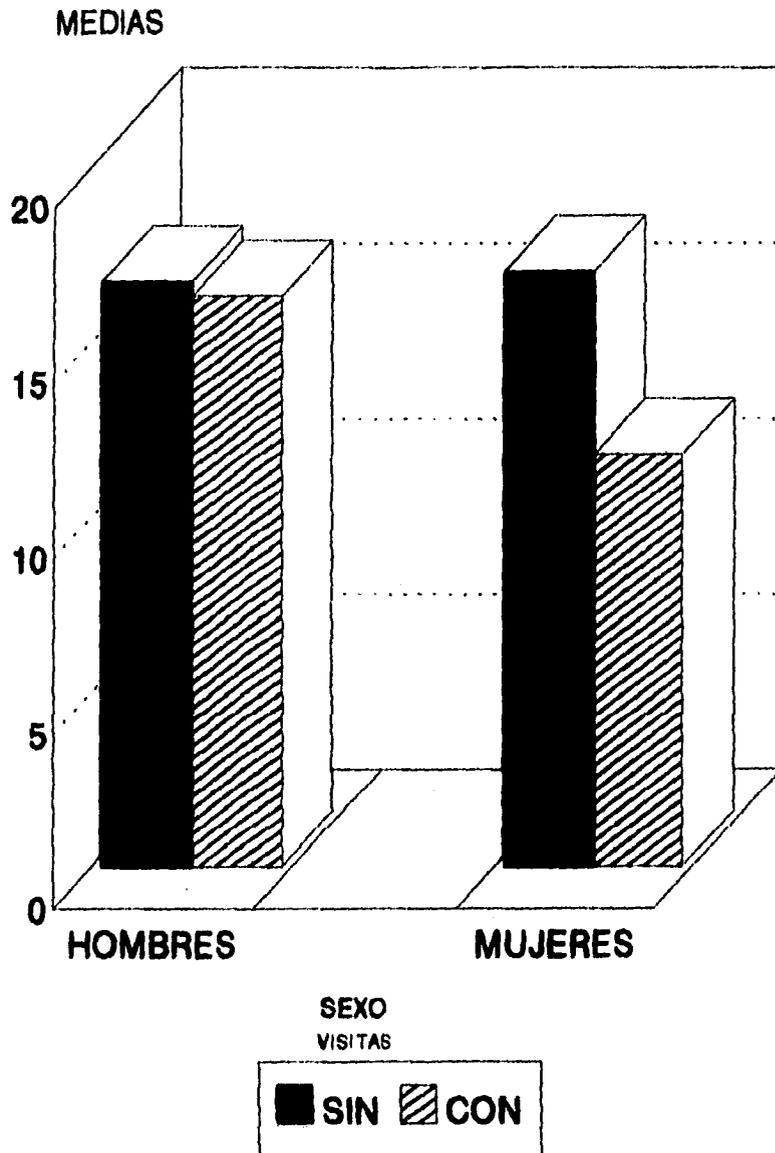
SEXO E INSTITUCION



GRAFICA 1. DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS

DEPRESION

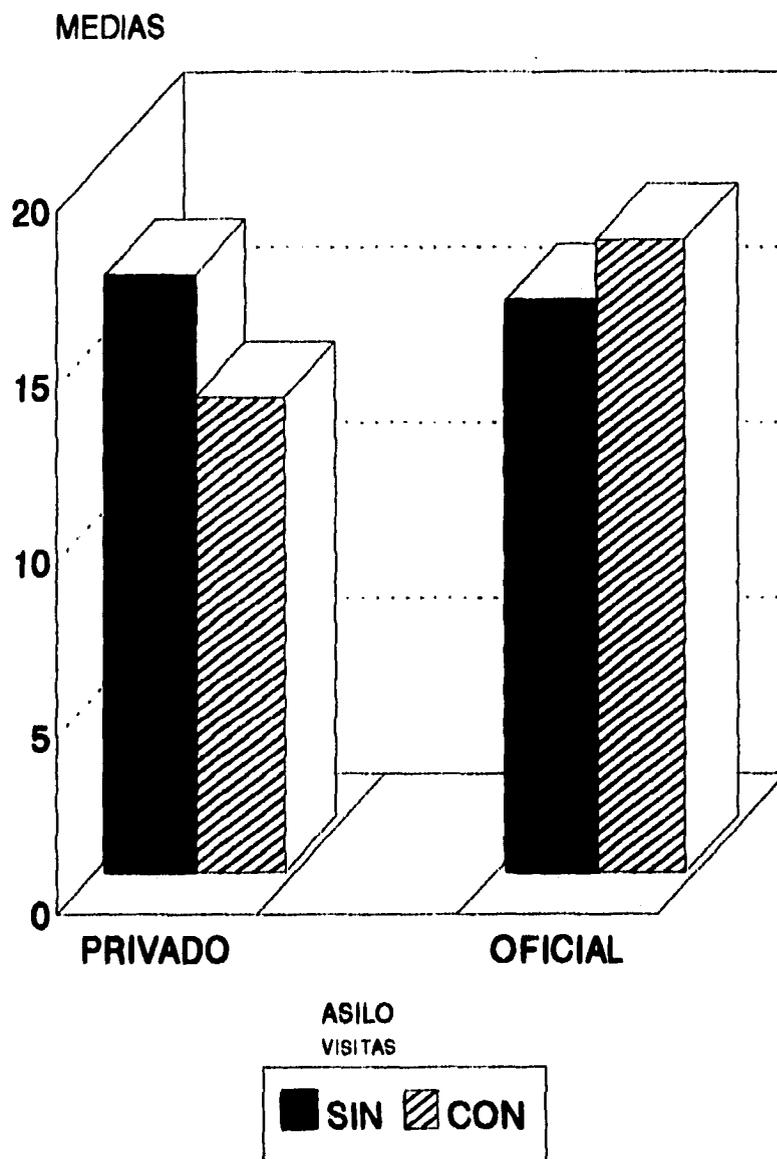
SEXO Y VISITAS



GRAFICA 2. DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS

DEPRESION

INSTITUCION Y VISITAS



GRAFICA 3. DIFERENCIAS EN LAS MEDIAS

Bibliografía

Bibliografía

- ABRAHAM, K., Citado en MENDELS La depresión, Herder, México, 1982, p. 24.
- ACKERMAN, N. W., Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Paidós, Buenos Aires, 1974, p. 36.
- AMBROSIO, BARROSE, BERTINI, BUCCOMI Fluoxetina e depressione nell' anziano" Esperienze Cliniche, "Fluoxetine and depression in the elderly" Clinical Experiences, Journal Minerva-Psichiatric; Vol. 33(3) Jul-sept. USA, 1992, pp. 185-194.
- ARIAS, G. F. Administración de recursos humanos, Trillas, México, 1981, p. 18.
- ARRIJOA, G., La anciana en el contexto familiar. Un análisis clínico, Tesis U I A, México, 1985, p. 80.
- AYUSO, J.L., (1979) Citado en CALDERON, II Seminario de asistencia social al anciano, MEXICO, DIF-INSEN, 1987, p. 24.
- BECK, A.T. y Col. (1961) Citado en GALLAGHER, D., "The Beck depression inventory and older adults. Review of its development and utility", Clinical Gerontologist, Vol. 5 (1/2), Junio, Palo Alto, Cal., 1986, p. 149-163.
- BECK, A.T. (1967) Citado en ARIETI y BENPORAD Psicoterapia de la depresión, Paidós, México, 1990, p. 120.
- BETANCOUR, (1960) Citado en BOUVOIR, S. La Vejez, Hemes, México, 1988, p. 150.
- BEUVOIR, S., LA VEJEZ, Hermes, México, 1988, pp. 94-100.
- BOUMPADRE, A., Psicoterapia en ancianos, Universidad Iberoamericana, México, 1978, pp. 115-120.
- BOURQUE, BLANCHARD, SAULNIER Y VEZINA, " L' impact des symptomes somatiques dans l' evaluation de la depression chez une population geratrique", Journal of Behaviourla Science Vol. 24 (1) Jan. Canadian, 1992, pp. 118-128
- BURTON, R. (1630) Citado en HILL, D. La depresión en la historia, MEDCOM, Nueva York, 1970, p. 9.
- BRIFFAULT (1927) Citado en ACKERMAN, N. W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Hormé, Buenos Aires, 1974, p. 36.
- CAMERON, E. (1942) Citado en CALDERON, G. Depresión, causas manifestacione y tratamiento, Trillas, México, 1989, p. 30.

- CAMERON, E. (1945) Citado en ZINBERG, N.E. Y KAUFMAN, J. Psicología normal de la vejez. Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 65.
- CALDERON, G. Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento, Trillas, México, 1989, pp. 12, 14, 16, 17.
- CASTELLON, VERDUGO Y LOLAS "Desesperanza, ideación suicida y depresión", Revista de la sociedad chilena de Psicología Clínica, Año VII. No. 10, Chile, 1988, pp. 33-36.
- CONTRERAS, E.L., "El anciano y su habitat, la Institución", II Seminario de asistencia social al anciano: La Tercera Edad, vida y dignidad, Memorias editadas por el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF), Agosto, 1979, México, pp. 30-36.
- COPPEN, ALEC, (1970) Citado en MENDELS, J., La depresión, Herder, México, 1982, p. 29.
- CUTHIL (1959) Citado en MENDELS, J., La depresión, Herder, México, 1982, p. 28.
- DE LA FUENTE, R., "Depresión" Revista de Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Vol. 7(1), México, 1984, pp. 20-24.
- DELEY y DINIKER Citados en VALLEJO-NAJERA, J., Introducción a la Psiquiatría Científico Médica DOSSAT, México, 1977, pp. 405-416.
- DEUTCH, H. Citado en HAROL GEIST, Psicología y psicopatología del envejecimiento, Paidós, Buenos Aires, 1977, p. 40.
- DIF, 1983, Ier. Seminario de asistencia social al anciano, Memorias editadas por el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) pp. 30-38.
- DUMBAR, (1957) Citado en ZINBERG, N.E. Y KAUFMAN, J., Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 15.
- DSM-III-R, (1988) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, MASSON, México, 1988, pp. 223-228.
- EATCHELOR (1957) Citado en MENDELS, J., La depresión, Herder, México, 1982, p. 18.
- ERIKSON, H. E., INFANCIA Y SOCIEDAD, Hormé, Argentina, 1974, pp. 100-115.
- ERIKSON, H.E. La adultez, Fondo de Cultura Económico, México, 1986, p. 20-40.
- ERIKSON, H.E., Citado en HAROL GEIST, Psicología y psicopatología del envejecimiento, Paidós, Buenos Aires, 1977, p. 26.

- FUENTES, A.L., "Datos demográficos del INSEN" Población mexicana mayor de 60 años para 1960, 1970, 1978, 1990, 2000, Biblioteca INSEN, México, 1971, pp. 90 - 110.
- FUENTES, A.L. y FUENTES, A.R., Salud y vejez, El Caballito, México, 1971, p. 56.
- FUENTES, A., Salud y vejez, Caballito, México, 1978, p. 58.
- FUENTES, A.L., "Problemas demográficos de la senectud en México" III Congreso de Gerontología y Gerontología.GEMAC, Biblioteca INSEN, México, 1982, pp. 30-42.
- FUSTIONI, P., La tercera edad, La Prensa Médica, Argentina, 1979, pp. 28-32.
- PRAZIER Y CARR (1975) Citados en VALLEJO - NAJERA, Introducción a la Psiquiatría, Científico Médica DOSSAT, México, 1977, p. 411.
- FREUD, S., Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico, Obras completas, Biblioteca Nueva, España, Tomo II, 1921, p. 1654.
- FREUD, S., Lo Inconsciente, el Yo y el Ello, Obras Completas, Biblioteca Nueva, España, Tomo II y III, 1915; 1923, pp.
- FREUD, S., Duelo y melancolía, Obras Completas, Biblioteca Nueva, España, Tomo II, 1917, pp. 2091-2100.
- FREUD, S., Observaciones sobre el inconsciente, Obras Completas, Biblioteca Nueva, España, Tomo III, 1922, pp. 1923 - 1940.
- FREUD, S., Citado en SCHARML, W., Psicología Clínica, Herder, Barcelona, 1977, p. 433.
- GALLAGHER, NIEL, THOMPSON, (1982) Citado en GALLAGHER, D., "The Beck depression inventory and older adults Review of its development and utility", Clinical Gerontologist, Vol. 5 (1/2), Jun., Palo Alto, Cal., 1986, pp. 149-163.
- GALLAGHER, BECKENRIDGE, ATEINMETA y THOMPSON, (1983) Citados en GALLAGHER, D., "The Beck depression inventory and older adults". Review of its development and utility, Clinical Gerontologist, Vol. 5 (1/2), Jun. Palo Alto, Cal., 1986, pp. 149-163.
- GALLAGHER, D., "The Beck depression inventory and older adults", Review of its development and utility, Clinical Gerontologist, Vol. 5 (1/2), Jun. Palo Alto, Cal., 1986, pp. 149-163.
- GOLDFARD (1955), Citado en ZINBERG y KAUFMA, Psicología normal de la vejez Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 36.

- GONZALEZ, A. J., Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y educación para la salud en el envejecimiento, Costa Amic, México, 1984, p. 416.
- GUERRA, S.R., Asilos en México, localización de lugares donde se atienden a personas de edad avanzada en el D.F. y otros, UNAM, programa universitario de computo, México, Jul. 1984, pp. 10-28.
- GRIJALBO, Diccionario práctico de la Lengua Española, Grijalbo, España, 1988.
- GROTJAHN, (1951 y 1955) Citado en ZINBERG, N. E. y KAUFMAN, Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 27.
- GROTJAHN, Citado en HAROL GEIST, Psicología y psicopatología del envejecimiento, Paidós, México, 1977, pp. 12-14.
- GRUBER, (1977) Citado en MARTIN, E, y JUNOD, J, P, Manual de Geriatría, Toca y Masson, Barcelona, 1987, p. 18.
- HALE, W.E., STEWART, R.B. "Electrocardiographic changes and cognitive impairment in the elderly" Journal of Clinical and Experimental Gerontology, Vol. 14 (2), Jun. USA, 1992, pp. 91-102.
- HAMILTON, Citado en HAROL GEIST, Psicología y psicopatología del envejecimiento, Paidós, Buenos Aires, 1977, p. 25.
- HAROL GEIST Psicología y psicopatología del envejecimiento, Paidós, México, 1977, pp. 12-14.
- HASLAM (1890) Citado en HILL, La depresión en la historia, MEDECOM, Nueva York, 1970, pp. 8-9.
- HILL, D. (1970) La Depresión en la historia, MEDECOM, Nueva York, p. 50.
- HOPLING, CH, Tratado de Psiquiatría, Interamericana, México, p. 119.
- INSEN (1988), " II. Encuentro Nacional de delegaciones estatutales del Instituto Nacional de la senectud" Profesionales de la asistencia a la vejez, INSEN, México, 1988, pp. 15-28.
- JAMES, B. y LOVEFT, S. B. "Treatment of chronic major depression and assessment across treatment and follow - up in an elderly female ", Journal Clinical Gerontologist, Vol.12 (1), USA, 1992, pp. 31-40.
- KAUFMAN, J. H., Introducción al estudio del comportamiento humano, Manual Moderno, México, p. 210.

- KAUFMAN, J. Citado en ZINBERG, N.E., Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 24.
- KELLNER, CH. H. y MONRE, R. R., " Weekly ECT geriatric depression ", Journal Convulsive Therapy, Vol. 8, USA, 1992, pp. 245-252.
- LEEDS (1960) Citado en ZINBERG, N. E., Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 20.
- MARTÍN DE LA CRUZ, (1552) Citado en HILL La depresión en la historia, MEDECOM, Nueva York, 1970, p. 8.
- MARTÍN, E. y JUNO Manual de Geriatría, Toray- Masson, Barcelona, 1987. pp. 22-24.
- MENDELS, J., La depresión, Herder, México, 1982, pp. 25-29, 50-51.
- MEERLOO (1955 y 1961) Citado en ZINBERG, N. E., Psicología normal de la vejez Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 27.
- MISHARA, B. L. y RIELE, R. C., El proceso del envejecimiento, Morato, España, 1986, pp. 20-34.
- MORENO ANGELES, Subdirector del Instituto Nacional de la Senectud I.N.S.E.N., 1994.
- MORTIMER, OSTOW La depresión psicológica de la melancolía, Altanza, Madrid, 1980, pp. 94-95.
- MCNEIL, LIBANC y JOYNER, " The effect of exercise on depressive syntoms in the moderately depressed elderly", Journal Psychology and Aging, Vol. 6(3), Sept. USA, 1991, pp. 487-488.
- NEARY, M. A., "Type of elder Impairment: Impact on caregiver burden health outcome and support", Journal Clinical Gerontologist, Vol. 13(2), USA, 1993, pp. 47-59.
- NEUGARTEN, HAVINGHURSTY y TOBIN, (1968) Citados en MISHARA y RIELEI. El proceso del envejecimiento, Morato, España, 1986, p. 41.
- NOLASCO, M., " La familia mexicana ", Revista Femenina Vol.11. No. 7, México, 1978, p. 15.
- ORIOI, A. y SEÑARES, M. Como envejecemos y porqué morimos, Diana, México, 1975, p. 175.
- PICK, S. y LOPEZ, Como investigar en ciencias sociales, Trillas, México, 1986, pp. 29-143.

--PUNER (1974) Citado en ARRIJOJA, G.G., "La anciana en el contexto familiar, un análisis clínico", Tesis UIA, México, 1985, p. 80.

--PHILIPPE PINEL (XIX) Citado en HILL, "La depresión en la historia" MEDCOM, Nueva York, 1970, p. 8.

--RUBIN, E.H., "Response to treatment of depression in the old and very old", Journal Geriatric Psychiatry and Neurology, Vol. 4(2) Apr-Jun, USA, 1991, pp. 65-70.

--RICHARD (1962) Citado en MISHARA, B., y RIEBEL, R. "El proceso del envejecimiento", Morato, España, 1986, p. 21.

--SALOMON, P. y PATCH, V. D., Manual de psiquiatría, Manual Moderno, México, 1976, pp. 32-35.

--SANTO TOMAS DE AQUINO (1225-1274) Citado en HILL, D. "La depresión en la historia", MEDCOM, Nueva York, 1970, p. 8.

--SADS, ENDICOTT y SPITZER (1978) Citado en GALLAGHER, S., "The Beck depression inventory and older adults", Review of Development and utility, Clinical Gerontologist, Vol. 5 (12) Jun. Palo Alto Ca., 1986, pp. 144-163.

--S.P.P. (1984) Citado en el X Censo General de Población y vivienda, Resumen General abreviado, "Perfil demográfico de la vejez en México" Por Eleazar Trejo O. Revista Mexicana de Gerontología, Vol. II, No. 2 Mayo-Junio, México, 1980, pp. 20-32.

--S.P.P. (1985) Instituto Nacional de estadística, geografía e información; Consejo Nacional de población: 1980-2010. "Perfil demográfico de la vejez en México", por Eleazar Trejo O. Revista Mexicana de Gerontología, Vol. II, No. 2 Mayo-Junio, México, 1987, p. 20.

--STEWART, BLASHFIELD, HALE y MOORE, "Correlates of Beck depression inventory scores in an ambulatory elderly populations: Symptoms, disease, laboratory values, and medications", Journal of Family practice, Vol. 32 (5), May, U.S.A. 1991, pp. 497-502.

--SHILDKRAUT, J. L. "Depresión", MEDCOM, Nueva York, 1970, p. 31.

--TREJO, O. E. "La vejez en México, datos y cifras", Revista Experiencia, Vol. II, No. 2, Agosto, México, 1987, p. 19.

--Universidad Autónoma de Tamaulipas, Curso introducción a la Gerontología. Introducción a la psicología del anciano, UAT, Tamaulipas, México, 1988, p. 60.

--UNAM (1984) GUERRA, S.R. "Asilos en México, localización de lugares donde se atienden a personas de edad avanzada en el D.F. y otros", UNAM, programa universitario de cómputo, México, Jul. 1984, pp. 10-28.

--VEZINA, LANDREVILLE, "Questionnaire de depression de Beck: Etude Psychometrique aupres d' une population agee francophone. (The Beck depression inventory: a Psychometric study with an elderly French-speaking population)", Journal Canadian on Aging, Vol. 10 (1) Spring, Canada, 1991, pp. 29-39.

--WAELDER (1936) Citado en ZINBERG, N. E. y KAUFMAN, J. Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 19.

--WEINBERG (1959) Citado en ZINBERG, N.E. y KAUFMAN, J. Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires, 1987, p. 25.

--WESTERMARK (1921) Citado en ACTERMAN, N. W., Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares, Hormé, Buenos Aires, 1974, p. 36.

--WEITBRECH (1964) Citado en SCHARMI, W., Psicología Clínica, Herder, Barcelona, 1977, p. 220.

--WOLTERECK, H., La vejez, segunda vida del hombre, Fondo de Cultura Económica, México, 1962, p. 25.

--ZINBERG, N.E. y KAUFMAN, J. Psicología normal de la vejez, Paidós, Buenos Aires 1978, pp. 65-75.