

302925

3  
24



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

" CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM"

**ESTUDIO COMPARATIVO DE DEPRESION  
ENTRE DOS GRUPOS DE LA TERCERA EDAD**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

PRESENTA

**MA. DEL ROSARIO AVILA HERNANDEZ**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MA. DE LOS ANGELES FIGUEROA AEYON

MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

*“A todos aquellos ancianos que sufren en esta edad, y a todos aquellos que la viven como la última etapa de la vida dando todo de sí, su experiencia, su tiempo, su entrega por los demás, sin tener temor a la muerte; eso y mucho más que me transmitieron y enseñaron, y como una señal de que algún día cada uno de nosotros llegaremos al mismo lugar y debemos estar preparados para ello.”*

- A Dios** *Que siempre has estado en mí.  
Creo en Tí y en el verdadero amor.  
Gracias por estar siempre presente en mi vida.*
- Papá** *Por el apoyo que siempre he recibido; me enseñaste a prepararme, y ahora he culminado uno de mis anhelos.  
Por el amor que siempre me has manifestado, estoy orgullosa de ti. ¡Gracias... por esta gran herencia! Te quiero, Rosy.*
- Mamá** *Me has enseñado a buscar, esforzarme y lograr lo que quiero, ser independiente como mujer.  
Por ese gran amor que me das y te doy, estoy orgullosa de ti.  
Te quiero Rosy*
- Ricardo** *Mi gran amor.  
Has logrado transformar mi vida llegando a ser plenamente uno solo, mostrándome siempre tu amor en los pequeños detalles, siendo mi aliciente, mi apoyo; hemos compartido muchas cosas, ahora te comparto esta meta.  
¡Gracias, a tí!; te comparto mi felicidad.  
TE AMO, Rosy*
- Angeles** *Eres parte de mi formación profesional, aprendí que hay que prepararnos siempre. ¡Gracias por ese gran profesionalismo que muestras!*
- Rodolfo y Marisol** *Por su gran ejemplo, apoyo, consejo y amor que siempre he recibido. Los tengo presentes en mi corazón.*

***Martha y Pedro***

*Por la gran amistad que ha crecido entre nosotros y por el cariño a Pedrín y Mariana, por sus ocurrencias y alegrías que me dan. ¡Gracias!*

***Pepe y Chepis***

*con el cariño que les tengo y por el frutito de amor llamado José Rodrigo tan chusco y ocurrente, quien me llena de alegría al oírlo reír.*

***Güicho y Lupita***

*Con el cariño que siento, y a sus pequeñines Luis Carlos y Víctor Samuel por querer ser felices y simpáticos, manifestando alegrías y cariño, disfrutando los momentos de unidad.*

***Ger y Cris***

*Por ese pedacito de carniita que formaron con el amor que hay entre ustedes: Cris, que con su ternura y sonrisa encantadora me llena de tranquilidad y paz.*

***Clau***

*Con el deseo de seguir adelante juntas, apoyándonos y encontrándonos como amigas. Te quiero.*

***A todos ellos tan importantes en mi vida,  
con todo mi cariño les dedico este trabajo.***

***Rosy***

## *Indice*

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
CAPITULO I - SENECTUD	9
1. Consideraciones generales sobre la vejez	9
2. Concepto sobre envejecimiento	14
3. Aspectos biológicos	18
4. Aspectos psicológicos	22
5. Aspectos sociales	32
6. Aspectos familiares	38
7. Situación del anciano en el asilo	40
CAPITULO II - DEPRESION	47
1. Generalidades de la depresión	47
2. Características o síntomas de la depresión	51
2.1 Estado de ánimo o afecto	51
2.2 Pensamiento	53
2.3 Conducta y aspecto	54

2.4	Trastornos somáticos	55
2.5	Reacciones de ansiedad	56
2.6	Conducta suicida	58
3.	Tipos de depresión	60
3.1	Depresión exógena	61
3.2	Depresión endógena	63
3.3	Depresión simple	64
3.4	Depresión involutiva	65
4.	La depresión en la senectud	66
	<b>METODOLOGIA</b>	<b>73</b>
1.	Justificación	73
2.	Objetivo	74
3.	Problema	74
4.	Hipótesis	75
5.	Variables	75
6.	Población	78
7.	Muestra	78
8.	Sujetos	79
9.	Instrumento	79
10.	Procedimiento	80
11.	Diseño	81
12.	Análisis de datos	81

RESULTADOS	82
CONCLUSIONES	93
BIBLIOGRAFIA	100
ANEXOS	



# Introducción

## INTRODUCCION

La vejez al igual que la juventud no tienen valor alguno en sí mismas; no son los años los que cuentan, sino su contenido.

El comienzo de uno de los periodos de transición más críticos en esta etapa del desarrollo del ser humano es *"la vejez"* en la cual se producen verdaderas crisis fisiológicas que pueden desencadenar trastornos físicos y psíquicos, nos obliga a pensar que existen múltiples factores que pueden acrecentar la aparición de trastornos psicológicos en el anciano, como son: el aislamiento y la soledad; la jubilación que les da la sensación de inutilidad y que disminuye sus ingresos económicos; el desplazamiento jerárquico dentro del núcleo familiar; la decadencia física; posibles accidentes o invalidez; y, en algunos casos, el internamiento en una casa de asistencia.

Es importante aceptar que en la vejez no se trata de vivir años sólo porque sí o porque los avances científicos modernos así lo permitan, sino de vivir una vejez con conocimiento de esta etapa, con alegría y optimismo siendo productivos, no lamentándose de cargar años y del infortunio que para algunos esto significa, terminando sus vidas en el abandono y aislamiento social donde solamente la tristeza, la soledad y la depresión pueden existir.

Dentro de los trastornos psicológicos que afectan al anciano, la depresión es una de las expresiones más comunes de angustia emocional, tanto en hombres como en las mujeres de edad avanzada, existen sentimientos de vacío interior, de que se es una persona inútil y sin valor.

Se ha llegado a un consenso general de que existe un mayor porcentaje de personas que sufren angustia emocional en la vejez que en cualquiera otra etapa de la vida adulta. No obstante, la posibilidad de recibir servicios médicos y de salud mental especializados para los ancianos no existe, o se encuentra muy limitada.

Un anciano puede sentir que su vida está destruyéndose irremisiblemente, por el sentido de desintegración que surge, algunas veces, por conflictos internos y la persona misma puede ser incapaz de expresar sus sentimientos con palabras.

Desde el punto de vista psicológico, es poca la investigación que se ha encaminado hacia el estudio de las características conductuales, motivacionales, de interacción, de producción, etc., del hombre anciano, por lo que se interesa abordar este tema, por los problemas a nivel social, económico, psicológico y familiar que padecen, en virtud de que en nuestro país, a diferencia de otros, no se han realizado muchas investigaciones al respecto.

El presente trabajo está encaminado, por un lado a proporcionar al lector una panorámica documental general acerca del anciano y sus problemas; y por otro, considero que el problema de la senectud constituye uno de los aspectos de nuestra sociedad que exige un abordaje interdisciplinario sistemático, ya que la investigación del fenómeno en su carácter biológico, psicológico y social, en comparación con el gran interés aplicado en otras áreas, es realmente escaso.

# Marco Teórico

## MARCO TEORICO

Algunos autores (*Langarica, 1987; Thomas, 1992; Fiske, 1979; Payno, 1977*) determinan que la vejez inicia a los 60 años, sin embargo, en las últimas décadas se ha impuesto que la vejez da comienzo a los 65 años y es llamada *tercera edad*.

En esta etapa el organismo humano está ya dando muestras evidentes de un proceso involutivo que se había iniciado muchos años antes, pero no podemos afirmar que en las proximidades de los 65 años se produzcan cambios somáticos críticos que vengán a condicionar las características de una nueva etapa.

El envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo y de factores ajenos a él, en donde lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación de orden biológico, psicológico o social. Por lo tanto se presenta una merma paulatina de los mecanismos homeostáticos, lo que se traduce en una vulnerabilidad creciente en el individuo, que es presa de enfermedades agudas, que se agravan con facilidad; además, algunos padecimientos aceleran la involución.

Desde el nacimiento, el ser humano debe de cubrir un proceso cíclico que lo va haciendo madurar hasta llegar a su término de la vida, que es la muerte. En ocasiones se da en diferentes etapas del ser humano, y es en la vejez en donde se da la aproximación más lenta y

cercana a ella, en donde se van a dar diferentes reacciones y situaciones que lo llevan a actuar en la vida.

Erikson (1950) ubica al adulto en dos etapas:

- 1) "*El adulto joven*" debe lograr una intimidad con los demás, de esta manera evitar caer en el aislamiento.
- 2) "*El adulto maduro*" debe mantenerse fecundo, así no deberá caer en el estancamiento.

Estas dos manifestaciones debe lograrlas, para no llegar a desintegrarse o sentirse inútiles.

Loyola (1976) denomina la senilidad como un proceso degenerativo que ocasiona disminución de la vitalidad y aumento de la vulnerabilidad en el ser viviente.

Lehr (1969) en la República Federal Alemana halló que los conflictos profesionales perduran en la edad adulta, es decir, entre los 30 y los 50 años los conflictos en el trabajo son por problemas de ascenso y progreso en la profesión; hacia los 50 años, la problemática es por tensiones entre el superior y el subordinado. De los 30 a los 70 años aumentan mucho la proporción de suicidios en el hombre, a partir de los 60 años sobre todo. Los intentos de suicidio decrecen con la edad y aumentan los suicidios consumados.

La sociedad ha insistido en clasificar a la vejez en una categoría dañina apartándola en gran medida de las continuas oportunidades que la vida en sí ofrece, cayendo muchas veces en el desplazamiento del anciano a un asilo, o a alguna institución de seguridad social, sin importarle como pueda el anciano aceptar o adaptarse a dicha institución.

Kalish (1982), dice que las mujeres viejas tienden a permanecer viudas mucho más tiempo que los hombres mayores; además, antes de enviudar, han debido estar haciendo un tiempo más o menos largo el papel de enfermeras cuidando al esposo que murió. A la infravaloración de la mujer, propia de nuestras sociedades patriarcales, deben soportar también estas mujeres la infravaloración de la vejez. En las mujeres se valora preferentemente la juventud y la belleza, características que la mujer vieja ya ha perdido o que, como es el caso de la belleza, no suele poseer. Las posibilidades de relaciones sociales y sexuales es mínima para estas mujeres.

Birren (1961), de acuerdo con otros investigadores, ubica el nacimiento de la investigación psicológica científica de la vejez en 1835 con la publicación de la obra de *Quetelet*. En sus estudios sobre el envejecimiento puso en relación los factores biológicos y los sociales, y acentuó los cambios que se producen en las diversas facultades psicológicas con la edad.

En 1922, Hall publica su obra "*Senescence; The Last Half of Life*", en la que se niega a aceptar el modelo deficitario y admite que la vejez tiene sus propias peculiaridades psicológicas.

Antiguamente se pensaba que podían ser determinados órganos del cuerpo los que controlaban el envejecimiento. Se creía, por ejemplo, que estos órganos podían ser la hipófisis o el cerebro. Hoy día sabemos que todos los órganos y partes del cuerpo están sometidos a la misma ley del envejecimiento. Existen diversas *teorías del envejecimiento*. Para algunos las células que constituyen el organismo humano irían sufriendo un proceso de desgaste a lo largo de la vida que terminaría por arruinar su capacidad funcional.

A fines del siglo XIX el promedio de vida fue de cincuenta años, en la actualidad es de sesenta o más, en especial en países desarrollados, en otros países, África y Asia, es muy bajo por las precarias condiciones de vida (*Pietro de Nicola, 1985*).

En el hombre la etapa climatérica puede vivirse en forma análoga, pero, dado que su constelación hormonal no ha sufrido ningún cambio crítico, es posible que este mismo periodo de la vida se corresponda con una mayor madurez y productividad personal e intelectual.

Es posible que tanto el hombre como la mujer intenten en esta etapa, cuando aún conservan rasgos de juventud, recuperar el tiempo perdido. Entonces se entregan frenéticamente a nuevas aventuras, generalmente con personas más jóvenes, que casi siempre terminan mal. También en este periodo parece acentuarse la incidencia de manifestaciones psicopatológicas. La *depresión*, que es la forma propia de reaccionar ante una pérdida importante, aparece en este periodo con unos caracteres peculiares. Ahora no encontramos ese apesadumbramiento y tristeza propios de la edad adulta anterior. Se trata de depresiones muy teñidas de angustia, que con desesperación



tratan de emprender ciegamente el camino que recompensará de los fracasos pasados. El hombre depresivo adulto hace duelo por el objeto amoroso perdido; el de esta etapa de la vida hace un duelo narcisista por la pérdida de su propia personalidad que, seguramente, es el objeto amoroso por excelencia.

Entre los ancianos existe un gran *rechazo* a ingresar en un *asilo* o "*residencia*". La pérdida de libertad figura en primer lugar como justificativa de un rechazo que tiene mucho de fantasía. Palmore y Maddon (1977) han puesto manifiesto que un conocimiento previo de la residencia y una actitud voluntaria respecto de su ingreso, facilitan la adaptación a su nueva forma de vida asilar. La falta de lugar en las sociedades industrializadas para los ancianos ha sido progresiva en los últimos cien años, por lo que el proceso de institucionalización parece también progresivo e irreversible.

Al hablar de los ancianos de las residencias, decimos, la mayoría de las veces, que se trata de individuos solteros o viudos, mayores de 75 años y con escasos medios económicos. El motivo de su ingreso fue por falta de integración socio familiar. Ortiz (1980) constata que todo este cúmulo de circunstancias suele conducir a estados de depresión variables. Plaza (1975) realizó una investigación entre los ancianos ingresados en residencias particulares y de beneficencia. Unos y otros coincidían en que su vida era triste, aburrida y monótona, y estaban frustrados por el tipo de vida que llevaban. Los que seguían en sus casas mostraban una forma de vida significativamente más favorable.

La organización autoritaria de estas instituciones suele chocar con el narcisismo acentuado y herido de los viejos, los cuales, si quieren

seguir viviendo allí, deben adoptar un comportamiento infantiloides, regresivo.

En la actualidad se procura cada vez más que los viejos participen democráticamente en las funciones directivas de los centros en que se encuentran ingresados. Hay que pensar que la mayoría de las personas de la tercera edad conservan bien sus aptitudes intelectuales, y su personalidad no ha sufrido tampoco cambios importantes, por lo que no parece existir ninguna razón para que sus grupos se vean privados de esas estructuras democráticas que están presentes en la mayoría de las instituciones sociales.

# Senectud

## CAPITULO I - SENECTUD

### *I. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA VEJEZ*

Al hablar del proceso de envejecimiento en el ser humano, nos estamos refiriendo a un fenómeno sumamente complejo en que suelen distinguirse para su estudio los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos.

El científico Doctor Bernard Sthreler define el envejecimiento como un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible, que se distingue por un deterioro bioquímico y fisiológico que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse en su medio interno y externo, a la detención de nuestros sistemas autorregulados y finaliza en la muerte (*González, 1984*).

En toda existencia humana hay períodos de *transición* en los cuales se producen verdaderas crisis fisiológicas, que pueden desencadenar trastornos físicos y psíquicos.

Uno de los períodos más críticos es el comienzo de la vejez. Esta edad se caracteriza por determinados trastornos orgánicos, pero lo que los agrava es el valor simbólico que revisten.

Han considerado como parámetro algunos autores para señalar que ha partir de los *60 años* es la edad en que la mayoría de las leyes

determinan el paso del hombre a la situación pasiva, a partir de esa edad lo consideraremos anciano, aunque en otros países como los Estados Unidos de Norteamérica establece los 65 años como inicio de la ancianidad.

Los estudios que se les han hecho a los ancianos encontramos que son meramente médicos; en nuestra época se ha logrado darle al anciano la importancia que merece dentro del ámbito biopsicosocial.

En el transcurso del tiempo el anciano sufre una serie de cambios y alteraciones psicobiológicas, tanto en su organismo, como en su persona, teniendo como consecuencia menor resistencia a cualquier enfermedad o situación que se pueda presentar, así como su vida psíquica va siendo lenta en sus reacciones.

*El anciano debe adaptarse a una nueva situación, la de sus limitaciones, tiene que crearse otro género de vida del que llevó hasta entonces, de acuerdo a sus condiciones, capacidades y medios. Con la edad se tiene que retirar a tiempo de las tareas, irse desprendiendo de las relaciones y actividades que sobrepasan sus fuerzas, preparar un nuevo "tiempo" de vida, que sea agradable y útil para sí y para los demás. Pero esto implica muchos sacrificios para el anciano, adaptarse a nuevas situaciones y experiencias, por eso la angustia y posterior depresión que esto les causa.*

Si el senescente durante la juventud y la edad madura logró adaptarse fácilmente al medio y vivir feliz, en general se encontrará mejor armado para resistir las vicisitudes del envejecimiento sin trastornos afectivos de mayor importancia. Por otra parte, ciertos

hechos parecen indicar que los individuos dotados intelectualmente conservan intactas sus facultades durante más tiempo que los otros.

El hacerse viejo se convierte con frecuencia en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la sociedad le plantee determinadas expectativas de comportamiento, las cuales se orientan a menudo no hacia la realidad, ni hacia las necesidades correspondientes a la salud, sino hacia las representaciones tradicionales, frecuentemente estereotipadas y que, por ello dificultan la adaptación del envejecimiento.

Esto da lugar a una progresiva incompreensión del anciano. Sería un error considerar que todas sus manifestaciones son consecuencias inexorables de su propio envejecer, muchas de ellas condicionadas por la estructura del sistema socioeconómico operante en que le ha tocado vivir.

Al avanzar la edad hay pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tiende a producir sentimientos de vulnerabilidad. Estos sentimientos a su vez crean angustia, que el individuo trata de vencer por medio de los mecanismos que desde hace mucho tiempo ha utilizado para adaptarse a la vida, a las situaciones nuevas.

En el envejecimiento se observa un retardo en la habilidad para responder a los estímulos. El aprendizaje en contextos familiares es más difícil para el anciano que para la persona adulta, y las respuestas a pruebas de inteligencia que implican un límite de tiempo son deficientes.

La condición actual del anciano, depende de los valores genéticos, del carácter y temperamento, de las enfermedades sufridas, de las experiencias, del estado socioeconómico, de sus nexos familiares y afectivos, de su soledad y posibilidades de comunicación.

El *envejecimiento* de la persona no se produce simultáneamente sobre su totalidad, sino que comienza y predomina en alguno de sus campos fenomenológicos, es decir en el cuerpo, en la mente o en la relación con el mundo exterior. El jubilado puede sentir que va envejeciendo físicamente pero conservando la sensación de estar sano mental y socialmente.

En los jubilados existe una tendencia a un retorno al pasado y el embellecimiento del mismo, también se observa en algunas personas una proyección paranoide o llega al grado de un marcado autoritarismo.

La *depresión* es el cuadro psicológico que domina prácticamente toda la patología psíquica del anciano. Toda vida se inscribe sobre el fondo de su mortalidad. En este sentido los hombres padecen o a lo sumo toleran la idea y la realidad de la muerte de una manera ineludible. Pero los hombres también producen su propia muerte, inclusive el momento y la modalidad de la misma.

Berman (1971) señala que el anciano necesita un presente y un mañana, y más que en otras edades, una filosofía de la esperanza. Ya que el hecho esencial en la vida del anciano es que su fin se aproxima, la idea de la muerte (*desaparición de sus familiares, amigos, deterioro de*

*salud, de sus limitaciones cada vez mayores)* es inevitable, le preocupa, y angustia.

Se plantea la angustia que todo ser humano experimenta ante el comienzo del período proveyo de la existencia. El miedo al envejecimiento y a la muerte, es tanto menor cuanto mayor ha sido el quantum del amor que brindó durante el decurso de su vida, a los diferentes miembros de su grupo familiar. En cambio cuanto mayor ha sido la frustración de sus vivencias mayor será su miedo a la *muerte*, porque la vivirá persecutoriamente.

Los ancianos de algún modo se enfrentan a la muerte, es decir, la viven de un modo más cercano, algunos se sienten tranquilos y satisfechos, lo que han logrado en su vida los hace sentirse útiles e integrados a la sociedad y habrá otros que sientan que están cercanos a la muerte y que ya no pueden ni pudieron hacer algo que les dé un sentido de realización, enfrentándose así, a la desesperación que da el sentir que la vida se va y se quedaron cosas sin realizar.

En otras ocasiones el envejecimiento corporal o mental puede ser compensado mediante la utilización hipománfaca de determinados roles sociales. Estos son instrumentados para lograr el prestigio ante sí mismo y ante los demás.

La *ansiedad* experimentada durante el proceso del envejecimiento puede ser muy intensa y obligar al sujeto a recurrir al empleo de mecanismos psicológicos defensivos de naturaleza agresiva, configurando los diferentes cuadros nosológicos de la Psicopatología.



El factor más angustiante es la vivencia del proceso de envejecer. Esto lo significa, la disminución de las posibilidades del logro de gratificaciones corporales, psicológicas y sociales.

Muchos de los conflictos psicológicos que aparecen en la vejez se relacionan con la marginación y la muerte, involucrada en esta marginación: muerte-social.

García Reynoso (1975) expresa, que la sociedad de la forma en que esta constituida, confunde la productividad con creatividad; es decir, no toma en cuenta la creatividad de todo hombre y sólo le interesa la productividad de su trabajo. Un hombre que ya no produce, que ha ingresado en la clase "*pasiva*" cree, porque no lo sabe, que se ha transformado en alguien inútil y que a lo sumo tiene derecho a recibir una remuneración, por lo que ha hecho. Nadie le ha dicho que posee capacidades creativas y que inclusive pueden ser incrementadas y que el ser viejo no significa no poder crear algo en la medida de sus posibilidades.

## **2. CONCEPTO SOBRE ENVEJECIMIENTO**

La *senescencia o envejecimiento* es un fenómeno ligado a la vida, desemboca tarde o temprano en el estado de la senilidad, estado deficitario que por sus manifestaciones clínicas constituye una condición patológica. Si bien es probable que exista una senescencia "*fisiológica*" es difícil captar las condiciones y los límites de la misma, y se piensa que la senilidad patológica no es más que la simple

exageración o aceleramiento de los procesos normales de la senescencia.

Nevgarten (1971) dice que la vejez no debe verse como una etapa autónoma sino como una parte del desarrollo de la vida que se ha conformado por el paso del individuo, su infancia, su adolescencia, su adultez, incluso su herencia, además de la influencia de su mundo circundante.

González (1984) propone que dentro de las características del envejecimiento hay tres puntos:

- 1.- *El es individual*: esto quiere decir que si tomamos grupos de edades, encontramos que por ejemplo los niños recién nacidos son muy similares en todas sus características; 10 jóvenes de 20 años también son muy parecidos en su aspecto físico y fisiológico; 10 personas a los 65 años son totalmente distintas. Todas las personas envejecen en forma distinta, dependiendo de diversos factores; el envejecimiento es individual.
- 2.- Los órganos no envejecen a la misma velocidad dentro de un mismo individuo.
- 3.- El envejecimiento es un proceso dinámico que empieza con la concepción y acaba con la muerte.

En el envejecimiento la apariencia del individuo se transforma y permite asignarle, con un margen de pocos años, una edad. El pelo se blanquea y es escaso, por deshidratación y como consecuencia de la

pérdida de elasticidad del tejido dérmico subyacente, la piel se arruga, se caen los dientes, la pérdida de los dientes entraña un achicamiento de la parte inferior del rostro, de modo que la nariz se alarga a causa de la atrofia de los tejidos elásticos y se acercan al mentón. La proliferación senil de la piel produce un espesamiento de los párpados superiores mientras que se forman bolsas debajo de los ojos. El labio superior se afina, el lóbulo de la oreja crece, el esqueleto también se modifica. Los discos de la columna vertebral se comprimen, la anchura de los hombros se reduce, la de la pelvis aumenta, el tórax tiende a adquirir una forma sagital. La atrofia muscular y la esclerosis de las articulaciones acarrear trastornos de la locomoción, el esqueleto sufre de osteoporosis, la sustancia compacta del hueso se vuelve esponjosa y frágil, por eso la fractura del fémur que soporta el peso del cuerpo es un accidente frecuente. El corazón se altera y pierde progresivamente sus facultades de adaptación. El sistema circulatorio presenta problemas y la circulación cerebral se hace más lenta.

Se observan dentro de los síntomas, insomnios; en lo manifiesto se presenta como un “no poder” dormir, en tanto que en lo latente se trata de un “no querer” dormir. Levin menciona que el insomnio es un mecanismo defensivo de evitación fóbica al dormir, esto es, el temor de las ansiedades ante el envejecimiento y la muerte durante las horas nocturnas.

Su miedo es a enfrentarse con la soledad interna. Para evitar esto “decide” quedarse despierto, conectarse con el mundo exterior y vigilar como un centinela para defenderse de los posibles ataques externos.

Existe una escala gradual que llega al empobrecimiento extremo de los recursos mentales que caracterizan a la demencia senil, esta se da en una gran proporción en los ancianos, en especial en los individuos que han tenido dificultades y problemas neuróticos.

La transición entre la ancianidad habitual y la demencia senil es difícil de dividir, es decir no existe una demarcación clara debido a que muchos síntomas predominan en ambos estados.

Entre la sintomatología más frecuente se observa: limitación en las ideas, alteración en la capacidad para el pensamiento abstracto, aparece cierta tendencia al aislamiento, habitualmente los sentimientos altruistas son los primeros en perderse mientras que los egoístas y egocéntricos se intensifican, es común la irritabilidad ya sea como una experiencia de las tendencias egocéntricas. Algunos ancianos se vuelven descuidados en sus hábitos de limpieza y en el vestir, pierden todo interés en su apariencia, a veces muestran tendencias a ser desconfiados, al grado de espiar a los demás. Es común que el anciano acumule dinero, objetos y tenga ideas delirantes de que le quieren robar o envenenar. Emergen síntomas depresivos persecutorios e hipocondríacos que son los medios de que se vale la personalidad para defenderse contra el miedo a morir y el miedo ante la pérdida inminente de funciones y satisfacciones.

El Dr. González Aragón (1984), hace una descripción de los cambios o alteraciones que se presentan en las diferentes etapas.

*Período de prevejez (período preclínico):* la persona madura sufrirá una serie de cambios de tipo fisiológico en su organismo, si son

aceptados de forma adecuada le permitirán pasar los otros períodos, conservando sus facultades y capacidades integrales y libres de enfermedades, es la etapa de la prevención de los trastornos de la vejez.

*Senescencia o vejez verdadera (período de tratamiento):* se presenta la mayoría de las enfermedades, se dice que son “*propias*” de la vejez, sin embargo, se puede presentar en otras edades, sólo que en los viejos tienen una expresión muy particular y una evolución especial; el curso de estos padecimientos puede modificarse en forma favorable con tratamientos adecuados.

*Senilidad o vejez-ancianidad:* los procesos patológicos o enfermedades pueden llegar al extremo irremediable, sin embargo, se puede intentar detenerlas en su progresión o bien iniciar procesos de rehabilitación.

### **3. ASPECTOS BIOLÓGICOS**

Hernández (1970) informa que la vejez, al ser decadencia biológica trae consigo una propensión a sufrir enfermedades, no es lo mismo admitir que la vejez sea en sí misma una enfermedad.

El proceso de envejecimiento en el ser humano es complejo, es importante conocer los aspectos biopsicosociales, los cambios característicos que sufre el hombre que significan generalmente una pérdida en su función, estos cambios se ven afectados en su más pronta o más tardía aparición por una gran variedad de factores que van desde factores de orden genético hasta consideraciones de orden social.

*Menciona el Doctor Fustinoni:* “existen muchas teorías sobre la vejez, la que parece más acertada y aceptada es la que considera que se origina por efecto de procesos a nivel nervioso central y vegetativo que derivan en una disminución de las reacciones nerviosas, trastornos vasomotores en la piel, en las glándulas sudoríparas, temblores involuntarios y, principalmente, rigidez mental”.

La mayoría de los cambios en las estructuras y el funcionamiento del cuerpo empiezan después de que el individuo haya llegado a la madurez biológica entre los quince y los veinticinco años. Estas transformaciones son graduales y sus efectos degenerativos se van acumulando hasta que el individuo muere como resultado de una falla en un proceso orgánico importante (*Benítez, 1979*).

Es importante tener presente al hablar de envejecimiento en su carácter biológico dos factores o aspectos que influyen en éste proceso: el factor tiempo está intrínsecamente ligado a éste y el carácter relativo que le es inherente. La vejez desde el punto de vista anterior, sería el momento en que las manifestaciones externas de la materia presentan cambios característicos a su estado original apreciables y medibles por el hombre y que significan generalmente una pérdida en su función, o como los cambios que el factor tiempo efectúa sobre la vida.

La vejez no se presenta repentinamente en un determinado momento, sino que viene desarrollándose a lo largo de la vida. Bravo W.S. (1977) considera que se empieza a envejecer en el momento del nacimiento, ciertamente la mayor velocidad de crecimiento ocurre en

las primeras etapas de la vida; se ha calculado que el 99% de la velocidad de crecimiento ocurre en la vida intrauterina

El inicio de la llamada etapa de involución o senescencia se ha situado como límite cronológico, alrededor de los 60 años, pudiéndose destacar los siguientes cambios biofisiológicos como consecuencia de la edad, según Payno M.:

- a) Deseccación gradual de los tejidos por la agrupación de electrolitos en las células de los tejidos, por tal motivo el anciano deja ver, especialmente en la cara y manos, que su piel ha perdido su tersura, se ha vuelto plegadiza y arrugada por la falta de agua en el epitelio.
- b) Atrofia Celular por degeneración, retardo gradual de la división celular, aumento de la pigmentación celular e infiltración celular de grasas. Se observa la aparición de manchas que algunas personas llaman "flor de tumba", verrugas, encanecimiento y caída constante del cabello e incremento de la velosidad en el pabellón de la oreja y cejas, las encías comienzan un proceso de retracción, los incisivos parecen alargarse, el esmalte dental comienza a destruirse.
- c) Disminución de la capacidad del organismo para producir anticuerpos o inmunizantes en los casos de infección. Al llegar a una edad avanzada el individuo empieza a manifestar diversas molestias somáticas u orgánicas y a contraer enfermedades en forma frecuente; siendo características, las

afecciones prostáticas, algunos tipos de diabetes o infarto al miocardio.

- d) Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso. Se presenta una disminución de la capacidad visual, auditiva, de emisión fonética, memoria, atención, etc. Encontrándose así que al disminuir, por ejemplo la capacidad visual, conjuntamente se presentan enfermedades oftalmológicas como cataratas y glaucoma; la voz pierde sus tonos altos, su pureza y suavidad haciéndose menos clara. Produciéndose también alteraciones en la columna vertebral debido a la relajación de la musculatura dorsal, perdiendo la persona de edad avanzada poco a poco su posición erecta mostrando una postura encorvada, existiendo en algunos casos problemas de ambulación.
- e) Retardo gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
- f) Gradual disminución de la velocidad, fuerza y resistencia a la fatiga de los reflejos.
- g) Gradual disminución de la fuerza muscular.
- h) Gradual disminución de los factores que en el joven mantienen constantes el funcionamiento interno de las células y tejidos (homeóstasis), por ejemplo el pulso es lento, alteraciones en la presión sanguínea, la curva de la temperatura en la ancianidad es demasiado variable, su metabolismo basal es bajo, por ello frecuentemente tienen frío.



Sin embargo debe aclararse que tales cambios biofisiológicos se ven afectados en su más pronta o más tardía aparición por una gran diversidad de factores que van desde factores de orden genético hasta consideraciones de orden social.

El doctor Miguel Mosqueira declara a su vez que el cerebro es uno de los órganos que envejece más lentamente; el pensamiento conceptual, como la capacidad de raciocinio, no sufren con la vejez, siempre claro está que el individuo haya seguido cultivándose.

Para el desarrollo del cerebro se necesita mucho tiempo, cuando termina el crecimiento del cerebro, el del encéfalo aún persiste, se necesita de mucho tiempo o decenios para llegar a una madurez y sólo cuando todos los órganos nobles han caído en una verdadera regresión, el encéfalo empieza a senilizarse. Hacia los 80 años los volúmenes musculares habrán disminuido hasta la mitad, no así, por los menos en esa proporción, el cerebro. Por lo tanto la inteligencia y la capacidad creadora no se deterioran con la rapidez de los otros órganos. Aún más, un cerebro entrenado funciona tanto mejor y se conserva más tiempo cuanto más intensa sea su actividad.

#### **4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

El enfrentamiento a la vejez es un proceso psíquico y hay que aprender a combatirlo con pensamientos optimistas desde el comienzo (*Motlis, 1985*).

Las personas de edad avanzada son capaces de soportar grandes cambios degenerativos en las estructuras del sistema nervioso central, sin que por ello se altere su conducta, siempre y cuando su ambiente cultural siga estimulándolos adecuadamente. En el momento en que el modo de vida de un anciano sufre un cambio radical o brusco, como la muerte de un cónyuge, la jubilación del empleo, el internamiento en un hospital, el individuo comenzará a decaer irremisiblemente (*Miatelli, 1978*).

La mayor parte de los estudios en el campo psicológico, demuestran que las personas de edad avanzada, son menos extrovertidos, y se muestran más indiferentes a los estímulos emocionales, y a medida que el individuo envejece se exageran los rasgos característicos de su personalidad.

Cowdry (1962) en su libro "El cuidado del paciente Geriátrico", sostiene que "una actividad fisiológica intensa, junto con interés profundo prolonga apreciablemente la etapa degenerativa propia de la edad avanzada".

Es común que los ancianos reaccionen con una postura conservadora y rígida.

Cuando se adapta a su nuevo género de vida han de tener en cuenta su estado orgánico, su capacidad mental y las posibilidades que le ofrece la sociedad, esforzándose en colaborar con las nuevas generaciones.

Miatello (1978), hace referencia a algunos factores de la psicología del anciano:

- 1.- El anciano ya no es en el hogar objeto de respeto y cariño que anteriormente se tributaba al abuelo.
- 2.- La jubilación indiscriminada reduce a la inactividad a ancianos con capacidad de laborar.
- 3.- La inactividad forzada produce en el anciano bien conservado un sentimiento de frustración y vulnerabilidad de las funciones psíquicas.
- 4.- El rápido incremento de los trastornos psíquicos en el anciano se debe a estos factores sociológicos:
  - \* La situación de aislamiento, la soledad afectiva,
  - \* La subestimación social, la inactividad profesional, y
  - \* La inseguridad económica.

No son tanto las circunstancias las que modifican las vivencias, y el comportamiento del individuo, sino cómo el percibe, experimenta y asume el papel que le toca vivir en su momento, como el factor de unidad familiar al ser abuelo, maestro y guía de quién le reemplazará en el trabajo, promotor de actitudes diversas acordes a su etapa de desarrollo.

Es importante insistir en que una de las grandes compensaciones a las pérdidas que va causando el envejecimiento, es el adquirir conocimientos y capacidad porque si dejamos de aprender, si dejamos de interesarnos, entonces sí se envejece más rápidamente.

El envejecimiento psicológico conlleva cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades cognitivas tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria. Generalmente se cree que los cambios biológicos primarios son la fuente de las modificaciones de las funciones psicológicas, aunque el papel de los factores psicológicos y sociológicos también debería considerarse (*Birren, 1959*).

En el plano psicológico, el papel de la experiencia previa puede mitigar o exagerar los cambios influenciados biológicamente. En situaciones de aprendizaje complejas, por ejemplo, una persona de edad puede ser capaz de aprovechar el aprendizaje previo o puede experimentar dificultades a causa de la interferencia del mismo.

Como ocurre con las teorías biológicas, también es importante distinguir entre cambios primarios y secundarios. Aunque se cree a menudo que el deterioro intelectual severo asociado con la demencia senil es típico de la edad avanzada, las enfermedades que producen demencia afectan en realidad sólo a una pequeña parte de la población. En ausencia de demencia, los cambios psicológicos son mucho menos pronunciados y existen incluso posibilidades de mejorar funciones en algunas áreas. Las personas con una salud óptima muestran una mínima cantidad de cambios, mientras que aquellos individuos con, incluso, grados mínimos de enfermedad presentan déficit algo mayores (*Birren, Butler, Greenhouse, Sokoloff y Tarrow, 1963*).

Desde el punto de vista psíquico, el debilitamiento global de las actividades intelectuales es lo que más llama la atención en el viejo. En general, se trata de un proceso lento, salvo que una enfermedad intercurrente lo acelere. Sin embargo, debe tenerse presente todavía no

ha sido posible correlacionar exactamente los cambios psicológicos de las personas de edad.

Erikson (1950) elaboró la teoría epigenética del ciclo vital de ocho etapas que se basa en el desarrollo psicosocial del hombre, y se apoya, como una referencia en la teoría psicosexual de S. Freud. Cada fase lleva a una crisis y a dos alternativas de solución, una adaptativa y la otra desadaptativa.

De acuerdo a como se pasen las siete etapas anteriores del desarrollo, será como se viva esta octava etapa que va desde la madurez, hasta la vejez. La solución positiva de la última etapa de la vida es la *"integridad de yo"* y la alternativa opuesta será la *"desesperación"*.

Describe la *integridad del yo* como la aceptación del propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que no permitirá sustitución alguna. *"Es tener un sentido de vida a través del propio estilo de vida que contenga una estructura moral y racional"*. Es ser creativo.

La falta o pérdida de esta integridad yoica acumulada se expresa en el temor a la muerte: donde no se acepta el único ciclo de vida como lo esencial de la vida. La desesperación se expresa como el sentimiento de que ahora el tiempo es corto, muy corto como para probar otra nueva vida y para intentar caminos alternativos hacia la integridad. El malestar consigo mismo oculta desesperación (Erikson, 1976).

Los autores S. Levin y R. J. Kahana (1973), en un estudio sobre los procesos psicológicos de la vejez, refiriéndose a la relación entre creatividad y declinación en el período de vejez, dicen que las “*capacidades ejercidas durante nuestros años adultos* (vocabulario, capacidad de comprensión, etc.), *no declinan con el transcurso del tiempo, e inclusive, pueden aumentar*”. Otro de los autores que ellos analizan, Clague, llegó a la conclusión de que en general, la capacidad profesional y productiva entre los científicos de sólida formación no comienza a declinar antes de los sesenta años.

La vejez es una de las etapas más difíciles dentro del desarrollo humano y su vivencia una de las más angustiantes e impactantes para algunas personas, presentando como consecuencia de ello síntomas hipocondríacos y regresivos, emergiendo conductas egocéntricas como medio para exigir la atención de las personas que les rodean y de ésta forma aligerar sus tensiones.

El deterioro de la personalidad que está íntimamente ligado a las actividades psicosociales se caracteriza por el gradual decremento de las facultades intelectuales, físicas, psicológicas y sociales de una persona como consecuencia del envejecimiento; observándose diferencias individuales entre ellos. Este decremento facultativo que se opera en la esfera intelectual y perceptiva habrá de reflejarse a un nivel superior de integración, al nivel de la personalidad del individuo tanto en su fase interna (*autoimagen, sentimientos, actitudes*), como externa o de conducta adaptativa al medio.

Para Adler (1956) es necesaria una educación cultural temprana para favorecer la transición a la vejez. Desarrollar la independencia y la

perseverancia en el anciano, son logros de difícil alcance sin esa previa educación que requiere de mayores esfuerzos, hasta que el anciano se dé cuenta de lo ventajoso que resulta ese cambio de comportamiento.

Lehr (1980) en su teoría de la actividad nos dice que una persona sólo es feliz y se siente satisfecha si es activa, cuando produce algún rendimiento y es útil a otras personas. Por el contrario, aquella que no es útil, ya que no desempeña función alguna en la sociedad se muestra desgraciada y descontenta.

Burdach (1819) dice: "que las susceptibilidades del hombre anciano disminuyen, tanto en la cantidad, como en la intensidad y es indiferente a muchas cosas que le interesaban profundamente en años anteriores. Sus emociones son más calmadas y menos frecuentes, su poder de asimilación de nuevas ideas y de hacer cosas desacostumbradas está disminuido, olvida con facilidad la experiencia reciente o lo que él mismo ha dicho o hecho. Pensar en algo le toma más tiempo y, al igual que su poder de asimilación, también disminuye su productividad intelectual. Las creaciones nuevas y substanciales que exigen raptos exaltados de la imaginación ya no se producen, y a pesar de que hay ancianos que han creado obras intelectuales de gran perfección, éstas son en parte el resultado de deliberaciones y juicios madurados, antes que la imaginación creadora".

Como ya se mencionó anteriormente existen alteraciones, de la memoria principalmente, para los acontecimientos recientes más que para los remotos. Otras características psicológicas normales en el anciano constituyen la disminución del interés y la incapacidad para aceptar ideas nuevas y cambios; observándose además dificultad para

fijar su atención, disminución gradual y paulatina de la agudeza visual y auditiva; decremento de la curiosidad intelectual, del dinamismo y la iniciativa; presentándose en algunas ocasiones un estado de irritabilidad e impaciencia. Su imaginación es menos viva, es más sensible a la fatiga encontrándose su potencialidad de trabajo disminuido, siendo el esfuerzo más difícil de sostener.

Es sabido que la memoria pierde su poder para los sucesos recientes, conservando el recuerdo de los hechos pretéritos, lo que hace que el anciano viva en el pasado, a medida que sus células nerviosas cerebrales van perdiendo el poder de captación de nuevas imágenes. En casos patológicos llega a no tener conciencia del tiempo transcurrido y de la orientación, de ahí que se dé frecuentemente el caso de ancianos que vagan desorientados por las calles, que han olvidado su domicilio y hasta el motivo que los impulsó a dejar su casa. A pesar de ello, pueden conservar durante mucho tiempo el recuerdo de su vida anterior e inclusive de sus aptitudes.

También se ha podido comprobar que la inteligencia en sujetos normales de edad avanzada, es tanto mejor cuanto más intensamente ha trabajado su intelecto en la juventud y en sus años medios. En promedio, los hombres cultos están menos amenazados por el empobrecimiento intelectual en la vejez que los incultos. Por esta razón, hasta ahora el hombre ha tenido más oportunidades que la mujer para conservar vivacidad intelectual en la vejez. Hasta los sesenta años, la curva de rendimiento intelectual puede subir, pero entre los 60 y los 70 años es posible observar los primeros síntomas de declinación intelectual en el individuo promedio.



La capacidad de aprender y razonar, dos instrumentos valiosos durante la juventud, se vuelven notoriamente ineficaces a medida que pasa el tiempo. El deterioro es más notable cuando la persona de edad trata de aprender nuevos hábitos, los cuales requieren olvidarse de los ya conocidos, modificarlos o integrarlos con los nuevos. Los adultos de edad avanzada están muy conscientes de su menor capacidad de aprendizaje y lo demuestran por su actitud cautelosa frente a situaciones que les impone aprender algo nuevo.

En la edad avanzada, los defectos propios de los órganos de los sentidos contribuyen a crear una incapacidad para organizar debidamente los datos sensoriales que se reciben. Se ha demostrado que el factor principal de dicho deterioro consiste en defectos de organización dentro del sistema nervioso central, a nivel de las estructuras encargadas de la percepción. Las personas ancianas tienen muy poca energía mental para enfrentar a todos los estímulos que vienen del exterior; en consecuencia, bloquean inconscientemente algunos de ellos y atienden sólo a los emocionalmente importantes.

Conforme se avanza en el proceso de envejecimiento, se observa otra serie más definida de alteraciones psíquicas notables como por ejemplo: pérdida de la fluidez mental expresada a través de la detención del pensamiento; dificultad de adquisiciones nuevas; tendencia a la repetición; modificaciones de la afectividad; hipersensibilidad en sus relaciones interpersonales. La conducta adaptativa al medio es por lo tanto, problemática.

Un estilo de vida activo donde los ingresos sean razonables, con un nivel alto en educación y con la oportunidad de continuar con un empleo son indicadores para tener satisfacción por la vida.

Asimismo el no considerar *la vejez* como una etapa terrible, monótona y aburrida, ya que son más felices los ancianos cuando se encuentran provistos de conocimientos, ideas y experiencias exitosas anteriores.

La conciencia de estar integrado en la sociedad, saber que se es alguien, que se es útil, proporciona un sentimiento de gran seguridad.

Sin embargo, no se les brindan oportunidades ya que muchas veces se ven obligados a adaptarse angustiosamente a un nuevo estilo de vida.

Cuando las personas de edad avanzada se retiran de sus actividades habituales, de manera forzada o voluntaria, cuando se ven afectados en su salud, cuando presentan carencias económicas y su status social se ve afectado, sufriendo a la vez pérdidas de seres queridos y amistades o cuando tienen que cambiar de residencia, se observa que todos estos factores van desencadenando, soledad, aislamiento, depresión, abandono, amargura, etc.

Esta actitud se va incrementando por el comportamiento de los demás y de la propia sociedad que van orillando a las personas hacia la segregación.

Erikson y Sullivan (1978) mencionan que a través de mecanismos anteriormente probados por el individuo y que han resultado ser útiles para el control de los estímulos del medio y para proteger la integridad de su Yo, todo individuo tiende a reducir o evitar la tensión que proviene del medio ambiente. También comentan que si el desarrollo de la personalidad ha seguido un curso sano, el sujeto vivirá su vejez con un cierto grado de angustia positiva o generadora de acción que le permitirá tener un adecuado contacto con la realidad. En cambio si el individuo está formado por una personalidad fragmentada, la etapa de la vejez, constituirá un motivo para expresar su conflictiva no resuelta en etapas anteriores, viéndose en ocasiones acentuada dicha conflictiva por las condiciones sociales que prevalecen.

Existen otro tipo de alteraciones mentales más profundas que convergen con la vejez como por ejemplo: psicosis con trastornos de la afectividad, parafrenias, estados delirantes, psicosis arterioesclerótica, demencia senil, demencias preseniles primarias y seniles secundarias, etc.

## **5. ASPECTOS SOCIALES**

Los factores sociológicos incluyen las normas y expectativas de la edad y especialmente la oportunidad de una interacción social significativa. Aunque muchos estudios actuales son descriptivos, es decir, demuestran la existencia de diferencias relacionadas con la edad, es posible utilizar paradigmas de investigación experimental para probar hipótesis sobre causas biológicas, psicológicas o sociales (Kausler, 1982).

Socialmente hablando el hombre ha logrado delimitar al anciano con la edad de 60 años y laboralmente debe jubilarse, ya no existen trabajos para ellos, sin tener en cuenta dentro de su disminución física hay un gran intelecto lleno de experiencia laboral la cual puede transmitir a los jóvenes para futuros puestos, es una oportunidad que se les debería dar.

Los objetivos para cualquier sector de la población y en particular para la población anciana, son los de mantener una vida digna y socialmente independiente. La independencia social e individual se logra de alguna manera, con un nivel económico suficiente, una vivienda adecuada, y un estado físico satisfactorio.

Perlado, en 1980, menciona que el viejo se enfrenta a situaciones nuevas y debe adaptarse a ellas, como:

- a) la jubilación.
- b) la disminución de recursos económicos.
- c) el descenso de facultades físicas.
- d) alteraciones psicológicas.
- e) la pérdida progresiva de seres queridos.
- f) la aparición de patología múltiple.

No es difícil aceptar el proceso de envejecimiento, son las implicaciones de el "envejecimiento sociogénico" es decir, es la sociedad la que impone cierto papel a las personas que llegan a la tercera edad, a esta edad se les jubila, son inútiles y tienen una situación económica

problemática, al encasillarlos se les deja ver como inservibles para cualquier labor tanto social como familiar.

La *jubilación* es un nuevo status social. Una vez pasados los años de trabajo productivo, los jubilados son considerados miembros dependientes de la sociedad, a la que tienen poco que ofrecer, se dice que la jubilación significa para todos un stress manifiesto. Mientras para muchas personas la pérdida de la ocupación laboral es agobiante, para quienes han luchado con precaria salud hasta los últimos años, la jubilación llega como un deseado alivio.

Es importante que los jubilados encuentren formas agradables de llenar el ocio y de esta manera no quedar privados de actividades; asimismo vemos que el monto de las pensiones es exiguo y no se toma en cuenta los procesos inflacionarios ni el aumento en el costo de la vida.

Las investigaciones sobre el envejecimiento físico durante años han permanecido relegadas porque nuestra cultura consideraba el envejecimiento como algo natural, y porque al contrario que las civilizaciones campesinas tradicionales, se empeñaba en acentuar sus caracteres mediante la minusvaloración y la segregación de los ancianos, si a esto aunamos constantes pérdidas afectivas como la muerte del cónyuge, amigos, el casamiento de los hijos, cambio de residencia; se llega a ver que el anciano experimenta un amargo pesimismo y angustia ante la vida.

El verdadero viacrucis de ser mayor consiste en verse excluido de una comunidad ciudadana que tradicionalmente se ha venido

cimentando en el trabajo. Se trata de una desocupación degradante, improductiva, en la que ya nadie requiere la contribución de las personas afectadas, a quienes, por tanto, se les arrincona como ciudadanos acabados y desprovistos de toda utilidad pública, al mismo tiempo que se les adoctrina para que se aparten del mundo y se dediquen a jugar hasta que la muerte venga a recogerlos.

En el aspecto *sociológico* de la vejez, es importante tomar en cuenta que todo individuo es producto de su sociedad y su cultura. Siendo la problemática que enfrenta ésta población consecuencia de las características de su sociedad.

Para ubicar la realidad y sentido de la vejez es indispensable observar el lugar que se le asigna a los ancianos y qué representación tienen en la sociedad actual así, tenemos que para los sociólogos constituyen un grupo minoritario que es definido en términos de su adaptación social; los antropólogos los consideran como portadores de cultura y tradición; para los economistas son un grupo marginado de las fuentes de trabajo, etc.

Actualmente en las sociedades modernas principalmente capitalistas, empiezan a manifestarse serios problemas en el sentido de que para que un sistema social pueda funcionar debe estar en posibilidades de proveer condición y seguridad social a sus integrantes.

En algunos países altamente industrializados, las personas de más edad reciben una mayor participación de los recursos y gozan de más respeto, por ejemplo en Japón, donde según Erdman Palmore (1975) "el nivel de empleo de las personas mayores es más elevado que en

otras naciones industrializadas: la mayor parte de los que dejan de trabajar, lo hacen por voluntad propia o por razones de salud, más que ser forzados a salir del trabajo, por jubilación obligatoria, o algún otro tipo de discriminación... El nivel social de los japoneses ancianos... Es substancialmente más elevado que el de los viejos de otros países industrializados... Japón muestra que una tradición de respeto por los viejos puede mantener su nivel e integración relativamente elevados, a pesar de la industrialización”.

En otro tipo de sociedades modernas se encuentran cubiertas muchas necesidades materiales, sin embargo, las psicológicas se han visto menguadas, tales como la condición y sentimiento de utilidad social, el orgullo por el trabajo, etc.

Cházaro L. R. (1976) nos dice que en México influyen la extensión geográfica, la estructura poblacional y demográfica, la situación política y económica, para dar como resultado una atomización de grupos sociales con marcos de referencia y evolución muy distintos entre sí. Esto da como resultado que existan desde individuos aislados y desprotegidos que carecen de lo esencial, hasta organizaciones que aseguran una vejez digna y tranquila para aquellos que alcanzaron esta etapa de su vida.

El anciano al jubilarse, probablemente siente que es un estorbo dentro de la familia y la sociedad, trayendo como consecuencia que a medida que pasa el tiempo, vaya tomando una actitud pasiva y poco sociable, cayendo en una dependencia total; agudizándose éste estado cuando existen problemas de salud, descando en ocasiones la muerte. Si al principio se entretenía con otro tipo de actividad como la pintura,

música, viajes, etc. que antes le agradaba realizar, termina por abandonarlos.

No todos los jubilados permanecen inactivos; muchos continúan activos en áreas relacionadas con sus preferencias o aficiones, otros cultivan nuevas actividades o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar. Cuando a pesar de la edad que tenga la persona se siente útil a su familia y a la sociedad, tolera mejor la adversidad, la enfermedad y todas aquellas contingencias de la vida.

Aquellas personas que rebasan los 60 años “necesitan la oportunidad de trabajar y de vivir confortablemente, porque los programas del Seguro Social y de las pensiones son en sí inadecuados. El problema central del envejecer fisiológico, radica en la dificultad de conciliar el mundo, edificado a todo lo que es lo largo de una vida con nuevos modos de pensar y de vivir que tienen las generaciones más jóvenes. Esto da lugar a una progresiva incompreensión del anciano y otros grupos de edades diferentes. Sería un error considerar que todas sus manifestaciones son consecuencias inexorables de su propio envejecer, muchas de ellas condicionadas por la estructura del sistema socioeconómico operante en que le ha tocado vivir. Es esta estructura la que hace de los viejos un desventurado conjunto que estorba y es inútil. Son las pautas de los status sociales, familiares y laborales que los sitúan al margen de toda posibilidad de función y productividad”; esto lo comenta Cházaro Lara (1976).

En nuestra época los avances de la ciencia han logrado que las personas de edad gocen de mejor salud que antes, conservándose con energía más tiempo, con lo cual su falta de actividad pesa aún más.



Según los Gerontólogos, vivir en buen estado físico, pero sin ninguna actividad, es psicológica y socialmente poco deseable.

## **6. ASPECTOS FAMILIARES**

Todo ser humano encuentra en la familia las posibilidades de crecer, realizarse y ser feliz, dependiendo esto de que tan dispuesto esta cada quien a ser una fuerza positiva en la consecución del bienestar de quienes están comprometidos en la diaria convivencia, donde es necesario desempeñar el papel que a cada uno corresponde, aceptando que todos son necesarios en ese constante preparar de generaciones para continuar el proceso integrador de la sociedad, compartiendo todo: dudas, temores, afanes y esperanzas.

En una familia como la descrita, el anciano encontrará algo más que satisfacer sus necesidades de abrigo y alimento encontrará contactos afectivos significativos, es decir, contactos que dejan actitudes, conductas y sentimientos profundos, trascendentes y perdurables donde él, sus parientes y amigos encuentran “la incomparable felicidad de envejecer juntos” (*Tournier, 1973*).

S. Bravo (1977) comenta la importancia que tiene el anciano en vivir en un lugar cómodo, de acuerdo a todas sus necesidades que representa para esa edad, ya que la mayor parte del tiempo la pasa en su casa o con sus familiares, y ésta será el reflejo de la manera de ser, de vivir, de pensar y de crear, el 50% de ancianos tienen casa propia, el 35% tienen que rentarla, y el 25% viven en vecindades una tras otra.

Tan sólo un 0.3% vive en asilos o pensiones en México, y hasta un 5% como en Uruguay.

Los ancianos que viven fuera de la capital y tienen que mudarse a ella por diversas circunstancias, ajenas a su voluntad, no logran adaptarse, perdiendo el sentido del espacio, de su libertad, de su independencia, ya que todo a su alrededor es cemento; no son viviendas adecuadas a su vida ni a su momento; esto conlleva a que, entre el 10% y el 15% de los ancianos, acaban viviendo fuera de sus familias, siendo la soledad y la pobreza el factor principal de sus vidas, es entonces, cuando aparecen los asilos como una solución a su problema de vivienda únicamente.

Ackerman, en 1974, afirma que la constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un continuo proceso de evolución. La forma de la fase amolda a las condiciones de vida que dominan un lugar y tiempo determinados. No hay nada fijo e inmutable en la familia excepto que está siempre con nosotros.

La familia se ha hecho cargo de las funciones de proteger y socializar a sus miembros como respuesta a las necesidades de la cultura en ese sentido de familia sirve a dos objetivos distintos. Uno es interno - *la protección psicosocial de sus miembros* - el otro externo - *la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura* -. Es decir, que es un producto de la evolución de la familia, ya que es una unidad flexible, que se adapta fácilmente a las influencias, que tanto dentro y fuera afectan.

Las relaciones familiares van modulando las fuerzas emocionales y facilitando o inhibiendo algunos canales de desahogo emocional, alienta algunos impulsos individuales y subordina otros.

De igual manera estructura y proporciona la seguridad, el placer y la autorrealización; moldea el sentido de responsabilidad que debe tener el individuo por el bienestar de los otros y proporciona modelos de éxitos y fracaso en la actuación personal y social (Soler, 1979).

## **7. SITUACION DEL ANCIANO EN EL ASILO**

Las personas de edad avanzada se enfrentan a una situación que los lleva a cambiar de vivienda, ya sea porque son jubilados o pensionados, provocando, en ocasiones, deshabitar la vivienda que pertenece a la compañía donde laboraron. A veces se les indemniza económicamente, pero no deja de provocar el cambio de morada a un nuevo entorno familiar y de vecinos.

En México, se considera un 10% de ancianos que se encuentran internados en asilos o en casas de reposo (Mercado, 1982).

La *función de los asilos o instituciones* es atender al anciano que se encuentra con pocos recursos; con alguna enfermedad; con la incapacidad de cuidarse a si mismo o con la necesidad de encontrar un espacio con quien vivir; ya que en muchos de los casos son internados por sus familiares, ya que representan para ellos una carga difícil de mantener (Bravo, 1978).

Goffman, en 1972, utiliza cuatro características para la clasificación de una institución total:

**\*\* Primero**, todas las actividades se llevan a cabo en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.

**\*\* Segundo**, cada etapa de las actividades diarias de los residentes se realizan en la compañía inmediata de una gran cantidad de otros, los cuales son tratados en forma similar y se les pide hacer la misma cosa juntos.

**\*\* Tercero**, todas las fases de las actividades diarias están estrictamente programadas y la secuencia entera de actividades muestra desde arriba por un sistema de reglas formales explícitas.

**\*\* Cuarto**, las distintas actividades obligatorias se integran en un plan racional único, diseñado para satisfacer los propósitos de la institución.

Goffman (1961) define a la institución total donde los internos pasan todo el tiempo en ésta, con pocas oportunidades de salir a un ambiente que pueda restablecer el sentido de su identidad individual; aunque proporciona parte de la seguridad necesaria para sobrevivir, también debilita la seguridad psicológica, poniendo muchas cosas fuera del control del individuo.

1

Lehr (1980) nos dice que se ha encontrado que los hombres temen someterse al reglamento estricto de estas instituciones y por tanto, la renuncia a la libertad personal; motivo que parece ser menos

relevante para las mujeres, ya que para estas, el motivo principal de su oposición radica en la temida "masificación, y a perder su género de actividad"; por otro lado, renuncian de mala gana a su domicilio, temen la separación de la familia y el debilitamiento de los contactos familiares.

Comenta Kastenbaum (1980) que con frecuencia el anciano experimenta ansiedad ante la idea de un cambio, ya que después de formar parte integral de una familia por algunos años se enfrenta ahora a una violenta separación.

El anciano antes de llegar a "*su nuevo hogar*" puede sentirse que algo anda mal, de otra manera no se mudaría de casa, esto puede ser; la enfermedad, la pérdida de una persona protectora o de un sitio donde vivir.

Otro punto puede ser que él mismo busque el cambio de lugar por su propio gusto, ya que la razón puede ser que los hijos ya no vivan, al igual que el cónyuge, y sienta la casa demasiado grande y antieconómica, buscando vivir en un lugar pacífico y cómodo, otra situación es cuando existe impedimento físico se enfrentan a la situación de ayuda ajena, comienzan a ser dependientes, se llegan a mudar a la casa de los hijos, o ingresan a una residencia, asilo, o clínica para ancianos.

Ansiedad y miedo es la definición que se puede dar ante esta situación, aún cuando la reclusión se contempla como un recurso puede hacer que la familia se sienta culpable y el anciano abandonado (Kastenbaum, 1980).

No se debe ver el asilo como el llegar a una "*sala de espera del fin*", sino a una opción para medios de esparcimiento y ordenación racional del tiempo libre, la vida puede llenarse de contenido y enriquecerse con vivencias.

Sin embargo, Tobin y Lieberman (1976), encontraron algunas características psicológicas en los ancianos que aparecían en lista de espera, para ingresar a un asilo: es la tendencia a la apatía, aceptando pasivamente lo que la vida les deparó, sentimientos negativos respecto de haber logrado lo que se considera importante, además de tendencias a la autocrítica, la depresión, amargura y a la irritabilidad.

Existen por lo menos dos explicaciones que se superponen: el deterioro de la situación de la vida puede causar los sentimientos descritos anteriormente, que se añade a las consecuencias de la reclusión y el habla del cambio en sí, ya que éste en sí, crea la posibilidad de ser deprimente para el anciano.

El estudio demostró que las personas en la lista de espera tenían mas problemas y limitaciones, que aquellas que tenían más de un año viviendo en alguna institución. Aquellos que ya se habían establecido, mostraron ser emocionalmente mas expresivos, menos ansiosos y más eficientes en su funcionamiento mental.

Durante el período de instalación, nos dice Kastenbaum (1980), el anciano al llegar a su nuevo hogar tiene que adaptarse a todos los aspectos de su nuevo ambiente, es él quien debe adaptarse a su nueva casa, y no la institución a él; es un proceso difícil de aceptar por el sólo

hecho de saber que antes de que llegara al asilo, algo andaba mal en casa, por esa razón debe mudarse, ya sea por enfermedad o la pérdida de la persona protectora y de un sitio para vivir.

Es necesario saber, lo que piensan los ancianos que se encuentran institucionalizados, que significa vivir en un lugar lleno de desconocidos, podemos decir, que el mismo lugar puede ser una experiencia totalmente diversa para diferentes tipos de personas, según sus antecedentes, necesidades y capacidad de adaptación.

Para algunos puede ser una prisión en donde se les deja encerrado hasta la muerte, para otros puede ser el hogar donde recibe todo lo necesario para vivir hasta su muerte y la atención que no pueden brindarle sus familiares.

Todo esto provoca en el anciano una gran ansiedad y miedo al abandono por parte de sus familiares surgiendo en estos últimos el sentimiento de culpa, ya que en ocasiones hacen todo lo posible por conservarlo con ellos y por falta de recursos no puede permanecer, pero el anciano se siente una carga para sus familiares, y las emociones prevalecen, después de formar, por muchos años, una familia y ser él la autoridad, enfrentándose a una violenta separación.

Los primeros días de reclusión son críticos. La ansiedad que el anciano experimenta por el abandono de su hogar, así como el temor de lo que le aguarda, pueden intensificar sus problemas físicos, psicológicos y sociales.

La soledad, el aislamiento social y el tedio que produce el no tener nada que hacer, caracterizan a muchos ancianos durante períodos prolongados de reclusión. Es probable que ocurra en los asilos grandes y parece suceder cuando el tamaño de la institución sobrepasa el de una casa particular amplia. La diferencia entre una casa de 100 internos y una de 500, en términos de adaptación psicológica puede ser menor que la que hay entre una de 25 y 50 ancianos (*Kastenbaum, 1980*).

Una consecuencia que Goffman resalta es que al interno por distintos medios, se le produce una mutilación y mortificación del yo.

El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo, que ciertas disposiciones sociales de su medio habitual le hicieron posible.

Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que estas le brindan, esto quiere decir, comienzan para él una serie de depresiones y degradaciones del yo.

Sheldon Tobin y Morton Lieberman (*1976*) en algunos estudios realizados sobre la reclusión en la vejez, descubrieron que el deterioro de la situación de la vida de un anciano puede provocar sentimientos de apatía, depresión, amargura, irritabilidad, auto-crítica y las consecuencias que consigo lleva la reclusión va deteriorando el estado de ánimo del anciano, al igual que su funcionamiento mental se vuelve lento.

Estudios realizados por el autor S. Bravo (*1978*) nos muestra que los asilos para personas de edad en Latinoamérica fueron creados



siguiendo un patrón desarrollado por otras sociedades. Este apareció en el momento en que el fenómeno social de las necesidades de los ancianos fue significativo, y que por alguna razón las familias ya no podían atender. Originalmente los ancianos eran abandonados a su suerte y no se consideraba este hecho de gran relevancia social; de alguna manera el problema se resolvía y nadie se preocupaba de las consecuencias. Los ancianos eran atendidos por parroquias locales, asistidos por alguna familia acomodada, internados en algún hospital por su mala alimentación, o bien se encontraban muertos después de una noche fría en algún lugar alrededor.

Lehr, en 1966 y 1968, nos menciona que la vivienda, en la edad avanzada, es muy importante y hace hincapié, sobre todo en los hombres, ya que, dejan de tener actividad profesional así como contacto con ese ambiente y lugar de trabajo, y se enfocan a las actividades del hogar, el cómo mejorar la casa y el jardín.

Al aumentar el número de ancianos estas circunstancias se multiplicaron e hicieron aparición en la conciencia social. En Latinoamérica es el elemento religioso el que decide llevar a costas su infortunio, ya que las autoridades civiles, militares y políticas no entienden de estos problemas, sus presupuestos son números fríos que sostienen una economía de subsistencia.

# Depresión

Depresión: un trastorno que afecta a millones de personas en todo el mundo.

## CAPITULO II - DEPRESION

### 1. GENERALIDADES DE LA DEPRESION

En los últimos años se ha considerado a la *depresión* como un "trastorno afectivo". La importancia central que se le ha dado a este componente afectivo queda ejemplificada en la práctica al utilizar una serie de adjetivos para medir y definir la depresión.

Diferentes autores (*García R., 1975; Calderón, 1985; Mendels, 1977*) se interesan cada vez más por estudiar la capacidad de sobrellevar la depresión en todas las etapas del desarrollo, como componente para una relativa salud mental. Cuando el medio exterior no ofrece un apoyo eficaz durante la depresión pasajera, la reacción se intensifica, las defensas de la persona se debilitan y sobreviene un estado patológico.

El término depresión se utiliza a menudo para denominar un patrón complejo de emociones, pensamientos y conductas, que no se presentan como un trastorno psiquiátrico definido (*Mendels, 1977*).

Para el Dr. Beca (*1976*) una de las dificultades en la concepción de la depresión es primordialmente semántica, debido a que el término ha sido diversamente empleado para designar un tipo particular de sentimiento o síntoma, un conjunto de síntomas (o síndrome) y una entidad patológica bien definida. El término depresión se utiliza a menudo para denominar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta que no se presenta como un

trastorno psiquiátrico definido. En éstos casos es considerado como un síndrome, el cual es concebido a veces como una situación psicopatológica cuya intensidad (o grado de anormalidad) varía entre leve y grave. Menciona también que el trastorno de los sentimientos es generalmente una característica sobresaliente de la depresión. En los últimos años se ha hecho común considerar a ésta afección como un “trastorno primario del estado de ánimo” o 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 depresión tiene muchos otros componentes, aparte de la modificación del estado de ánimo.

El Dr. Beca (1976) define la depresión por sus 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 actividades: retardo o agitación.

García (1975) menciona que síntoma principal del síndrome depresivo es la tristeza, con la que se enlazan otros síntomas. En la depresión enfermedad, la manifestación habitual es el síndrome depresivo, con la tristeza como síntoma dominante.

Para Frazier y Carr (1975) la depresión es caracterizada 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 pueden ser adecuados 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 libertad a su vida normal. Sin embargo la depresión patológica es una reacción de una intensidad y duración inadecuada a la situación, aún cuando el factor desencadenante sea importante. El paciente deprimido se muestra poco interesado y poco comunicativo, su aspecto es enfermizo y melancólico, siente su vida como triste y sin interés.

A medida que su 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 una 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 fracaso y desprecio. Cuando no hay retardo motor, se presenta mucha agitación, caminando marcando el paso, retorciendo las manos y mostrando una penosa inquietud.

El Dr. Shilkraut (1970) menciona "... en la actualidad no sabemos si existe un factor bioquímico o fisiológico que sea común a todos los síntomas depresivos. Tampoco sabemos 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”.

Mortimer Ostow (1980) considera que “hay situaciones patológicas que afectan fundamentalmente a las glándulas suprarrenales y esas enfermedades causan trastornos en las funciones mentales, capaces muchas veces de adoptar la forma depresiva o de algunas de sus variantes por ejemplo: los glucocorticoides que se producen cuando el individuo está en estado de tensión y como ayuda ante ese estado. Dosis excesivas de estas hormonas (cortisona) durante períodos prolongados pueden inducir a una depresión”.

Otro factor determinante en la depresión, es la herencia. Es importante investigar cuidadosamente los antecedentes familiares de un paciente deprimido ya que existe la posibilidad de que un pariente de éste haya padecido ésta enfermedad. Si uno de los progenitores tiene depresión grave muy cercana a la psicosis hay de 10 a 15% de probabilidades de que su hijo sufra de depresión severa. Si el afectado fuera no un progenitor sino un hermano de éste el riesgo sería aproximadamente de la misma magnitud. Si los dos progenitores fueran deprimidos graves, sus descendientes afrontarían 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”.

## **2. CARACTERISTICAS O SINTOMAS DE LA DEPRESION**

El cuadro clínico de la depresión puede presentar dos aspectos, en el primero hay alteraciones en la esfera afectiva y en el segundo se encuentra un predominio de síntomas somáticos.

Los síntomas de la depresión han sido divididos para su estudio en cuatro (*Calderón, 1985*):

- 1) Trastornos afectivos
- 2) Trastornos intelectuales
- 3) Trastornos conductuales
- 4) Trastornos somáticos

### **2.1. Estado de ánimo o afecto**

Se manifiesta por medio de la tristeza con o sin llanto, insatisfacción, humor abatido, acentuado pesimismo, irritabilidad y autodesvalorización (*Mendels, 1977*).

Generalmente el paciente depresivo muestra en sus inicios un estado de indiferencia hacia lo que anteriormente lo mantenía interesado prefiriendo permanecer encerrado en su casa haciendo 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 acrecienta considerablemente y en otras sin motivo aparente suele sentir deseos de llorar.

La persona prefiere permanecer encerrada en su casa, haciendo el mínimo esfuerzo para cualquier actividad, con una disminución absoluta de sus intereses vitales.

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, falto de confianza en sí mismo y con acentuado temor a resolver problemas que antes le parecían sencillos. Frecuentemente expresa apatía e indiferencia absoluta o presenta temor a situaciones cotidianas como salir a la calle, presentarse en el trabajo, bañarse, etc., sintiéndose despojado de apoyo emocional, vacío y solo, culpable y sin valor o inferior e insuficiente. El paciente a menudo pide apoyo emocional como afecto, confianza, simpatía y atención.

La ansiedad que es la respuesta psicológica al peligro, suele también presentarse en grado variable y se observa cuando el individuo tiene la impresión de que se esta perfilando una amenaza contra su bienestar.

El enojo presente en las personas deprimidas, se expresa directamente con quejas de que "no se les quiere" y "se les trata mal". (Calderón, 1985).



## 2.2. Pensamiento

Aparece con el pesimismo, ideas de culpabilidad y fracaso, autoacusación, pérdida de intereses y motivación, atención y concentración débiles, alteraciones perceptuales en el juicio crítico de sí mismo y de los demás, memoria disminuida, lentitud en el pensamiento e ideas obsesivas.

Las *ideas de culpa y de fracaso* son frecuentes en la persona deprimida, la mala opinión que tiene de sí mismo se manifiesta en frases como: “me he vuelto muy malo”, “soy nefasto para los demás”, etc.

A medida que la depresión evoluciona este tipo de sujetos se vuelven gradualmente ineficientes e irresponsables, con pérdida de interés, disminución de energías, incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, con un descenso en su concentración y atención. Generalmente es autoerótico encontrándose de manera invariable negación y distorsión de varias facetas de la realidad, mostrando en general una incapacidad creciente para salir adelante en su trabajo y en sus responsabilidades.

Responde a preguntas, no ofrece nuevos datos o temas, y su vida mental presenta poca variedad. Comprende lo que se dice y contesta apropiadamente pese a que su pensamiento sea más lento y su lenguaje pueda ser imperfecto e inseguro.

### 2.3. Conducta y aspecto

Las personas se muestran con un rostro triste, insatisfecho, una actitud decaída y postura inclinada, denotando infelicidad en el momento que comienza a hablar. Algunas personas muestran una sonrisa fría y superficial tratando de esta forma de esconder su desesperación (*Mendels, 1977*).

El paciente deprimido se muestra vacilante, dudoso, perplejo; aún teniendo en mente la conducta por seguir, no puede decidirse a llevarla a cabo. La dificultad es aun mayor cuando se trata de influir, dirigir o guiar a otros. La autoridad, la capacidad de mando y de estimulación le embotan.

A medida que la depresión se hace más profunda, se denota un progresivo desinterés por el aspecto y cuidado personales: vestimenta desaliñada, sucia, presentando además una carencia en su arreglo físico aún en aquellas 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 una disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos, siendo sus movimientos 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 un retardo psicomotor, manifestando una inquietud excesiva tanto física como psicológica, siendo incapaz de mantenerse quieto aún por un período breve de tiempo, expresando abiertamente su ansiedad y su sufrimiento pidiendo ayuda y serenidad o calma.

Se pueden presentar *internos suicidas* y en los últimos años, se ha observado en algunos pacientes el impulso de ingerir bebidas alcohólicas y fármacos que pueden originar dependencia, posiblemente con el fin de utilizar sus efectos desinhibidores para moderar la angustia.

Mendels (1977) afirma que un depresivo agudo difícilmente lleva a cabo el suicidio, debido a que puede existir un retardo profundo que inhibe la acción, al liberarse de este estado, es mayor el peligro de intentar suicidarse.

#### **2.4. Trastornos somáticos**

Se manifiesta por medio de la pérdida del apetito, pérdida de peso, estreñimiento, alteraciones del sueño, dolores y males, alteraciones de la menstruación y pérdida de la libido.

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 en un

paciente depresivo alcanzando grados realmente agudos, no evacuando por espacio de una semana o más.

Además experimentan alteraciones del sueño como: dificultad para dormirse, despertándose durante la noche o a horas tempranas de la madrugada, frecuentemente intranquilidad y confusión, imposibilidad de volver a conciliar el sueño, pesadillas. Sienten por la mañana como si no hubieran dormido ni descansado.

En algunos casos de depresión leve, el paciente presenta un aumento del apetito y del sueño.

Las personas que padecen de depresión; normalmente acuden al médico debido a estos trastornos somáticos, los cuales no siendo conscientes de su problemática emocional difícilmente lo pueden manifestar al médico. Normalmente se quejan de cefalea, neuralgias, sensación de opresión en el pecho, sequedad en la boca, dificultad para ingerir y diversos dolores y males, así como diversas alteraciones en el ciclo menstrual, y pérdida de la libido que va desde una disminución del interés de la actividad sexual hasta un rechazo de las relaciones sexuales.

### ***2.5. Reacciones de ansiedad***

Se muestra con la tensión, indecisión, temores vagos e inespecíficos, preocupaciones múltiples, temblores, sudación, alteraciones de la memoria, concentración, pensamiento, retardo

psicomotor, cambios fisiológicos, irritabilidad, dependencia, interés y función sexual alterados.

La *ansiedad* es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores muy apreciados.

Es común durante situaciones que cambian continuamente y que requieren de una adaptación inmediata, o durante un esfuerzo extremo.

Solomon P. (1976) ha observado que la ansiedad normal acicatea al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. Como contraste, la ansiedad excesiva no solo hace infeliz al individuo, sino que tiene un efecto deletéreo sobre su funcionamiento. Se pueden alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, la habilidad para calcular y la eficiencia psicomotora. La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos.

La persona ansiosa se muestra aprensiva, con una sensación desagradable anticipada de desventura, peligro o perdición. Puede volver a un individuo hiperalerta, irritable e incierto, puede inquietarse o permanecer tenso, inmóvil. Puede ser excesivamente dependiente o encontrarse muy preocupado con sus aflicciones, duerme mal y generalmente el interés y función sexual están alterados.

Nuevamente Solomon P. (1976) nos hace ver que la ansiedad está asociada con una gran variedad de alteraciones funcionales como:

- 1.- Respiración excesiva.
- 2.- Tensión musculoesquelética: cefalalgia, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.
- 3.- Respiraciones suspirantes.
- 4.- Síndrome de hiperventilación: disnea, vértigo, parestesias.
- 5.- Trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor en la boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de "vacío" en el estómago.
- 6.- Irritabilidad cardiovascular: hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento.
- 7.- Disfunción genitourinaria: frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en las mujeres, frigidez.

Que la ansiedad sea normal o anormal, depende de su intensidad y duración y de las circunstancias que la causen.

## **2.6. Conducta suicida**

Se manifiesta por pensamientos, amenazas e intentos.

La depresión desempeña una función central en las ideas de *culpabilidad* y *desesperación* que conducen al depresivo a creer que

merece la muerte (*autocastigo*) o a ver un futuro tan desagradable que desee mejor morir antes que vivir en su estado actual (*huida*).

Un depresivo agudo difícilmente lleva a cabo el suicidio debido a que puede existir un retardo profundo que inhibe la acción, cuando logra liberarse de éste estado, es mayor el peligro de un intento de suicidio.

El *suicidio* es más frecuente en los ancianos, Mendels J. afirma que, esto se relaciona con la *pérdida del sentido de implicación en la familia y en la sociedad*; por esto, la tendencia creciente de la gente a dejar el hogar en que han pasado toda su vida para retirarse puede muy bien conducir a una todavía mayor incidencia de suicidios en el futuro. Se ha demostrado que en las comunidades donde los ancianos mantienen una función importante y venerable con relación a la familia y a la sociedad, el índice de suicidios es bajo.

Al valorar el peligro del suicidio en el paciente con ansiedad intensa, el grado de ansiedad probablemente sea más crítico que el grado de depresión.

La depresión ligera se expresa principalmente por una pérdida del interés en los asuntos ordinarios de la vida. Se pierde la espontaneidad. Todo proporciona menos satisfacción que antes requiriendo por lo mismo un esfuerzo extra. No se siente enfermo físicamente, pero tampoco se siente bien ni a gusto. La fatiga es excesiva. Mientras las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes, las preocupaciones reales y los trastornos corporales le preocupan más. Una persona con una 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.

El paciente con depresión intensa se halla fuertemente abatido o se siente físicamente enfermo, o ambos. Comúnmente está sombrío, desvalido, desesperado y carente de autoestima, se encuentran retraídos: su raciocinio, verbalización y movimientos (*retardo psicomotor*), o se puede hallar intranquilo, hiperalerta y tenso (*agitación, ansiedad*).

El paciente deprimido agitado se puede quejar constantemente de fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa, achaques y dolores.

Si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están tan mal como la siente y puede presentar ideas delirantes complicadas, a menudo, de naturaleza hipocondríaca.

### **3. TIPOS DE DEPRESION**

La depresión ha sido objeto de múltiples estudios y discusiones en cuanto a los diferentes tipos que la conforman, observando que varios autores la han clasificado con diferentes nombres como por ejemplo Ostow en su libro "*La Depresión Psicológica de la Melancolía*".

1.- Si es por infortunio = *Depresión reactiva*.



- 2.- Después del alumbramiento = *Depresión postparto*.
- 3.- Si ocurre en la década de los 60 años = *Melancolía involutiva*.
- 4.- Cuando el sujeto es presa de un estado de agitación  
= *Depresión agitada*.
- 5.- Cuando se mantiene inerte = *Depresión retardada*.
- 6.- Si la depresión tiene lugar a lo largo de episodios discontinuos  
y alternan los ataques de manía = *Maníaco-depresiva*.
- 7.- Cuando se asocia a rasgos clínicos claramente esquizofrénicos  
o cuando se produce a manera de episodios en un individuo  
que ha sufrido antes crisis esquizofrénicas, nos referimos a ella  
como = *Melancolía esquizofrénica*.
- 8.- Cuando es suave = *Depresión*.
- 9.- Cuando es grave = *Melancolía*.

Coppen Alec (1970) menciona que existen causas ambientales y psicológicas que se consideran como factores determinantes de la depresión exógena o reactiva, en otros casos no hay factores desencadenantes evidentes considerándose a ésta como depresión endógena, pero en la práctica estos dos tipos presentan límites frecuentemente no bien definidos. A continuación describiremos más ampliamente cada uno de ellos:

### 3.1. *Depresión exógena*

Es llamada también reactiva, neurótica y psicógena. Es dependiente del ambiente y la disposición hereditaria es secundaria, se relaciona con el dolor, el duelo y la tristeza de la vida cotidiana, la

tristeza que causa la muerte de un familiar, si el duelo llega a ser exagerado ya sea en intensidad o en duración puede considerarse inadecuado y patológico.

Gutheil (1959) define la depresión reactiva como “un sentimiento agudo de desaliento y tristeza, de intensidad y duración variables. No se trata de una enfermedad, sino de una reacción, de una respuesta a situaciones de fracaso y decepción”. Es una depresión desencadenada por sucesos perceptibles del medio ambiente a los que el sujeto responde, y que surgen en relación con experiencias de stress en individuos predispuestos. El factor de dicha disposición puede ser de naturaleza constitucional o psicodinámica, formándose en el sujeto una personalidad mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia o adolescencia.

Este tipo de depresión se relaciona en forma muy 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 ó real) de un objeto querido. Debemos tener mucho cuidado al considerar las condiciones que pueden predisponer a una persona a esta clase de respuesta, así como también la naturaleza de los factores que la precipitan, que tienen como característica una intensidad y duración que no están proporcionadas al acontecimiento.

Por lo anteriormente expuesto todos los estados depresivos que sobrevienen en estas circunstancias, se denominan estados depresivos reactivos o estados depresivos neuróticos, según se estime la causa

exógena, psicológica o por las características propias de su personalidad.

En la depresión neurótica, el enfermo desea que se le escuche, que se le 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 y de su impotencia, la cual proyecta en su demanda de ayuda ambigua, insinuando la impotencia del médico para curarle, la ineficiencia de los medicamentos que se le proponen, etc. La necesidad que tiene de apoyarse en los demás y su deseo de afectividad lo pueden orillar a que se vuelva tiránico y agresivo con los demás. Unas palabras de consuelo pueden mejorar por un momento la reacción depresiva.

### *3.2. Depresión endógena*

También se conoce como depresión psicótica y de melancolía. Es dependiente de la herencia y el ambiente desempeña un pequeño papel, no tiene una causa externa evidente, aparece 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 auto-crítica y choque importante con el medio.

Los elementos genéticos desempeñan un papel muy importante, atribuyéndose su origen a una anomalía bioquímica, caracterizándose, según Hill D. (1970), 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, etc. La interpretación de la realidad se haya muy distorsionada. Esta depresión se acompaña de fenómenos patológicos como: delirios y alucinaciones relacionadas con el cuerpo y las funciones orgánicas.

La palabra "*endógena o melancólica*" se utiliza para describir aquellas depresiones que involucran perturbaciones en el sueño, apetito, peso y actividad sexual, su peor momento lo manifiesta por la mañana, la cualidad de este estado emocional se distingue de aquel que se experimenta por la pérdida de una persona amada. Además del estado anímico, hay pérdida en la capacidad de disfrutar de todo placer, satisfacción o diversión.

Es importante hacer mención de otros dos tipos de depresión que van entrelazadas con las anteriormente mencionadas y que son la depresión simple y la depresión involutiva.

### ***3.3. Depresión simple***

En este tipo de depresión, el individuo no sufre ninguna alteración de su personalidad, encontrándose en un estado satisfactorio de salud mental.

Incorre en un *cuadro depresivo* por problemas psicológicos, ecológicos o sociales, que provocan un desequilibrio bioquímico que afecta el metabolismo de las aminas biógenas cerebrales. Cuando el

paciente se recupera actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

### **3.4. Depresión involutiva**

Es denominada también melancolía involutiva, reacción involutiva psicótica, conducta involutiva y depresión de la edad madura.

Es una época de la vida que se relaciona con cambios característicos en la situación familiar y en las relaciones socioculturales. Para una mujer, señala el tiempo en que sus hijos, a los que probablemente ha dedicado la mayor parte de su tiempo, se independizan y se preparan para abandonar el hogar.

Se presenta en la *presenilidad* y 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 significativo es el sentido psicológico del climaterio.

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

Es además una época de la vida que a menudo se relaciona con cambios característicos en la situación familiar y en las relaciones socioculturales.

#### **4. LA DEPRESION EN LA SENECTUD**

Perlado en 1980, comenta que es muy importante examinar la situación por la que atraviesan algunos ancianos, la mayoría llevan una vida de considerable privación, con bajas pensiones, miseria de vivienda, pérdida de identidad familiar y social, así mismo sufren enfermedades crónicas e invalidez que tienen que aceptar con resignación, formando parte del estereotipo de la vejez en la sociedad. Ambas situaciones, la de privación económica-social y enfermedad, son llevadas por el anciano silenciosamente y la aparición de la depresión queda oculta durante largo tiempo; no fácilmente da a conocer sus sentimientos.

Langarica (1987) con el envejecimiento existe cierta tendencia a la acentuación de los rasgos de la personalidad que el sujeto ha tenido durante toda su vida. Las personas que en las tres primeras décadas de la vida mostraron desánimo y tristeza, al llegar a la tercera edad, es probable que se muestren pesimistas, deprimidos, egocéntricos, sociopáticos e impulsivos y en personas muy dependientes se ha observado que pueden caer muchas veces en el alcoholismo.

Erikson (1950), afirma que la adquisición de la integridad constituye la tarea primaria de las personas de edad avanzada, y a la vez destaca que durante el ciclo vital persiste un esfuerzo continuado para resolver crisis previas del desarrollo. Por lo tanto el esfuerzo hacia la laboriosidad y creatividad continúa teniendo importancia para el anciano.

Menciona Ciompi (1970), que la depresión es una enfermedad típica de la vejez.

Post (1962) y Kay (1962), investigaron que los ancianos deprimidos no están más expuestos que los sanos a sufrir un deterioro orgánico irreversible.

Kendell (1973), en un estudio que realizó con 870 pacientes deprimidos de todas las edades hospitalizados en psiquiatría. El resultado fue que el reingreso estaba determinado por el diagnóstico de demencia.

Una de las características que se presenta en la tercera edad es la depresión, aproximadamente a partir de los 55 años, esto es, por la preocupación que tienen hacia el futuro, ya que realizan un retroceso de lo que han hecho durante su vida y de lo que no hicieron; tal vez sea más difícil llevarlo a cabo en el aspecto familiar, social y, sobre todo, de trabajo, pues es el principal medio en que se desarrolla. Los hijos crecen y comienzan a hacer su propia vida; la casa comienza a quedarse cada vez más sola, es decir, el nido vacío. Llegan los avisos de conocidos, amigos, vecinos, hermanos y parientes, de la misma edad, que ya han muerto, lo cual provoca en el anciano el sentir más cerca la muerte.

Surge en los senescentes un desinterés, apatía e irritabilidad, abandonan su lugar en la sociedad y al no tener ciertos fines caen el tedio, asimismo, el pesimismo aumenta a tal grado que se apartan de las actividades usuales o cotidianas; siendo una etapa compensatoria ,

ya que no tienen que realizar ningún esfuerzo, no tienen nada que ganar ni que perder (*De Beauvoir, 1980*).

Existe la preocupación por el cuerpo, que se manifiesta a través de lamentaciones como el decir que su cuerpo no funciona adecuadamente, se siente enfermo, y que morirá pronto.

En esta etapa de crecimiento de desarrollo del ser humano, existen dos tipos principales de la *enfermedad senil depresiva*. Según Mayer Gross, el primero de ellos conforma el cuadro clásico de depresión endógena semejante al de las psicosis maníaco-depresivas. Usualmente existe 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. 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 insomnio inicial o sueño intermitente durante toda la noche. La frecuencia de la enfermedad orgánica es mayor en este último grupo.

El segundo tipo es la depresión en la que se experimenta, penosamente, la disminución de facultades y la consiguiente merma de actividad. El anciano observa con amargura la escasez de sus logros y el desperdicio de oportunidades que ya no volverán a presentarse. Tiene ante sí el panorama entero de su vida y lo descubre anodino, falto de efectos importantes y de vicisitudes, sus recuerdos son pobres y faltos de interés.



La depresión en el anciano puede estar agravada por sentimientos de culpa ante los errores pasados, que se agravan ante la imposibilidad de repararlos, por su incertidumbre económica y la posibilidad de ir a parar a un asilo.

Los estados depresivos que aparecen por primera vez durante la vejez, tienen características que permiten diferenciarlos de los que se manifiestan en otras épocas de la vida.

En la depresión del anciano los factores hereditarios maníaco-depresivos son poco frecuentes, no existe una personalidad previa característica y la ansiedad predomina en el cuadro clínico. Los intentos de suicidio, cuando existen, suelen ser graves.

Beauvoir (1980), dice que la tristeza de las personas de edad no es provocada por un acontecimiento o por circunstancias singulares; se confunde con el tedio que los corroe, con el amargo y humillante sentimiento de inutilidad, de su soledad en el seno de un mundo que únicamente, siente indiferencia por ellos. Además de la decadencia senil no sólo es penosa de soportar en sí misma, sino que pone el hombre de edad en peligro en el mundo.

Sainsbury (1962) menciona que un 35% de personas ancianas cometían suicidio. También descubrió que el vivir solo (39%) y el desamparo (16%) se asociaba más frecuentemente al suicidio en los ancianos, mientras que el trastorno de las relaciones personales eran el marco común para cometerlo en grupos de edad más jóvenes. Ayuso Gutiérrez y Col. (1979) desarrollaron una investigación acerca de los factores etiopatogénicos de las depresiones de la tercera edad. El

estudio se llevó a cabo con 2 muestras de 100 sujetos: una de más de 65 años con una edad promedio de 68.2, y otra de menos de 65 años de edad promedio de 43.3; todos eran pacientes internados en el Hospital Clínico de Madrid. El criterio de clasificación que tomaron fue el siguiente: los cuadros bipolares corresponden a depresiones psicóticas y los unipolares a depresiones neuróticas o simples.

Blazer (1984), proporciona un resumen de los factores que intervienen en la etiología de la depresión senil:

- 1.- Los *factores genéticos y biológicos* proporcionan un sustrato para la aparición de los síntomas depresivos en la última parte de la vida, pero no son necesarios ni suficientes para su desarrollo.
- 2.- Los *sucesos ocurridos durante toda la vida* del individuo tienen capacidad para precipitar la depresión y los trastornos secundarios a ella. Estos acontecimientos no son menos importantes en la última parte de la vida que en cualquier otra fase del ciclo vital.
- 3.- La *depresión senil*, una vez que ha emergido, generalmente se convierte en parte de la estructura de la personalidad del individuo y con frecuencia persiste en cierto grado tras la remisión de los síntomas depresivos.
- 4.- Las *inhabilitaciones sociales y psicológicas* provocadas por la depresión senil, fluctúan notablemente pudiendo ser nulas, mínimas y muy graves.

- 5.- Las *situaciones y procesos socioculturales concurrentes*, pueden producir un alto nivel de incapacidad, y a la inversa, pueden reducir de forma significativa, el grado de incapacidad secundaria a la depresión senil.
- 6.- Los *complejos sintomáticos* que suelen conocerse bajo la denominación de depresión senil, pueden tener su origen en combinaciones de factores hereditarios, orgánicos y psicológicos, así como en procesos sociales y culturales que modifican el efecto de tales factores.
- 7.- El *grado de incapacidad* causado por la depresión senil depende en parte de los factores que la originan, principalmente del estrés psicológico, provocando por procesos sociales, como las situaciones conflictivas, los súbitos cambios culturales, la emigración, el nivel socioeconómico bajo y la desintegración y mal funcionamiento de los sistemas sociales.

La tendencia creciente de la gente a dejar el hogar en que han pasado toda su vida para retirarse puede muy bien conducir a una todavía mayor incidencia de suicidios en el futuro.

En las comunidades donde los ancianos mantienen una función importante y venerable con relación a la familia y a la sociedad, el índice de suicidios es bajo.

Los factores que precipitan una depresión pueden ser:

- \* Pérdida de amor o apoyo emocional.
- \* fracasos personales o económicos.
- \* Responsabilidades nuevas o la amenaza de nuevas responsabilidades.

# Metodología

## METODOLOGIA

### *1. JUSTIFICACION*

Existen pocos estudios en México, referentes a la depresión que presentan las personas que se encuentran en la etapa de la vejez, esta es la razón de elegir este estudio, la importancia que tiene esta última etapa de la vida y la poca información que se tienen sobre ella; por lo que se considera la necesidad de acercarse cada vez más al anciano, comprenderlo, escucharlo y brindarle adecuada seguridad social.

Nuestras ideas acerca de la función de los ancianos en la sociedad humana y las leyes sociales no se han desarrollado. Es sólo a últimas fechas que se va reconociendo que el nuevo grupo de ancianos debe ser incorporado y estimulado inteligentemente.

El anciano en nuestros días ha sido relegado y limitado en su desarrollo. Representando así una carga para los familiares, no permitiendo su colaboración en actividades del hogar por su misma decadencia física, en ocasiones se tiene la necesidad de llevar al anciano a los asilos, siendo éste un método práctico mediante el cual se dejan hasta la muerte.

Esto trae como consecuencia que el anciano se desprecie a sí mismo, ya que va adoptando la misma escala de valores que la sociedad le ha adjudicado.

Surge la necesidad y la importancia de investigar sobre esta última etapa del individuo "la vejez" y la inquietud de hacer una comparación objetiva de estado depresivo en un grupo de ancianos de asilo y otro grupo que vive en su hogar, esta depresión conlleva a algunos de ellos a no querer interactuar socialmente, surgiendo el aislamiento o el suicidio, este estado puede ser afrontado y manejado de forma adecuada por algunos de ellos.

## **2. OBJETIVO**

La presente investigación tuvo como finalidad analizar la importancia que tiene la última etapa del individuo "la vejez" en la depresión y la inquietud de hacer una comparación objetiva entre un grupo de ancianos asilados y ancianos que vive en su hogar.

## **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La presente investigación pretende medir la depresión que experimentan los ancianos asilados en comparación con los ancianos que viven en su hogar.

#### **4. HIPOTESIS**

##### ***Hipótesis de Investigación***

Existen diferencias significativas en la Lista de Adjetivos de Depresión en comparación del grupo de la tercera edad asilados y el grupo de la tercera edad que vive en su hogar.

##### ***Hipótesis Alterna***

Sí existen diferencias significativas en cuanto a depresión entre el grupo de ancianos de asilo y el grupo de ancianos que viven en su hogar.

##### ***Hipótesis Nula***

No existen diferencias significativas en cuanto a depresión entre el grupo de ancianos de asilo y el grupo de ancianos que viven en su hogar.

#### **5. VARIABLES**

Para la investigación se manejarán las siguientes variables:

*Variable Independiente.* - Asilo y Hogar.



*Variable Dependiente.*- Depresión.

*Variable Atributiva.*- Edad, Sexo y Escolaridad.

### **DEFINICION DE VARIABLES**

#### ***A) Variable Independiente***

Asilo y Hogar.

#### **Definición Conceptual**

*Asilo.*- Es una institución que provee refugio y protección a aquellos que están incapacitados para satisfacer sus necesidades individuales y que son pobres aunque no necesariamente (Bravo, 1990).

*Hogar.*- Unidad socioeconómica, formada por individuos que viven juntos (Bravo, 1990).

#### **Definición Operacional**

*Asilo.*- “Residencia El Refugio”, es la Institución que alberga a los ancianos.

*Hogar.*- “Abuelitos del Instituto Don Bosco”, es un grupo de personas de la tercera edad que se reúnen cada semana y realizan diferentes

actividades como ir a misa, ayudar a los pobres, actividades manuales, participar en el coro, pasear, entre otros.

### ***B) Variable Dependiente***

Depresión.

#### **Definición Conceptual**

*Depresión.*- Kolb (1972) define la depresión como un tono afectivo de tristeza, variando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo. El sujeto deprimido se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo, es desconfiado y se siente melancólico. Supone que tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia y en la hostilidad dirigida hacia personas que no son el objeto de una devolución o hacia personas de quien depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigen contra esas personas llegan a volcarse contra el propio yo del individuo.

#### **Definición Operacional**

*Depresión.*- Son las respuestas de los sujetos a la Lista de Adjetivos de Depresión.

## 6. POBLACION

La población de la cual se obtuvo la muestra fue de los sujetos residentes en el asilo “Residencia El Refugio” y del grupo de “Abuelito del Instituto Don Bosco”. Ambos grupos pertenecientes a la tercera edad, considerando ésta a partir de los 60 años.

En la “Residencia El Refugio” la población total es de 46 pacientes, en este estudio participaron solo 18 pacientes, el resto fue excluido para este estudio ya que padecía alguna enfermedad (demencia senil, imposibilidad física, hemiplejía, hipoacusia bilateral, catarata bila o Parkinson).

El grupo de “Abuelitos del Instituto Don Bosco” consta de 53 sujetos, de los cuales participaron 37 sujetos, el resto fue excluido por tener menos de 60 años, no saber leer o escribir.

## 7. MUESTRA

Se utilizó una muestra no probabilística o dirigida la elección de sujetos u objetos de estudio depende del criterio del investigador, la muestra de sujetos - tipos se utiliza cuando el objetivo es analizar los valores, ritos y significados de un determinado grupo social (*Hdez. Sampieri, 1991*), ya que se analizó si existía depresión o no en miembros de la tercera edad.

## 8. SUJETOS

El estudio se realizó con ancianos de la “Residencia el Refugio” y “Abuelitos del Instituto Don Bosco”, sumando un total de 55, quienes participaron voluntariamente: 18 del grupo de “Residencia del Refugio” y 37 del grupo “Abuelitos del Instituto Don Bosco”.

El criterio de inclusión que se utilizó para ambos grupos consistió en que fueran mayores de 60 años, y el criterio de exclusión, que no supieran leer, escribir, padecieran de alguna enfermedad mental o no tengan la edad de 60 años.

## 9. INSTRUMENTO

Se aplicó la prueba “*Lista de Adjetivos de Depresión (LAD)*”, la cual consta de 36 reactivos que se contestan en una escala de Licker, en donde el 1 es igual a la *ausencia* de un sentimiento y el 10 implica el *grado más alto* de ese sentimiento.

La calificación global del instrumento se realiza por medio de una plantilla que proporciona un perfil de adjetivos que define si el sujeto está deprimido o no. La aplicación puede ser individual o colectiva, y es autoadministrable.

Dicha prueba mide depresión; fue construida en México, con población mexicana, y estandarizada por Axelrod (1990).

## **10. PROCEDIMIENTO**

En el desarrollo de la investigación se acudió primeramente al grupo de “Abuelitos del Instituto Don Bosco”, a quienes se les pidió su colaboración para contestar la prueba, explicándoles que se trataba de una investigación para la elaboración de tesis, enfatizando que los datos obtenidos serían confidenciales; se les dio instrucciones, se les explicó y se les mostró el ejemplo de cómo deberían de contestarla. Se les aplicó la prueba en forma grupal, contestándola cada uno de ellos personalmente; finalmente se les agradeció su colaboración. El promedio de tiempo empleado para contestar la prueba fue de 30 minutos aproximadamente.

Posteriormente se acudió al asilo “Residencia El Refugio”, a quienes se les pidió su colaboración de la misma manera que al grupo de “Abuelitos del Instituto Don Bosco”. Igualmente se les dieron las instrucciones, se les explicó y se les mostró el ejemplo de como deberían de contestar la prueba; sin embargo, al tener una respuesta grupal negativa de no querer contestar la prueba ellos personalmente, se procedió a la aplicación individual, ya que deseaban una atención especial para cada uno. Por esta razón, el promedio de tiempo empleado en la aplicación fue de un mes y medio aproximadamente, acudiendo cinco veces por semana. La prueba de la Lista de Adjetivos de Depresión se aplicó únicamente a los pacientes capacitados; para esto se consultó la lista de inscritos al Instituto para identificar a aquellos que reunieran los criterios de inclusión y más tarde pedirles su colaboración para contestar la prueba. La elección de su respuesta fue

## **11. DISEÑO**

Es un estudio en el cual los objetivos y los resultados se obtienen en el momento, siendo de tipo *transversal* y *Ex-post-facto*, ya que las investigaciones tienden a una búsqueda empírica, en la que el científico no tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido.

## **12. ANALISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa estadístico *SPSS/PC para Windows U.G.I. (1991)* para obtener medidas de tendencia central como: frecuencias, medias, desviaciones estándar y porcentajes, para obtener un perfil de la muestra, para su interpretación clínica. Además se llevó a cabo un análisis estadístico a través de la prueba "*t de student*", que es una prueba para comparar medias entre grupos, que permite apreciar si existen diferencias significativas entre las medias, en este caso de dos grupos independientes.

# Resultados

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados de esta investigación, se obtuvieron, como primer paso, medidas de tendencia central como: frecuencias y porcentajes, para conocer como se distribuían las variables atributivas, tales como: sexo, edad, estado civil y escolaridad, a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales *SPSS/PC para Windows U.G.I. (1991)*.

En la *tabla 1* se observa la *distribución de la frecuencia y porcentaje para la variable sexo para ambos grupos*.

**TABLA 1**

**Distribución de frecuencias y porcentajes  
por Sexo**

Ancianos que viven en su hogar			Ancianos que viven en asilo		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	81.08 %	Femenino	15	83.33 %
Masculino	7	18.92 %	Masculino	3	16.67 %
Total	37	100.00 %	Total	18	100.00 %

Como se puede observar en la *tabla 1*, el porcentaje más alto corresponde al sexo femenino, que equivale al 81.08% en el grupo de ancianos que viven en su hogar y al 83.33% en los que viven en asilo,



de la población total de 37 y 18 sujetos respectivamente, que constituyeron la muestra; lo anterior debido al mayor índice de longevidad del sexo femenino.

En la *tabla 2* se muestra la *distribución de la frecuencia y porcentaje para la variable edad de los ancianos que viven en su hogar*.

TABLA 2

Distribución de frecuencias y porcentajes  
por Edad

De los ancianos que viven en su hogar

Edad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 60 a 69	15	50.00 %	4	57.14 %
De 70 a 79	14	46.67 %	3	42.86 %
De 80 a 89	0	0.00 %	0	0.00 %
De 90 en adelante	1	3.33 %	0	0.00 %
Total	30	100.00 %	7	100.00 %

Como se puede observar en la *tabla 2*, en el caso de las mujeres, el porcentaje más alto corresponde al rango de edad entre 60 y 69 años con el 50%, seguido del rango de 70 a 79 años con 46.67%, y el resto corresponde a un sólo caso de más de 90 años que representa el 3.33%. Para los hombres, la distribución es semejante, ya que el índice

más alto es para el primer rango (60 a 69 años) con un porcentaje del 57.14%; la segunda puntuación de 42.86% corresponde al rango de 70 a 79 años; en los otros rangos no se presentó caso alguno.

En la *tabla 3* se observa la *distribución de la frecuencia y porcentaje para la variable edad de los ancianos que viven en asilo*.

**TABLA 3**

**Distribución de frecuencias y porcentajes  
por Edad**

**De los ancianos que viven en asilo**

Edad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 60 a 69	2	13.33 %	0	0.00 %
De 70 a 79	3	20.00 %	1	33.33 %
De 80 a 89	6	40.00 %	1	33.33 %
De 90 en adelante	4	26.67 %	1	33.33 %
Total	15	100.00 %	3	100.00 %

Como se puede apreciar en la *tabla 3*, ocurre algo opuesto a la tabla anterior, ya que, en el caso de las mujeres, el porcentaje más alto corresponde al rango de edad entre 80 y 89 con el 40%, posteriormente el rango de 90 años en adelante con 26.67%, en tercer lugar el rango de 70 a 79 años con 20%, y por último un 13.33% para

el rango de menor edad (60 a 69 años). Para los hombres, tenemos que para los rangos de 70 a 79, 80 a 89 y de 90 años en adelante, corresponden al 33.33% cada uno, notando que no hubo sujetos del rango de menor edad.

En la *tabla 4* se reportan los datos obtenidos para la variable *estado civil del grupo que vive en su hogar*, para lo cual se solicitó a los sujetos que identificaran si eran solteros, casados, si vivían en unión libre, si eran divorciados o viudos, obteniendo los siguientes datos:

**TABLA 4**  
**Distribución de frecuencias y porcentajes**  
**por Estado Civil**

De los ancianos que viven en su hogar

Estado Civil	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	0	0.00 %	1	14.29 %
Casado	12	40.00 %	6	85.71 %
Divorciado	2	6.67 %	0	0.00 %
Unión Libre	0	0.00 %	0	0.00 %
Viudo	14	46.67 %	0	0.00 %
No Contestó	2	6.67 %	0	0.00 %
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00 %</b>	<b>7</b>	<b>100.00 %</b>

En la *tabla 4* se observa que, para las mujeres, el porcentaje más alto fue viudo (46.67%), en segundo lugar se presentó casado (40%), el tercer lugar fue para divorciado (6.67%), y no se presentó algún caso de soltero ni unión libre; cabe mencionar que un 6.67% de las mujeres no indicó su estado civil. Por su parte, para los hombres, el primer lugar correspondió a casado (85.71%) y en segundo lugar soltero (14.29%); no hubo casos en los demás estados civiles.

En la *tabla 5* se tienen los datos obtenidos para la variable *estado civil del grupo que vive en asilo*, para lo cual se solicitó a los sujetos que identificaran su estado civil de la misma manera que en la tabla anterior, se obteniendo los siguientes datos:

**TABLA 5**  
**Distribución de frecuencias y porcentajes**  
**por Estado Civil**

De los ancianos que viven en asilo

Estado Civil	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	4	26.67 %	1	33.33 %
Casado	0	0.00 %	0	0.00 %
Divorciado	1	6.67 %	0	0.00 %
Unión Libre	0	0.00 %	0	0.00 %
Viudo	9	60.00 %	1	33.33 %
No Contestó	1	6.67 %	1	33.33 %
Total	15	100.00 %	3	100.00 %

En la *tabla 5* se observa que, para las mujeres, el porcentaje más alto fue viudo (60%), en segundo lugar se presentó soltero (26.67%), el tercer lugar fue para divorciado (6.67%), y no se presentó algún caso de casado ni unión libre; cabe mencionar que un 6.67% de las mujeres no indicó su estado civil. Por su parte, para los hombres, tenemos igualdad de porcentajes para soltero y viudo (33.33%) y el otro 33.33% correspondió a sujetos que no indicaron su estado civil; para casado, divorciado y unión libre no se presentó algún caso.

En la *tabla 6* se presentan las *frecuencias y porcentajes de la variable escolaridad de los ancianos que viven en su hogar*, identificando cinco niveles de escolaridad, siendo estos: sin escolaridad, primaria, secundaria, preparatoria y carrera técnica.

**TABLA 6**

**Distribución de frecuencias y porcentajes  
por Escolaridad**

**De los ancianos que viven en su hogar**

Escolaridad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin Escolaridad	1	3.33 %	0	0.00 %
Primaria	14	46.67 %	7	100.00 %
Secundaria	4	13.33 %	0	0.00 %
Preparatoria	1	3.33 %	0	0.00 %
Carrera Técnica	8	26.67 %	0	0.00 %
No Contestó	2	6.67 %	0	0.00 %
Total	30	100.00 %	7	100.00 %

En la *tabla 6* se observa que el porcentaje mayor para las mujeres fue para primaria con 46.67%, en segundo lugar se presentó el nivel carrera técnica con 26.67%, en tercer término secundaria con 13.33%, el cuarto lugar lo ocupan los niveles de sin escolaridad y preparatoria con un 3.33%; por último, el 6.67% no contestó la pregunta. De la misma manera, para los hombres el mayor nivel fue el de primaria con el 100%, no reportándose algún otro nivel de escolaridad.

En la *tabla 7* se reportan las *frecuencias y porcentajes de la variable escolaridad de los ancianos que viven en asilo*. Se identificaron los mismos cinco niveles de la tabla anterior, obteniendo los datos siguientes:

**TABLA 7**

**Distribución de frecuencias y porcentajes  
por Escolaridad**

**De los ancianos que viven en asilo**

Escolaridad	Mujeres		Hombres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin Escolaridad	3	20.00 %	0	0.00 %
Primaria	3	20.00 %	2	66.67 %
Secundaria	2	13.33 %	1	33.33 %
Preparatoria	1	6.67 %	0	0.00 %
Carrera Técnica	0	0.00 %	0	0.00 %
No Contestó	6	40.00 %	0	0.00 %
Total	15	100.00 %	3	100.00 %

En la *tabla 7* se aprecia que el porcentaje mayor para las mujeres corresponde a aquellas que no contestaron a la pregunta y que representa el 40%, sin embargo, el porcentaje más alto de algún nivel de escolaridad fue sin escolaridad y primaria con el 20% cada uno, después le sigue secundaria con 13.33% y al final preparatoria con un 6.67%; no se presentó el nivel de carrera técnica. De la misma manera, para los hombres el mayor nivel fue el de primaria con el 66.67%, seguido de secundaria con 33.33%; en los demás niveles no se reportó algún caso.

Como segundo análisis estadístico, se obtuvieron medidas de tendencia central, tales como: medias y desviaciones estándar. Posteriormente, se llevó a cabo la prueba *t de student* para obtener la diferencia entre las medias del grupo de ancianos que viven en sus hogares y el grupo de ancianos que viven en asilo, y de esta manera dar respuesta a la hipótesis planteada en esta investigación, para lo cual se consideró un *nivel de significancia* de 0.05.

A continuación se presenta en la *tabla 8* el *cuadro comparativo de ambos grupos*, encontrándose los siguientes resultados:

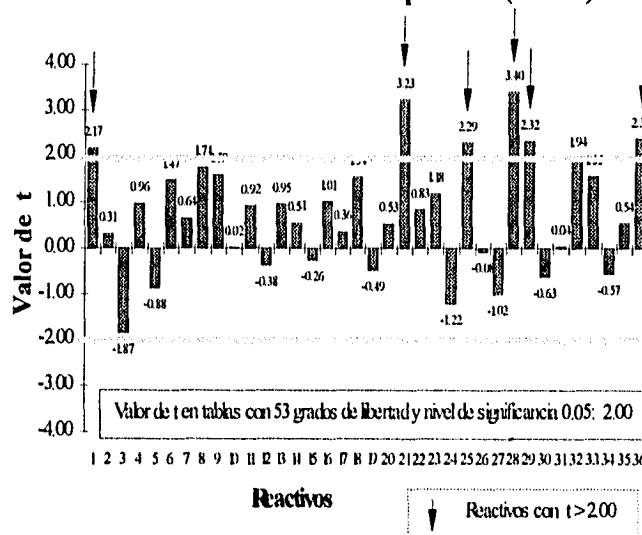
TABLA 8

Prueba t para un grupo de ancianos que viven en asilo  
y un grupo de ancianos que viven en su hogar

Reactivo	Ancianos Asilo (N=18)		Ancianos Hogar (N=37)		grados de libertad: 53 valor de t en tabla: 2.00	
	Media	Desv. Estándar	Media	Desv. Estándar	t	p
R1	4.77	2.96	2.91	3.04	2.17	0.05
R2	4.11	3.49	3.81	3.13	0.31	
R3	1.83	2.25	3.02	2.15	-1.87	
R4	4.27	3.77	3.29	3.03	0.96	
R5	3.11	3.14	3.91	3.25	-0.88	
R6	4.77	3.75	3.24	3.31	1.47	
R7	4.05	3.50	3.45	2.63	0.64	
R8	5.72	3.86	3.81	3.71	1.74	
R9	5.00	3.74	3.35	3.36	1.59	
R10	3.83	3.82	3.81	3.23	0.02	
R11	5.05	3.76	4.10	3.23	0.92	
R12	4.50	3.74	4.89	3.07	-0.38	
R13	7.72	3.10	6.83	3.58	0.95	
R14	4.05	3.22	3.56	2.98	0.54	
R15	5.61	3.94	5.89	3.13	-0.26	
R16	5.33	3.43	4.37	3.05	1.01	
R17	4.55	3.60	4.18	3.54	0.36	
R18	5.64	3.25	4.10	3.72	1.54	
R19	4.00	3.67	4.51	3.51	-0.49	
R20	5.44	3.98	4.86	3.39	0.53	
R21	7.00	3.44	3.86	3.25	3.23	0.05
R22	4.16	2.91	3.45	3.09	0.83	
R23	4.72	3.64	3.54	3.17	1.18	
R24	3.55	3.51	4.75	3.20	-1.22	
R25	6.22	4.06	3.67	3.49	2.29	0.05
R26	4.88	4.08	4.97	3.25	-0.08	
R27	4.16	2.79	5.08	3.75	-1.02	
R28	5.27	3.56	2.18	2.13	3.40	0.05
R29	4.50	3.69	2.27	2.49	2.32	0.05
R30	4.41	3.43	5.08	3.70	-0.63	
R31	3.66	3.39	3.62	3.35	0.04	
R32	5.05	4.00	3.08	2.27	1.94	
R33	5.33	4.08	3.62	3.26	1.55	
R34	4.05	3.36	4.59	3.22	-0.57	
R35	4.88	3.74	4.32	3.24	0.54	
R36	3.44	3.50	1.45	0.90	2.37	0.05



Gráfica 1: Valores de la prueba t (Tabla 8)



En la *tabla 8*, al igual que en la *gráfica 1*, se puede apreciar que al comparar los puntajes de las medias de ambos grupos y obtener el valor  $t$ , se encuentran diferencias significativas al  $0.05$  en los reactivos:

$$R1 (t=2.17 > p=0.05) \quad R21 (t=3.23 > p=0.05)$$

$$R25 (t=2.29 > p=0.05) \quad R28 (t=3.40 > p=0.05)$$

$$R29 (t=2.32 > p=0.05) \quad R36 (t=2.37 > p=0.05)$$

En estos casos se *acepta la hipótesis alterna* de acuerdo a la regla de decisión, que dice: "si el valor de  $t$  calculado es mayor al valor correspondiente en la tabla de la distribución  $t$  de student se acepta la

*hipótesis alterna, pero si el valor calculado es menor al que aparece en dicha tabla se acepta la hipótesis nula*". En este caso en particular, el valor en la tabla de la distribución *t de student* con *53 grados de libertad* y a un *nivel de significancia de 0.05* corresponde a *2.00*. En aquellos reactivos en los que el valor de *t* es positivo, indica que hay mayor depresión en el grupo de ancianos que vive en asilo que en el grupo de ancianos que viven en su hogar; y el valor de *t* negativo, nos indica lo contrario.



## CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos en este estudio y de acuerdo a la siguiente pregunta de investigación *“¿Existen diferencias significativas en la Lista de Adjetivos de Depresión en comparación entre el grupo de la tercera edad que viven en asilo y el grupo de ancianos que viven en su hogar?”*, se planteó la siguiente hipótesis:

*Hipótesis Alternativa:* Sí existen diferencias significativas en cuanto a depresión entre el grupo de ancianos de asilo y el grupo de ancianos que vive en su hogar.

*Hipótesis Nula:* No existen diferencias significativas en cuanto a depresión entre el grupo de ancianos de asilo y el grupo de ancianos que vive en su hogar.

Se acepta la hipótesis alternativa, ya que se encontró que *sí existen diferencias significativas al nivel de significancia del 0.05*, entre el grupo de ancianos de asilo y el grupo de ancianos que vive en su hogar. Dichas diferencias se encontraron en los siguientes reactivos:

**Reactivo 1.-** *“Todo vale la pena ..... Nada vale la pena”*, esta diferencia nos indica que *existe mayor depresión en el grupo de ancianos que vive en asilo*, probablemente porque hay una pérdida del interés en los asuntos ordinarios de la vida, se pierde la espontaneidad. En ese espacio donde habita gente como él, todo proporciona menos

satisfacción que antes requiriendo por lo mismo un esfuerzo extra. No se siente enfermo físicamente, pero tampoco se siente bien ni a gusto.

Mendels (1977), afirma que generalmente, la depresión muestra en sus inicios un estado de indiferencia hacia lo que anteriormente lo mantenía interesado, prefiriendo permanecer encerrado haciendo el mínimo esfuerzo para cualquier actividad, con una disminución absoluta de sus intereses vitales. Esto se agudiza en un lugar que no le ofrezca situaciones de interés.

*Reactivo 21.- "Sin flojera ..... Con mucha flojera",* en este reactivo, la diferencia muestra, nuevamente, que *la depresión se inclina hacia los ancianos del asilo*, esto quizás, según menciona De Beauvoir (1930), a que ellos abandonan su lugar en la sociedad y al no consagrarse a ciertos fines caen en el tedio; sin embargo, menciona que es una etapa compensatoria ya que "no tienen que hacer ningún esfuerzo, les está permitida la pereza, la cercanía de la vejez trae una especie de ocio absoluto, ya no hay que ponerse en tensión para un logro cualquiera, asimismo el privilegio de la vejez: no tiene nada que ganar ni que perder". Estas situaciones se dan mucho en las instituciones ya que no existe una ocupación que le exija al anciano su atención para realizarla. La misma inactividad que empieza a tener lo lleva a no querer hacer las cosas, cree que no tiene sentido ya realizarlas, ya no tiene una verdadera motivación para efectuarlas.

*Reactivo 25.- "Nada solo ..... Muy solo",* también en este reactivo, *la balanza de depresión se inclinó hacia los ancianos que viven en el asilo.* Esto es algo que se antoja muy común, ya que no vive más con sus

seres queridos, se siente abandonado por ellos, piensa que es un estorbo.

Asimismo, durante periodos largos de vivir en asilos, predomina una característica en el anciano que es la soledad, el aislamiento social y el pesado tedio que produce el no tener nada que hacer, esto lo menciona Kastembaun en 1980.

*Reactivo 28.- "Nada feliz ..... Muy feliz",* encontramos que esta diferencia nos indica que en el *grupo de ancianos del asilo existe mayor depresión* que en el grupo de ancianos que viven en su hogar, pensando que posiblemente, al no vivir en un ambiente social y familiar, disminuye su capacidad y deseo de tener pensamientos y situaciones que lo hagan sentirse feliz. Entre sus mismos compañeros de asilo se reflejan tristeza unos a otros, y viven con un vacío de sentimientos.

A lo anterior, S. De Beauvoir (1980) complementa diciendo que la tristeza de las personas de edad no es provocada por un acontecimiento o por circunstancias singulares; se confunde con el tedio que los corroe, con el amargo y humillante sentimiento de inutilidad, de su soledad en el seno de un mundo que únicamente siente indiferencia por ellos. Al sentir que ya no pueden desempeñar las actividades que antes realizaban, se sienten desplazados, y más aún, si se sienten abandonados al ya no vivir cerca de su familia: ahora viven en un asilo, que sienten como un mundo en el que todo a su alrededor refleja su estado actual: la vejez, esto es, un rostro triste, insatisfecho, una actitud decaída, una postura inclinada, denotándose su infelicidad en el momento en que empieza a hablar, algunas personas muestran

una sonrisa la cual es fría, y superficial, tratando, de esta forma, de esconder su desesperación (Mendels, 1977).

**Reactivo 29.-** “*Nada desganado ..... Muy desganado*”, la diferencia que resultó en este reactivo nos deja ver que *el anciano que vive en asilo tiende a ser más desganado* que el que vive en su hogar, lo que indica que hay mayor depresión en el primero. El asilo no les ofrece un ambiente agradable o deseado por ellos, de ahí que no tengan deseos de hacer las cosas.

Asimismo, este factor puede acrecentar lo que menciona Mendels en 1977, al decir que en el anciano existe una pérdida de apetito y cuando come, la comida le parece insípida; es frecuente la pérdida de peso, bajando varios kilos en un periodo corto de tiempo.

**Reactivo 36.-** “*Nada pesimista ..... Muy pesimista*”, en este último reactivo, *el grupo del asilo también mostró ser más depresivo*, puesto que reflejaron mayor pesimismo, causado quizás, porque tienen mayor tiempo para pensar en su pasado, su presente y su futuro. esto relacionado con el hecho de que al envejecer, existe cierta tendencia de los rasgos de la personalidad que el sujeto ha tenido durante su vida, esto es, por ejemplo, que las personas que en las tres primeras décadas de su vida mostraron desánimo y tristeza, al llegar a la tercera edad es muy probable que se muestren pesimistas, deprimidos, egocéntricos, sociopáticos e impulsivos. Así pues, el anciano que vive en el asilo tiene tiempo de sobra para tachar sus actos pasados y sentirse triste por no haberlos realizado, según él, correcta y perfectamente, de manera que se sintiera satisfecho.

Por otro lado, Mendels (1977), menciona que, a medida que la depresión evoluciona, el anciano se vuelve gradualmente ineficiente e irresponsable con pérdida de interés, disminución de energías, incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, en relación con sus problemas supuestos o reales se muestra marcadamente pesimista encontrándose con frecuencia pensativo y cabizbajo, es autocrítico, la realidad la distorsiona y la niega, mostrando una incapacidad creciente para salir adelante en su trabajo y en sus responsabilidades.

En conclusión se puede observar que, de acuerdo al objetivo de la investigación, en el cual se planteó que se analizaría la importancia que tiene la última etapa del individuo (*"la vejez"*) en la depresión y para lo cual se haría una comparación entre un grupo de ancianos que vive en un asilo y un grupo de ancianos que vive en su hogar, podemos decir que tienden a deprimirse más aquellos ancianos que, por una u otra razón, tienen que vivir en un asilo.

Esto lo podemos ver una vez que se analizaron en forma independiente los resultados obtenidos en los reactivos 1, 21, 25, 28, 29 y 36, los cuales *mostraron diferencias significativas* en sus medias con un *nivel de significancia* del 0.05. En ellos se aprecia que los ancianos que viven en asilo muestran mayor depresión que los ancianos que viven en su hogar.

Aún y cuando únicamente estos 6 reactivos mostraron diferencias significativas con la prueba *t de student*, encontramos que hubo algunos otros que estuvieron muy cerca de reflejar dichas diferencias, y



en todos ellos también se inclina a que hay mayor depresión en el grupo del asilo.

*Como podemos ver, en general existe una mayor depresión en aquellos ancianos que viven en un asilo, sintiéndose aislados, que en los ancianos que viven en su hogar, en un ambiente más familiar. Pero esto no quiere decir que estos últimos no sufran momentos de depresión, ya sea cortos o largos. Por ello, hay algunos puntos que es importante mencionar y que ayudarán a entender esta etapa de la vida:*

Es importante hacer un verdadero reconocimiento de esta etapa tan importante de la vida, para con ello poder evitar que la vejez se siga convirtiendo en una etapa difícil de vivir. Para ello, la familia y la sociedad tienen la responsabilidad de modificar las condiciones en que viven los ancianos, ya que es necesario ayudar y preparar al senecteto para que acepte las limitaciones impuestas por la naturaleza y aprenda a vivir acorde con ellas, reintegrándole la seguridad y el valor de la autoestimación perdida, esto a través de respeto, cariño y comprensión.

Por lo tanto, *el anciano necesita reconocer y que lo reconozcan, sentir que su vida tiene sentido y que valió la pena vivirla.* Asimismo, es necesario que el anciano se sienta productivo, sentir que todavía tiene algo que dar, y lo más valioso que un hombre puede dar es darse a sí mismo, dar su experiencia y dar su vida.

Debemos considerar el valor propio de esta última etapa del desarrollo y evitar así que la vejez se convierta en un infierno, para el anciano que la vive y para los que viven con él.

Saber escuchar a un anciano, es reconocerle su valor como persona, y a la vez, es aprender de él. Es acompañarlo en esta etapa de su vida ayudándolo a superar los difíciles momentos que lo llevan a la separatividad humana y darle así un sentido a la vida.

Por último, es importante tener en cuenta lo que menciona Leering (1971) al mencionar la necesidad de crear instituciones con nuevas perspectivas, con personal más preparado, brindando oportunidades más variadas, respetando el estilo de vida de los internos, creando talleres ocupacionales y clubes para las personas con intereses comunes. O bien, fundar asociaciones que permitan la asistencia del anciano sin la necesidad de ser recluso.

# Bibliografía

## BIBLIOGRAFIA

ACKERMAN, N.W.

Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares.  
México, Edit. Paidós, 1974.

ADLER, A.

The individual psychology of Alfred Adler  
Nueva York, Edit. Harper, 1956.

AXELROD, R.

Una alternativa para la medición de la depresión  
México, Tesis de Maestría UNAM, 1990.

BECA, A.T.

El espectro analítico en depresión  
Nueva York, Edit. Medcom, 1970.

BENITEZ, L.

Los procesos del envejecimiento cerebral.  
Jornada sobre problemas de la vejez y del envejecimiento  
México, Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, 1979.

BERMAN, G.

La psicoterapia de la niñez a la senectud.  
Buenos Aires, Edit. Paidós, 1971.

BRAVO, S.

Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico.

Madrid, Edit. Libro del año, 1990.

CALDERON, G.

Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento

México, Edit. Trillas, 1988.

CHAZARO, L.R.

Aspectos Sociales de la Vejez.

México, Memorias del 1er. Congreso Nacional de Geriatria, 1976.

COWDRY, E.U.

El cuidado del paciente geriátrico.

México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1962.

DE BEAUVOIR, S.

La vejez

Buenos Aires, Edit. Hermes, 1980.

DOWNIE, N.M. y HEATH, R.W.

Métodos estadísticos aplicados

México, Edit. Harla, 1986.

ERIKSON, E.H.

El ciclo vital completo.

Buenos Aires, Edit. Paidós, 1985.

ERIKSON, E.H.

Infancia y Sociedad.

México, Edit. Trillas, 1976.

FISKE, MARJORIE

Edad madura ¿Lo mejor de la vida?

México, Edit. Harla, S.A. de C.V., 1980.

GARCIA, R.D.

Depresión, Melancolía y Manía. Un estudio Psicoanalítico.

Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1975.

GOFFAM, E.

Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.

Nueva York, Double day garden city, 1961.

GONZALEZ, A.

Aprendamos a envejecer sanos

México, Editores Costa-Amic, 1984.

HERNANDEZ, G.

La ancianidad, recuperación de la vida, recuperación para la muerte.

I Congreso Nacional de Geriátría

México, Sociedad Mexicana de Geriátría y Gerontología, 1970.

HERNANDEZ, S.R.; FDEZ., C.C.; Y BAPTISTA, L.P.

Metodología de la Investigación

México, Edit. McGraw-Hill, 1995.

HILL, D.

La Depresión en la Historia.

Nueva York, Edit. Medcom, 1970.

KASTENBAUM, R.

Vejez, años de plenitud.

México, Edit. Harper, 1980.

KERLINGER, F.

Investigación del comportamiento, técnicas y metodología.

México, Edit. Interamericana, 1975.

KOLB, L.

Psiquiatría clínica moderna.

México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1973.

LANGARICA, S.

Gerontología y Geriatría.

México, Edit. Interamericana, 1987.

LEHR, U.

Psicología de la Senectud

Barcelona, Edit. Herder, 1988.

LEVIN, KAHANA.

Los procesos psicológicos en el envejecimiento.

Buenos Aires, Edit. Horme, 1973.

LOYOLA, E.

La Problemática social del Anciano.

México, I Congreso Nacional de Geriátría, 1970.

MAYER-GROSS W. ET. AL.

Psiquiatría Clínica II.

Buenos Aires, Edit. Paidós, 1974.

MENDELS, J.

La depresión.

Barcelona, Edit. Herder, 1977.

MERCADO, A.

Tiempo lento.

México, *Los viejos de la ciudad*

*Revista femenina*, 1982.

MISHARA, B., Y RIEDEL, R.

El proceso de envejecimiento.

Madrid, Edit. Morata, 1986.



MORTIMER, O.

La Depresión Psicológica de la Melancolía.

Madrid, Edit. Alianza, 1980.

MOTLIS, J.

El dado de la vejez y sus seis caras.

Madrid, Edit. Altalena, 1985.

NEVGARTEN, B.

*Personality and Aging Process.*

Revista Gerontologist

Vol. 12 Number 1, 1972.

PAYNO, M.

El problema gerontológico en México.

México, 1977.

PERLADO, F.

Geriatría

España, Edit. Científico Médica, 1980.

PIETRO DE NICOLA

Geriatría

México, Edit. Manual Moderno, 1985.

SHEEHY, G.

La crisis de la edad adulta.

México, Edit. Grijalbo, 1984.

SHIDKRANT, J. J.

Una Etiología Bioquímica: Depresión

Nueva York, Edit. Medcom, 1970.

SOLER, M.C.

Como enriquecer la tercera edad.

Barcelona, Edit. Argos Vergara, 1979.

SOLOMON, P., PATCH V.D.

Manual de Psiquiatría.

México, Edit. El Manual Moderno, 1976.

STURGEON, W.

Depresión.

México, Edit. Grijalbo, 1981.

THOMAS, LOUIS-VICENT

La cuestión del envejecimiento

Madrid, Biblioteca Nueva, 1992.

ZINSER, O.

Psicología experimental

México, Edit. McGrawHill, 1992.

# Anexos



11. NADA AGORRALADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY AGORRALADO
12. NADA SEGURO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY SEGURO
13. NADA COMPRENDIDO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY COMPRENDIDO
14. NADA CABIZBAJO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY CABIZBAJO
15. NADA DEVALUADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY DEVALUADO
16. NADA RECHAZADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY RECHAZADO
17. NADA DEPENDIENTE	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY DEPENDIENTE
18. NADA DESAFORTUNADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY DESAFORTUNADO
19. NADA ADOLORIDO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY ADOLORIDO
20. NADA VULNERABLE	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY VULNERABLE
21. SIN FLOJERA	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	CON MUCHA FLOJERA
22. NADA DICHOSO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY DICHOSO
23. NADA DESCORAZONADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY DESCORAZONADO
24. NADA ANSIOSO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY ANSIOSO
25. NADA SOLO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY SOLO
26. NADA AFLIGIDO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY AFLIGIDO
27. NADA AUTOCOMPASIVO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY AUTOCOMPASIVO
28. NADA FELIZ	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY FELIZ
29. NADA DESGANADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY DESGANADO
30. NADA ANGUSTIADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY ANGUSTIADO
31. NADA AGOBIADO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY AGOBIADO
32. NADA SATISFECHO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY SATISFECHO
33. NADA MELANCOLICO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY MELANCOLICO
34. NADA NOSTALGICO	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY NOSTALGICO
35. SIN CONFLICTOS	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	CON MUCHOS CONFLICTOS
36. NADA PESIMISTA	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>	MUY PESIMISTA

## LISTA DE ADJETIVOS

### PERFIL DE CALIFICACION DE LA LISTA DE ADJETIVOS DE DEPRESION ( L. A. D. )

• SUJETOS SANOS  
x SUJETOS DEPRIMIDOS

1. TODO VALE LA PENA	•	•	•	•	x	x	x	x	x	x	NADA VALE LA PENA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. NADA ACABADO	•	•	•	•	•	x	x	x	x	x	MUY ACABADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. NADA AGRESIVO	•	•	•	•	•	x	x	x	x	x	MUY AGRESIVO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. NADA MARGINADO	•	•	•	•	x	x	x	x	x	x	MUY MARGINADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. NADA MEDIOCRE	•	•	•	•	x	x	x	x	x	x	MUY MEDIOCRE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. NADA ABURRIDO	•	•	•	•	•	•	x	x	x	x	MUY ABURRIDO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. NADA MALHUMORADO	•	•	•	•	•	•	x	x	x	x	MUY MALHUMORADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. NADA APATICO	•	•	•	•	•	x	x	x	x	x	MUY APATICO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. NADA ABANDONADO	•	•	•	•	•	x	x	x	x	x	MUY ABANDONADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. NADA FASTIDIADO	•	•	•	•	x	x	x	x	x	x	MUY FASTIDIADO
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

11. NADA AGORRALADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{X}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY AGORRALADO
12. NADA SEGURO	$\frac{X}{10}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{0}{6}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{1}$	MUY SEGURO
13. NADA COMPRENDIDO	$\frac{X}{10}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{0}{6}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{1}$	MUY COMPRENDIDO
14. NADA CABIZBAJO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY CABIZBAJO
15. NADA DEVALUADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{X}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY DEVALUADO
16. NADA RECHAZADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY RECHAZADO
17. NADA DEPENDIENTE	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY DEPENDIENTE
18. NADA DESAFORTUNADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{X}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY DESAFORTUNADO
19. NADA ADOLORIDO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY ADOLORIDO
20. NADA VULNERABLE	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY VULNERABLE
21. SIN FLOJERA	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	CON MUCHA FLOJERA
22. NADA DICHOSO	$\frac{X}{10}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{1}$	MUY DICHOSO
23. NADA DESCORAZONADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY DESCORAZONADO
24. NADA ANSIOSO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY ANSIOSO
25. NADA SOLO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY SOLO
26. NADA AFLIGIDO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY AFLIGIDO
27. NADA AUTOCOMPASIVO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{X}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY AUTOCOMPASIVO
28. NADA FELIZ	$\frac{X}{10}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{1}$	MUY FELIZ
29. NADA DESGANADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY DESGANADO
30. NADA ANGUSTIADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY ANGUSTIADO
31. NADA AGOBIADO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY AGOBIADO
32. NADA SATISFECHO	$\frac{X}{10}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{1}$	MUY SATISFECHO
33. NADA MELANCOLICO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY MELANCOLICO
34. NADA NOSTALGICO	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY NOSTALGICO
35. SIN CONFLICTOS	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	CON MUCHOS CONFLICTOS
36. NADA PESIMISTA	$\frac{0}{1}$	$\frac{0}{2}$	$\frac{0}{3}$	$\frac{0}{4}$	$\frac{0}{5}$	$\frac{X}{6}$	$\frac{X}{7}$	$\frac{X}{8}$	$\frac{X}{9}$	$\frac{X}{10}$	MUY PESIMISTA