

Enseñanza e Investigación en Psicología
ISSN: 0185-1594
rbulle@uv.mx
Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.
México

Canto Pech, Hugo Guadalupe; Castro Rena, Eira Karla
Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo
Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 9, núm. 2, julio-diciembre, 2004, pp. 257-270
Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.
Xalapa, México

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29290204

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA VOL. 9, NUM. 2: 257-270 JULIO-DICIEMBRE, 2004

DEPRESIÓN, AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN LA TERCERA EDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Depression, self-esteem and anxiety in the elderly: A comparative study

Hugo Guadalupe Canto Pech y Eira Karla Castro Rena
Universidad del Mayab[1]

RESUMEN

El presente estudio se enfocó en los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en los ancianos, especialmente en quienes viven en asilos o que acuden a estancias con frecuencia. De los resultados obtenidos, se observó de manera general que hay probabilidades de que a mayor nivel de autoestima, menor depresión; a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de depresión, y a menor autoestima, mayor el nivel de ansiedad. Al comparar las estancias con los asilos en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad y autoestima, sólo se halló una diferencia significativa de mayores niveles de ansiedad en los asilos. Los niveles de depresión y de autoestima no resultaron significativos en ninguno de tales lugares, aunque es común suponer que en ellos predominan la depresión y la baja autoestima.

Indicadores: Asilos; Estancias para ancianos; Depresión, autoestima y ansiedad en la vejez.

ABSTRACT

This study was focused on the levels of depression, anxiety, and self-esteem in the elderly, specially the ones living in nursing homes or who frequently go to senior citizen centers. From the results obtained, it was observed in general that, probably, the higher the level of self-esteem, the lower the level of depression; the higher the level of anxiety, the higher the level of depression, and the lower the level of self-esteem, the higher the anxiety. Upon comparing senior citizen centers with nursing homes in regard to as far as the levels of de-

[1] Facultad de Psicología, Carretera Mérida-Progreso Km 15.5, desviación a Dzibilchaltún, Mérida, Yuc., México, tel. (999)953-37-56, correos electrónicos: deisapientia@hotmail.com y mirtala@hotmail.com. Artículo recibido el 24 de mayo y aceptado el 12 de julio de 2004.

pression, anxiety and self-esteem, the only difference found was a significantly higher level of anxiety in nursing homes. The levels of depression, as well as those of self-esteem, were not found to be significant in either place, though it is commonly thought that depression and a low self-esteem predominate in those places.

Keywords: Nursing homes; Senior citizen community centers; Depression, Self-esteem, and anxiety in the elderly.

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2001), la población total de habitantes en Yucatán aumentó de 1,362,940 personas en 1990 a 1,650,949 en 2000, donde 805,016 corresponde a la población de hombres y 835,933 a la de mujeres. De este número, la población de personas de 65 años y más aumentó de 76,106 en 1990 a 99,650 en 2000. Lo anterior significa que en el estado de Yucatán ha habido un incremento en los índices de población mayor conforme pasa el tiempo, sobre todo en las zonas urbanas, lo que induce a pensar que el área de la salud, la infraestructura social y "una mejor capacidad metabólica y respuesta a las tensiones" (Kane y Ouslander, 2001: 5) han contribuido notablemente al aumento en la longevidad de la población adulta mayor, lo que se demuestra en el número cada vez menor de las llamadas "defunciones generales por grupo, según ámbito geográfico de residencia habitual del fallecido", según datos del propio INEGI (2001).

Puede observarse en general que hubo menos defunciones en 1999 que en los años de 1995 y 1998 en la población adultos mayores, por lo que resulta importante estudiar el estado de salud mental de este grupo de habitantes examinando su calidad de vida.

La vejez es un período vital que comienza a los 65 años (Papalia y Wendkos, 2001). Los gerontólogos dividen a los adultos mayores en esta etapa en dos bloques: los viejos-jóvenes (entre 65 y 74 años) y los viejos-viejos (a partir de los 75). Los ancianos también pueden clasificarse en ancianos sanos y "aquellos con una enfermedad que interfiere en el funcionamiento y precisa atención médica o psiquiátrica" (Kaplan y Sadock, 1998: 61). En sí, la vejez es un proceso complejo in-

fluido por la herencia, la alimentación, la salud y diversos factores ambientales, y en ella es común encontrar afectaciones o disminuciones en sentidos como la visión, la audición, el gusto y el olfato.

La asistencia para los ancianos

Toda asistencia geriátrica se define como el conjunto de niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales destinados a prestar atención interdisciplinaria, integrada, integral y especializada a las personas mayores que habitan en un determinado sector asistencial (Polonio, 2002). Estos sectores asistenciales pueden tener diversos nombres y objetivos según el país, tales como asilos, casas de cuidado para ancianos o casas-hogar para la tercera edad. Sin embargo, las formas directas de adaptación y aplicación de tales conceptos tienen divergencias y carencias debido a que no toda atención asistencial posee servicios médicos ni toda atención sanitaria es multidisciplinaria; aunque de cierta forma estos elementos asistenciales aparecen aisladamente, conforman la única ayuda presente en el medio social.

Depresión

Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo puede estar temeroso, preo-cupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional (Martínez, 2003). Las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio (American Psychiatric Association, 1995). La expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor; las comisuras bucales se inclinan

hacia abajo y la mirada permanece fija. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto dese-quilibrio, con contracción ligera de flexores y abductores, de tal manera que aparece la llamada "actitud de flexión" de la depresión. Los movimientos se ejecutan lentamente. Señala González (2002): "La mayoría de los adultos mayores conservan casi intactas sus facultades mentales; sólo muy pocos muestran deterioro en su función cognoscitiva. Sin embargo, es un hecho que las enfermedades demenciales son más frecuentes conforme aumenta la expectativa de vida" (p. 37). Por otra parte, un episodio depresivo en un paciente de edad avanzada puede ser difícil de diferenciar de la demencia, pues ambos pueden cursar con apatía, dificultad de concentración y alteraciones de memoria (Fernández y Muñoz, 2001).

Ansiedad

La ansiedad no es un concepto o un estado particular muy limitado ya que es una señal o reacción general bastante común en el ser humano. "La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante", según Kaplan y Sadock (2000: 636). De la misma forma, se diferencia del miedo en que la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior o conflictiva, mientras que el miedo es una respuesta a una amenaza conocida.

Kaplan y Sadock (2000) mencionan que la experiencia de ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (como palpitaciones y sudores) y la conciencia de estar nervioso o asustado. El sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad, y muchas personas se asombran al enterarse que los demás no se dan cuenta de su ansiedad o, si lo hacen, no pueden apreciar la intensidad de la misma.

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción no sólo respecto del tiempo y el espacio, sino también en relación con las personas y el significado de los sucesos. Tales distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al disminuir la concentración, reducir la memoria y alterar la capacidad de relacionar un tema con otro.

Un aspecto importante de las emociones es su efecto sobre la atención selectiva. Las personas ansiosas están predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidar otras en su esfuerzo por demostrar que está justificado el que consideren una situación como amenazante y respondan en consecuencia. Si falsamente justifican su miedo, sus ansiedades aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremento de ansiedad.

Autoestima

Abud y Bojórquez (1997) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como "el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor" (p. 16). Describen asimismo tres componentes importantes que se relacionan entre sí, el deterioro de uno de los cuales afecta negativamente a los restantes:

Componente cognitivo. Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de autoesquemas usados para reconocer e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye al autoconcepto como origen y de-sarrollo de la autoestima.

Componente afectivo. Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable.

Componente conductual. Tensión, intención y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente.

En diversas investigaciones se ha demostrado que el "periodo previo al ingreso del anciano a las instituciones se presenta de forma crítica [...] durante este tiempo se le presenta un episodio intenso de estrés e incertidumbre debido al miedo y expectativas hacia las condiciones y situaciones del lugar, ocasionando así tensiones internas en el adulto mayor" (López, 1998: 25).

Se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativos, se conserva en óptimas condiciones psicológicas y, de esta manera, supera más fácilmente las tensiones o la propia enfermedad; por el contrario, según López (1998), los adultos mayores institucionalizados con ausencia o mala calidad de estos lazos afectivos se ven afectados, cediendo así ante la enfermedad, por lo cual el apoyo social marca una notable diferencia entre los deseos de continuar viviendo o no.

Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución, el anciano pierde asimismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente a sí mismo; puede presentarse una adaptación deficiente debida a la pérdida de sus "roles sociales y funcionalidad [...] al ingresar en alguna residencia, disminución en la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resultando de esto un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro". (López, 1998: 28).

Con el objetivo de analizar estos efectos en los ancianos, se llevó a cabo el presente estudio.

MÉTODO

Sujetos

Se trabajó con una población por conveniencia, siendo la muestra accidental y no aleatoria, en un estudio de corte transversal. La población por conveniencia está definida por los adultos de la tercera edad de la zona centro de la ciudad de Mérida, exclusivamente los más cercanos al Centro de Desarrollo Comunitario de la Universidad del Mayab (CEDECOM). La muestra accidental está referida a que fueron varios los sujetos convocados de manera personal y cordial a contestar, pero al no acceder todos los asistentes, participaron entonces libremente y no de manera impuesta.

Específicamente, se visitaron dos asilos y dos estancias en dicha zona. La muestra total constó de 62 personas, 32 de las estancias y 30 de los asilos. La edad para la entrevista correspondió a la edad mínima considerada para pertenecer al grupo de la tercera edad según los autores mencionados en el apartado teórico: 65 años. Para este estudio, y dado lo accidental de la muestra, no se consideró el sexo de los participantes como relevante.

Instrumentos

Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión para adultos).
El inventario de autoestima de Coopersmith se utilizó para medir el nivel de autoestima de los ancianos. Consta de 25 reactivos de respuestas dicotómicas, con un valor de 4 puntos por afirmaciones que vayan de acuerdo a una alta autoestima (mínimo 0, máximo 100 puntos). Debido al tipo de respuesta, es una prueba que cae dentro de la clasificación de presencia-ausencia. En México, la validación y confiabilización de este instrumento fue realizado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés (cfr. González y Villanueva, 1995). La muestra para ello estuvo conformada por 411 sujetos: 211 mujeres y 200 hombres de la ciudad de México. La confiabilidad obtenida fue de 0.81 mediante la alfa de Cronbach.

Las normas de calificación son, a saber: baja autoestima, de 1 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 49, y alta autoestima, de 50 y más.

Escala de Ansiedad de Hamilton
Esta escala fue publicada en 1959 y está adaptada al español para el manejo de pacientes con ansiedad en la consulta médica; de la misma forma, se le usa como auxiliar en su diagnóstico. Se interroga al sujeto mediante preguntas cerradas y se exploran los síntomas que implica la prueba; finalmente, se califica anotando el número de frecuencia con que se presenta el síntoma, según una escala. Los síntomas son los siguientes: estado de ánimo, tensión, temores, insomnio, intelecto, estado de ánimo deprimido, somático, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas autonómicos. Consta de doce inci-

sos, además de la variable 'conducta en la entrevista'. Se considera que no hay ansiedad cuando se obtiene un puntaje de 0 a 6; leve, de 7 a 20; moderada, de 13 a 34; severa, de 35 a 48, y muy severa, de 49 y más.

Inventario de Depresión de Beck

Este inventario fue utilizado para medir los niveles de depresión en los ancianos. Consiste en 21 reactivos de opción múltiple, los cuales escalan un estado de ánimo de mejor a peor. Cada sentencia posee un valor que va de 0 a 3, sumando un total máximo de 63 puntos. La fiabilidad de dos mitades es alta o muy alta (desde 0.58 a 0.93), y su consistencia interna muy alta tanto en pacientes (alfa de Cronbach medio = 0.87) como en muestras de población general (0.81). Se ha demostrado la sensibilidad al cambio de este instrumento, encontrándose que las mejorías clínicas de la depresión se correlacionan en 0.80 con los cambios en el inventario (Vázquez y Sanz, 1997). Para calificarlo, se consideran puntajes de 0 a 9 como ausencia de depresión; 10 a 18 como depresión ligera; 29 a 29 como depresión moderada, y 30 a 63 como depresión grave.

Procedimiento

La entrevista procedía con todo aquel sujeto que aceptaba libremente ser interrogado dentro de los asilos ?pues no todos se encontraban en la hora de visita de los investigadores? o que asistían a la estancia. Dado que la verdadera residencia de los adultos que concurren a las estancias es el hogar propio o con los hijos, se entrevistó a quienes acudían y aceptaban participar. Una vez establecido el proceso empático y de *rapport* para ganar su confianza, se proseguía con los instrumentos.

La aplicación de los instrumentos en los asilos se llevó a cabo de manera oral, con preguntas abiertas y cerradas que definían los reactivos de cada test e ítem, o simplemente se preguntaba directamente. Esta forma de aplicación se debió a las escasas habilidades de las personas en lectura, estudios mínimos (casi nadie sabía leer) y capacidades visuales y auditivas reducidas, ya que la mayoría tenía problemas visuales o dificultades auditivas.

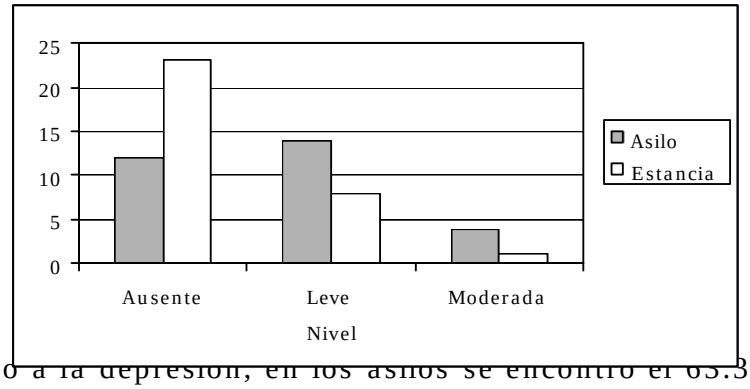
La aplicación en las estancias se hizo de acuerdo al protocolo de cada instrumento: para el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Autoestima de Coopersmith, la aplicación es escrita y personal, mientras que para el de Ansiedad de Hamilton es indirecta y de exploración del entrevistador. El orden de los instrumentos varió en las aplicaciones, pero no alteró los resultados.

RESULTADOS

Frecuencias

En el caso de los asilos, el 40% de la muestra mostró ansiedad ausente, el 46.6% ansiedad leve y el 13.3% ansiedad moderada. A diferencia de los asilos, en las estancias se encontró el 71.8% con ansiedad ausente, el 25% con ansiedad leve y el 3.1% con ansiedad moderada (Gráfica 1). Estas frecuencias de los niveles de ansiedad demuestran la alta probabilidad de que en los asilos los ancianos presenten síntomas ansiosos de manera significativa.

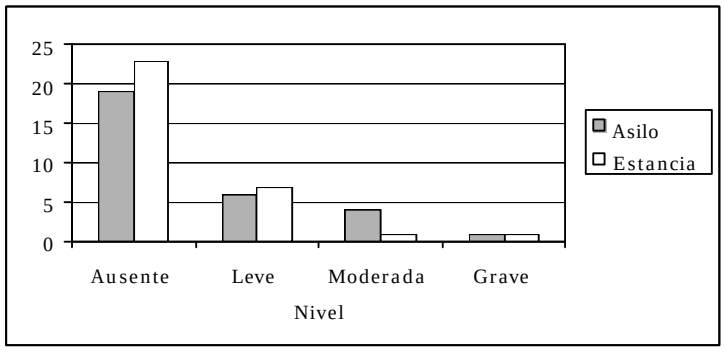
Gráfica 1. Frecuencia de ansiedad en asilos y estancias.



En cuanto a la depresión, en los asilos se encontró el 63.3% con ausencia de depresión, el 20% con depresión leve, el 13.3% con depresión moderada y el 3.3% con depresión grave. En las estancias, el 71.8% presentó ausencia de depresión, el 21.8% depresión leve, el 3.1% depresión moderada y el 3.1% depresión grave (Gráfica 2). Estas tendencias de los niveles de depresión expresan una cercanía en la presencia de síntomas depresivos de los adultos de la tercera edad, no importando el lugar de la residencia. No obstante, son los asilos

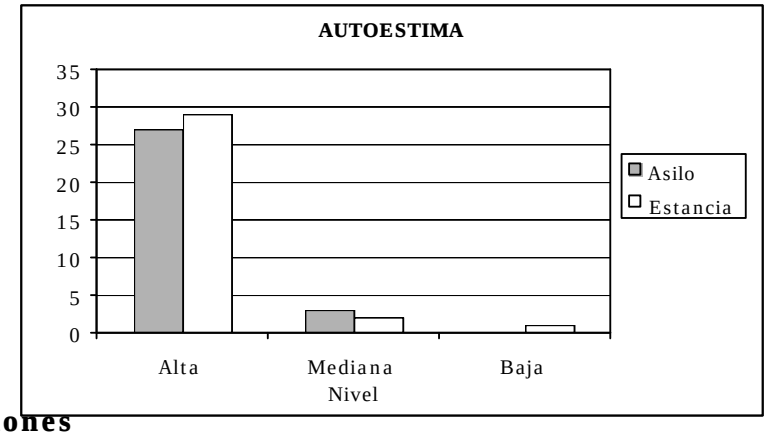
los que obtuvieron el menor porcentaje en la ausencia de depresión en comparación con las estancias.

Gráfica 2. Frecuencia de depresión en asilos y estancias.



Los ancianos en los asilos manifestaron, en un 90%, autoestima alta, el 10% autoestima media o normal, y ninguna con autoestima baja. En las estancias hubo un 90.6% con alta autoestima, un 6.2% con autoestima normal y un 3.1% con baja autoestima (Gráfica 3). De la misma forma, las tendencias, según el nivel de autoestima, no variaron significativamente de acuerdo al lugar, aunque en esta escala los ancianos en asilos y estancias tuvieron porcentajes similares.

Gráfica 3. Nivel de autoestima en asilos y estancias.



Correlaciones

Se halló correlación entre autoestima y depresión ($r = -.669$, $p < .001$), indicando que probablemente entre mayor es la primera, es menor la segunda. Otra relación fue entre la depresión y la ansiedad ($r = .746$, $p < 001$) (a mayor ansiedad, mayor depresión). La última

relación ocurrió entre ansiedad y autoestima (r = - .442, p < 001) (a mayor ansiedad, menor autoestima).

Hubo otras correlaciones entre suicidio y satisfacción (r = - .500, p < 001) (entre más pensamientos de suicidio, menor satisfacción de vida) y tristeza y satisfacción (r = - .726, p < 001) (a mayores niveles de tristeza, menor satisfacción).

Respecto a las correlaciones de los ítems de ansiedad, aparecieron varias. La primera relación se estableció entre estado de ánimo y tensión (r = .768, p < 001) (a mayor estado de ánimo ansioso, mayor tensión). Otra concordancia se halló entre estado de ánimo y estado de ánimo deprimido (r = .827, p < 001) (a mayor estado de ánimo ansioso, mayor estado de ánimo deprimido). El estado de ánimo también correlacionó con la conducta en la entrevista (r = .478, p < 001), denotando probabilidad de que a mayor estado de ánimo ansioso, mayor ansiedad en la conducta de entrevista. La tensión y el estado de ánimo deprimido se correlacionaron asimismo (r = .765, p < 001) (a mayor tensión, mayor estado de ánimo deprimido), e igualmente la tensión se correlacionó con la conducta en la entrevista (r = .300, p < 001) (a mayor tensión, mayor conducta ansiosa en la entrevista). La última correlación fue entre la conducta en la entrevista y el estado de ánimo deprimido (r = .542, p < 001) (a mayor conducta ansiosa en la entrevista, mayor estado de ánimo deprimido).

En cuanto a las diferencias entre los asilos y estancias respecto de los niveles de depresión, se obtuvo $?^2$ = 2.19, gl = 3, p = .533, lo que expresa una diferencia no significativa entre ambos lugares en los niveles de depresión. En cuanto a los niveles de autoestima de dichos lugares, se encontró $?^2$ = 1.20, gl = 2, p = .547, resultando también una diferencia no significativa. La relación de los lugares con base en la ansiedad dio como resultado una $?^2$ = 6.83, gl = 3, p = .033, que puede interprarse como una diferencia significativa.

Para los contrastes entre los asilos y estancias respecto a lo ítems de tristeza, satisfacción y suicidio, no se hallaron diferencias significativas. El ítem 'tristeza' obtuvo una $?^2$ = 7.73, gl = 3, p = .052; el de 'satisfacción', $?^2$ = 6.78, gl = 3, p = .079, y el ítem 'suicidio' una $?^2$ = 6.83, gl = 3, p = .033. Ninguno de ellos resultó significativo.

De la misma forma, para encontrar discrepancias entre los asilos y las estancias respecto a los ítems relativos a conducta en la entrevista, estado de ánimo deprimido y estado de ánimo, temor y tensión, no se encontraron diferencias significativas. En el ítem 'conducta en la entrevista' se obtuvo una $?^2 = 4.92$, gl = 4, p = .295; en 'estado de ánimo deprimido', una $?^2 = 4.00$, gl = 4, p = .406; en 'estado de ánimo', $?^2 = 5.89$, gl = 4, p = .207; en el ítem 'temor', una $?^2 = 4.02$, gl = 3, p = .259, y en el ítem 'tensión', $?^2 = 7.86$, gl = 4, p = .097. Ninguna fue significativa.

Interpretación

De manera general, en la muestra de la tercera edad estudiada se halló una correlación entre el nivel de autoestima y los niveles de depresión, indicando que probablemente entre mayor sea el nivel de autoestima habrá menor depresión. También se constató la relación entre la depresión y la ansiedad, entendiéndose que a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de depresión. La última relación significativa ocurrió entre las escalas de ansiedad y de autoestima, lo que expresa la probabilidad de que a mayor nivel de ansiedad, menor autoestima. Observando la sintomatología para la depresión en los mismos grupos, especialmente las actitudes hacia el suicidio, la satisfacción en la vida y el sentimiento de tristeza, se encontraron dos tendencias principales. La primera se establece entre los síntomas correspondientes a los pensamientos de suicidio y el sentimiento de satisfacción, indicando que entre más frecuentes sean los pensamientos de suicidio, probablemente haya una menor la satisfacción en la vida. La segunda corresponde a la tristeza y a la satisfacción, revelando que a mayores niveles de tristeza, menor satisfacción en el acontecer cotidiano.

Respecto a la sintomatología de la ansiedad (especialmente de los síntomas considerados: conducta en la entrevista, temores, tensión, estado de ánimo deprimido, estado de ánimo), se apreciaron las correlaciones significativas ya mencionadas en el apartado anterior.

La relación de los lugares con la ansiedad dio como resultado una diferencia significativa, lo que indica que el tipo de vivienda y sus circunstancias influyen en la presencia de la ansiedad de algún nivel.

En este caso, en los asilos se halló mayor ansiedad entre los residentes estudiados.

Para complementar lo anterior, se obtuvo una diferencia no significativa entre ambos lugares en los niveles de depresión, denotando que el lugar de residencia no influye significativamente en la presencia de síntomas depresivos. De la misma forma, se observó una diferencia no significativa entre los lugares respecto de los niveles de autoestima, interpretándose que el lugar de residencia no influye significativamente en los niveles de autoestima.

Para los contrastes entre los asilos y estancias respecto de los ítems relativos a tristeza, satisfacción y suicidio, no se encontraron diferencias significativas, lo que denota que la residencia no influye en la aparición de dichos síntomas. De la misma forma, en la búsqueda de discrepancias entre los asilos y estancias en cuanto a los síntomas de ansiedad, específicos de la conducta en la entrevista, estado de ánimo deprimido, estado de ánimo, temor y tensión, no hubo diferencias significativas (sólo cuando todos los síntomas ansiosos se utilizan en conjunto para establecer un diagnóstico de ansiedad, resultan discrepantes en la comparación entre los asilos y estancias). Por último, las creencias religiosas ?tales como la esperanza, el sufrimiento y la voluntad de Dios? fueron las interpretaciones y esquemas cognitivos predominantes para sobrellevar las circunstancias adversas.

DISCUSIÓN

Los avances en el área de la salud han contribuido a una mayor longevidad y a una mejor calidad de vida. Vivir más que en el siglo pasado es un logro digno de admirar, al igual que llegar a la vejez con pocas enfermedades. Pero no en todos los medios y circunstancias la vejez se ha visto beneficiada, y tal es el caso de quienes viven en asilos y hogares.

Es aquí donde se cuestiona la calidad efectiva de las distintas esferas que conforman la sociedad, y si realmente la política, la economía o la acción social han sabido sobrellevar el impacto de los ancianos abandonados.

A medida que el anciano se ve a sí mismo en retrospectiva y califica su vida por lo que le causó felicidad o desdicha, y cómo esto lo pone ante la vida, puede decirse que su preparación para la muerte ha comenzado. La diferencia entre una buena y mala aceptación de la muerte es la apertura que se tenga hacia ella como un hecho cíclico, natural e inevitable, viéndola y esperándola con serenidad, procurando una buena preparación, haciendo un análisis de la vida que se llevó, aferrándose a los recuerdos que permitieron seguir adelante, y vislumbrando los motivos por los que se ha llegado al momento de morir.

Se ha demostrado, aunque es imposible generalizar, que los ancianos que viven en los asilos manifiestan una tendencia elevada y significativa a presentar una sintomatología ansiosa, pero un nivel de autoestima similar a la que se observa en las estancias. Muchos de los síntomas ansiosos son consecuencia de los deseos de estar con familiares, de querer salir y caminar, pero no poder hacerlo debido a sus debilidades físicas, o sencillamente por no querer permanecer en un mismo lugar sin hacer algo. De la misma forma, los síntomas depresivos ocurrieron de manera semejante en ambos lugares, aunque fueron menores en las estancias. Esta tendencia de la depresión rompe con la creencia de que en los asilos predomina la tristeza, la depresión y la baja autoestima, aunque no hay que olvidar que siempre es recomendable “toda programación de actividades agradables, ocupaciones y labores que les ayuden a encontrarse con nuevas situaciones que faciliten la adaptación y afrontamiento de problemas, así como un mejor control de su entorno” (Buela-Casal y Sierra, 2001: 171).

En definitiva, este estudio ha tratado de reflexionar acerca de las consideraciones y el valor del anciano en el medio social con el propósito de que, tal como señala Estrada (1997), “el afecto por los padres y los abuelos sea necesariamente reforzado y enseñado por las instituciones y la sociedad” (p. 146). Dicha reflexión comienza con las comparaciones entre dos medios donde al adulto mayor se le confina, relega o aísla.

REFERENCIAS

Abud, C. y Bojórquez, I. (1997). *Efectos psicológicos: ansiedad, depresión, autoestima y relación de pareja, de la mastectomía en la mujer yucateca del Centro Anticanceroso y el Instituto Mexicano del Seguro Social*. Tesis de licenciatura en Psicología. Mérida, Yuc.: Universidad del Mayab.

Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Buela-Casal, G. y Sierra, J. (2001). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Estrada I., L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

Fernández G., S. y Muñoz, C. (2001). Diagnóstico diferencial del trastorno demencial. *Revista de Psicogeriatría, 1*(1). Disponible en línea: www.psiquiatria.com/ar-ticulos/demencias/

González, J. (2002). *El paciente de edad avanzada: un paciente diferente*. México: Trillas.

González, R. y Villanueva, M. (1995). *Rol sexual y autoestima*. Tesis de licenciatura en Psicología. Mérida, Yuc.: Universidad del Mayab.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). *Anuario de estadísticas por entidad federativa*. México: INEGI.

Kane, R. y Ouslander, J. (2001). *Geriatría clínica*. México: McGraw-Hill.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1998). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Kaplan, H., Sadock, B. (2000). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

López, C. (1998). *Diferencia de autoestima entre ancianos institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Mérida*. Tesis de licenciatura en Psicología, Mérida: Universidad del Mayab.

Martínez, M. (2003). *El paciente con enfermedad en estado terminal y el rechazo a la eutanasia*. Tesis de licenciatura. Toluca, Edo. de México: Instituto Superior de Estudios para la Familia.

Papalia, D., Wendkos, S. (2001). *Desarrollo humano*. Santafé de Bogotá, D.C., Colombia: McGraw Hill.

Polonio, B. (2002). *Terapia ocupacional en geriatría : 15 casos prácticos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck. *Clínica y Salud*, 8: 403-422.