



DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL VALLE DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

Aida Mercado Maya; Leonor Gpe. Delgadillo Guzmán.

Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Ciencias de la Conducta.

aidamercadom@hotmail.com

Análisis existencial, Depresión, Adulto mayor.

RESUMEN:

Esta investigación retoma la perspectiva del análisis existencial como fundamento teórico de la misma, ya que todas las formas de depresión pueden ser consideradas como una lucha de la persona por percibir el valor de su propia vida (Längle, 2005). Es así que, la depresión constituye una información afectiva de la pérdida de valor y de sentido en la propia vida. En dicho estado afectivo inciden aspectos biológicos, psíquicos y sociales. El sentido existencial de los estados depresivos radica en un debilitamiento de la relación del individuo con su propia vida. Esto a su vez influye sobre la actitud con respecto a su vida en cuanto a preguntarse en que medida es capaz de soportar y configurar su existencia. Semejante sufrimiento conlleva reacciones típicas de enfrentamiento y agresión. De acuerdo con lo anterior este estudio se centra, en hacer una comparación en cuanto a los niveles de depresión en hombres y mujeres adultos mayores. Para ello se utilizó la Escala de Automedición de la Depresión, ya que dicho instrumento permite establecer los síntomas físicos sin base orgánica aparente, además de descubrir y medir las llamadas depresiones ocultas, muy comunes en esta edad. Se obtuvieron los índices de confiabilidad y validez para la población de estudio; los resultados mostraron que existen diferencias significativas en torno a la depresión, con respecto al factor físico afectivo.

Introducción

La etapa del adulto mayor se sitúa como la última de la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los seres humanos tienen como perspectiva el fin de la vida; durante la cual ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, la forma de reaccionar ante estos cambios dependerá de la historia y la personalidad de cada ser, así como de la cultura en la que se manifiesten.

No sólo se presentan modificaciones en torno a su salud y al aspecto físico, también se dan en cuanto a la forma de percibir y expresar emociones, así como en el lugar que se ocupa y el rol que desempeña dentro del medio en el que la persona se desenvuelve. A finales del siglo XIX, el concepto de vejez sufrió un cambio radical en la sociedad, pasó de ser visto como un proceso caracterizado por la declinación, la debilidad y la caducidad. La edad avanzada considerada antes como la supervivencia de los más aptos, se comenzó a identificar como una condición de dependencia y deterioro (Hareven, 1986).

El adulto mayor al igual que cualquier otro individuo a lo largo de su vida se enfrenta a diversas crisis personales, frente a las que surgen sensaciones de perplejidad o de choque a las que deben buscarse solución para lograr adaptarse y sobrevivir (Laforest, 1991).

Es indudable que algunas de estas modificaciones son irreversibles y tienen repercusiones en la vida cotidiana del adulto mayor, ya que algunas de estas pérdidas pueden llegar a provocar que en un momento determinado, se convierta en una persona dependiente, incapaz de valerse por sí misma; sin embargo, dependerá de numerosas circunstancias que logre o no adaptarse a su envejecimiento; entre otras situaciones están: la cultura, la educación, la situación económica, las relaciones con amigos y familiares, el habitar o no en una institución, entre otros.

Los estereotipos negativos acerca del envejecimiento y la vejez; conforman parte del imaginario colectivo, perjudican el buen envejecer y dificultan la adecuada inserción del adulto mayor a la sociedad (Neugarten, 1999).

Siendo la mayoría de las actitudes que giran en torno de la vejez, desfavorables y como estas son percibidas y asumidas por los adultos mayores, los llevan a comportarse de acuerdo con los estereotipos que lo definen, lo que muy a menudo hace poco satisfactoria su forma de vida, ya que dichas actitudes afectan de manera directa la forma en como viven y como se sienten hacia sí mismas (Papalia, Wendkos y Duskin, 1992).

Este sentir suele conducir a situaciones de tipo depresivo. De acuerdo con lo anterior se hace una descripción de la depresión desde la visión del análisis existencial, para ello se revisan las causas de los disturbios depresivos.

“El análisis existencial es un método psicoterapéutico de carácter fenomenológico centrado en torno a la persona” (Längle, 1994, p. 187). Siendo su fundador el psiquiatra y neurólogo vienés Víktor Frankl (1905-1997). Dicho método fomenta y estimula el diálogo, tanto el diálogo externo con el mundo, como el diálogo interno consigo mismo (Tellenbach, 1993).

El trabajo analítico existencial parte en primera instancia de la vivencia, para llevar a cabo la

actualización emocional, necesaria para el proceso decisional, (toma de posición y actitud) y como punto final, pone énfasis en la actualización (en el actuar), como resultado de la decisión (Längle, 1994).

Desde el punto de vista del análisis existencial la depresión es un disturbio psíquico que precisamente resulta tan agobiante porque afecta la vivencia de los valores. Esto significa que la depresión no es concebida solamente como un disturbio psíquico con una mayor o menor participación somática, sino también como un disturbio que afecta tanto las disposiciones como las actitudes, las decisiones y la vivencia espiritual del mundo y de sí mismo (Frankl, 1992).

Längle, (2005, pp. 94-100) refiere que

“...lo concreto en el disturbio de carácter depresivo es, pues, que la relación objetal con el mundo y consigo mismo (sobre todo con el cuerpo) prácticamente queda inalterada. Lo que resulta perturbado es la percepción del valor en el complejo relacional. Aquellas cosas que alegran normalmente o que resultan agradables o interesantes, palidecen y pierden su color, fenómeno que es conocido como afección negativa. Su importancia existencial radica en la pérdida de la vivencia del valor, lo cual implica pobreza en la dimensión espiritual, que da cabida a los valores, mismos que llenan la vida y que mantienen y hacen atractivas las relaciones”.

Los valores por tanto tienen un efecto vivificador, fortalecedor y nutritivo en la persona y la psique del hombre (Längle, 1994). La depresión conlleva entonces: Disturbio en la vivencia de valores, pérdida del valor psíquico, así como, pérdida de la nutrición espiritual. Dominando la pérdida de la vivencia del valor.

Los disturbios de carácter depresivo tienen origen en causas somáticas, psíquicas y sociales. Como denominador común se puede señalar la pérdida de valor, lo cual es válido para todas las formas principales de este tipo de disturbio, es decir: la pérdida de vitalidad (depresión endógena) las pérdidas no superadas, duelo o agresión bloqueados (depresión psicógena y reactiva) y para el traumatismo psíquico (depresión psicógena) (Längle, 2005).

Para la génesis de cualquier forma de los disturbios de carácter depresivo resulta determinante la reducción en las cualidades de valor vital: por una parte, con respecto al sentimiento vital elemental, a la fuerza vital y al sentimiento corporal revitalizante (depresión endógena); por otra parte, con respecto a la pérdida de valores existenciales (por ejemplo, la salud, el cónyuge, trabajo, seguridad, etc.) en las formas reactivas de la depresión y, finalmente, con respecto a la vulneración de la integridad psíquica, de la imagen de sí, del valor de sí mismo, entre otros, que conlleva una suspensión de valores motivacionales y revivificantes, en el caso de las formas de depresión psicógena (Längle, 2000).

En la dimensión existencial la percepción de valores tiene lugar a través del sentimiento. La pérdida de valor acontece, por lo tanto, primariamente en los sentimientos y conduce a la perturbación de la vivencia y de la disposición anímica, característica de la depresión. La disposición

depresiva es un sentimiento sumativo relativo a la cualidad del temple corporal, a la tensión e integridad psíquica y a la relación externa con el mundo, un ser-en-el-mundo.

Que de acuerdo con Acevedo (1996, pp. 39-40) "no es otra cosa que estar fundamentalmente orientado hacia un fin, un sentido que hay que identificar, hacia un valor que hay que realizar"... "Si el hombre es un ser en el mundo, el mundo incluye un mundo del sentido y de los valores. El sentido y los valores son las razones que mueven al ser humano a adoptar un determinado comportamiento (42)"...El sentido y los valores son el logos que la psique busca al trascenderse a sí misma" (43)... Lo cual no es posible en la depresión, ya que esta es un reflejo de la percepción y vivencias negativas que matizan las cualidades de la vida.

El hecho de que la disposición afectiva triste, doliente o agobiante se pueda transformar también es una enfermedad depresiva. De acuerdo con Längle (1992: 355) tiene su razón (bajo la perspectiva existencial) en que:

"...paralelamente a la vivencia se genera una actitud que afecta a la vida en su totalidad, o sea, que la persona depresiva transforma su actuar hacia la vida misma. Mientras que el hombre saludable muestra una actitud positiva hacia la vida (casi siempre inconsciente), La persona depresiva genera una actitud de rechazo o, por lo menos, una actitud perturbada y no clara sobre la base de una relación hacia la vida disturbada".

Para la persona depresiva su vida no es buena. El depresivo no tiene más ganas de vivir, de soportar por más tiempo la vida, cuyo matiz es pesado, plena de sufrimientos y penurias. La vida ha perdido su valor, su vida ha perdido su valor y en cuanto más depresiva se siente la persona, menos posibilidades de cambio ve o, cree tener aún.

La persona depresiva no generaliza su experiencia, es decir, conserva un realismo que le permite ver que lo que ella misma vive no vale necesariamente para los demás. Por el contrario, la comparación con los demás se convierte en motivo adicional de agudización de la depresión:

"...el depresivo considera entonces, que él es el fracasado e insuficiente. Como su vida ha perdido sentido y no vale para nada se siente culpable. Lleva consigo como resultado de sus experiencias, vivencias y reflexiones un profundo sentimiento que dice: en el fondo no es bueno que yo viva. Incluso continuar viviendo es considerado por él como una culpa con respecto a los otros seres vivientes y a la vida misma..." (Längle, 2005: 7).

Esta actitud íntima y profundamente sentida con respecto a la vida es la respuesta a una suma de percepciones o, más exactamente, de sensaciones relativas a la calidad de vida. La vivencia es, ante todo, un sentir. Justamente este es el órgano central para la percepción de los valores ya que la manera en como se viven las propias experiencias, lo que se siente en esas vivencias, es lo que proporciona la información sobre el valor de la vida. Si se repiten experiencias que representan a la vida como sin valor, la vida misma es sentida cada vez más como sin valor y de aquí puede resultar una actitud responsiva negativa, que en última instancia, es el resultado de una decisión

(inconsciente). La cual no es el simple reflejo automático de experiencias negativas, sino que puede resultar positiva a pesar de un balance afectivo negativo, por ejemplo, a raíz de una fe profunda o de experiencias singulares de valor. Esto explica por qué algunas personas no generan realmente una depresión aun bajo circunstancias completamente adversas.

“A esta actitud completamente enraizada se le denomina, valor fundamental, ya que es el fundamento de todo sentimiento de valor. Así pues, las personas depresivas manifiestan un valor fundamental negativo” (Längle, 2000: 33).

El efecto inmediato de una actitud negativa hacia la vida es evidente, de acuerdo con Längle (1998: 33-38) este conduce a:

- Una reducción a querer o también poder soportar la vida y sus preocupaciones.
- Incapacidad para acoger ya aceptar en su valencia el valor como tal de experiencias singulares gozar de algo, placeres particulares).
- Falta de motivación para conformar la vida de acuerdo al propio punto de vista y así orientarla de manera que pueda resultar algo positivo (espiral depresiva o mecanismo de autoperseverancia de la depresión).
- Falta de disposición para situarse en un contexto pleno de sentido a partir del cual sea posible contribuir al despliegue y acontecer de la vida.

De acuerdo con Längle (1998:15) las reacciones típicas frente a estos efectos son:

- Retraimiento: esconderse, retirarse al interior.
- Reacción paradójica: activismo, rendimiento compulsivo, desvalorización.
- Agresión bajo la forma de rabia, la cual, en el fondo, no busca destruir sino más bien despertar relaciones y mantener valores.
- Reflejo de hacerse el muerto: agotamiento y resignación.

Dados los efectos y las reacciones típicas de la depresión, y siendo la etapa del adulto mayor caracterizada por un sin fin de pérdidas que abarcan el plano factico de la persona es que considera pertinente investigar si los adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México, presentan depresión, así como si existen diferencias en cuanto al sexo de los participantes.

Método

Participantes

La muestra estuvo integrada por 690 adultos mayores residentes del Valle de Toluca, en el Estado de México, 353 mujeres y 337 varones; cuya edad oscila entre los 60 y los 70 años, residentes del Valle de Toluca, Estado de México.

A los participantes se les garantizó la confidencialidad de la información que proporcionaron y la utilización de esta con fines de investigación.

Instrumento

La Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD), ha sido destinada para medir cuantitativamente la depresión, se publicó en 1965 por el Dr. Williams W. K. Zung y N. C. Durhman, profesores e investigadores de Psiquiatría del Centro Médico de Veteranos; después de que se llevaron a cabo una serie de estudios a fin de comparar su confiabilidad y validez con sujetos deprimidos o con desordenes emocionales.

La escala consta de 20 ítems, 10 de ellos expresados en forma negativa y 10 en forma positiva, en los cuales, el paciente tiene cuatro opciones de respuesta: a) nada o pocas veces, b) algunas veces, c) muchas veces y d) la mayoría de las veces o siempre. Los ítems se encuentran distribuidos en tres factores: Afectivo persistente, Equivalente fisiológico y Equivalente psicológico. El tiempo de aplicación es de cinco minutos aproximadamente.

Calificación:

Se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que contiene grabadas las calificaciones que corresponden a cada columna del cuadro que van de 1 a 4 para cada declaración, se suma el puntaje total de cada uno de los ítems, esta calificación básica se convierte en un índice basado en 100 (índice EAMD), una vez obtenido se deduce el diagnóstico final ubicando los puntajes de la siguiente manera:

INDICE SDS	IMPRESIONES CLINICAS EQUIVALENTES GLOBALES
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología.
50 a 59	Presencia de depresión mínima o ligera.
60 a 69	Presencia de depresión moderada o marcada.
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema.

Confiabilidad:

La escala se ha considerado muy confiable en el tratamiento con antidepresivos, en pacientes hospitalizados, aunque otros la han considerado insensitiva ante cambios por inducción de drogas, (Zung, 1965).

Conde, Escribá e Izquierdo (1970) realizaron un estudio para establecer el nivel de confiabilidad de la EAMD, que se llevo a cabo con una muestra de 250 sujetos normales y 45 pacientes depresivos hospitalizados, concluyeron que no existen diferencias cuantitativas en cada

muestra, estimando la confiabilidad en 0.80.

Validez:

La validez del test según estudios realizados por Suárez (1988) en México en sujetos adolescentes estudiantes de secundaria y en el cual utilizó como prueba control el MMPI, en su versión de 168 preguntas para validar la EAMD, obtuvo una $r = 0.49$ y $r_{tt} = 0.66$ para todos los sujetos, lo cual permitió concluir que la EAMD es válida y confiable para detectar depresión.

Estandarización en México:

Lara Tapia y et al. (1976, citados por Mondragón, 1994), adaptaron y estandarizaron la escala en México, a través de cinco grupos de sujetos sanos, enfermos psiquiátricos, y no psiquiátricos y concluyeron que las normas estándar de la escala original son válidas, con ligeras modificaciones para su aplicación en nuestro medio.

Análisis estadístico

Respecto al análisis de los datos primeramente se corrió un análisis factorial ortogonal con la finalidad de establecer si los factores originales se mantenían. Para tal efecto se consideraron los siguientes criterios: se utilizó el método de componentes principales ortogonal con rotación varimax. Asimismo, se obtuvo el coeficiente Alpha de Cronbach total y por factor. Posteriormente se usó una prueba t de Student para las variables sexo, condición de retiro y actividad física. En cuanto al lugar de residencia se utilizó un Análisis de varianza incluyéndose las pruebas Tukey, así como, poshoc de Scheffé, considerando para ello un nivel de significancia estadística de $p = .05$ o menor.

De acuerdo con el método de componentes principales ortogonal con rotación varimax y de acuerdo con Kaiser la muestra es adecuada para cada análisis, con valores Eigen=1 y pesos factoriales con un mínimo de .40.

Se conservaron los tres factores del instrumento original, los ítems de acuerdo con la carga factorial se agruparon en tres componentes: **Físico-afectivo**, integrado por 10 ítems (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 y 19); **Bienestar psicológico**, conformado por 6 ítems (2, 14, 16, 17, 18 y 20) y **Fisiológico** compuesto por 4 ítems (5, 6, 11, 12), se conservaron los 20 ítems del instrumento original; se obtuvo un total de varianza explicada del 45.582% y un Alpha = 0.852 .

En cuanto a los coeficientes de confiabilidad para cada uno de los factores que integran el instrumento los resultados fueron los siguientes:

**Alphas de los factores que integran la Escala de
Automedición de la Depresión**

Factor	Nombre	No. de ítems	Alpha
1	Físico-afectivo	10	0.818
2	Bienestar psicológico	6	0.805
3	Fisiológico	4	0.635

Para establecer si existían diferencias entre la depresión y el sexo de los participantes, se llevaron a cabo los siguientes análisis de comparación: Se utilizó una t de Student, para establecer las diferencias respecto al sexo, no encontrándose diferencias, en cuanto al puntaje total de la escala, se tuvo que los participantes de acuerdo con la media obtenida y el índice SDS correspondiente (56) presentan depresión mínima o ligera (ver tabla 1).

**Tabla 1
Media y desviación estándar del puntaje total de la EAMD**

EAMD	N	Media	Desviación estándar
Puntaje total	690	44.74	7.106

Por otra parte se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión físico afectiva de la escala de autoevaluación de la depresión, la cual indica que las mujeres tienden a presentar más síntomas a diferencia de los hombres (véase tabla 2).

**Tabla 2
Diferencias por sexo en cuanto a las dimensiones que integran la EAMD**

Dimensiones	P	T	Media Mujeres	Desviación Estándar	Media Hombres	Desviación Estándar
Físico afectivo	.030	2.180	1.7807	.57719	1.6878	.54204

Discusión

La vejez implica el reto individual del enfrentamiento del sujeto con el tiempo. Tiempo que lo pone de cara a su declinación, a la muerte y consecuentemente a la dificultad para conferir un futuro no pensado aún. Tiempo de trabajo psíquico para elaborar y acceder a las elaboraciones posibles: la sabiduría ante la declinación (como posición de saber y garantía para las nuevas generaciones), la reformulación del proyecto de vida y catectización de nuevos intereses y la trascendencia ante la experiencia de finitud (Petritz 1998).

La persona depresiva vive más en el pasado, por lo cuál no tiene una relación actual próxima con la vida sino una relación distante. Puede observar lo que es la vida en los otros pero no en sí

mismo. Esto conlleva un disturbio en la conformación concreta de la vida diaria, por lo cual resulta conveniente tener clara la estructura de la vida diaria.

Por otra parte se deben proporcionar alivios que ayuden a mitigar las dolencias en caso de enfermedad. Especialmente se ha de prestar atención esmerada a la dedicación con la que el adulto mayor hace lo que hace; al igual que las capacidades no afectadas por el estado depresivo y hacia las pequeñas tareas claramente delimitadas, lo cual puede posibilitar un restablecimiento de la relación con la vida (Längle, 2000).

El análisis existencial, se concentra entorno a la relación con la vida. Abordándose los diferentes niveles de causa (Frankl, 1992, Längle, 1998), o sea, en los niveles relacional, cognitivo, emocional, somático, biográfico y social. Lo anterior se puede apreciar en los resultados encontrados dado que los participantes mostraron diferencias en el plano físico afectivo, respecto al sexo.

Siendo las mujeres quienes tienden hacia una mayor presencia de síntomas físico afectivos, para explicar lo anterior es conveniente contextualizar a este sector poblacional.

En México, de acuerdo con el INEGI (2002), hay 6.9 millones de personas de 60 años en adelante, de las cuales 3.7 millones son mujeres por 3.2 millones de hombres, lo que significa que hay 114 de ellas por cada 100 varones de edad avanzada.

Además, 45 de cada cien están casadas o unidas -en comparación con 77 de cada cien hombres-, 41 por ciento son viudas (por 14 por ciento de hombres), y 6.3 por ciento de ellas están separadas o divorciadas, mientras que 4 por ciento de los hombres están en esta situación. Esto significa -indica el INEGI- que más de la mitad de las mujeres mayores de 60 años no tiene pareja, en tanto que los hombres en este caso no llegan a la cuarta parte.

La particularidad de las mujeres es que se convierten en cuidadoras, viven más tiempo, y mal. No hay ni economía ni salud ni una red social que las apoye, debido a que las políticas públicas en materia de salud no fueron pensadas para este sector de la población, y no se previeron las tasas de envejecimiento que tenemos actualmente, de 3.71 por ciento anual.

Ortiz de la Huerta en el 2004 refiere que las mujeres viven 3 o 4 años más que los hombres, *no se mueren de vejez, sino de las enfermedades que acompañan a ésta*; entre el sexo femenino los padecimientos más comunes son la diabetes, la hipertensión, los males cardiovasculares, la arteriosclerosis, los procesos osteoporóticos y los síndromes demenciales como el mal de Alzheimer".

En el sexo femenino se tiene una menor mortalidad, pero una mayor morbilidad, las mujeres se enferman más pero no para morir sino para durar mucho tiempo con las enfermedades, porque son cronicodegenerativas, lo anterior pareciera ser la feminización de la ancianidad.

Dado que la depresión es una pérdida de la motivación existencial, exige un esfuerzo por ocuparse de la vida en una manera que encuentre su valor y se puede decir en seguida lo que es tan importante para una vida cumplida: *El sí a la vida*. El análisis existencial es en el fondo una toma de posición hacia la vida.

Para ello el análisis existencial, fundamento teórico de esta investigación, describe a la etapa

del adulto mayor como: la edad de la integridad y autotrascendencia, en donde la necesidad radica en dar/darse.

Este significado del envejecimiento puede ser un medio para adaptarse a los cambios que se van experimentando, con el fin de promover la aceptación y reconocimiento que de acuerdo a la concepción de tiempo en la que se interesa el paradigma existencialista el presente que se convierte en futuro se pueda llegar a que el anciano considere la última etapa de su paso por la tierra como plena y llena de significado. Constituyéndose así su legado existencial, y autotrascendencia a su vez, su no estar, su no ser, es decir, su muerte.

Eligiendo así, otra manera de definir esta experiencia, rehusando a atribuir a esta última etapa de la vida una visión tan pesimista y carente de esperanza, silenciando los aspectos negativos e insistiendo en los positivos: la ancianidad es plenitud, una edad de sabiduría y de serenidad, una experiencia de crecimiento.

Solo así se puede llegar a una concepción integradora de la vejez, que trasciende las diferentes definiciones de vejez, enfatizándola como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo experimentado entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance en años (Laforest, 1991).

Enfatizando el hecho de que si existe una solución positiva para la crisis existencial de la vejez, es en la misma vejez en donde hay que buscarla; ya que, la Vejez es el tiempo que permite llegar a la siguiente conclusión: *La vida es mi placer y mi gozo, no es mi pasión ni mi carga y a pesar de que la amo puedo soltarla y dejarla ir, estando agradecido por lo que es y por lo que soy* (Villanueva, 1985).

Lo anterior encaja dentro de los planteamientos frankleanos en torno a las edades del hombre, la visión de la vejez hace referencia a un tiempo de crecimiento. El devenir humano en la etapa del adulto mayor enfatiza como tarea fundamental de esta edad el logro y manifestación de la integridad personal que de acuerdo con García (1994:93-94) se vincula con dos aspectos:

- por un lado convocar todo lo aprendido, comprendido y experimentado, sintetizarlo como actitud de vida. Lograr, a partir de esta síntesis, un sello personal, un modo propio de ser-en-el- mundo. Integrarse, constituirse, ser uno mismo realmente, porque estoy siendo desde aquello que he comprobado ser, que he descubierto de mí mismo a lo largo de las edades anteriores.
- Por otro lado, desde esa actitud, me integro verdadera y plenamente a la realidad del mundo y la vida; existo realmente con los otros.me constituyo como

Entonces, por un lado, la persona se constituye como sí mismo en el punto más culminante, y, por otro lado, se integra con los otros en una verdadera trascendencia, sabiendo qué ofrece y para qué ofrece, porque ha comprendido la realidad de la existencia. Cuando esto es así, la vejez se ve matizada por la serenidad y la sabiduría; porque la serenidad proviene del conocimiento y la

comprensión de sí, en tanto que la sabiduría (la capacidad de saborear la vida), se sigue de haber descubierto en la vida un sentido.

Para terminar esta reflexión en torno a la etapa del adulto mayor es válido retomar las palabras de Villanueva (1988:61):

“Si el ser humano ha de ser lo que es, es preciso que centre su voluntad en descubrir y aceptar la verdad total, por dolorosa que ésta sea, pues sólo así el impulso vital, la voluntad transpersonal que es en esencia, podrá fluir en libertad, permitiéndole trascender las dicotomías y descubrir finalmente que su verdadero *SER* es uno con la grandeza infinita de la sinfonía de la vida”.

Conclusiones

- Considerar el desarrollo humano como un continuo, marcado por fases o etapas que, si bien cada una de ellas tiene su propia razón de ser, adquieren su sentido pleno cuando son explicadas desde la existencia personal como totalidad.
- Superar mitos y prejuicios personales y sociales arraigados en una concepción funcionalista de la vejez como etapa de vida.
- Llevar al hombre hasta donde puede llegar de una manera autónoma, a sus tareas más auténticas y encontrar el sentido, ahora ya no anónimo sino más bien singular y único de su vida
- No interesarse solamente en lo que se vive y sobrevive sino para qué y cómo llevar adelante con sentido esta vida.
- Reflexionar acerca de la existencia como un continuo y del tiempo de vida como posibilidad para la realización personal nunca acabada”.
- Destacando de esta forma la dimensión noética de la persona, a través de la cual puede oponerse a los condicionamientos biológicos, psicológicos y sociales y orientarse hacia el *sentido* único y singular en la situación concreta de la vida.
- Considerar a la vejez como un proceso diferencial y no como un estado, permitiendo derivar consecuencias significativas. Partiendo del hecho de que por tratarse de un proceso dilatado, en él intervienen un número considerable de factores de todo tipo que lo van configurando diversamente. Algunas variables producirán efectos acumulativos, otras, compensatorios.
- Ver a la persona no como la enfermedad, sino a la enfermedad como parte de la persona.
- Asumir que salud no es la ausencia de enfermedad, sino lo que esta signifique.

Bibliografía

- Acevedo, G. (1996). El modo humano de enfermar. Argentina: FAL
- Conde, V., Escribá, J.A, y Izquierdo, J. (1970). Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión Zung. *Arch Neurobiol*, 33, 185-206.
- Frankl, V. (1992) [Teoría](#) y Terapia de las neurosis, Barcelona: Herder.
- García, Cl. (1994). De la vida Fugaz. Buenos Aires: Almagesto.

DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL VALLE DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

- Hareven T. (1986). «La última etapa: La adultez y la vejez históricas» / Erikson, E. (comp). La Adultez.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2002). *Tabulados básicos Estados Unidos Mexicanos*. XII Censo General de Población y Vivienda. México: INEGI
- Laforest J. (1991) Introducción a la gerontología. El arte de envejecer. Barcelona: Editorial Herder.
- Längle, A. (1987). Depression oder Selbst-Pression. Existenzanalytische Grundstrukturen und therapie psychogener und noogener Depressionsformen. In Längle A. (Hg) Mut und Schwermut, E Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE Nr. 3/87.
- Längle, A. (1992). Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und logotherapie. In: Pritz A, Petzol H (Hg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann- Verlag.
- Längle, A. (1994). Existenzanalyse und logotherapie. In: Stumm G, Wirth B. (Hg) Psychotherapie – Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Falter-Verlag.
- Längle, A. (1998). Comprensión y terapia de la psicodinámica en el análisis existencial. Revista Existenzanalyse Vol. 10,
- Längle, A. (2000). Depression. In: Stumm G, Pritz A (Hg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Längle, A. (2005). Psicoterapia analítico-existencial en los disturbios de carácter depresivo. Pharos, noviembre-diciembre, año 2005/ vol. 12, número 002. Universidad de las Américas Santiago de Chile.
- Mondragon, M. C. (1994). *Estudio descriptivo del nivel de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital general Dr. Nicolás San Juan de la Ciudad de Toluca*, Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Neugarten, B. (1999). Los significados de la edad. Barcelona: Herder.
- Ortiz de la Huerta. D. (2004). Aspectos sociales del envejecimiento. Asociación Mexicana De Gerontología y Geriatria. México: Archivo Geriátrico.
- Papalia, Wendkos y Duskin (1990) Desarrollo humano. México: McGraw Hill
- Petriz, G. (1998). Un desafío al tiempo. Temas de psicogerontología. envejecimiento psicológico. Curso Virtual de Educación para el Envejecimiento. <http://www.psiconet.com/tiempo/educacion>.
- Suárez, U. C. (1988). *Validación de la escala de automedición de Zung en adolescentes de secundaria mexicanos*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.
- Tellenbach, H. (1993).Phänomenologische Analysedermitmenschlichen Begegnungimgesunden und impsychotischen Dasein. In: Längle A (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE, 119-132.
- Villanueva MA. (1985). Hacia un Modelo Integral de la Personalidad. Después de todo, ¿Quién es el ser humano? México: Manual Moderno.
- Villanueva, M.A. (1988). Más allá del principio de autodestrucción. México: Manual Moderno.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatr.* 12, 67-74.