

Diferencias del locus de control y los síntomas depresivos en adultos mayores

Differences in locus of control and depressive symptoms in older adults

Karina Meza Morales¹, Aline Egle Yáñez Vázquez,
Aranza Sánchez Martínez

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.

RESUMEN

Diferentes investigaciones refieren que el control percibido en los adultos mayores influye en su calidad de vida incluida su salud física y mental. Cuando el control percibido se atribuye a agentes externos como el destino, son eventos que pueden estar relacionados con la depresión, sobre todo en los adultos mayores se reportan hallazgos de la correlación del control externo con la depresión clínica. El objetivo de esta investigación fue identificar las diferencias del locus de control y los síntomas depresivos en adultos mayores. Participaron 181 adultos mayores de la ciudad de México ($M=69$, $DE=7.04$), quienes respondieron de manera voluntaria el inventario de depresión de Beck y la escala de locus de control. Los resultados indican que el locus de control tiende a disminuir con síntomas depresivos graves en los adultos mayores, lo que presupone que si predominan las creencias de que independientemente de lo que ellos hagan, la probabilidad de los síntomas depresivos incrementa, son eventos que afectarán de manera negativa su salud física y mental.

Palabras clave: locus de control, depresión, vejez, síntomas, salud.

ABSTRACT

Different research reports that perceived control in older adults influences their quality of life, including their physical and mental health. When perceived control is attributed to external agents such as fate, these are events that may be related to depression, especially in older adults, findings of the correlation between external control and clinical depression have been reported. The purpose of this research was to identify the differences in locus of control and depressive symptoms in older adults. A total of 181 older adults from Mexico City ($M=69$, $SD=7.04$) voluntarily completed the Beck Depression Inventory and the Locus of Control scale. The results indicate that the locus of control tends to decrease with severe depressive symptoms in older adults, which assumes that if there is a predominance of beliefs that regardless of what they do, the probability of depressive symptoms will increase. These are events that will have a negative impact on their physical and mental health.

Key words: : locus of control, depression, elderly, symptoms, health.

INTRODUCCIÓN

La vejez es la última etapa del ciclo de vida que inicia a partir de los 60 años y termina cuando la vida de la persona concluye. Es una etapa que se caracteriza por los cambios observados en la persona en distintos niveles:¹ en lo biológico surgen nuevas enfermedades, en lo psicológico surgen los pensamientos de por los cambios que tiene la persona, estos se presentan en distintos niveles, y en lo social se presenta el miedo del fallecimiento de conocidos, seres queridos, amigos, jubilación, y con ello la disminución en interacciones. De tal manera que la vejez es considerada como un conjunto de cambios a lo largo de la vida como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.²

De acuerdo con en esta etapa, el individuo adquiere ciertos potenciales, entre lo más relevantes encontramos la serenidad de juicio, experiencia personal, conocimiento, madurez vital y experiencia social.³ Sin embargo, adquiere una connotación negativa dentro de la sociedad, como sinónimo de incapacidad o limitación, por lo que el individuo entra a una paradoja donde no se tiene un rol. Estos factores influyen en que se perciba a la vejez como la edad de deterioro y de no crecimiento y desarrollo.

Por consiguiente, esta connotación tiene consecuencias en el desarrollo social, debido a que los adultos mayores no se sienten capaces de llevar a cabo actividades, ocasionando que su interés por salir disminuya y los momentos de interacción con sus pares se vea reducido. A nivel psicológico también existen repercusiones, ya que dichas condiciones pueden ocasionar que se perciban como inútiles lo que puede afectar su autoestima, debido a que en gran medida son importantes las conductas de independencia que ellos puedan llevar a cabo sin el apoyo de alguien más.

De acuerdo con las actuales líneas de investigación se han generado conceptos que enfatizan la capacidad de los adultos mayores no solo para mantener la autonomía y continuar implicados en la vida, sino también para experimentar nuevos logros en la última etapa del ciclo de vida.⁴ Surgen términos como “envejecimiento activo”,⁵ “envejecimiento exitoso”, así como el modelo de selección, optimización y compensación.^{6,7} Debido a la connotación negativa que se tiene sobre los adultos mayores y su influencia en el sector salud, la Organización Mundial de la Salud [OMS]⁸ propone cuatro medidas a implementar para una mejor salud en los adultos mayores:

Cambio de concepto de la vejez: Para la implementación de medidas se debe transformar la concepción que se tiene de la vejez, que vaya más allá de proporcionar asistencia a la salud considerada como un gasto para la sociedad, cuando en realidad debe de visualizarse como una inversión de nuevas posibilidades.

Adaptación a las necesidades de la población de la tercera edad: Debido a la falta de entendimiento e intervención en enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, es importante ofrecer servicios más integrados y específicos.

Disponer de sistemas integrales de atención crónica: Se debe atender a toda la población mejorando la autonomía y dignidad, y dejar de brindar servicio sólo a las personas con enfermedades o a las más vulnerables.

Involucración de sistemas gubernamentales: Debe haber un involucramiento mayor para el establecimiento de programas y políticas, para ampliar las viviendas, adaptar edificios, mejorar el transporte, fomentar la aceptación en un trabajo a adultos mayores, y sobre todo evitar la situación de pobreza en estas personas.

Refiere la OMS⁹ que para el año 2050, se espera que la población mundial con una edad de 60 años o más, llegue a los 2000 millones, lo que representa un aumento de 900 millones con respecto a 2015, una de cada cinco personas tendrá más de 60 años. Se prevé que el número de personas mayores de 80 años se triplique, y aunque cada persona mayor es diferente, su capacidad física y mental tiende a disminuir con la edad. En este contexto, destacan cinco puntos básicos en el tema del envejecimiento:¹⁰

1. *Producto del éxito de la sociedad humana.* Dados los hallazgos y avances médicos, biomédicos y sociales que han permitido prevalecer y alargar la vida podría considerarse un nuevo reto para la sociedad el desarrollo de planificaciones sobre la intervención sobre este nuevo fenómeno.
2. *Población como fenómeno universal no se ha producido en contextos homogéneos en todo el planeta.* El incremento de población entre estas edades es algo que ocurre a nivel mundial.
3. *Edad covaría con la enfermedad y la discapacidad.* Aunque no necesariamente, hay una alta probabilidad que a medida que la edad aumenta se presenten diversas enfermedades y por lo general sean crónicas degenerativas, lo que afecta de manera directa el sector salud y la economía, debido a que se requiere

de diversas acciones y atenciones necesarias para la preservación de la vida.

4. *No sólo se determina la discapacidad con las proyecciones futuras sobre las tasas de prevalencia del pasado.* La reducción en la prevalencia de la discapacidad cada vez es mayor debido a los avances en promoción de la salud, en prevención de la enfermedad y en los esfuerzos de rehabilitación, así como en otros avances sociales interventivos.
5. *Patrones que afectan diferencialmente a distintos sectores de población.* La situación determina que habrá que proteger a determinados sectores de población y, por tanto, habrá que establecer prioridades de atención planificando, así como previniendo qué recursos van a emplearse en beneficio de los sectores en riesgo.

Es de suma importancia las percepciones que tiene la persona sobre sus habilidades y capacidades para afrontar los cambios que conlleva esta etapa, de manera general parecería que la necesidad de control es inherente al ser humano. Las personas se esfuerzan por ejercer cierto grado de control sobre los hechos que consideran importantes en sus vidas, consiguiendo así realizar sus objetivos. Por el contrario, la sensación de no poder controlar un evento genera frecuentemente un estado de parálisis que inhabilita a las personas para alcanzar las metas propuestas.¹¹

Se menciona que la adquisición y el desempeño de habilidades y conocimientos mantiene una relación estrecha con la serie de reforzamientos, recompensas o gratificaciones que el individuo percibe dentro o fuera de él.¹² Sin embargo, un evento considerado por algunas personas como un refuerzo puede ser percibido de manera diferente y tener una reacción diferente para otros. Por un lado, uno de los determinantes de esta reacción es el grado en el que la persona percibe que la recompensa es contingente a su propio comportamiento o atributos, y por otro lado puede percibirlo como el grado en que siente que la recompensa es controlada por fuerzas fuera de sí mismo que puede ocurrir independientemente de su acción propia.

Una percepción de relación causal no necesita ser todo o nada, pero puede variar en grado. Cuando un refuerzo es percibido por la persona como resultado de una acción propia pero no enteramente contingente a su acción, se puede percibir que se debe a la suerte, el azar, el destino, al control de otros poderosos, o como impredecibles debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el evento es interpretado de esta manera se hace

referencia al control externo, si la persona percibe que el evento depende de su comportamiento, entonces se relaciona con el control interno.¹²

La utilidad del locus de control radica en la posibilidad de entender las diferentes formas en las que las personas explican sus éxitos o fracasos, ya sea a partir de su desempeño personal en tareas y actividades específicas, habilidades sociales, suerte, destino, azar, etc.¹³ Se reporta que las creencias que posee una persona acerca de la responsabilidad y todo lo que conlleva, dependerá de la percepción que tenga de quién o qué está a cargo de su vida¹⁴. Los grupos de personas que tienen un locus de control externo son fundamentalmente de tipo colectivista, manejan un autoconcepto basado en la familia, en los amigos y en el colectivo como ejes fundamentales de semejanza en relación con las características de autoconcepto que poseen.¹⁵ Por otra parte, las personas con locus de control interno tienen un autoconcepto basado en sus propios pensamientos y percepciones.

El control percibido puede ser particularmente relevante para comprender el envejecimiento que va acompañado de una serie de cambios, como la disminución de la salud física, la capacidad cognitiva y la influencia social que implican una creciente pérdida de control sobre los resultados.¹⁶ En el opuesto, al demostrar un vínculo positivo entre el locus de control y las percepciones de salud, se anticipa que las personas mayores con un alto nivel de locus de control interno de su salud tendrán una calificación favorable de su propia salud independientemente de sus condiciones de salud física.¹⁷ En décadas pasadas ya había reportes de una correlación entre el locus de control, la salud y el autoconcepto en los adultos mayores, en donde las personas con locus de control interno presentan con menor frecuencia problemas de discapacidad menor, así mismo se reportó una relación del nivel educativo con el locus interno.¹⁸

También se reporta una relación directa entre la salud y el locus de control, ya que las personas que perciben tener mayor control de sus vidas, cuentan con mayores habilidades, lo que resulta en mejores actitudes de cuidado hacia su persona, sin embargo, las personas que no perciben tener un control de su vida tienen actitudes negativas, lo que ocasiona afecciones tanto físicas como psicológicas.¹⁹

La investigación sobre aspectos positivos del envejecimiento y la vejez actualmente tiene una gran relevancia, es el caso de la generatividad que hace énfasis en la capacidad de las personas mayores para

desarrollarse y crecer, realizando aportaciones a la sociedad con actividades que contribuyen a la mejora de los contextos en los que viven y participan.⁴ Refieren estos autores que se ha demostrado que la participación en actividades generativas se encuentra en función de variables como el sexo y el nivel educativo, lo que se confirma en los resultados al encontrarse que entre mayor es el nivel de escolaridad, más frecuentes son los comportamientos generativos que se llevan a cabo.

La posibilidad de implicarse en actividades generativas depende en mayor medida de factores situacionales, como las oportunidades, de manera que los adultos mayores mexicanos no cuentan con los espacios para participar social y políticamente, debido a una política social en que no se formulan leyes ni se generan los espacios necesarios que fomenten su autonomía. Las políticas públicas mexicanas puestas en práctica han estado y siguen estando enfocadas a acciones de corte asistencialista y paternalista que no promueven la participación social o la creación de una base ciudadana, sino únicamente la transferencia de recursos económicos, servicios o apoyos.

Un análisis generacional que permite visualizar la necesidad de generar políticas públicas más inclusivas, además de contribuir a la participación de los adultos mayores, también implica una medida preventiva para las generaciones que en el futuro conformarán la población adulta mayor. Las nuevas generaciones de personas mayores continuarán desafiando las diversas caracterizaciones tradicionalmente asociadas a la vejez. Muchos de ellos se interesan por una vida activa en la que también realicen contribuciones a sus comunidades mediante el trabajo remunerado, el voluntariado o la participación cívica.²⁰

De tal manera que frente a las vicisitudes de la existencia, un adulto mayor puede emplear tres distintos tipos de orientaciones básicas para adaptarse a la vida: la confianza en sí mismo (locus de control interno, basado en las propias capacidades), la confianza en lo divino (establecimiento de una relación personal con lo que considera lo divino), y la confianza en el otro (la percepción de contar con un adecuado soporte social).²¹

Sin embargo, cuando predomina el locus de control externo, se pueden presentar una serie de problemas físicos y alteraciones emocionales en la vida de los adultos mayores, por ejemplo, la depresión y el estrés. La depresión y la fragilidad se consideran síndromes comunes entre los adultos mayores que pueden aumentar la probabilidad de discapacidades y otras causas de morbimortalidad.²² Diferentes hallazgos empíricos

muestran asociaciones transversales y longitudinales entre la depresión y la discapacidad en la vejez. Se menciona que la discapacidad de movilidad restringe la participación en actividades sociales, de tal modo que los adultos mayores confinados en el hogar pueden deprimirse lo que contribuye a una mayor discapacidad en una espiral descendente.²³

Es importante mencionar que la depresión asociada a factores ambientales, puede agravar la ansiedad, la mala calidad de vida y el deterioro cognitivo. Los factores de riesgo asociados con la depresión en los adultos mayores son muchos y variados. Por ejemplo, las mujeres mayores tienen tasas de prevalencia de depresión más altas en comparación con sus homólogos masculinos, lo que se atribuye en gran medida a los cambios hormonales entre las mujeres mayores que las predisponen a la depresión.²⁴ Otro factor que afecta a los adultos mayores es la discriminación que es mayor a la que hay entre sexo o raza, lo que afecta a toda la sociedad debido a que se manifiesta por prejuicios, actitudes, prácticas y políticas, dificultando la instauración de políticas más racionales que favorezca la atención sanitaria y social destinada a los adultos mayores.⁸

La depresión es el trastorno afectivo que más adultos mayores padecen, sus implicaciones son variadas, como culpa, patrones de pensamiento negativo, alteraciones del sueño, perturbación del apetito, pérdida de peso, retraso psicomotor, idea suicida, mala concentración, sentimientos de culpa y pérdida de interés en las actividades actuales y melancolía. Es importante tener en cuenta todos los síntomas característicos de este trastorno, debido a que se puede confundir con algún estado demencial.²⁵ Es un trastorno catalogado como la primera causa de pérdida de años de buena salud por discapacidad y tiene el primer lugar de prevalencia (10.4%) entre los trastornos psiquiátricos graves en la atención primaria.²⁶ De tal modo que la depresión es uno de los principales problemas de salud mental que afectan a la población mayor de 65 años, debido al fuerte impacto psicológico que ocasiona en la vida de las personas, su familia y su entorno,²⁷ ya que, esta etapa se caracteriza por pérdidas tanto de habilidades, salud, trabajo, contacto con familiares, de los pares, entre estos amigos o pareja.

En el caso de la depresión mayor y de igual manera los síntomas depresivos son factores de riesgo que pueden ocasionar discapacidad, ingreso hospitalario, así como un incremento de otras enfermedades y muerte en esta población, por lo que se puede ver que la depresión resulta ser aún más grave de lo que se piensa comúnmente.^{28,29} Este padecimiento puede contribuir al

declive en la movilidad de las personas, precisamente esto ocasiona que las personas ya no busquen aquellas actividades o apoyo que puedan ayudarles a mejorar su situación de salud.³⁰

De acuerdo al informe de la Organización Mundial de la Salud³¹ más del 20% de la población de los adultos mayores padecen algún trastorno mental y/o neural, lo cual atribuye un 17.4% de años vividos con discapacidad. Los problemas psicológicos como demencia, depresión y ansiedad son los más comunes en esta población, la ansiedad afecta a un 3.8% de esta población y la depresión a un 7% de la población en general, representando un 5.7% de años vividos con discapacidad entre esta población.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que a través del tiempo se ha demostrado que tiene importantes repercusiones en las relaciones interpersonales³² con manifestaciones conductuales, afectivas cognitivas y somáticas, consecuencias de distorsiones cognitivas basadas en creencias irracionales, de tal forma que los eventos negativos de la vida guardan una estrecha relación con la triada cognitiva que consiste en actitudes negativas de sí mismo, del medio ambiente y del futuro.³³ La Organización Mundial de la Salud³⁴ refiere que las personas deprimidas se caracteriza por la pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, alteración que afecta de manera significativa la funcionalidad del individuo en sus principales áreas de actividad.

La triada cognitiva guarda una estrecha relación con los esquemas que se entienden como estructuras mentales que permiten al individuo regular todas las experiencias cotidianas que atraviesa, contienen mecanismos de codificación, almacenamiento y recuperación de información y creencias que le permiten al individuo darle sentido a su vida y construir estructuras mediante la experiencia, lo que permite procesar la información.³⁵

Como parte de los múltiples factores de riesgo que permiten para la depresión en los adultos mayores, es importante hacer énfasis que es en esta etapa donde las defensas del sistema disminuyen por lo que la adquisición de muchas enfermedades se puede ver facilitada.³⁶ En esta etapa muchas personas dejan de ser independientes por sus dificultades en la movilidad, dolor crónico, fragilidad o algunos problemas mentales o físicos que ya se hayan adquirido.

Como parte de las investigaciones realizadas en México, se tiene la primera revisión del cuestionario de calidad de vida para adultos mayores en comunidad CCVAMC-6.³⁸

Se reporta que la calidad de vida en adultos mayores se ha enfocado exclusivamente en los efectos de una enfermedad o tratamiento sobre el funcionamiento físico, psicológico, social y en las actividades del día a día. Se toma en consideración el grado de satisfacción de la persona en relación con la funcionalidad. Igualmente, se considera que se han encontrado como variables más importantes de la calidad de vida en el envejecimiento las relaciones familiares y los contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica.³⁵

Por lo que es importante que la salud mental del adulto mayor sea un tema abordado de manera prioritaria durante el análisis de la percepción de la satisfacción con la vida. Dado el incremento en la proporción de personas que pertenecen a este grupo de edad y considerando la magnitud y confluencia de problemáticas frecuentemente reportadas en los estudios epidemiológicos realizados (como soledad, depresión, baja autoestima, discriminación, entre otras), que sugieren la importancia de la implementación de programas en los cuales las intervenciones se concentren en la optimización de los recursos personales y sociales; en la promoción de factores que permitan el incremento de salud mental positiva no solamente por los obvios resultados que se pueden obtener al implementar estrategias en esta área de la salud, sino también por la reducción posterior de enfermedades en la salud física que ayudan a menguar los costos médicos.³⁹

Muchos adultos mayores al momento de acudir al médico hacen preguntas acerca de su estado, del diagnóstico, y del tiempo de vida, a raíz de ello en ocasiones la noticia de una discapacidad crónica y las preocupaciones que acarrea, puede tornarse propensos al desarrollo de ideas y acciones autodestructivas.⁴⁰ Al respecto López,⁴¹ menciona que la depresión es un síndrome geriátrico que produce incapacidad y aumenta la mortalidad (directa e indirectamente con otras enfermedades), alterando la calidad de vida de quien la sufre.

Los estudios revelan un elevado índice de suicidios consumados en adultos mayores,⁴² que suelen estar relacionados a enfermedades físicas, pérdida de seres queridos, duelos, viudez y soledad que afectan conjuntamente su sistema inmunológico, ello se suma a la idea de ser una carga para otros (bajo apoyo social percibido y recibido), el ingreso al hogar de ancianos, donde pueden ser olvidados por sus familias, sufrir aislamiento social y una pérdida de status social. Aunado a lo citado se encuentra también el aislamiento social como forma de maltrato en contra del adulto mayor, cabe

anotar que los adultos mayores divorciados, viudos o solteros tienen un elevado riesgo suicida, mientras que, el matrimonio parece prevenirlo.⁴³

La depresión senil suele presentarse atípicamente y puede enmascarse a través de ideación hipocondriaca presente en el 60% de las depresiones de esta etapa. Análogamente, los cuadros psicóticos de evolución tardía presentan potencialidad suicida al generar ideas de muerte relacionadas con producciones delirantes y alucinaciones auditivas de contenido tanático.⁴⁴ Adicional a esto, a medida que se incrementa la edad aumentan de enfermedades físicas, siendo las enfermedades orgánicas las de mayor presencia en adultos mayores.

En los adultos mayores la asociación de dolor crónico y depresión eleva la potencialidad suicidógena,⁴⁴ asimismo el riesgo suicida se hace cinco veces mayor al presentar dolor, déficit visual, enfermedad neurológica, cáncer, pérdida de autonomía en las actividades de la vida diaria.⁴⁵ Específicamente en el cáncer el riesgo más elevado después del diagnóstico, además al existir comorbilidades con pluripatologías que causan a su vez la polimedicación que en ocasiones puede generar episodios depresivos secundarios.

Se ha demostrado que los cambios en la depresión se correlaciona con la percepción del control, es el caso de los adultos mayores en los que se observa que el predominio del locus de control externo en los entornos de atención primaria, se relaciona con la depresión.⁴⁶

El locus de control en la salud se relaciona con el grado en que un individuo cree que su salud está controlada por ellos mismos o por fuentes externas. Las creencias de control muestran cambios relacionados con la edad, incluida una disminución general en la sensación de control, y aumentos en el control percibido por fuentes externas.⁴⁷ Los hallazgos indican que la depresión clínica en las personas mayores puede estar asociada a un perfil psicológico con una orientación de locus de control externo *más fuerte en comparación con las personas mayores en general*.⁴⁶

El percibir que el control está en fuerzas externas, tiene un impacto negativo en la salud y el bienestar de los adultos mayores provocando un aumento en la vulnerabilidad física y mental en la enfermedad, evidencia de ello es que las creencias de control son predictores de la salud funcional, incluida una mejor calidad de vida.⁴⁷ Con base en lo citado, el objetivo del presente estudio fue indentificar las diferencias del locus de control con los síntomas depresivos en adultos mayores.

MÉTODO

Participantes

Colaboraron 192 participantes adultos mayores, 71 (37%) hombres y 113 (58.9%) mujeres de la Ciudad de México y zona conurbada con un rango de edad de 60 a 90 años ($M=69$, $DE=7.04$). La muestra fue no probabilística intencional. Los datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 1. Se empleó como criterio de inclusión que no presentarán algún tipo de discapacidad mental o demencia cognitiva. Se excluyeron los casos que dejaron sin responder el 10% de los reactivos.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes ($n= 192$).

	<i>f</i>	%
Estado civil		
Solteros	44	22.9
Casados	51	26.6
Unión libre	16	8.3
Viudos	81	42.2
Escolaridad		
Primaria	74	38.5
Secundaria	41	21.4
Preparatoria	38	19.8
Licenciatura	29	15.1
Posgrado	6	3.1

Instrumentos

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II),⁴⁸ Evalúa los síntomas depresivos, se integra por 21 ítems y su consistencia interna es de 0.92. Cada ítem es evaluado en una escala de cuatro puntos: 0 a 3, con lo que se obtienen valoraciones de 0 a 63 puntos.

Escala de locus de control.⁴⁹ Es una escala pictórica con intervalos de respuesta que van de 1=Muy en desacuerdo a 7= completamente de acuerdo. Se integrada por 23 reactivos distribuidos en tres factores: 1) locus de control externo (α de Cronbach= 0.90), se asume como la atribución del control de la vida a factores externos, 2) locus de control interno (α de Cronbach= 0.86), se entiende como la atribución del control de la vida a factores internos, 3) social afectivo (α de Cronbach= 0.89), hace referencia al control en personas que brindan apoyo afectivo al individuo.

Procedimiento

Se acudió a lugares públicos y de recreación de adultos mayores, se les explicó el objetivo de la investigación. Quienes accedieron a participar firmaron el consentimiento informado. Enseguida se les proporcionó una serie de instrucciones antes de responder los instrumentos solicitados. Se les indicó que la información proporcionada era confidencial y anónima. Al final se les dio las gracias por su participación.

Análisis de resultados

Se realizó un Análisis de Varianza Simple (ANOVA) de un factor y la prueba post hoc de Tukey con la finalidad de obtener las diferencias de los síntomas depresivos en los factores de locus de control en adultos mayores.

RESULTADOS

Con el ANOVA, se observaron diferencias en los factores social afectivo $F(3,181)=3.39, p=0.019$; locus interno $F(3,179)=13.48, p=0.000$ y en locus de control externo $F(3,180)=2.85, p=0.031$. Resultado de la prueba post hoc de Tukey, se obtuvo a través de las medias diferencias entre los síntomas depresivos y los factores de locus de control (Figura 1).

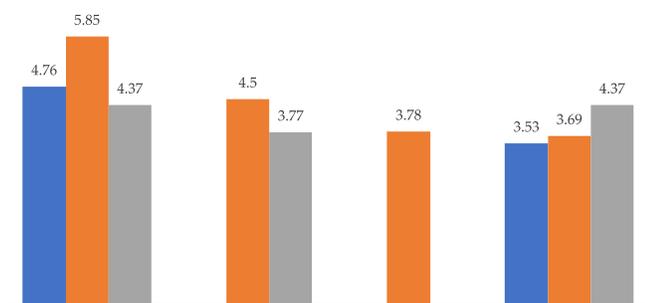


Figura 1. Diferencia de medias de los síntomas depresivos en los factores de locus de control en adultos mayores.

En la figura 1 se observa que cuando los síntomas depresivos son mínimos, el factor social afectivo es el de mayor puntaje, lo que favorece que las personas atribuyan los resultados de sus acciones a ellos mismos. Conforme se incrementan los síntomas depresivos, el locus interno se ve disminuido y con síntomas depresivos severos, sobresale el locus externo. El factor social afectivo, se ve disminuido solo con los síntomas depresivos severos.

Adicionalmente se realizó un segundo ANOVA para identificar si había diferencias en los niveles de

escolaridad con los factores de locus de control. En el análisis se excluyó el posgrado por el número mínimo de personas con este grado. Se obtuvieron diferencias en el factor de locus externo $F(3,182)=3.46, p=0.017$. A través de las medias resultado de la prueba post hoc de Tukey, se encontró que los adultos mayores con escolaridad de preparatoria muestran un puntaje menor en locus externo ($M=3.54$) a diferencia de los que tienen estudios de licenciatura ($M=4.48$).

DISCUSIÓN

La opinión de que se pierde el control de muchos aspectos de la vida a medida que se envejece está presente en los estereotipos y actitudes sociales hacia el envejecimiento con importantes consecuencias para el mantenimiento de la salud.⁴⁷ Los síntomas depresivos leves son mucho más comunes que la depresión severa entre personas de todas las edades, sin embargo, los adultos mayores, experimentan síntomas depresivos leves con mayor frecuencia.²⁸ El objetivo de este estudio fue identificar las diferencias entre los síntomas depresivos y los factores de locus de control. Se encontró que cuando los síntomas depresivos son mínimos, el factor social afectivo es el de mayor puntaje, lo que favorece que los adultos mayores atribuyan los resultados de sus acciones a ellos mismos. Conforme se incrementan los síntomas depresivos, el locus interno se ve disminuido y con síntomas depresivos severos, sobresale el locus externo.

Las personas con una orientación hacia el locus externo se perciben con un control limitado en sus situaciones de vida, lo que es consistente con los hallazgos reportados que sugieren que el locus de control externo se asocia negativamente con la salud.⁵⁰ La disminución del control asociada a los síntomas depresivos severos puede tener un impacto perjudicial en la salud y el bienestar de los adultos mayores, lo que ocasiona una vulnerabilidad física y mental afectando su calidad de vida.⁴⁷ Como parte de los resultados obtenidos se observa que con el incremento de los síntomas depresivos disminuye el manejo del locus de control, con lo que los adultos mayores tienen menor capacidad del manejo de su vida.

Uno de los cambios que se observa en los adultos mayores es la vulnerabilidad de padecer alguna enfermedad, Alvarado¹⁹ señala que las personas con un locus de control interno, es decir quienes perciben un control en sus vida, cuentan con más habilidades y herramientas que permiten actitudes de mayor cuidado hacia su persona, mientras que aquellas personas con locus de control externo, que perciben que el control de su vida se debe a factores ajenos a ellos, tienen actitudes negativas,

ocasionando mayor vulnerabilidad para tener afecciones físicas y psicológicas.

Al explorar las diferencias de los factores de locus de control con la escolaridad, se encontró una diferencia entre los adultos mayores con estudios de preparatoria y los que tenían estudios de licenciatura. Los primeros tienen un locus externo más bajo que los segundos. Parece que a mayor escolaridad, se tiende a atribuir a factores externos lo que le sucede a los adultos mayores. Estos datos llaman la atención debido a que lo esperado es que las personas con mayor escolaridad cuenten con mayores recursos para controlar sus acciones, tal como se reporta en otras investigaciones.¹⁸ Es importante confirmar estos resultados, ampliando el tamaño de la muestra por grado escolar.

Se concluye que de acuerdo con la severidad de los síntomas depresivos disminuye el locus de control interno y se incrementa el locus de control externo en los adultos mayores, lo que no favorece la percepción que tiene el adulto mayor de sus habilidades para afrontar la serie de cambios que ocurren en esta etapa de su vida.

REFERENCIAS

- Rodríguez U, Valderrama A, Molina J. Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología en el caribe*. 2010; 25: 246-258.
- Castanedo C, García M, Noriega M, Quintanilla M. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. En: Castanedo M, García M, Noriega y Quintanilla. *Política nacional de envejecimiento y vejez*. Barcelona: Paidós; 2007. p. 1-15.
- Zapata H. Adulto mayor: Participación e identidad. *Revista de Psicología*. 2001; 10 (1): 189-197.
- Villar F, Celdrán M, Fabá J, Serrat R. La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas. *Revista Iberoamericana de Gerontología*. 2013; 1(1): 61-79.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre El envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2002. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=41437C2CEBE15C49488DB823C8816A23?sequence=1
- Freund AM. Successful ageing as management of resources: the role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development*. 2008; 5 (2): 94-106. DOI:10.1080 / 15427600802034827 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/233158473_Successful_Aging_as_Management_of_Resources_The_Role_of_Selection_Optimization_and_Compensation
- Freund AM y Baltes PB. Toward a theory of successful ageing: selection, optimization, and compensation. En: Fernandez (Ed.): *Geropsychology: European perspectives for an ageing world* Cambridge, MA: Hogrefe and Huber; 2007. p. 239-254. <https://psycnet.apa.org/record/2007-00065-014>
- Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. OMS; 2017. doi.who.int/features/factfiles/ageing/es/
- Organización Mundial de la Salud. Día Internacional de las personas de edad. OMS; 2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/30-09-2019-who-launches-digital-app-to-improve-care-for-older-people>
- Fernández-Ballesteros. Psychology and ageing: international challenges for XXI century. *Intervención Psicosocial*. 2001; 10 (3): 277-28.
- Oros L. Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*. 2005; 14(1): 89-97.
- Rottet JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966; 80 (Whole N° 609).
- Velasco-Matus P, Rivera-Aragón S, Díaz-Loving R y Reyes-Lagunes I. Construcción y validación de una escala de locus de control-bienestar subjetivo. *Psicología Iberoamericana* 2015; 23 (2): 45-54. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944231006>
- Jamal Y, Yaseen F y Taskeen Z. Life satisfaction and locus of control among teachers. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2014; 5 (9): 1115-1118.
- Vera-Noriega JA, Albuquerque FJB, Laborin J, Morales A y Torres M. Autocenceito em uma populacao do Nordeste Brasileiro SCALE Validation of selfconcept in Northeast Brazilians. *PSICO. Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*. 2002; 33(1):37-51. Disponible en: <https://investigadores.unicon.mx/es/publications/autocenceito-em-uma-populacao-do-nordeste-brasileiro-scale-valida>
- Beilak AAM, Hultsch DF, Levy-Ajzenkopf J L, Macdonald SWS, Hunter MA y Strauss E. Short-term changes in general and memory-specific control beliefs and their relationship to cognition in younger and older adults. *International Journal of Aging and Human Development*. 2007; 65(1): 53-71. DOI: 10.2190/G458-X101-0338-746X
- Zhang A, y Jang Y. The Role of Internal Health Locus of Control in Relation to Self-Rated Health in Older Adults. *Journal of Gerontological Social Works*. 2017; 60(1): 68-78 <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10>

- 1080/01634372.2016.1267672
18. Boyle E y Sielski K. Correlates of health locus of control in an older, disabled group. *The journal of psychology*. 1981; 109: 87-91.
 19. Alvarado R. El rol del locus de control como factor moderador en trastornos ansiosos y depresivos en los adultos mayores. *PSYKHI*. 2003; 12 (1): 57-64.
 20. Razo-González AM. La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *Rev CONAMED*. 2014; 19(2): 78-85. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=57569>
 21. Montero-López M, Rivera-Ledesma A. Variables con alto valor adaptativo en el desajuste psicológico del adulto mayor. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2009; 1 (1): 113-141. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221718006>
 22. Da Mata FAF, Forte MM, Ferreira JL, de Oliveira YA y Gomes M. Depression and frailty in older adults: A population-based cohort study. *PLoS ONE*. 2021; 16(3): 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247766>
 23. Marti CN, Kunik ME y Choi NG. The reciprocal relationship between depression and disability in low-income homebound older adults following tele-depression treatment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020; 36(6): 802-810. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1002/gps.5480>
 24. Ngosa M, Nacarrow AF, Cody Sh, Key B A, Wang H y Robb M. Intensity and type of physical activity predicts depression in older adults. *Aging & Mental Health*. 2020; 25(4): 664-671. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1080/13607863.2020.1711861>
 25. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, et al. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam*. 2012; 14(1): 5-13. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49148>
 26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
 27. González-Celis AL. Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2009; 1 (1): 17-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221718002>
 28. Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ y Evans DA. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *National Center for Biotechnology Information*. 2000; 160 (20): 3074-3080. DOI:10.1001/archinte.160.20.3074
 29. Penninx BW, Guralnik JM, Bandeen-Roche K, Kasper JD, Simonsick EM, Ferrucci L y Fried LP. The protective effect of emotional vitality on adverse health outcomes in disabled older women. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000; 48 (11): 59-66.
 30. Ávila-Funes JA, Garant MP y Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Panam Salud Pública*. 2006; 19 (5): 321-30. Disponible en <https://scielosp.org/article/rpsp/2006.v19n5/321-330/>
 31. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y Adultos Mayores. OMS. 2016. DOI.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/
 32. García-Méndez Mirna, Rivera-Aragón S y Díaz-Loving R. Continuidad y cambio en la familia: Factores intervinientes. México: Ed. Manual Moderno; 2015.
 33. Beck AT. The development of depression: A cognitive model. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* England: John Wiley & Sons; 1974. p. 3-27.
 34. Organización Mundial de la Salud. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. España: Médica Panamericana; 2003.
 35. Beck A, Rush A, Shaw B, y Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Bruwer; 1983.
 36. Morales-Calatayud F. *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós; 1999.
 37. González TJ y Garza-Sánchez RI. Primera revisión del Cuestionario de Calidad de Vida para Adultos Mayores en Comunidad. *Social Science Open Access Repository*. 2015; 23 (1): 17-25.
 38. Vinaccia-Alpi S y Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 2012; 6 (1): 123-136. DOI:10.21500/19002386.1175
 39. Molina LJ, Uribe AF y Figueroa J. Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*. 2013; 11(1): 43-53.
 40. Christie T. Oregon ranks near top in suicide among elderly. *The Register Guard*. Oregon. 2005.
 41. López JA. La depresión en el paciente anciano. *Revista Electrónica de Geriátrica y Gerontología*. 2001; 3 (2): 1-17.
 42. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal Colombiano*. Forensis. 2012.
 43. O'Connell H, Chin A, Cunningham C y Lawlor BA. Recent Developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*. 2004; (329): 895-899.
 44. Vidal D. Factores de riesgo suicida en el anciano, Alcmeon. *Revista Argentina de Clínica*

- Neuropsiquiátrica. 1999, 8(2): 103- 112.
45. Bobes J, Giner J Y Saiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida. Fundación española de psiquiatría y salud mental. Madrid: Editorial Triacastela. 2011.
 46. Bjørkløf GH, Engedala K, Selbæk G, Bezerra D, Borza T, Benth JS y Helvik AS. Can depression in psychogeriatric inpatients at one year follow-up be explained by locus of control and coping strategies? *Aging & Mental Health*. 2018; 22(3): 379-388. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1262817>
 47. Milte CM, Luszcz MA, RatcliffeJ, Masters S y Crotty M. Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatrics Gerontology*. 2015;15(3): 341-349.
 48. Beck AT, Steer RA y Brown GK. BDI-II. Inventario de depresión de Beck. Buenos Aires: Paidós. 2006
 49. García C, y Reyes-Lagunes I. Estructura del locus de control en México. *La Psicología Social en México*. 2000; 7: 158-164.
 50. Helvik AS, Bjørkløf GH, Corazzini K, Selbæk G, Laks J, Østbyeh T y Engedalc K. Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression? *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2016; 64: 130-137. DOI: 10.1016/j.archger.2016.01.014