

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales

**CORRELACIÓN ENTRE ACONTECIMIENTOS VITALES  
ADVERSOS Y LA PREVALENCIA DEL TRANSTORNO  
DEPRESIVO, EN UNA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD**

BRENDA LISETTE VALLADARES DE MUNSELL

GUATEMALA  
1999

**CORRELACIÓN ENTRE ACONTECIMIENTOS VITALES  
ADVERSOS Y LA PREVALENCIA DEL TRANSTORNO  
DEPRESIVO, EN UNA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA  
Facultad de Ciencias Sociales

**CORRELACIÓN ENTRE ACONTECIMIENTOS VITALES  
ADVERSOS Y LA PREVALENCIA DEL TRANSTORNO  
DEPRESIVO, EN UNA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD**

BRENDA LISETTE VALLADARES DE MUNSELL

**Trabajo de investigación presentado para optar el título de  
Psicología en el grado de Licenciatura en Psicología**

**BIBLIOTECA  
DE LA  
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA**

GUATEMALA  
1999

Vo.Bo.:

(f) Rodolfo Koppa  
(Nombre del Asesor)

Dr. Rodolfo Koppa R.  
COLEGIADO 1897

Tribunal:

(f) Rodolfo Koppa  
(Nombre)

Dr. Rodolfo Koppa  
COLEGIADO 1897

(f) Rodrigo Rodríguez  
(Nombre)

(f)x García del  
(Nombre)

Fecha de Aprobación: 29 de septiembre de 1999

# Dedicatoria

---

A DIOS:

Por amarme tanto y haberme regalado el tiempo y los recursos para lograr tan deseada meta.

A mi esposo Pablo:

Que sin su amor, su entrega paciencia y mil cosas más esta meta jamás sería una realidad "Gracias".

A mi Papá:

Por sus desvelos, paciencia, amor y la fortaleza que me da el recuerdo de tus enseñanzas.

A mi Mamá:

Que sé que en el cielo estará festejando.

A mis Hermanos Paris y Crista:

Por esas noches de trabajo juntos y su cariño tan especial.

A mi familia:

En especial a mi abuelita y tía quienes siempre me apoyaron.

A mis hijas Paola y Lucía:

Por su sacrificio y comprensión.

A mis padrinos los doctores Mirna y Pedro García:

Por su invaluable ayuda.

---

Al doctor Rodolfo Kepfer:

Por su acuciosa y constante asesoría.

Al doctor Carlos Palma y Autoridades de CAMIP:

Por la oportunidad de haber hecho realidad este estudio.

A Lda. Josefina Antillón:

Por estar siempre tan dispuesta a ayudar y dar sus apreciados consejos.

A mi querida Universidad, amigos y maestros, muchas gracias.

## ÍNDICE

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS	x
RESUMEN	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. FUNDAMENTACION TEÓRICA	3
A. Perspectiva histórica de la depresión	5
B. Hay diferentes descripciones y clasificaciones del trastorno depresivo en esta sección.	10
1. El DSM IV	10
2. Depresión e inventarios de autoreporte	12
C. Etiología del trastorno de la depresión	16
1. La Teoría Evolutiva	16
2. La Teoría Cognitiva	18
3. La Teoría Neurobiológica	20
4. La Teoría Genética y Familiar	21
5. La Teoría Ambiental	22
D. Depresión en la Tercera Edad	23
1. Esquema histórico de la gerontología	24
2. Diferencias y características en la Depresión en adultos mayores.	29
3. La prevalencia de la depresión en la Tercera Edad.	32
4. Tratamiento de la depresión en adultos mayores.	34
a. La responsabilidad del paciente	34
b. La Alianza Terapéutica	34
c. La conceptualización cognitiva El uso de la terapia cognitiva	35
d. El uso de antidepresivos	36
e. El uso de TEC	37
f. Otros componentes en un tratamiento efectivo.	37
5. Factores asociados a la depresión acontecimientos vitales adversos	38
a. El suicidio	39
b. El estado económico	40
c. Salud y uso de medicamentos	41
d. Falta de trabajo y jubilación	42
e. Consumo de alcohol	43
f. El efecto de reincidencia depresiones anteriores	45
g. Depresión: la diferencia entre los sexos	46

III.	MÉTODO	49
	A. Hipótesis	49
	B. Ambiente	50
	C. Instrumentos	51
	D. Diseño	52
	E. Procedimiento	52
IV.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	55
V.	RESULTADOS	59
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
VII.	BIBLIOGRAFÍA	91
	APÉNDICE	

## LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS

### TABLAS

Tabla 1: BDI	61
Tabla 2: GDS	61
Tabla 3: Beck - La depresión con años de jubilación	66
Tabla 4: GDS - jubilación y depresión	67
Tabla 5: Salud - BDI	69
Tabla 6: Salud - GDS	70
Tabla 7: Alcohol - BDI	72
Tabla 8: Alcohol - GDS	72
Tabla 9: Ansiedad de separación - BDI	74
Tabla 10: Ansiedad de separación - GDS	75
Tabla 11: Problemas económicos - BDI	77
Tabla 12: Problemas económicos - GDS	77
Tabla 13: Depresiones anteriores - BDI	79
Tabla 14: Depresiones anteriores - GDS	80
Tabla 15: Uso de medicamentos - BDI	82
Tabla 16: Uso de medicamentos - GDS	82
Tabla 17: Correlaciones	83

### GRÁFICAS

Gráfica 1: Beck - Género	63
Gráfica 2: GDS - Género	64
Gráfica 3: Beck - Con pareja y sin pareja (Femenino)	64
Gráfica 4: Beck - Con pareja y sin pareja (Masculino)	65
Gráfica 5: GDS - Con pareja y sin pareja (Femenino)	65
Gráfica 6: GDS - Con pareja y sin pareja (Masculino)	66
Gráfica 7: Beck - Salud	68
Gráfica 8: GDS - Salud	69
Gráfica 9: Beck - Alcohol	71
Gráfica 10: GDS - Alcohol	71
Gráfica 11: Beck - Ansiedad de separación	73
Gráfica 12: GDS - Ansiedad de separación	74
Gráfica 13: Beck - Problemas económicos	76
Gráfica 14: GDS - Problemas económicos	76
Gráfica 15: Beck - Depresiones anteriores	78
Gráfica 16: GDS - Depresiones anteriores	79
Gráfica 17: Beck - Uso de medicamentos	81
Gráfica 18: GDS - Uso de medicamentos	81

## RESUMEN

La mayoría de personas de la tercera edad podrían seguir contribuyendo mucho a sus familias y comunidades, disfrutando la vida. Resultan ser personas excepcionales porque se oponen al estereotipo que los limita. Las reglas y las leyes impuestas, tanto por las mismas personas como por la sociedad, están en contra de que se goce de la vida a esa edad y terminan por sentirse aislados, débiles, rechazados e inútiles. Sin embargo, se conocen muchos casos de personas mayores de sesenta años que continúan desarrollándose y tienen expectativas como lo hacen personas de cualquiera de las otras edades.

El propósito de este estudio es conocer el trastorno depresivo en un grupo de trabajadores jubilados en Guatemala y su correlación con los acontecimientos vitales adversos. Se plantearon cinco preguntas que conforman la hipótesis, a saber: ¿Cuál es el nivel de prevalencia de la depresión? ¿Cuál es su severidad? ¿Cuál es la diferencia entre hombres y mujeres? ¿Aumenta la tasa de depresión con los años de jubilación? ¿Se asocia la depresión a los acontecimientos vitales adversos?.

La vejez en su mayoría puede ser un período largo de vitalidad y contribución a la sociedad, por eso estudiamos los diferentes factores que influyen para que una persona de tercera edad se deprima como lo son: la salud, el uso de medicamentos, estado económico, la falta de trabajo, el uso de alcohol, la diferencia de sexos para afrontar la vejez y la jubilación, la ansiedad de separación de sus seres queridos y la soledad. También debe tomarse en cuenta que la falta de reforzadores y contingencias como ingresos monetarios, trabajo, reconocimiento social y buena salud figuran en la salud mental de la persona. Resulta penoso y preocupante que en nuestro país se subestime este grupo social cuando en algunos países industrializados consideran a los jubilados como personas que se encuentran en la cumbre de la vida, y que son personas expertas y sabias que utilizan bien su tiempo y que son líderes ideales.

Como parte de la metodología se usaron los inventarios más reconocidos a nivel latinoamericano y americano como lo son el Inventario de Depresión de Beck (BDI en sus siglas en inglés) y Yesavage y Colaboradores o Inventario de Depresión Geriátrica (GDS,

en sus siglas en inglés). Además se creó un cuestionario al que se le denominó “Autorreporte Munsell”, que viene a ser un aporte al estudio gerontológico, por parte de la autora de este estudio.

A través del presente trabajo se espera que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, específicamente el área de Centro de Atención Médica Integral para Pensionados – CAMIP –, de la atención necesaria para prevenir y atender la depresión en la población que atiende y asimismo que tenga la capacidad para medir la prevalencia dentro de la misma.

## I. INTRODUCCIÓN

Hay muchas personas que ya cumplieron 60 años y por lo mismo, están llenos de energía, entusiasmo y que dedican sus días en grandes e importantes empresas. Los abuelos de la autora todos han sido así. De parte materna la abuela era activa y feliz hasta sus 82 años. Su esposo, el abuelo, siguió trabajando como zapatero hasta los 90. De parte paterna, los abuelos tienen más de 60 años de casados y a los 84 aún trabajan y forman el centro de una familia muy activa. Asimismo, Su Santidad El Papa Juan Pablo II, que dirige una de las organizaciones más grandes e importantes del mundo, cumplió 83 años el 18 de mayo de 1999. En la tercera edad, él ha aprendido nuevos idiomas, sufrido atentados, operaciones quirúrgicas y viajado por todo el mundo. Hay miles de esas personas: llenas de vida, alertas, responsables.

Estas personas, no son en realidad, tan excepcionales. Según nuevos estudios, para la mayoría de personas de la tercera edad, durante la mayor parte de esta etapa de sus vidas, podrían seguir contribuyendo mucho a sus familias y comunidades, disfrutando la vida. Estas personas, son excepcionales porque se “oponen al estereotipo” común que dice que la tercera edad es para “descansar,” no para trabajar duro, no aprender mayor cosa y no tener desafíos grandes. En verdad, la frase “la tercera edad” no tiene mucho sentido. Personas mayores de los 60 años son individuos que continúan “desarrollándose,” como lo hacen personas de todas las otras edades.

Desafortunadamente, parece ser el caso que a causa de los estereotipos, las expectativas, limitaciones, reglas, leyes y otras restricciones impuestas no sólo por otros sino por la misma persona y muchas de estas personas no están gozando de la vida. Se sienten aislados, débiles, rechazados e inútiles.

¿Es necesario este sufrimiento? No parece que así sea. ¿Entonces cómo se puede mejorar la situación? Naturalmente, existen muchas formas de ayudar a este grupo humano sin obtener más información. En cierto sentido, ya abundan las buenas ideas e intenciones y falta sólo ponerlas en la práctica.

Pero, a la vez, no se conocen con claridad los hechos más simples. ¿Están las personas de la tercera edad en Guatemala, específicamente los trabajadores jubilados, deprimidos? ¿En qué grado? ¿Por qué? ¿Qué tal están de salud? ¿Sienten mucho la pérdida de sus seres queridos? ¿Cómo les afecta su estado económico? ¿Tienen problemas con alcohol? ¿Sienten el envejecimiento como algo molesto?

Este estudio tiene como objetivo encontrar respuestas a estas interrogantes utilizando dos inventarios y un cuestionario. Estos son: el Inventario de Depresión de Beck, la encuesta de Depresión Geriátrica de Yesavage y Col. (1983) y el cuestionario Munsell desarrollado por la autora para poder tener información sobre los acontecimientos vitales adversos en relación al trastorno depresivo en adultos mayores.

## II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El propósito de este estudio es conocer el trastorno depresivo en un grupo de trabajadores jubilados en Guatemala y su correlación con los acontecimientos vitales adversos.

Es necesario explicar por qué es importante el estudio y discutir a fondo los conceptos que forman la base teórica de este estudio. Estos conceptos incluyen los conocimientos de lo que es el trastorno depresivo y las mejores formas de prevención y tratamiento; diferenciar y reconocer características importantes de personas “de la tercera edad” y plantear aspectos técnicos del estudio de este tema. Se inicia este estudio con un resumen de la base teórica, lo cual permite percibir la importancia y urgencia del mismo.

Existen, por lo menos, cinco razones importantes para investigar este tema.

Primero, los conocimientos de la depresión han avanzado aceleradamente en los últimos años, mostrando facilidades para su mejor entendimiento, manejo profesional y existen muchas teorías de acuerdo a diferentes escuelas y estudios, que en la práctica han dado resultados científicamente efectivos. Ya que la depresión aún es comúnmente ignorada o mal entendida por un gran número de personas y profesionales de diversos campos.

El segundo punto que presta importancia al estudio es que el número de personas que sufren esta grave enfermedad va en aumento en

todas partes del mundo; lo que significa un gasto enorme y una pérdida de personas productivas para la sociedad. En pocas familias u hogares es desconocida y en ninguna es bienvenida.

El tercer punto es que el número de personas adultos mayores, como resultado de mejoras en salud y estilos de vida, va en aumento con relación a la población total. En otras palabras, la depresión y la vejez presentan desafíos a la sociedad que antes no presentaban.

El cuarto punto que incluye el estudio son nuevos datos e interpretaciones sobre las capacidades y potenciales de personas supuestamente “ancianos.” Antes el estereotipo predominante decía que los grandes eran débiles, enfermizos y una carga para la sociedad. Actualmente, expertos como Rowe y Kahn (1998) han propuesto una visión muy distinta: durante la mayor parte de esta etapa de la vida las personas no sólo pueden ser, sino además deben ser un recurso natural para sus familias, comunidades y sociedades.

El quinto punto que expone este estudio son las grandes necesidades a nivel práctico de personas adultos mayores en Guatemala en general y entre los jubilados que asisten a los servicios de CAMIP en particular.

Los términos que se usan en este estudio, como “la tercera edad,” “grandes,” “ancianos,” “de mayor edad” y “adultos mayores” que se dividen en adulto mayor joven, adulto mayor mediano, adulto mayor viejo y adulto mayor muy viejo, están más relacionados al grado de salud y vitalidad, no tanto a la edad cronológica real. Se usan por conveniencia, sólo para referirnos a personas de aproximadamente 55 ó 60 años en adelante. Esta “edad” incluye: personas muy “jóvenes” física y mentalmente, también personas débiles, enfermizos y dependientes. En

sentido relativo el término “anciano” se relaciona con la variedad de comportamientos que pueden caracterizar la fase de la adultez avanzada.

En algunos países industrializados muchos jubilados consideran su jubilación como la cumbre de la vida: un tiempo para ser activos y contentos y para disfrutar su tiempo libre (Rowe y Kahn, 1998; Langer, 1989; Reitzes, 1996; Midanik y cols 1995).

### **A. Perspectiva histórica de la depresión**

A pesar de que en algunos casos el tratamiento de la depresión en tiempos anteriores era humanitaria y eficaz, el inicio del entendimiento moderno y la práctica moderna empieza recientemente (Phares, p. 96). Uno de los pioneros, Sigmund Freud ( que según O'Connor era depresión p. 26) decía que la depresión era el resultado de una pérdida grande que no se resolvió, un tipo de extensión neurótica del estado de duelo. Posiblemente la persona no pudo expresar su enojo sobre la pérdida, y dirige el enojo hacia sí mismo. También la persona podría sentirse ambivalente sobre la persona u objeto perdido, por lo que siente un conflicto inconciente entre el dolor de separación y la satisfacción de no tener que seguir aguantando a la persona o al objeto. La psicoterapia ayuda a la persona a resolver su pérdida al conflicto por medio de lo esencial desde el punto de vista psicodinámico que es la catarsis

Hoy no se niega que el duelo puede formar parte del cuadro depresivo. Una de las dudas del presente estudio es precisamente acerca del efecto de las pérdidas de seres queridos, ya que en la vejez tales pérdidas de amigos y familiares es muy común. Tampoco se ve el duelo

como la base principal del trastorno, ni la principal causa por la cual se efectúa una curación.

Después de Freud se popularizaron las teorías humanistas y existenciales como por ejemplo Carl Rogers, Abraham Maslow, Eric Berne, Victor Frankl, Adler etc. Quienes introdujeron la necesidad de la "realización" del potencial del individuo dentro de sus límites y capacidades actuales y la necesidad de tener una relación satisfactoria con otras personas. (Kolb, 1983)

Seguramente estas ideas han ayudado a muchas personas que tienen el tiempo y la inclinación, para encontrar y expresar su verdadero ser. En el caso de muchos adultos no siempre existe suficiente tiempo, dinero, oportunidad, ni *insight* para curarse usando las terapias sugeridas por los autores mencionados.

El conductismo que predominó desde los años cuarenta hasta fines de los sesentas hizo énfasis en que la depresión es el resultado de reforzadores inadecuados o insuficientes, presentan inactividad y retraimiento producida por una variedad muy reducida de estímulos que son reforzadores para la persona, falta de disponibilidad o de habilidad de la persona para obtener reforzamiento. Por lo tanto, la conducta que sería saludable se hace cada vez menos operativa por lo que, la persona se deprime. Este punto de vista implica que la falta de reforzadores y contingencias, como ingresos monetarios, trabajo, reconocimiento social y buena salud figuran en la salud mental de la persona.

Los estudios controlados generalmente indican que ninguna de estas teorías consistentemente demuestra una superioridad terapéutica en comparación con otras teorías, o en verdad, en comparación con no tener terapia formal. El enfoque es la teoría cognitiva de Aaron Beck y sus

seguidores (como J. S. Beck, 1995). Además, se desarrollan teorías que complementa las ideas cognitivas, como son los aportes de la psicología evolutiva donde unifica los procesos de evolución psíquica para entender mejor los procesos de pensamiento.

Un factor importante es el aumento del trastorno depresivo en la población en general. El aumento no sólo corresponde al crecimiento de la población de adultos o personas de la tercera edad si no también incluye a la niñez y los índices son preocupantes (O'Connor, pp. 17-18). Es claro que hay más depresión, es más severa y aparece más temprano en la vida.

Algo que se debe tomar en cuenta en el estudio de la depresión es que, si el número de personas afectadas por el trastorno está o no aumentando, no sólo en Guatemala, si no también en todo el mundo. Este estudio mide las tasas de depresión entre adultos mayores que asisten al CAMIP de la ciudad de Guatemala, pero desafortunadamente no se puede afirmar si estas tasas son más elevadas que en otras regiones del país, o que en otros países. No se puede afirmar si existe más depresión entre los adultos mayores que entre adultos más jóvenes.

Pero sí existe información que nos lleva a ciertas conclusiones. Whybrow (1997), citó otros estudios sobre diez países que llegan a la conclusión que la posibilidad de deprimirse es de 1.5 casos por cada 100 personas y de los diez países Taiwán y Beirut son los extremos ya que Taiwán su tasa fue de 1 persona por cada 100 personas y en Beirut 19 casos en cada 100 personas en Beirut (p.339). Siendo que Beirut era una ciudad que sufrió de los estragos de la guerra, en similitud con Guatemala se puede suponer que en Guatemala las tasas se parecen más a los de este lugar que a las de Taiwán.

Cohen 1994 habló de “la Edad de la Melancolía” (pp. 57-58). Donde, refirió que es más común la enfermedad entre los nacidos después de 1940 que entre los nacidos antes y que el primer episodio ocurre ahora a los 20 años de edad cuando antes era a los 30. Da como ejemplo el hecho que entre los más jóvenes ahora, al llegar a los 25 años de edad, 10% han padecido un episodio, cuando antes la cifra era sólo de 2.5%. Afirmó que esto es un patrón en otros países como Canadá, Alemania, etc. Rowe y Kahn (1998, p. 10) sugirieron que <<la depresión es epidémico en nuestra sociedad y terriblemente común entre adultos mayores>>. Whybrow (1997, p.113), de acuerdo a otros estudios, afirma que la tasa de prevalencia de la depresión mayor es de 7 ó 8 por ciento. O’Connor (1997, p.35), también citando a otros estudios, dijo que en países occidentales la tasa de prevalencia es de 2.3 a 3.2 por ciento entre hombres y 4.5 a 9.3 por ciento entre mujeres, con tasas para toda la vida de 7 a 12 por ciento para hombres y de 20 a 25 por ciento para mujeres. Cohen,(1994, p. 55) puso el porcentaje <<durante un período de un mes>> en 5%. Si se toman en cuenta los datos disponibles en el año 1999 se puede concluir que las tasas no están bajando y probablemente están subiendo. En su resumen de los estudios sobre el estrés y la depresión, Sapolsky (2003, p. 87), dijo que en EUA cerca de 20 millones son afectados por la depresión cada año. Esto se traduce en una tasa de alrededor de 6.5%. Desgraciadamente, según otro estudio resumido por Science News del 12 de julio de 2003, hizo notar que en los últimos diez años el número de personas deprimidas que solicitan ayuda ha subido de los 33% a los 50%, el número que reciben el tratamiento correcto todavía no sobrepasa el 20% (p. 29). En resumen, no se puede afirmar categóricamente si la depresión va en

aumento o no en el mundo y con menos seguridad se puede hablar de la situación en Guatemala. Pero no parece estar disminuyendo tampoco.

Otro dato importante es que, según todos los autores, las tasas entre mujeres son más altas que entre los hombres. Véase los datos de O'Connor ya mencionados. Cohen (1994, p.56) dice que la relación de mujeres a hombres es de 3:1.

Existen datos para afirmar que aunque la depresión es un factor muy grave y común entre adultos mayores, no es la edad en la cual esta enfermedad es más común. Cohen 1994 da las siguientes cifras: adultos jóvenes, 4.4%; adultos de los 25 a los 64, 5% a 6.5%; adultos mayores 2.5%. Con los datos disponibles, no se puede afirmar si las tasas encontradas entre los adultos mayores en Guatemala son más altas o más bajas que las tasas entre otros adultos.

No se puede explicar con toda certeza la etiología del aumento en la depresión. La teoría de "estrés diatesis" de Nemeroff 1998 presentó una explicación: un aumento en el estrés en la niñez, que cada vez es más común, resulta en un aumento en la depresión entre los adultos. Si este punto de vista es correcto, es preocupante que en Guatemala donde por muchos años se ha sufrido los efectos dañinos de guerras ajenas (Abularach 1992) y de una guerra civil prolongada, ahora se padece de muchos efectos de la violencia común, que lógicamente son provocados por el exceso de estrés en la niñez. Otra implicación que no desarrolló Nemeroff 1998, es que el estrés en adultos (y no sólo en niños) podría tener una relación con la depresión. Es el caso que en la vida moderna en Guatemala existe mucho estrés, en este estudio se asume que la depresión podría relacionarse con el estrés económico y con la salud.

En todo caso, si los patrones internacionales se aplican a Guatemala, se puede suponer que en el futuro la prevalencia de la depresión aumentará significativamente.

Se debe subrayar que la sociedad paga un precio muy alto para esta enfermedad, no sólo en sufrimiento, sino también en dinero. Cohen (1994, p. 52) puso el precio de todos los tipos de desórdenes mentales en \$300 mil millones en EUA y los gastos directos de la depresión en \$40 mil millones. O'Connor (1997, p. 18) calculó que se consume \$44 mil millones en gastos directos. Esto quiere decir que cada familia de cuatro o cinco personas paga un tipo de "impuesto" de alrededor de \$1000.00 (unos Q7000.00 a Q8000.00) por año por este trastorno. Se debería agregar otro costo indirecto: lo que le cuesta a los que rodean a la persona deprimida. Cohen (1994, p. 50) dijo que 40% de las personas que atienden a los deprimidos se sienten suficientemente desamparados para requerir de servicios psiquiátricos.

## **B. Hay diferentes descripciones y clasificaciones del trastorno depresivo en esta sección**

**1. El DSM IV.** El *Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales DSM IV* edición 1994, distingue diez diferentes tipos de trastornos de ánimo, todos incluyen síntomas depresivos. Por ejemplo: dos tipos de trastornos bipolares incluyen episodios depresivos y dos de las clasificaciones son para casos de un tipo de depresión "no especificado."

Para indicar la severidad del trastorno, el DSM IV utiliza los términos "leve", "moderado", "severo sin rasgos psicóticos", "depresión

severa con rasgos psicóticos”, “en remisión parcial” y “en remisión total” sólo refiriéndose a los episodios clínicos de la depresión, y no para las otras clasificaciones. A continuación se presentan los criterios oficiales para la identificación clasificación y diagnóstico.

International Classification of Diseases Revision 10 ICD-10-CM.

**a. Episodio Depresivo Mayor (p. 327).** Criterios del Episodio Depresivo Mayor (p. 327) (traducción y adaptación del inglés por la autora):

Cinco (o más) de los siguientes criterios durante dos semanas seguidas y que representen una alteración clara del estado normal de la persona. Se tiene que incluir el criterio número 1 ó 2, dentro de los cinco criterios.

Estas condiciones existen todos los días, o casi todos los días.

- Un estado de ánimo decaído casi todo el día y todos los días, reportado por el paciente u observado por otros.
- Gran disminución de interés o placer en la mayoría de las actividades durante la mayor parte del día, todos los días, reportado por el paciente u observado por otros.
- Cambio de peso o alteraciones en apetito.
- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o retardación (retramiento).
- Fatiga o falta de energía.
- Sentimientos de falta de valor o culpabilidad inapropiada o excesiva.
- Disminución en la capacidad para pensar o tomar decisiones.
- Pensamientos persistentes de la muerte y de morirse intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas causan sufrimiento o impedimentos sociales; no son el resultado del uso de sustancias químicas o una condición médica y no son el resultado de duelo.

**b. Desorden Distímico (349).** Un estado decaído durante la mayor parte del día, en la mayor parte de los días, por período de un año o más, con la presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Poco apetito o excesos en comer.

- Insomnio o hipersomnio.
- Poca energía o fatiga.
- Bajo autoestima.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desamparo.

No incluye episodios mayores de depresión, manía o hipomanía ciclotimia, o parte de otro trastorno, o el uso de drogas o una condición médica clínica. No ha mejorado por más de dos meses durante dos años y causa sufrimiento o impedimentos sociales.

**2. Depresión e inventarios de auto-reporte.** En la práctica clínica, muchas veces se usan inventarios de auto-reporte para detectar la presencia de depresión. Existen muchos, entre los cuales se utilizaron en este estudio el BDI (Beck Depression Inventory) y el GDS (Geriatric Depression Survey). Ambos requieren poco tiempo y fácil entrenamiento del administrador. Se califican rápidamente y son confiables. A las personas no les molesta contestarlos y lo mejor de todo es que poseen alto grado de validez y se aceptan casi universalmente. De hecho, se usan como parte rutinaria en el tratamiento (Beck 1995, p. 30, 302).

¿Tienen defectos? Claro que sí. Si alguna persona parece estar seriamente deprimida, los inventarios en sí no pueden precisar si la persona está al inicio, en medio, o al fin de un episodio mayor depresivo; si tiene síntomas psicóticos, ansiosos, el trastorno bipolar (que incluye episodios de manía) PTSD (el síndrome de pos-estrés traumático), si está reaccionando a un medicamento o droga, si corre un riesgo de suicidio, si sufre de demencia (Storandt y VandenBos 1997), o si simplemente está tratando de llamar la atención, comportamiento excéntrico. Estos defectos son manejables. Si el inventario indica que una persona está deprimida, el psicólogo puede hablar usando una sesión terapéutica profesional con esa persona para hacer un diagnóstico

clínico correcto. Ayudan a evitar pasar horas hablando con personas que no admiten tener síntomas. Los dos inventarios utilizados para este estudio indican que la persona no tiene depresión, o que es “leve,” “moderada,” o “severa.” Estos términos no deben usarse como equivalentes exactas de las descripciones de “leve,” “moderada” y “severa” del DSM IV, pero implican algo muy similar. En suma, los inventarios corresponden de una manera práctica e informal al diagnóstico más exacto del DSM IV; siempre y cuando se tomen en cuenta las diferencias específicas de cada uno.

Para tener una mejor idea de las diferencias entre el uso de un inventario y una evaluación psiquiátrica usando el DSM IV se puede examinar el tipo de preguntas de los dos inventarios del estudio. Las preguntas del BDI tienen las siguientes correspondencias (usando los criterios enumerados en el DSM IV para la clasificación episodio depresivo mayor y los números de las 21 preguntas del BDI):

Se hizo un análisis comparativo para ver si el BDI media los criterios usados para el diagnóstico con el uso del DSM IV.

Se tomó los números de los criterios del DSM IV con las preguntas del inventario de Beck.

Criterio Número del DSM IV	Número e idea principal del BDI
1.	1. Estar triste
	2. Estar sin esperanzas
2.	4. No sentir satisfacción
	21. No sentir interés sexual
3.	18. Falta de apetito
	19. Disminución de peso
4.	16. Tener insomnio
5.	No hay preguntas correspondientes.
6.	17. Sentir fatiga
7.	3. Sentir que ha fracasado
	5. Sentirse culpable
	6. Sentirse castigado
	7. Sentir odio hacia sí mismo
	8. Sentirse culpable
8.	13. Tener dificultades en tomar decisiones
	15. No poder trabajar
9.	9. Querer morirse o suicidarse.

Las siguientes preguntas en el BDI no corresponden directamente a los 9 criterios del DSM IV:

Preguntas del BDI

10. Llorar excesivamente, o no poder llorar.

- 11. Irritarse fácilmente.
- 12. Perder interés en personas.
- 14. Sentirse feo u horrible.
- 20. Preocuparse demasiado por su estado de salud.

Al hacer un análisis parecido con el inventario GDS se puede ver un patrón muy similar: algunas preguntas corresponden directamente a los criterios del DSM IV y otras usan un punto de referencia diferente. Además, el GDS requiere como respuesta un simple SI o NO, mientras que el BDI usa una selección múltiple. Algunas de las preguntas del GDS que no tienen una correspondencia directa con el DSM IV se incluyen de último

Número DSM IV	(GDS) Tema de la pregunta
4.	Si se aburre con frecuencia
7.	Si tiene buen humor
12.	Si prefiere quedarse en casa
15.	Si piensa que es maravilloso estar vivo
23.	Si cree que los demás están en mejores condiciones
25.	Si llora con mucha frecuencia
28.	Si no le gusta asistir reuniones sociales

Lo descrito con anterioridad muestra que el uso de inventarios y el uso de criterios de diagnóstico aceptados por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); ayudan a describir, conocer e investigar el trastorno depresivo.

## C. Etiología del trastorno de la depresión

En esta sección se presenta una teoría ecléctica compuesta principalmente de componentes de la psicología y psiquiatría evolutiva, de las teorías cognitivas de Beck y del punto de vista farmacológico y neuropsicológico. Estos juntos forman una base de un análisis moderno y un planteamiento contemporáneo para la terapia.

**1. La Teoría Evolutiva.** La psicología y psiquiatría evolutiva han establecido que el ser humano tiene las características físicas, instintivas y mentales que se seleccionaron en proceso natural del desarrollo evolutivo. Características que servían para reproducirse se transmitieron a los descendientes y las que no servían desaparecieron. Como resultado, el ser humano desarrolla su herencia genética al nacer, tanto físicamente como emocionalmente según las oportunidades y limitaciones de sus ambientes naturales y culturales. La influencia genética no se manifiesta como reglas o comportamientos fijos (como suele ser el caso en la influencia cultural). Se manifiesta como una tendencia para actuar, pensar, o sentir.

La depresión, específicamente, se explica por Wright (1994) Stevens y Price (1996) Whybrow (1997) y por Nesse y Williams (1994) como una tendencia natural y protectora en individuos en un grupo social con jerarquías sociales (como todos los grupos humanos). En una lucha de poder dentro del grupo, el perdedor de la lucha tiene más posibilidades de sobrevivir (y reproducirse) si demuestra al vencedor (con quien tiene que seguir coexistiendo) que no representa una amenaza para el vencedor en el futuro. El precio que paga este perdedor en darse

públicamente por vencido es un descenso en su estatus social en el grupo. Desde el punto de vista endocrinológico, experimenta disminución en sus niveles cerebrales de la serotonina. Esta “decisión” inconsciente (física, emocional y mental) es el prototipo de la depresión. Aunque la respuesta natural no se sienta tan deseable o agradable para quien la experimenta, es preferible a las alternativas de seguir luchando en una batalla que no se puede ganar; o ser rechazado por el grupo (o miembros poderosos del grupo) por ser una amenaza para ellos. Esta explicación funciona para lo que sucede no sólo en todas las culturas del mundo pero también entre muchas otras especies.

Lo importante del ejemplo es que existen predisposiciones o tendencias innatas en el humano que pueden tener efectos “secundarios” incómodos a pesar del beneficio que normalmente proveen.

Uno de los “efectos secundarios” de este mecanismo es que la persona puede llegar a un punto de desorientación, desamparo y desesperación tan grande que siente un fuerte deseo de matarse. Como dejó Freud; <<tenemos un instinto de muerte>>. La teoría evolutiva ha ofrecido varias salidas de este dilema. Se manifiesta la enfermedad como el resultado de un tipo de “defecto en el diseño” (Nesse y Williams, 1998), o como lo presentaron Moxon y Wills (1999, p. 99), que es “El precio que pagamos por tan rápida evolución en tan poco tiempo”. Otra explicación evolutiva más común es que existen factores en el presente ambiente que no existían en el ambiente del desarrollo evolutivo, que probablemente consistía de comunidades con unas 200 personas. Nuestro ambiente “moderno” con miles de personas desconocidas adentro de nuestras “comunidades”, puede ser mucho más peligroso psicológicamente. Existen altos niveles de estrés y aislamiento

social de personas. Falta el afecto personal y existe una alta competencia entre individuos. Las posibilidades de no llegar a altas expectativas son grandes.

Stevens y Price (1996), agregaron otra idea que podría también explicar la severidad de ciertos trastornos de la depresión. Sugieren que el ser humano lucha sus batallas simultáneamente en tres niveles: intelectual, emocional y físico. Si en alguna situación los tres niveles no concuerdan en sus respuestas, surgen conflictos inconscientes que ponen en riesgo a la persona. Por ejemplo, si la persona intelectualmente acepta su derrota pero emocionalmente siente una rabia inconscientemente por la derrota, está en peligro de deprimirse. Es posible que como resultado de la inteligencia, cultura, y educación (nuestra "civilización") sea más vulnerable a la depresión.

**2. La Teoría Cognitiva.** Independientemente de la explicación evolutiva, se han desarrollado teorías que ponen mayor importancia en los aspectos concientes e intelectuales, en especial, las teorías de Beck y sus seguidores que proponen que nos deprimimos (y tenemos otras obsesiones y compulsiones) como resultado principalmente de nuestros pensamientos, nuestras percepciones. El enfermo se ve a si mismo, su experiencia, y el futuro en términos negativos (Beck 1995, p. 80). Esta propuesta de ninguna manera implica que da lo mismo pensar que sentir, o que las emociones y el cuerpo tienen poco que ver con la depresión. Todo lo contrario. Nos deprimimos porque nuestras mentes, que tienen el rol de decirnos lo que está pasando en nuestros cuerpos y en el ambiente, también son capaces de darnos interpretaciones incorrectas. Por ejemplo, algunas personas aprendieron (incorrectamente) que

“siempre” van a salir perdiendo en cualquier lucha. En muchos casos podrían haber ganado con un poco más esfuerzo o sagacidad. El pensamiento o percepción “No puedo ganar” es, entonces, un “pensamiento negativo” porque no va con la realidad. Produce sufrimiento emocional o físico porque la persona se siente vencida y desamparada. En otras palabras, en el ser humano el cuerpo y los sentimientos tienen una relación estrecha con los pensamientos, y la mente puede afectar a los sentimientos tanto como los sentimientos pueden afectar a los pensamientos.

La teoría de Beck elabora un poco más la idea de pensamientos o percepciones de la siguiente manera (J.S.Beck, 1995, p.14-19). La base de los pensamientos consiste en ciertas creencias fundamentales que se aprendieron en la niñez, por ejemplo, “Soy incompetente.” Estas creencias fundamentales forman la base para el desarrollo de creencias intermedias que pueden ser actitudes, reglas, y aseveraciones. Por ejemplo, la persona que se cree incompetente puede tener la actitud que es terrible ser incompetente, la regla que uno debe siempre hacer el más grande esfuerzo posible en todo lo que hace, y la asunción que le será difícil lograr lo que otros logran fácilmente. A un nivel más superficial, las creencias intermedias se convierten en pensamientos o respuestas automáticas. Estas se presentan cuando la persona confronta una situación específica. Y el pensamiento automático en la situación dada dispara las emociones. Por ejemplo, si a la persona que cree que todo será difícil por ser incompetente se le presenta una nueva lectura (la situación), puede pensar, automáticamente, “Esto me va ser muy difícil.” Este pensamiento da lugar a las emociones de tristeza, resignación, o frustración. Responde (comportamiento) con cerrar el libro. Se queda

con un dolor del estómago pensando, “Vaya que no soy muy buena para la lectura. Y tampoco no me siento bien.”

**3. La Teoría Neurobiológica.** Otro componente de una teoría moderna es un entendimiento de los aspectos físicos del trastorno de la depresión: cuáles son, por qué ocurren, y cómo se manejan. Según Nemeroff 1998, reducciones en la actividad de circuitos que utilizan serotonina y norepinefrina contribuyen a la depresión. Se debería notar que también podría ser que la depresión contribuye a las reducciones en la actividad de serotonina y norepinefrina. Muy probable, es un círculo vicioso: más depresión produce más grandes disminuciones en los neurotransmisores que a la vez intensifican a la depresión, que luego reduce más los neurotransmisores, etc. Según Nemeroff (1998, p. 46) originalmente se consideraba que la norepinefrina era el neurotransmisor más responsable. Luego la teoría cambió y se pensaba que era serotonina. Nemeroff (1998, p.46) cree que los dos químicos están involucrados, y nota que los antidepresivos más recientes (como Effexor [venlafaxine] y Serzone [nefazodone] )afectan la producción de las dos sustancias.

Lo que es nuevo en la teoría de Nemeroff (1998, p. 48) incluye el funcionamiento de otro circuito cerebral que demuestre irregularidades en el trastorno de la depresión. Cientos de estudios han confirmado que personas con el trastorno depresivo muestran una hiperactividad en el eje de HPA (el eje del hipotálamo, pituitario, y glándulas adrenales). Este es el sistema que regula la respuesta al estrés por medio de la producción de CRF (factor para la descarga de corticotropina). El CRF estimula la pituitaria para secretar ACTH (hormona

adrenocorticotropica). Hay evidencias que el antidepresivo Paxil reduce esta hiperactividad hormonal. Nemeroff (1998, p. 50) llama a su nueva teoría “el modelo de estrés diátesis” porque combina el efecto de una predisposición innata (diátesis) con la hiperactividad en la producción de ACTH (en el eje de HPA). Es decir, niños tímidos o muy sensibles en situaciones traumáticas están físicamente en constante estado de alerta, y como adultos tienen mayor susceptibilidad a padecer depresión. Nemeroff indica en el artículo que la intervención química es la solución más indicada para el tratamiento de la depresión, pero en una discusión posterior (Nemeroff, carta) aclara que está de acuerdo con la mayoría (que promueven una combinación de terapia personal (“autoeducación”) y el uso de medicamentos (Whybrow 1997, p. 234-5).

**4. La Teoría Genética y Familiar.** En la literatura se presenta como un hecho la idea que la depresión tiene componentes genéticos. Whybrow (1997, p. 113) dice que si un gemelo tiene depresión mayor, el otro corre un riesgo de 43% de sufrirla también. Hamer y Copeland (1998, pp.67-68) mencionan que el 46% de gemelos separados independientemente con la influencia familiar distinta, tienen el mismo riesgo de presentar depresión. Estos autores también aseveran que existe un temperamento genético. (“harm avoidance”—el instinto de evadir o prevenir peligro o daño) que se relaciona casi en un 100% con la ansiedad o con la depresión. Cohen (1994, p.56), indica que los familiares de primer grado de un paciente tienen dos o tres veces más probabilidad de padecer depresión mayor que la población en general de padecer esta enfermedad.

Como se explicó arriba, es muy probable que seres tan sociales como los humanos tengan mecanismos genéticos, que son de beneficio para el individuo, que nos predisponen a temer y respetar a otros. Pero también existen otros mecanismos, de beneficio para el individuo, que nos predisponen a ser agresivos y tratar de superar a otros. La distribución natural en la población de estos dos o más mecanismos genéticos produce en todas las sociedades una gran variedad de individuos. Además, los mecanismos tienen la capacidad de variar dependiendo del ambiente. Los líderes, por naturaleza o por entrenamiento, tienden a tener más altos niveles de serotonina y son más seguros, fuertes, tranquilos, y sagaces. La mayoría, por naturaleza o entrenamiento, tienen niveles más bajos, y son mejores como seguidores que como líderes. El resultado natural de esta evolución es que en ciertas personas (y ciertas familias) predomina una predisposición hacia la timidez, la nerviosidad, y sensibilidad al estrés, (lo que Hamer y Copeland 1998, llaman "harm avoidance") que los predisponen, en un ambiente hostil, a anticipar una pérdida o riesgo (ansiedad) o experimentar depresión (p. 68).

**5. La Teoría Ambiental.** Ningún experto opina que uno nace con la seguridad de deprimirse. El ambiente tiene un rol muy importante. Aún, una persona muy resistente a la depresión, en un ambiente lleno de estrés, trauma, conflicto familiar y sufrimiento, especialmente en la niñez, podría ser víctima de la enfermedad. Otros factores que contribuyen incluyen enfermedades, estrés traumático, guerra, accidentes, abuso sexual, físico o psicológico, dependencia de drogas, disfunción familiar, dificultades sociales, abandono, fracaso como

persona o en el trabajo, dificultades amorosas, pérdida del trabajo, pérdida de seres queridos, falta de dinero, la jubilación, y en fin. En este estudio se investiga la posibilidad que varios factores en el ambiente podrían contribuir a la depresión tales como problemas económicos o de salud; abandono o pérdida de amistades; o uso de alcohol, jubilación, etc. Otro factor ambiental que se ha estudiado a fondo, especialmente en los países muy al norte,. Es que al no ser expuestas a la luz intensa del sol en los inviernos las personas tienden a deprimirse. Cohen 1994, O'Connor 1997 y Whybrow (1997, p. 309). El sol puede producir de 50,000 a 100,000 lux (una unidad que produce una candela), y en un día nublado entre 1,000 a 10,000, que basta para estimular la producción de suficiente melatonina (durante la noche). El problema radica en que muchas personas sólo pasan una hora a la semana expuestas al sol. Una lámpara en el hogar sólo produce unos 200 lux, y una oficina bien iluminada sólo unos 500 lux (p. 309). No parece ser de gran importancia en Guatemala. Pero, sí es cierto que muchas personas adultos mayores se mantiene encerrados y no expuestos al sol, y no aprovechan el sol temprano en el día siendo el que tiene más beneficio .

#### **D. Depresión en la Tercera Edad.**

Las características físicas, sociales, y emocionales de una persona cambian durante la vida. De igual manera, algunas de las características de la depresión descritas anteriormente tienen sus peculiaridades durante la tercera edad.

En general, la identificación del trastorno depresivo en personas de la tercera edad no es tan diferente al de otros adultos. Se utilizan

inventarios, y también instrumentos relacionados con el DSM IV. Los síntomas son casi los mismos. El tratamiento es muy parecido. Primero, hay que considerar las diferencias individuales entre los adultos mayores. Segundo, hay que reconocer las dificultades que ellos pueden tener en responder los inventarios y entrevistas. Tercero, hay que averiguar si los síntomas vienen de la depresión o de otra condición. Cuarto, hay ciertas diferencias en las causas y efectos de la enfermedad.

**1. Esquema histórico de la gerontología.** En general, hasta hace poco, la tercera edad se veía como un descenso hacia la muerte. Se ponía énfasis en las debilidades, los cambios desfavorables, las enfermedades, y los riesgos de la vejez. Con los adelantos tanto económicos y tecnológicos como de salud, alimentación, y estilo de vida, este panorama va perdiendo su validez, especialmente en los países más desarrollados. Pero es necesario revisar este anticuado concepto porque tiene gran influencia sobre la sociedad en general y hasta sobre la mayoría de médicos.

Anteriormente se veía la vejez en términos muy negativos. No era una época de la vida que se anticipaba. Al contrario, se temía. En primer lugar, eran pocos los que vivían hasta la edad que hoy se considera bastante normal. Para Hipócrates la edad de la perfección era de los 56 años. Aristóteles creía que la perfección de su cuerpo venía a los 35 años y la del alma a los 50. Según Dante se aborda la vejez a los 45 años (Sahakian, 1986, p. 53).

También en términos de calidad de la vida, los conceptos eran muy distintos. En el siglo XVIII Galeno (Sahakian 1986, p. 60) considera la vejez como una enfermedad incurable. Hasta en la época moderna el

gerontólogo norteamericano Lansing (Sahakian 1986, p. 70) propone la definición siguiente <<Un proceso progresivo desfavorable de cambios ordinariamente ligados al paso del tiempo que se vuelve perceptible después de la madurez y culmina invariablemente en la muerte>>.

En algunas culturas muy tradicionales, aún hoy en día, se ven costumbres que reflejan a estas ideas antiguas. Según Frazer, algunos grupos veneran al anciano jefe tanto que cuando él demuestra debilidad en su salud es ejecutado para no ver que ese espíritu se convierta en débil. En otras culturas como la de los Fiji los ancianos se dan voluntariamente a la muerte. En algunos lugares se abandona al anciano o se mata cuando se convierte en carga. Aún en nuestras culturas modernas la jubilación no es totalmente humanitaria. En cierta forma los más jóvenes se deshacen de sus ancianos dejándolos ser cargas sociales y ser vistos como poco humanos.

En los primeros quince siglos de la época cristiana, las obras dedicadas a la vejez sólo se ocupaban de la higiene preventiva. El médico norteamericano Rush (Sahakian 1986, p. 81) publicó un gran estudio fisiológico y clínico basado en sus observaciones. La obra que hizo época fue la de Seiler en 1799. Esta es dedicada a la anatomía de los viejos. La gerontología moderna comenzó a existir a los principios de este siglo. Al norteamericano Nasher (Sahakian 1986, p. 87) se le considera el padre de la geriatría. Nació en Viena, centro importante de estudios sobre la vejez. En 1909 publicó su primer programa, y en 1912 fundó la sociedad de geriatría de Nueva York y siguió publicando. Junto a la geriatría se fue desarrollado una ciencia llamada gerontología. Este campo estudia la patología de la vejez, y el proceso mismo del envejecimiento. En 1958 se creó el centro de estudios e investigaciones

gerontológicas que dirigió el profesor Bourliere. En Chicago, Estados Unidos, en 1959 y 1960 se publicaron tres tratados sobre la vejez desde el punto de vista individual y social, que han asumido gran importancia.

En los últimos años se ha visto un nuevo énfasis en el estudio de personas de mayor edad, investigadores muy reconocidos han escrito y hecho estudios sobre el tema aportando mucho a este campo. John W. Rowe, M.D. y Robert L. Kahn, Ph.D., Kahn tenía 80 años cuando escribió el libro. Rowe es el presidente de la escuela de medicina Mount Sinai y el hospital del mismo nombre en Nueva York y el presidente del comité de la investigación sobre envejecimiento de la fundación MacArthur. Otro par de investigadores se representa por William J. Evans, el jefe del laboratorio de fisiología en el centro de investigación sobre la nutrición en el envejecimiento, de la universidad de Tufts, y Irwin H. Rosenberg, el director de ese centro. No se niegan los hechos físicos de envejecimiento, pero se ven en un nuevo contexto: que la gran mayoría de personas en la edad de jubilación gozan de buena salud y claridad de mente durante la mayor parte de esta etapa de sus vidas. El deterioro serio no empieza hasta en los últimos años de la vida. En el área emocional y social, también hay un nuevo enfoque: muchos de las "evidencias" de la vejez se producen por las creencias que la persona y la sociedad tienen de la vejez, y no por la vejez en sí. Se sienten débiles, lentos, o inútiles porque eso creen que deberían sentir y porque la gente así los tratan. No es tanto un estado físico como un estado mental.

En los estudios de Rowe y Kahn 1998, Los resultados del estudio indican un alto número de personas jubiladas donde se mostraban capaces, autosuficientes, con energía, contentos con la vida, claramente

no tenían depresión ya que están dispuestos a contribuir a sus familias y comunidades. Los estudios de Evans y Rosenberg (1991, p. 248) hacen hincapié en la posibilidad y necesidad de prevenir los síntomas tradicionales de la vejez y extender por unos 20 años la parte productiva de la vida. Dan extensos detalles sobre el asesoramiento de los biomarcadores, las indicaciones físicas que dan una medida más exacta de la vejez que la edad cronológica. Un biomarcador es <<una función biológica en decremento que se puede influir para el bien por medio de un cambio en el estilo de vida.>>. De las muchas posibilidades que ellos consideraron, llegaron a los diez siguientes: 1. la masa muscular, 2. la fuerza, 3. la tasa metabólica basal, 4. el porcentaje corporal de grasa, 5. la capacidad aeróbica, 6. la tolerancia a la lactosa sanguínea, 7. la proporción de HDL en el colesterol total, 8. la presión arterial, 9. la densidad ósea, 10. la capacidad del cuerpo a controlar su temperatura interna. Proveen métodos prácticos para un ligero auto-asesoramiento de sus biomarcadores y regímenes para mejorarlos. En un resumen de su filosofía dicen que <<El ejercicio es la clave para una vejez sana y satisfactoria>>. Tanto Rowe y Kahn (1998, p. 17) como Evans y Rosenberg 1991 hablan de los beneficios de levantar pesas, caminar, y mantenerse activos en muchas actividades. Insisten en que para los que no tengan restricciones médicas los adultos mayores experimentan beneficios iguales a los que personas más jóvenes experimentan, como el crecimiento de la masa muscular, mejor rendimiento en muchas actividades, el incremento del metabolismo, el control del peso, etc.

Es cierto que estos estudios se hicieron en América del Norte y no en Guatemala, y habrán los que afirmen que los resultados no se pueden usar para nuestro país. Afirmarían que esa vitalidad y desempeño no se

debe esperar entre los jubilados guatemaltecos. Pero porqué no. Es posible que las condiciones económicas o estado de salud de los adultos mayores en Estados Unidos sean factores significativos. De hecho, encontrar la respuesta a estas posibilidades es parte del propósito de este estudio; fue determinar si la condición económica o el estado de salud de la persona en Guatemala se correlacionan con su estado de ánimo. Pero al inicio del estudio se considera más probable que la diferencia (si realmente existe) es cultural o económico y el resultado de las expectativas de la gente, y no el resultado de algo innato o programado.

Otro punto que se merece notar es que el momento en que comienza la vejez no se puede definir. Varía según las épocas y las sociedades. Dice Simone que la vejez sólo puede ser entendida en su totalidad y no es un solo hecho biológico sino un hecho cultural. En ninguna parte se encuentran ritos de transición para que se establezca un nuevo estatus, como es la costumbre con jóvenes cuando pasan a ser adultos. Podemos decir que la vejez no es un hecho estadístico. Es la conclusión y la prolongación de un proceso. Gálvez Duque, 1984 opinó que una sola teoría no podría explicar el envejecimiento, por lo complejo de la naturaleza de los individuos y del proceso. De acuerdo con Birren y Rener 1977, y Busser y Blazzer 1980, no había ninguna presión en el campo de la psicología para producir una sola teoría o definición que explicara cómo se organiza el comportamiento a través del tiempo (Lehr 1980).

En resumen, las nuevas aperturas en el campo de gerontología sugieren que la vejez, en su mayoría, puede ser un período largo de vitalidad, contribución a la sociedad, de buena salud, y de satisfacción. Este estudio podrá encontrar si de hecho es así o no, pero no podrá

establecer si las altas expectativas de otros países se aplican a Guatemala.

**2. Diferencias y características en la depresión en adultos mayores.** La designación “la tercera edad” es un concepto popular de conveniencia más que un término médico o científico. Se refiere sólo a un período de años (alrededor de 60 en adelante), y no a los “biomarcadores” médicos que dan una medida más exacta del estado físico y mental de la persona, y que varían grandemente entre personas de la tercera edad. Evens y Rosenberg 1991, dicen que en aspectos sociales y culturales también hay grandes diferencias entre personas que nacieron en 1899, 1909, y 1919, por ejemplo. Estas diferencias pueden afectar los resultados de entrevistas, sesiones clínicas e inventarios.

Además de las diferencias ya notadas hay algunas otras que vale mencionar. En general, se puede asumir que a esta edad la enfermedad tiene cierta independencia (autonomía) de los eventos exteriores (Cohen 1994, p. 64, O’Connor 1997, p. 38, Whybrow 1997, p. 113). Es decir, es más endógena que reactiva o exógena. La persona estableció sus creencias básicas hace muchos años. Desarrolló ciertas formas de manejar su ambiente. Tiene establecido patrones en el uso de alcohol y cigarrillos. También si ha tenido un episodio de depresión anterior, especialmente si no recibió tratamiento efectivo, tiene una alta posibilidad de sufrir una reincidencia. Sin embargo, los factores exteriores se deben investigar sistemáticamente.

Se describen aquí algunos ejemplos de los cambios que ocurren entre algunos adultos mayores a nivel físico pero que les afecta a nivel psicológico siendo más propensos a la depresión y que se emplean para

crear la impresión que los adultos mayores tienen un período de un descenso lento pero seguro hacia la muerte. Entre los cambios físicos se ve que el cuerpo se reduce en un 12% por pérdida de elementos celulares. Los músculos pierden 30% de sus células. Pero también se puede notar que la mujer, como promedio, tiene 15% menos masa muscular que el hombre, y no se puede decir que la mujer es “debilitada” en sus capacidades. Así también se sabe que el hombre a los 75 años puede haber perdido 64% de papilas gustativas y puede disminuir su capacidad olfatoria en alto porcentaje. La enfermedad de Alzheimer (EA) produce deterioro permanente en capacidades físicas y mentales como le pasó al ex-presidente Reagan, y según Langer (1989, p. 94) 90% de los adultos mayores pensaban que tenían una alta probabilidad de sufrir de demencia. Pero la realidad parece ser que después de los 64, sólo 4% tienen una forma severa de senilidad, y otros 10% sufren de una forma menor. Rowe y Kahn (1998, p. 43) señalan que la tasa para presentar EA por arriba de los 65 años es de 10%. Agregan que 95% de los ancianos viven en comunidades (no en instituciones médicas para ancianos), y que de éstos, sólo 5% necesitan ayuda en sus actividades básicas. Existen también otras enfermedades que producen pérdida de la memoria en diferentes niveles. Así que la pérdida significativa de memoria en los ancianos se considera la regla y no la excepción. Otros cambios palpables son cambios en la apariencia, adelgazamiento del cabello y cabello cano, piel arrugada y flácida o pérdida de elasticidad en algunas ocasiones, una ligera pérdida de estatura, ya que el tamaño de los discos de la espina dorsal que están entre las vértebras decrecen (Harper 1998, p. 95). El cuerpo es incapaz de dar los nutrientes tan

rápido como antes por lo que la recuperación de la actividad física es más lenta (Shock 1962, p. 67).

Storandt (1997, p. 23) nota otros cambios. Aumentan enfermedades tales, como artritis, hipertensión, y pérdidas de audición. Hay pérdidas en visión. Las respuestas musculares y mentales tienden a ser más lentas. Pero Storandt también apunta que en términos de la personalidad, hay pocos cambios, y que hay pocas evidencias de aumentos en psicopatología. En cuanto a los otros cambios físicos, hay formas de compensar que permiten a la persona de la tercera edad funcionar dentro de la normalidad.

Algunos de los síntomas encontrados en personas de la tercera edad pueden interferir con el diagnóstico e identificación de la depresión (Scogin 1997, p. 54). Por ejemplo, en la vejez hay cambios naturales en el ciclo de sueño y el interés en el sexo decrece. Estos cambios se pueden confundir con síntomas depresivos. Enfermedad, mal funcionamiento de la tiroides, y algunos medicamentos puedan producir síntomas como falta de energía.

Otra condición que es de importancia en este grupo es la demencia, un deterioro orgánico en la capacidad mental que interfiere con funcionamiento social y la vida cotidiana. La demencia del tipo de Alzheimer (DAT), que aparece después de los 65 años es la más frecuente de las demencias, otros padecimientos como la enfermedad de Huntington empieza en la tercera o cuarta década. Butters, Salmon, y Butters 1997, señalan algunas características: deficiencias de memoria; deficiencias en resolver problemas; y deficiencias lingüísticas, como en encontrar palabras o ponerlas en sus categorías. Estos síntomas complican la identificación de la depresión. En este estudio no se

propuso manejar estas complicaciones, pero no se puede ignorar la importancia de las diferentes enfermedades usándolas para descartar y tener un diagnóstico real de la depresión en el adulto mayor.

**3. La prevalencia de la depresión en la tercera edad.** Resulta sumamente difícil hablar científicamente de la prevalencia de la depresión, es decir, cuantas personas de cualquier edad, en un momento dado, están deprimidas. En parte el problema viene de las clasificaciones. Si se incluye todas las categorías del DSM IV, y los grados leve, moderada, y severa, como hacen algunos autores, lógicamente las tasas serán más altas. Se reportan tasas de 20% o más usando estas clasificaciones (O'Connor 1997, p. 42), para adultos y para adultos mayores. Otros dan números más pequeños. Cohen da la cifra de 5% (durante cualquier mes dado, p. 55), 2% del grado severo. Whybrow 1997, lo pone en 7%-8% (p. 113). Cohen pone la cifra, para ambos géneros, entre 8% y 10% (p. 56).

Cohen (1994, p. 56) reportó estas cifras para: adultos jóvenes, 4.4%; adultos de mediana edad, 5%-6.5%; y mayores de 65, 2.5% (p. 56). O'Connor (1997, p. 27, 38) sugiere que la depresión va en aumento ya que las generaciones anteriores han sido menos susceptibles no obstante el porcentaje para todos es del 20%.

Scogin, refiriéndose al estudio amplio de Myers y colegas de 1984 utiliza la cifra de 2% para la prevalencia durante 6 meses para los mayores de 65 años de edad, con la cifra de otros 1.5% para el desorden de distimia. La tasa de 2%, cabe mencionar, era más baja que para las otras edades. El de adultos de 25-44, por ejemplo, era de 4%. Pero Scogin 1997 en varios estudios manifiestan que los que se jubilaron

voluntariamente sufrían menos molestias psicológicas que antes, y en uno de estos estudios, el de Herzog, House, y Morgan 1991, se observó que no existían diferencias entre el grupo arriba de o el grupo debajo de los 65 años de edad. Pero hay razones para desafiar este cuadro tan optimista. En EUA en otros estudios en zonas rurales con personas de avanzada edad asistiendo a las oficinas de sus propios médicos se calcularon tasas de 8.8% en la categoría “severa,” 18.3% para “moderada,” y 28.3% para “leve” (Barrett, Oxman, y Gerber 1997). Borson y colegas 1986, en un grupo de hombres ancianos asistiendo a centros de salud privadas descubrieron tasas de 24% para todos tipos de depresión, y 10% para depresión mayor. Cabe señalar que sólo el 1% de la población recibió tratamiento psicológico. En Finlandia, de un grupo de 400 nacidos en 1903 (el estudio se hizo en 1978, cuando tenían 75 años de edad), 139 vivían y 106 se examinaron de estos, 25 se diagnosticaron como deprimidos (24%). De los 60 que llenaron el BDI, 49% tenían síntomas depresivos (Stenback, 1979).

Se puede concluir que entre ciertos grupos o entre los rangos más jóvenes de adultos mayores, las tasas son de alrededor del 2%, igual que las tasas de los adultos en general. Pero también es posible que para toda la población las tasas son más altas. Y también posible que existe más depresión en la tercera edad, pero no hasta llegar a cierta etapa en la vida, o bajo ciertas circunstancias adversas. Es posible además que las tasas sean diferentes en distintos países. ¿Cuál es la realidad? Para una respuesta clara hay que esperar los resultados de muchos estudios adicionales, y tener un enfoque multicultural. ¿Cuáles son las evidencias en el caso de Guatemala? Lamentablemente no hay estudio sobre el tema.

**4. Tratamiento de la depresión en adultos mayores.** Para este estudio se hace la suposición que la mejor forma de tratamiento está basada en cuatro fundamentos principales. Primero, el que padece del trastorno debe tomar un rol activo, y en cierta medida tomar la responsabilidad y la iniciativa en su curación. Segundo, la persona necesita formar una alianza terapéutica con un profesional apropiado en la cuál los dos se dirigen conscientemente y eficientemente hacia el alivio de síntomas y causas de la enfermedad. Tercero, conviene usar los conceptos básicos del sistema llamada terapia cognitiva en el análisis y tratamiento de los síntomas. Y cuarto, en la mayoría de casos el uso de antidepresivos, equilibra químicamente y sostiene a la persona mientras trabaja su proceso terapéutico con un profesional, previniendo relapsos.

**a. La responsabilidad del paciente.** De los diez principios del método cognitivo mencionados por Beck (1995, pp. 5-9), por ejemplo, cuatro se refieren a la responsabilidad del paciente (1, 3, 6, 9). El número 6 dice “Terapia cognitiva es educativa con el propósito de enseñarle al paciente a ser su propio terapeuta...” (p. 7) (traducción de la autora). Este principio presenta una ventaja para personas de la tercera edad, ya que con su experiencia de la vida la mayoría desean tener responsabilidad por ellos mismos.

**b. La alianza terapéutica.** Otro principio importante que emerge de muchas investigaciones es la necesidad imprescindible de una relación de confianza, respeto, y cariño entre el paciente y el terapeuta. De hecho, se reconoce que esta relación vale más, relativamente, que el método o la base teórica del tratamiento (Whybrow 1997, pp. 240-252;

O'Connor 1997, pp. 191-195). Beck 1995, pone esta idea como principio número 2 del método, y lo designa una "alianza sólida terapéutica" (p.5). Entre los grandes que participaron en este estudio se nota la capacidad, hasta el deseo, de formar tal alianza. Muchos se sienten aislados o marginados por la sociedad moderna y les gustaría tener el tipo de intimidad que se asume en la terapia.

**c. La conceptualización cognitiva [El uso de la terapia cognitiva].** Generalizando, el tratamiento cognitivo requiere el uso sistemático de varias técnicas o procedimientos. En primer lugar, requiere que el paciente tenga un ligero, pero claro entendimiento del concepto que el sufrimiento y el trastorno resultan (o se perpetúan) por medio de los pensamientos (percepciones o interpretaciones) inapropiados del paciente. La creencia, por ejemplo, que uno es inadecuado lleva la persona a conclusiones y conductas ineficaces, como sentir que siempre va a fracasar, o que siempre es necesario hacer las cosas perfectamente. Esta actitud resulta en sentimientos dolorosos y conductas contra-productivas, y a largo plazo, a menudo, a un estado depresivo. El terapeuta tiene el rol de ayudar al paciente a aprender cómo descubrir sus pensamientos al respecto, a entenderlos, y a juzgar si son válidos o no. Poco a poco el paciente aprende cómo ser su propio terapeuta y eliminar la forma destructiva de pensar y actuar. Aprende también cómo prevenir un relapso (reincidencia).

En segundo lugar, la terapia cognitiva se dirige clara y directamente hacia ciertas metas, y usa el tiempo disponible en una forma bastante precisa y estructurada con el propósito de aliviar los síntomas del paciente en el lapso de unas 20 sesiones. Desde el inicio la terapeuta

aclara que habrán ciertos pasos, instrumentos, y etapas durante cada sesión, y que durante el transcurso del programa irán variando los contenidos de las sesiones. Por ejemplo, en alguna sesión podría haber un repaso rápido de la agenda, discusión del estado de ánimo y su porqué, un repaso de las tareas que se dieron y aclaración de las tareas para la siguiente sesión, repaso de los conceptos de la terapia cognitiva y un chequeo del progreso del paciente en descubrir sus pensamientos y juzgarlos correctamente. Es importante mantener un ambiente positivo, optimista, profesional, y eficiente, sin dar la impresión de rigidez o desinterés.

**d. El uso de antidepresivos.** Muchos expertos, por lo menos en Estados Unidos y Europa, insisten en que el programa más eficiente y eficaz es uno en la cuál se utiliza un antidepresivo. Comenta Whybrow (1997, p. 242), por ejemplo, que es necesario en ciertos tipos de depresión unipolar usar antidepresivos para prevenir una reincidencia. Más bien, según lamenta O'Connor (1997, p. 106) en el afán de poner límites a los altos costos de terapia tradicional, muchos hospitales y clínicas en EUA prefieren dar medicamentos que terapia, usando el argumento que terapia tradicional no se ha demostrado indispensable científicamente. Así como también están las clínicas terapéuticas que no aceptan la ayuda y la necesidad del antidepresivo.

Seguramente hay razones o excusas: cuando hay falta de destrezas entre el personal médico, o cuando hay escasos recursos o personal (como parece ser el caso en atención pública en Guatemala), o cuando se está tratando de limitar gastos.

Vale notar que hay antidepresivos “antiguos.” como los monoaminas y tricíclicos, y más modernos, como los ISRS inhibidores selectivos de recaptación de seratonina {selective serotonin re-uptake inhibitors SSRI} (como Prozac y después Paxil, Zoloft {Sertraline} y Luvox), y ahora la última moda (todavía difícil de encontrar en Guatemala) que afectan no sólo seratonina pero también norepinefrina (como Effexor y Serzone: venlafaxine y nefazodone, respectivamente). Aún no hay medicamentos comprobados para controlar desequilibrios en CRF, pero según Nemeroff, Praxil es una droga prometedora y otros están en desarrollo. Los resultados de la investigación científica generalmente indican que los diferentes medicamentos tienen más o menos la misma efectividad: alrededor de 70% de efectividad en aliviar síntomas (O’Connor 1997, p.20), aunque no se sabe exactamente el porqué. El medicamento más indicado para cierta persona es el que tenga menos efectos secundarios (los más modernos, normalmente) y que demuestre más efectividad.

**e. El uso de TEC.** Otro tratamiento que parece ser muy efectivo es TEC (Terapia electroconvulsiva., en la cual se provoca una descarga eléctrica en el cerebro. Whybrow (1997, p. 215- 219) lo recomienda para casos muy severos. O’Connor (1997, p. 203) lo reconoce, pero lo recomiendo sólo en casos donde no se obtuvo alivio por otros medios. Este tratamiento no figura en el presente estudio.

**f. Otros componentes en un tratamiento efectivo.** En recientes investigaciones se ha logrado demostrar lo que muchos ya entendían, que una fe personal y sincera en Dios (un ser supremo y no sólo asistencia a una iglesia), se relaciona con la prevención de la

depresión y de una rehabilitación más rápida . O'Connor (1997, p. 140) y otros también observan que pacientes que se sienten unidos en su lucha con un ser superior se curan más completamente. Muchos autores (Evens y Rosenberg 1991, en todo su libro, Rowe y Kahn 1998, p. 45, pp. 105-106) mencionan el rol de ejercicio en la curación. Rowe y Kahn 1998, (p. 157), entre muchos, también hablan de la necesidad de involucrarse en actividades productivas, y en especial en la compañía de otras personas. Langer 1989, comenta que poner atención hasta en pequeños detalles de la vida parece reducir la depresión (p. 84). Añade que los que atienden a las personas de la tercera edad a menudo, por buena voluntad, tratan de "ayudar" a la persona, haciendo cosas que la persona podría hacer sola. Resisten la idea de darles a los ancianos la libertad de tomar sencillas decisiones (p. 84-86). Se nota por último los beneficios de un estilo de vida sana para la salud y bienestar (Arnet y Zahler 1993,) y los consejos de Leigh y Fries 1992, que es más barato prevenir los problemas de la vejez con un vida sana, que curarlos.

**5. Factores asociados a la depresión. Acontecimientos vitales adversos.** Siempre se ha asumido que los factores en el ambiente juegan un rol importante en la depresión. De hecho, hasta hace poco, todo, o casi todo, se atribuía al ambiente, no sólo en el caso de enfermedades de la mente, si no también en atributos como la inteligencia y la personalidad. Las teorías evolutivas, los estudios psicofarmacológicos, y los descubrimientos genéticos nos están empujando (a veces sin suficiente precaución) a complementar el rol del ambiente con el rol genético y evolutivo. Es importante obtener datos al efecto.

Para anticipar la conclusión de esta sección, es bastante difícil probar que algún acontecimiento o evento en la tercera edad esté relacionada estadísticamente con un estado mental. Pero en algunos casos es sumamente más difícil decir científicamente si el evento causó el estado emocional, o si al contrario el estado emocional causó el evento, o si simplemente se relacionan por medio de otro factor. (Cohen 1994, pp. 209-227).

**a. El suicidio.** El suicidio es uno de los casos más claros. Personas con depresión tienen más riesgo de suicidarse. Cohen (1994, p. 228) Hizo un estudio donde el 15% de los hombres logran, suicidarse, y si se le agrega el factor de ser hombre deprimido y padece de una enfermedad grave y/o crónica es más frecuente que lleguen a consumar el suicidio. En la tercera edad es más frecuente que se unan los factores y se de el suicidio. O'Connor (1997, p. 27) dice que casi 75% de ancianos que se suicidan han visitado al médico dentro de la semana anterior (y en sólo 25% de estas visitas se reconoció una depresión). Ross y colegas 1990, indican que las personas con las más bajas calificaciones en sus respuestas a 7 preguntas (basadas en el inventario de Zung) tenían 23 veces la probabilidad de matarse. Ross y colegas indican que tomar más de tres tragos de alcohol por día se correlaciona con el suicidio. Naturalmente, no se puede predecir con seguridad si una persona con estas características lo vaya a intentar (Cohen, p. 222-226).

Pero es fácil suponer que la depresión contribuye (por lo menos en algunos casos) al suicidio. Por otro lado, aunque es posible que un atentado al suicidio podría causar la depresión. No es adecuado decir

que la depresión es el resultado del suicidio. En todo caso, se sabe que el suicidio es un serio problema para este grupo, se logra con más seguridad, y no se comunican las intenciones de hacerlo (De-Leo y Ormskerk 1991). A pesar de su importancia, no era posible incluir este aspecto en el presente estudio. Tampoco era posible incluir otro tema relacionado: muertes accidentales, que aumentan la depresión.

b. **El estado económico.** La comodidad económica y social podrían verse en relación causa-efecto con la depresión. Primero, la correlación no parece ser muy alta. Segundo, se puede argumentar que el éxito que uno tiene en el empleo y el número de amigos que uno tiene vienen como resultado del estado de ánimo, y no como la causa (O'Connor, 1997, Cohen D.B. 1994) Muy posiblemente existe una interacción compleja. En el estudio de Ganzini 1990, se encontró una relación fuerte entre la depresión y una pérdida catastrófica financiera: un fraude en la cual 72 personas perdieron todas sus ahorros para la jubilación. En los primeros 20 meses después del desastre, 29% tenían depresión mayor, en comparación con 2% de los sujetos de control. Es lógico pensar que en este caso la catástrofe causó la depresión, y no la depresión la catástrofe. Pero la catástrofe no es el problema en Guatemala o para muchos jubilados. Aquí, la condición normal es un aprieto económico crónico. En Guatemala el jubilado que asiste al CAMIP tiene problemas económicos ya que las pensiones no cubren todas sus necesidades causando ansiedades y depresiones aunados a los problemas de la salud que el IGSS no logra cubrir con eficacia provocando sentimientos de desamparo.

c. **Salud y uso de medicamentos.** El caso de salud nos presenta más dificultades. Se sabe que la depresión se confunde con problemas de salud (Cohen, D.B. 1994, pp. 52-53). La depresión se relaciona con la salud, el estado cardiaco, la presión arterial, el cáncer, la energía, y la esperanza de vida. En el estudio mencionado de Frasure-Smith 1999, por ejemplo, en el primer año después de un infarto cardiaco, entre los sin depresión murieron sólo 2%. Pero de las mujeres deprimidas murieron 8%, y de los hombres 7%. opinan que las personas se deprimen cuando se enferman, pero también que la depresión precede o anuncia a menudo un trastorno somático. Si en el presente estudio se encuentra una relación entre la salud y la depresión, no se podrá determinar definitivamente si es la mala salud que causa la depresión, o la depresión que causa la mala salud. Se necesitarán más estudios para investigar esta relación.

En cuanto al uso de medicamentos se encontró muchas de estas drogas que tienen un beneficio en controlar la presión arterial, diabetes, artritis y muchas enfermedades más, también el uso del medicamento muchas veces tiene entre sus efectos colaterales provocan o predisponer a las personas a la depresión. Además del efecto psicológico que implica el hecho de que una persona esté esclavizada a muchos medicamentos. También se da el caso de que la persona necesita el consumo de medicinas y debido a su situación económica no puede solventarlas y padece sus enfermedades sin consuelo, estado que contribuye al padecimiento de la depresión.

**d. Falta de trabajo y jubilación.** Se suponía antes que no trabajar contribuía al estado depresivo. El estudio en Inglaterra de Morris, Cook, y Shaper (1994) tomó un grupo de 6,191 adultos de 40-59 años de edad, empleados por los 5 años anteriores, y los siguió. Durante los próximos 5 años, 1,779 personas habían tenido algún tipo de desempleo. Estos tenían doble la probabilidad de morir, un poco menos si se tomaban muchos otros factores en cuenta, como el consumo de alcohol y tabaco. Las dos causas principales eran cáncer y enfermedad cardiovascular. Desafortunadamente, no se notan las tasas de depresión, pero los datos sugieren algún estresor por causa de la pérdida de trabajo. Los mismos autores (Morris, Cook y Shaper, 1994, p. 312) habían hecho otro estudio anteriormente en la cual se llegó a una conclusión un poco diferente. Los que fumaban o tomaban más tenían más probabilidad de perder su trabajo. Al perder el trabajo no se aumentaba el consumo de alcohol o tabaco, pero sí se aumentaba el peso.

Pero los últimos resultados de Morris, Cook, y Shaper 1994, indican resultados muy diferentes que los de un estudio grande por Herzog, House, y Morgan 1991, en Estados Unidos unos pocos años antes. De una base grande nacional de personas arriba de los 25 años analizaron los datos de 1339 personas de 55 años de edad en adelante. Concluyen que no existe una relación entre el bienestar y la cantidad de trabajo. Los que tienen el patrón de trabajo (mucho o poco) en conforme con sus deseos personales indican más altos niveles de bienestar que los que tienen que trabajar más o menos de lo que realmente desean. Estos resultados se aplican a todas las edades y tipos de trabajo en esta muestra. Estos estudios mencionados ¿serán aplicables a la realidad guatemalteca? Esta es una pregunta que requiere más investigación.

Antes se suponía que la jubilación contribuía a la depresión. Hasta Cohen, (D.B.1994, p. 117) ofrece esta opinión, sin datos. Pero la evidencias, por lo menos en EUA, no apoyan esa idea. Midanik y colegas 1995, hicieron encuestas entre miembros (pacientes) en una organización de salud privada quienes tenían 60-66 años de edad y estaban empleados en ese momento. Algunos planteaban jubilarse y otros, no. Al fin del período del estudio 320 se habían jubilado y 275 seguían trabajando. No habían diferencias en niveles de depresión, consumo de alcohol o tabaco. Pero los jubilados tenían más bajos niveles de estrés y tomaban más ejercicio. Las mujeres jubiladas eran más dispuestas a decir que no tenían problemas con alcohol. Los autores concluyen que el efecto de jubilación para este grupo era positivo. Reitzes, Mutran, y Fernández 1996, monitorearon un grupo de trabajadores de la tercera edad por dos años. Los que se jubilaron demostraron menos depresión y más alta auto-estima.

**e. Consumo de alcohol.** En el caso del consumo de alcohol existen discrepancias en los estudios, pero en su totalidad hay un cuadro positivo. Atkinson 1990, opina que el alcohol representa un problema encubierto e ignorado. Revisa la literatura y presenta información de su propio estudio de 300 hombres alcohólicos. Admite la necesidad de más estudios. Concluye que el problema es de proporciones moderadas pero que podría empeorar, que muchos casos tienen su inicio en la tercera edad, y que no existen buenos instrumentos para detectar el problema. O'Connor (D. B. 1994, p. 295) dice que hay una relación significativa entre el abuso de sustancias (como alcohol) y la depresión. Muchos alcohólicos en realidad están deprimidos. (La tasa normalmente usada

para indicar una dependencia seria es de dos bebidas alcohólicas diarias) Adlaf y Smart 1995, entrevistaron 349 personas de más de 60 años de edad, en varias idiomas, viviendo en apartamentos para personas de la tercera edad en Toronto, Canadá. Los hombres tenían más problemas con alcohol y tenían menos satisfacciones sociales, y los autores concluyen que hay una necesidad de programas para ayudarlos.

Otros hablan con más optimismo. Gurnack y Hoffman 1992, usando 800 archivos de pacientes, concluyen que los problemas con alcohol en la tercera edad son extensiones de problemas con alcohol cuando eran más jóvenes. Welte y Mirand (1995, p. 20) observan que aunque serios problemas con alcohol son menos frecuentes entre personas de la tercera edad en EUA, el problema merece estudio. Pero no descubrieron una relación entre el estrés normal y el consumo de alcohol, sólo con el estrés crónica.

Adams 1998, hizo una encuesta por correo (70% respondieron de las 454 encuestas enviadas) y descubrió que sólo 8% tomaban más que 7 tragos por semana y sólo dos personas abusaban alcohol. Pero se tiene que notar que este grupo era de una edad muy avanzada (83 años la mediana edad) y 77% eran mujeres. También vale preguntar si entre los 30% que no respondieron a la encuesta podrían haber más personas con problemas con alcohol. En el estudio de Arnet y Zahler 1993, un análisis del consumo de calorías de un grupo de hombres de 66-80 años indica que un solo 1.9% de las calorías era de alcohol. Muchos autores comentan que las personas de la tercera edad responden bien a tratamiento, y que el alcohol no tendría que ser un problema serio.

Se puede decir que, en general, el alcohol no representa un problema mayor en estos estudios. Era un problema para algunos,

especialmente los hombres aislados que tenían una historia de problemas con alcohol o sufrían de estrés crónico.

Se concluye esta sección con los detalles de otro estudio que refleja no sólo el enfoque nuevo de la gerontología pero también un poco de la filosofía materialista de nuestra época. Cuidarse en la tercera edad está de moda ¡porque ahorra dinero! Leigh y Fries (1992, p. 48) analizan el comportamiento de 1558 jubilados del Bank of America por un año y concluyen que no fumar, no engordar, tomar alcohol sólo en moderación, hacer más ejercicio, y usar el cinturón de seguridad representa un ahorro de unos \$400 en costos directos y más que \$4000 en gastos totales por año por persona.

**f. El efecto de reincidencia por depresiones anteriores.** Una de las “causas” de un episodio depresivo puede ser simplemente el hecho de que el paciente haya tenido otro episodio anteriormente. Según O’Connor (1994, p. 307) la probabilidad de volver a tener un episodio clínico mayor de la depresión, si el primer episodio no se trata adecuadamente, es de 50%. Con el segundo episodio, la probabilidad es de 70% de tener el tercero, y con el tercero, 90% de tener el cuarto. Whybrow (1997, p. 113) dice que 67% que sufren el trastorno lo vuelven a sufrir. Cohen (1994, p. 49) dice que hasta 25% tienen una recaída dentro de 18 meses. Esto significa varias cosas. Primero, implica que es muy importante obtener ayuda adecuada durante el primer episodio (o mejor todavía, prevenir el primer episodio) para prevenir subsecuentes episodios. Segundo, implica que la depresión desarrolla cierta autonomía de los acontecimientos externos, apareciendo “de la nada” (Cohen, D.B. 1994, p. 200). O’Connor (1997, p.38) propone que el

estrés pueda precipitar las primeras dos manifestaciones de la depresión, pero que la tercera no tiene una relación directa con eventos exteriores. En el caso de personas de la tercera edad, implica que si la persona antes de jubilarse tiene una historia de la depresión, es muy probable que tendrá otros episodios después, no importe mucho las circunstancias durante la jubilación.

**g. Depresión: la diferencia entre los sexos.** Se toma como un dato preciso que las mujeres sufren el doble con esta enfermedad que los hombres. Cohen, D.B. (1994, p. 56) pone la cifra en tres a uno. O'Connor 1994, calcula que en EUA, en cualquier momento, la mujer tiene una probabilidad de 4.5% a 9.3% de estar deprimida clínicamente y el hombre de sólo 2.3% a 3.2%. En el estudio de Frasure-Smith 1999, sobre la depresión en el tratamiento de infartos cardiacos, de las 283 mujeres hospitalizadas, 133 tenían síntomas de algún grado de depresión, casi la mitad (47%). De los 613 hombres, 157 tenían síntomas, poco menos que la cuarta parte (26%). ¿Por qué será? Una explicación (discutido por O'Connor 1997) es que existen prejuicios en clasificar a mujeres y hombres como deprimidos. Pero él acepta las conclusiones de Dra. Myrna M. Weissman (O'Connor, p. 282), quien ha investigado el tema por todo el mundo durante 20 años, que las diferencias (doble en mujeres) no son un artefacto de la forma de clasificar. Él relata los descubrimientos de Weissman que las diferencias empiezan temprano (13 a 15 años de edad), son máximas durante su período de fertilidad, y descienden después de los 45. O'Connor no provee datos de las diferencias en la tercera edad. Mirowsky concluye, usando tres grupos

grandes, que las discrepancias aumentan por lo menos hasta la jubilación.

Otras explicaciones dadas por O'Connor 1997, incluyen que el trabajo de la ama de casa es más exigente emocionalmente y ofrece menos apoyo y recompensa pública. La mujer siente más presiones sobre su apariencia. Tiene más variaciones hormonales. Por ejemplo, mujeres sufren alteraciones grandes durante su menstruación, y de 10% a 15% de nuevas madres tienen depresión pos-parto poco después de dar luz. Un estudio del APA citado por O'Connor descubrió que 37% de mujeres, al llegar a los 21 años de edad, habían experimentado el abuso físico o sexual. Mirowsky da evidencias que durante las edades medias de adultos las diferencias vienen como resultado de las diferencias en los roles de mujeres y hombres.

Más explicaciones interesantes se basan en la observación científica que se ha confirmado muchas veces que el hombre más feliz y sano es el hombre casado (la mayoría), y la mujer más feliz y sana es la que vive independientemente (la minoría). Podría ser que el matrimonio alivia la depresión en el hombre y lo causa en la mujer.

Pero O'Connor (1997, p.287) nos recuerda que los hombres tienen su propia forma de sufrir: son 5 veces más aptos de suicidarse; son más dispuestos a tendencias anti-sociales; son más vulnerables al abuso de sustancias, y están restringidos por la sociedad de hablar íntimamente con sus amigos de sus sentimientos.



### **III. MÉTODO**

El presente estudio se hizo para conocer la relación entre acontecimientos vitales adversos y la depresión en población de adultos mayores jubilados que asisten al Centro de Atención Medica Integral para Pensionados.

#### **A. Hipótesis**

1. ¿Es alta la prevalencia de la depresión entre los trabajadores jubilados de la tercera edad que asisten a las oficinas del CAMIP?
2. ¿Es severa la depresión entre la población de la tercera edad que asiste al CAMIP?
3. ¿Cuál es la diferencia en la prevalencia de la depresión entre hombres y mujeres?
4. ¿Aumenta la tasa de depresión al tener más años de jubilación?
5. ¿Se asocian a la depresión los acontecimientos vitales adversos?

La muestra estuvo conformada por 250 personas jubiladas entre los 60 y 90 años de edad, que incluyó a 125 mujeres y 125 hombres. Para la muestra final, se entrevistaron en total 134 personas de ambos sexos, excluyendo los inventarios que no cumplían los requerimientos del estudio siendo invalidados, 84 porque los datos eran confusos y había contradicción e inconsistencia en las respuestas.

#### **B. Ambiente**

La rutina usual en el CAMIP consiste en que su atención al público se inicia a las 7:30 de la mañana pero sus usuarios están haciendo fila

## **B. Ambiente**

La rutina usual en el CAMIP consiste en que su atención al público se inicia a las 7:30 de la mañana pero sus usuarios están haciendo fila desde las 6:00 de la mañana para asegurarse de conseguir turno ya que sólo se atiende a los primeros 100 que asisten en la mañana y un número similar en la jornada de la tarde. Aquí van incluidos personas con cita y sin cita. Al entrar en dicho Centro hay una sala de espera donde se reúnen para recibir informaciones diversas y donde pacientemente esperan sus turnos. En los pasillos de la sala de espera se aprovechó para invitarlos a colaborar con el estudio. El incentivo que se les ofreció consistió en decirles que si el estudio indicaba la necesidad de atención psicológica o psiquiátrica, se les remitiría a tratamiento.

El CAMIP es un centro pequeño para la cantidad de personas que atiende; no tiene suficientes sillas para que toda la gente pueda sentarse cómodamente; sus pasillos no son muy grandes, es un poco frío y oscuro, no tiene buena señalización de las diferentes clínicas y el personal de atención para el jubilado da un trato frío e impersonal.

El plan original era de realizar 50 inventarios en el salón de usos múltiples de las instalaciones del CAMIP. Cuando los entrevistados concluían la entrevista, se les daría una pequeña refacción. Se realizó toda la papelería necesaria para seguir este plan, pero pese a ello las autoridades del Centro no cumplieron con lo acordado.

### **C. Instrumentos**

Para el estudio se utilizó el BDI (Beck Depression Inventory) versión revisada de 1978. Este inventario es un instrumento utilizado con mucha frecuencia en la clínica para un previo diagnóstico y puede ser utilizado periódicamente para saber cómo va el proceso terapéutico.

Ha sido aplicado en más de 1,000 investigaciones hasta 1988 y varias investigaciones con adultos mayores (Beck, 1978, pp. 66-67). Entre las ventajas del BDI es que es muy bien aceptado ya que se responde en 15 minutos (por personas que leen con facilidad y no tienen impedimentos físicos o de memoria). El BDI contiene 21 ítems con cuatro opciones en cada uno. Tiene sus orígenes en las teorías influyentes de la terapia cognitiva en la cual este inventario se usa como parte esencial.

Cuestionario de autorreporte Munsell. Fue elaborado por la investigadora con el propósito de poder obtener información sobre algunos acontecimientos adversos que pueden relacionarse con la depresión. Se sometió a una revisión con expertos en psiquiatría y psicología y se probó en el estudio piloto su eficiencia y claridad. Después de varios ajustes se utilizó para la investigación. El test consta de nueve preguntas con opciones múltiples, algunas de 0 a 3 y otras de 0 a 4 según el número de la pregunta. Además, en la pregunta 5 se hace una pregunta cuantitativa y en las preguntas 8 y 9 se pide una ampliación a su respuesta.

El **GDS** (Geriatric Depression Survey) consiste en 30 preguntas cerradas a las cuales se les da un Sí o un No. Está diseñado especialmente para adultos mayores y es el inventario más conocido y utilizado en toda Latinoamérica. El tiempo normal para su

administración es de 10 a 15 minutos. Su validez y confiabilidad no tiene discusión en Latinoamérica (Lehr, 1980, p. 315).

#### **D. Diseño**

Se realizó un pre-diseño de la investigación y se hizo un ensayo que sirvió para observar cuál era la mejor manera de cumplir con los objetivos y procedimientos a seguir. El diseño de la investigación fue ex post facto. Las variables del estudio fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, años de jubilación, salud, consumo de alcohol, la pérdida de un ser querido, problemas económicos, depresiones anteriores y el uso de medicamentos. Las variables anteriores fueron relacionadas con la depresión en el adulto mayor.

#### **E. Procedimiento**

Para entrevistar a los sujetos se utilizó un juego de inventarios con una hoja al inicio de datos personales. El primer inventario fue el BDI (Beck Depression Inventory), el siguiente fue el cuestionario Munsell y por último el GDS (Geriatric Depression Survey), desarrollado por Yesavage y col. 1983.

El plan adoptado consistió en dar una corta introducción a las 100 personas presentes en la sala de espera del CAMIP. Se dio una introducción sobre el estudio y se solicitó la participación de forma voluntaria. Este proceso se repitió siete veces hasta completar 125 hombres y 125 mujeres con todos los datos del inventario debidamente completados. Las entrevistadoras se acercaron a los voluntarios para recaudar datos de los inventarios y explicarles que se estaba haciendo un estudio para una tesis sobre depresión.

La hoja de datos personales: Incluyó nombre completo, sexo, edad, fecha de nacimiento, fecha de jubilación, estado civil, trabajo anterior a la jubilación, código, fecha, y número de carnet de jubilación (ver Apéndice A).

Debido a los contratiempos de incumplimiento por parte de autoridades del Centro, se realizó la investigación en los corredores y se optó a que la mayoría fuera ayudada por un entrevistador, para lograr que se completara.

En los corredores hubo movimiento de personas, ruido y cierta incomodidad. A pesar de este ambiente, las personas estuvieron suficientemente motivadas para no poner atención a lo anterior y aprovechar la oportunidad de poder conversar, ser escuchados y además de romper con el aburrimiento de la espera.

Todos los inventarios fueron contestados empezando alrededor de las 7:30 a.m. hasta las 11:30 a.m. Las entrevistas fueron hechas por la investigadora y cuatro entrevistadores capacitados.

Para el código se asignó un número, con el propósito de poder quitar la hoja de datos generales en el momento de calificar los inventarios. De esta forma, la calificación fue confidencial cuidando el anonimato de las personas.

Se pidió la edad y fecha de nacimiento con el propósito de que la persona diera indicaciones de su estado de memoria y su grado de sinceridad al responder los inventarios. La razón por la que se pidió el número de carnet del IGSS es por que sólo a través de éste se pudo remitir personas que en los inventarios sugerían atención psicológica y psiquiátrica para hacerles una evaluación más profunda.

Se decidió trabajar la investigación con la población del CAMIP debido a que su acceso al Centro fue autorizado después de cumplir con ciertas especificaciones. La selección de los sujetos fue de forma voluntaria, pidiendo su colaboración si tenían 60 ó más años de edad.

Las personas que deseaban y podían realizar los inventarios solos se les dio un lapicero negro y se les dijo que si tenían cualquier duda que preguntaran y que se tomaran su tiempo. Con otros; que fueron la mayoría, se hizo la entrevista oral, la cual les dio la oportunidad de extenderse, comentar y realmente disfrutar de la compañía del entrevistador. Al finalizar los inventarios se les agradeció su participación. Fueron entrevistadas un promedio de 50 personas diarias durante una semana. Siempre se intentó entrevistar a igual número de hombres y mujeres.

## IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### A. Procedimiento para obtener resultados del Inventario BDI.

Con los datos obtenidos, se convirtieron las calificaciones en las siguientes categorías según las instrucciones del respectivo inventario: 1 = no deprimido, 2 = levemente deprimido 3 = moderadamente deprimido, 4 = severamente deprimido. Los números en cada categoría se encuentran en la Tabla 1 en la columna “Total”.

Observaciones en la práctica del BDI. Alrededor de la mitad de los sujetos tuvieron algunos problemas manejando las cuatro opciones en cada ítem. En algunos casos no comprendieron el lenguaje. Pero para la mayoría, no fue problema de comprensión, sino de memoria. En algunos casos el sujeto escogió más de una selección y (de acuerdo con el manual) al calificar la respuesta se tomó el promedio de las dos.

### B. Procedimiento para obtener resultados del Inventario GDS

Con los datos obtenidos, se convirtieron las calificaciones en las siguientes categorías: 1 = no deprimido, 2 = deprimido 3 = severamente deprimido. Los números en cada categoría se encuentran en la Tabla 2 en la columna “Total.”

Observaciones en la práctica del GDS. Al contrario del problema de selección en el BDI, los sujetos frecuentemente se quejaron de que no podían decir un simple “sí” o “no” y esto les daba la oportunidad de dar una explicación con pormenores.

### **C. Una Comparación del BDI y el GDS**

Los resultados del BDI y el GDS se correlacionaron usando el programa EXCEL de Microsoft, 1995. Los resultados de esta operación se expresan en porcentajes. Este porcentaje es de 53% (que establece una correlación de .728). Esta relación es más baja de lo que se pudo haber esperado e indicó que casi la mitad de la variabilidad no se explica. Aún combinando los dos inventarios no se puede asegurar que se tenga una medida del todo satisfactoria de los grados actuales de la depresión. Por otro lado, la relación es suficiente para investigar muchas variables, por lo menos de una forma preliminar.

### **D. Procedimiento para obtener resultados del Inventario Munsell**

El Inventario Munsell se calificó según las siguientes escalas:

- 1) Número de episodios anteriores de depresión 0 = ninguno, 1 = uno, 2 = dos, 3 = tres o más.
- 2) Separación de un ser muy querido: 0 = ninguna separación en los últimos 3 años, 1 = una separación 2 ó 3 años atrás, 2 = una separación 1 ó 2 años atrás, 3 = una separación dentro del último año.
- 3) Grado de presiones económicas: 0 = libre de presiones, 1 = presiones “normales para mi clase social,” 2 = presiones “más que lo normal para mi clase social,” 3 = presiones “graves y muy preocupantes.”
- 4) Problemas de salud: 0 = buena salud, 1 = problemas normales de salud, 2 = problemas serios pero más o menos como los de otros jubilados, 3 = problemas mucho más serios que lo de los demás, que me restringen mucho en la vida diaria.
- 5) Uso de alcohol o sustancias (modificado para este estudio): 0 = no consume, 1 = consume socialmente (menos de 7 tragos por semana),

2 = consume moderadamente (7 a 14 per semana), 3 = padece alcoholismo (más que 14 por semana).



## V. RESULTADOS

Para poder responder a las preguntas uno y dos del estudio es necesario los resultados de los inventarios BDI Y GDS. Para la pregunta tres se relacionó el sexo, BDI Y GDS; además como complemento en la investigación se relacionó sexo, estado civil y depresión. Para la pregunta cuatro se relacionó años de jubilación, BDI Y GDS. Para la pregunta número cinco se relacionó resultados separados del Inventario Munsell con los inventarios BDI Y GDS.

### A. Examen de las cinco preguntas del estudio

1. **¿Cuál es la prevalencia de la depresión en la tercera edad entre los trabajadores jubilados que asisten a las oficinas del CAMIP?.** A continuación se presentan las clasificaciones del grado de depresión resultantes de las calificaciones de los inventarios. En la Gráfica # 1 se muestra, en porcentajes, los sujetos con diferentes grados de depresión; de “no deprimidos” hasta “severamente deprimidos”; mientras las Tablas 1 y 2 dan el número de personas en cada categoría. De acuerdo con los reportes de la literatura citada; que estableció una línea base de 5% para la depresión severa, 10% para la depresión moderada y 10% para la depresión leve (20% para moderada y leve), se puede decir que en esta población existen niveles de trastorno depresivo superiores a los niveles esperados entre adultos mayores.

La respuesta a la primera pregunta consistió en que la prevalencia de la depresión en esta población fue de 40% según el BDI y hasta 50% según el GDS (el inventario diseñado especialmente para esta población). Indudablemente, se necesitan estudios adicionales para resolver algunas interrogantes. ¿Son estas personas realmente

representativas de la tercera edad? ¿Fueron las respuestas a los inventarios realmente representativas de sus sentimientos y realidades? Pero estas cifras indican la presencia de una situación grave y preocupante, que merecen una atención no sólo psicológica, pero también económica, social y educativa.

**2.¿Cuál es el grado de severidad de la depresión que se manifiesta en los diferentes grupos?.** La Gráfica # 2 muestra las clasificaciones para mujeres y para hombres. El BDI indicó una diferencia de 35% para hombres y 45% para mujeres. Con el GDS también hubo una diferencia: 44% y 56%. En las Tablas 1 y 2 se muestran los números de personas en cada clasificación, en relación con todos los factores de este estudio. Las Gráficas #3 a #10 muestran los mismos resultados y una indicación del porcentaje. Por ejemplo, en la categoría de “salud” en Tabla 1 y en Gráfica 3 (para el BDI), las personas con leves problemas de salud son 96, y el total en ese grupo es 143(Tabla 1) así que el porcentaje de “no deprimidos” es de 67%. La tasa para los “sin problemas de salud” llega hasta 69% (9/13). En el caso de “sin problemas económicos” (Gráfica 6) la tasa es de 75% no deprimidos (15/20), y en el caso de “depresiones anteriores” (Gráfica 7) la tasa es de 61% (83/137). Todos estos ejemplos representan las tasas más bajas en los factores adversos del estudio y en varios casos representan grupos muy pequeños (13 y 20 personas). En todas las otras categorías, el porcentaje de personas con algún grado de depresión excedió el 40%.

Tomando en cuenta las reservas expresadas en esta pregunta, se puede decir que el trastorno depresivo se manifestó en casi todos los sub-grupos: hombres y mujeres, con pareja y sin pareja, separados de

seres queridos o no separados. Se examinarán con más detalle los factores adversos en la pregunta #5 (ver Apéndice A). Para repetir la conclusión de la pregunta #1, los niveles fueron altos.

## FAMILIA

TABLA # 1

BDI	Total	GÉNERO		CON PAREJA		SIN PAREJA	
		F	M	F	M	F	M
No deprimidos	148	68	80	29	63	39	17
Levemente deprimidos	36	18	18	6	12	12	6
Moderadamente deprimidos	45	31	14	9	11	22	3
Severamente deprimidos	21	8	13	0	11	8	2
	250	125	125	44	97	81	28

TABLA # 2

GDS	Total	GÉNERO		CON PAREJA		SIN PAREJA	
		F	M	F	M	F	M
No deprimidos	127	56	71	26	58	30	13
Levemente deprimidos	94	52	42	17	31	35	11
Severamente deprimidos	29	17	12	1	8	16	4
	250	125	125	44	97	81	28

3. Con el fin de conocer la prevalencia de la depresión en hombres y mujeres. La Gráfica # 2 muestra, como también las Tablas 1 y 2, que las mujeres están más predispuestas al trastorno depresivo que los hombres en esta población. Usando los resultados del BDI, la

diferencia es pequeña: 40% para hombres y 45% para mujeres. Pero se nota, en cambio, que para las mujeres la tasa de depresión severa (6%), es menor que la de los hombres (10%). Los resultados del GDS indicaron una diferencia más grande: hombres 44% y mujeres 56%, con la tasa de depresión severa de mujeres (14%) mayor que para los hombres (10%).

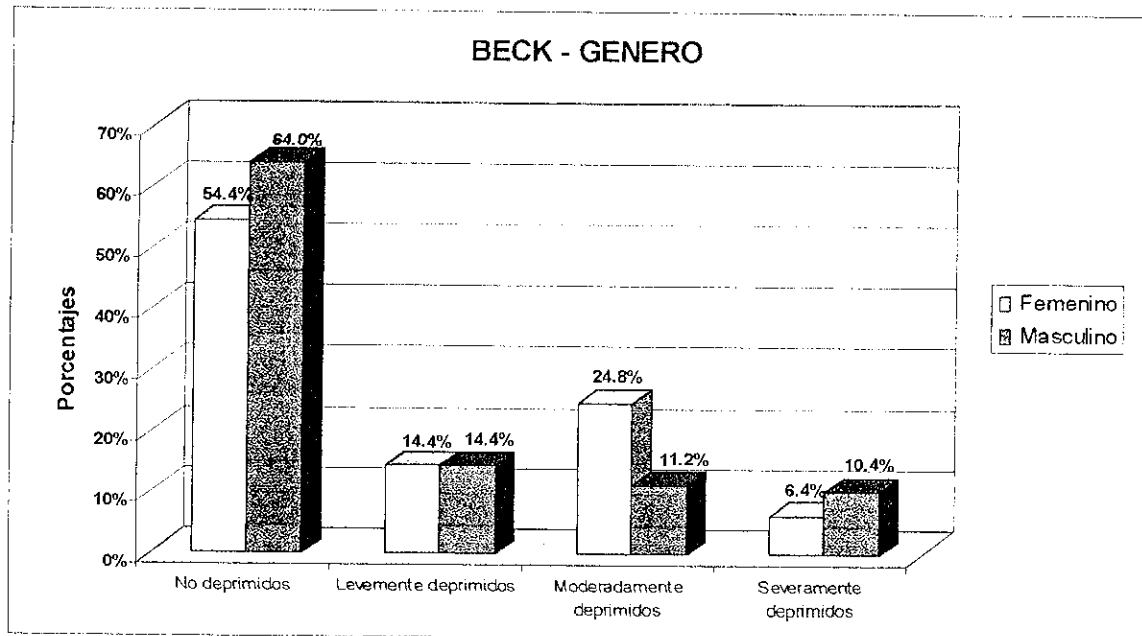
Sin embargo, como se ha notado en la revisión de la literatura; en general las tasas son más altas para las mujeres; hasta el doble. Estos resultados, por esa razón, no son notables. Se consideró necesario investigar el efecto de género en los otros factores investigados, como la salud o problemas económicos.

Pero otro aspecto va en contra del patrón normal: el efecto de estar en pareja. En el estudio Nesse (1994) encontró patrones de que normalmente para el hombre estar casado le ofrece una fuerte protección contra la depresión, pero en cambio, para la mujer es lo contrario. En este estudio se notó la tendencia opuesta. La Tabla 1 (BDI) muestra que la mujer con pareja tenía una tasa alta de 66% de “no deprimida” (29/44) mientras que la mujer sin pareja (39/81) la tasa fue de 48%. La Tabla 2 (GDS), muestra 60% y 37% respectivamente para “con pareja” y “sin pareja”. En otras palabras, la pareja da una protección a la mujer, contrario a lo normal en otros países. En el caso del hombre, la Tabla 1 (BDI) también muestra que tener pareja es más favorable que no tener pareja (65% y 61%) y los porcentajes respectivos para Tabla 2 (GDS) fueron de 60% y 46%. Pero en el caso de los hombres, estos datos no fueron relevantes.

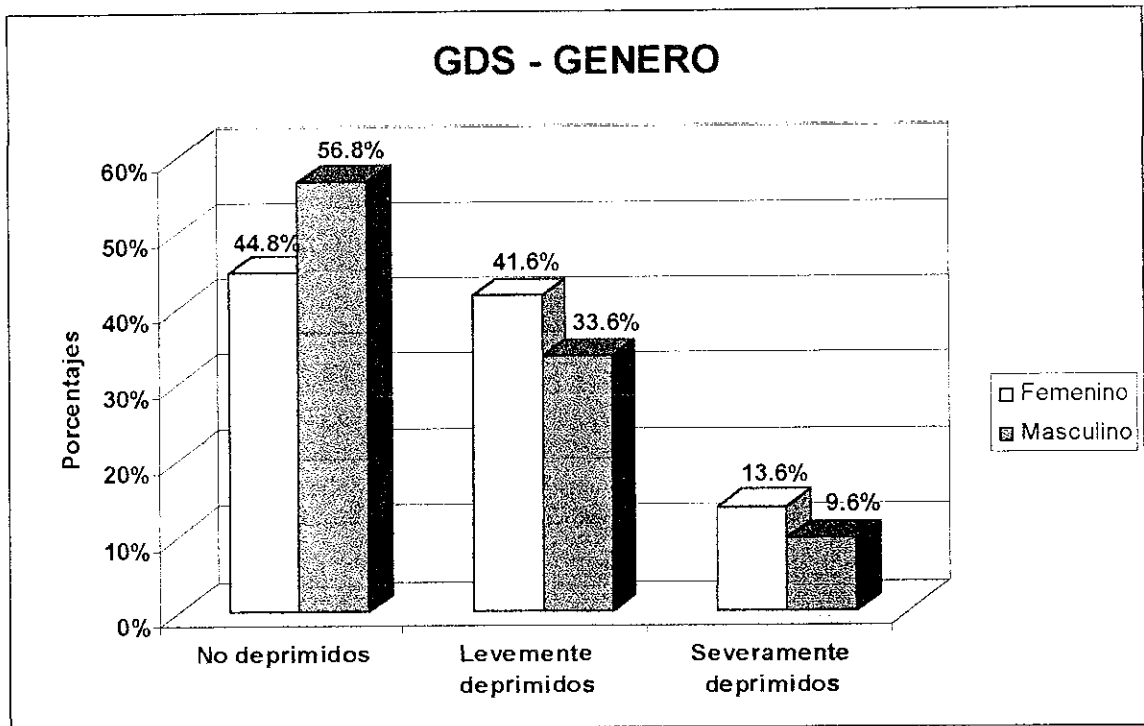
En este estudio se encontró que las mujeres tuvieron tasas de depresión más altas que las de los hombres. Pero, en casi todos los

estudios sobre el tema, éste también ha sido el resultado, así que se puede concluir que este grupo siguió el patrón normal. Si tuvo algo de diferencia es que para mujeres, tanto como para hombres; vivir con pareja tiene un efecto positivo contra la depresión (Ver Gráficas # 9 y # 10).

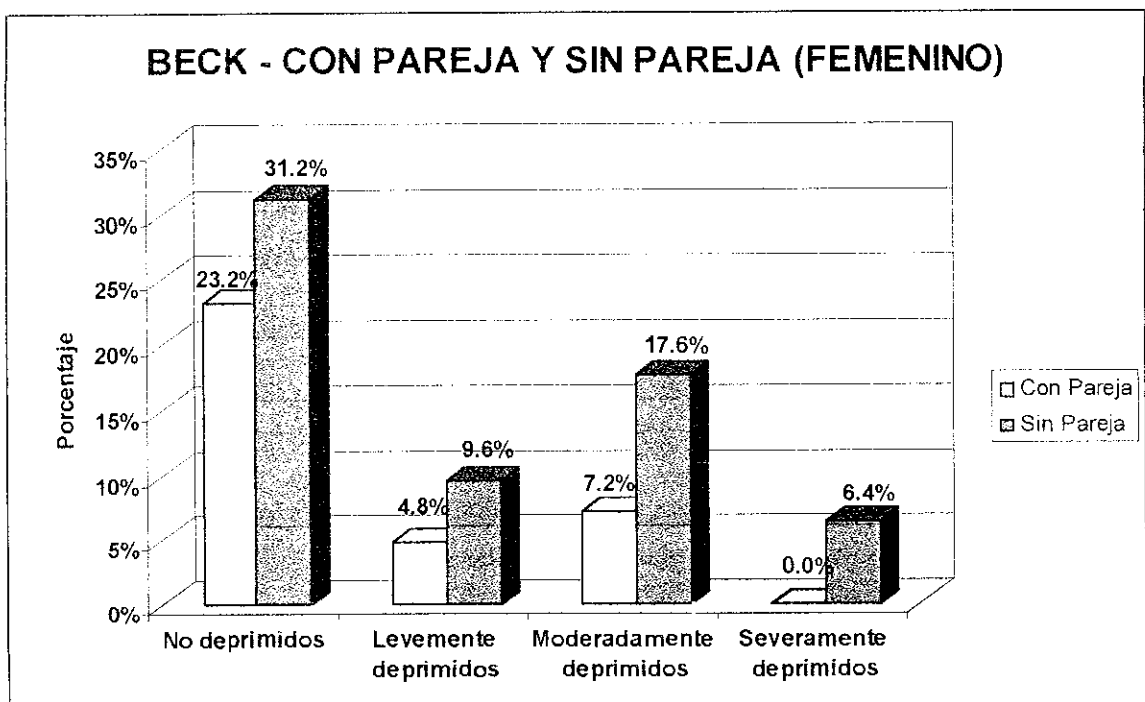
**GRÁFICA 1**



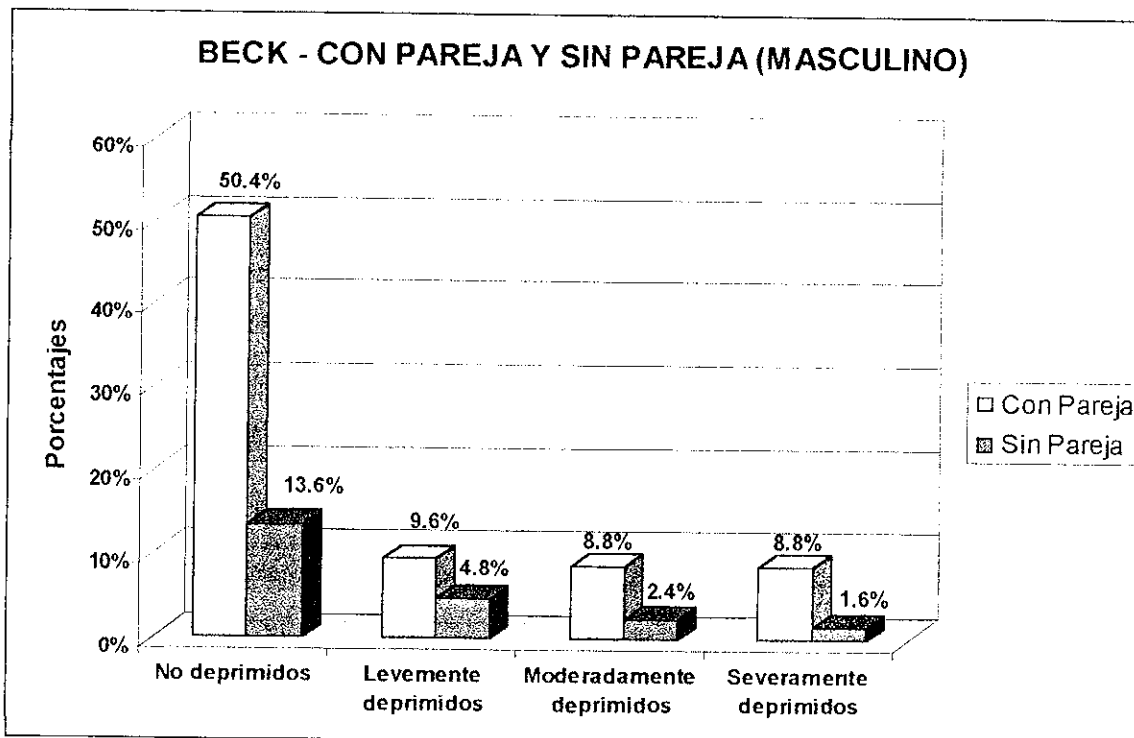
GRÁFICA 2



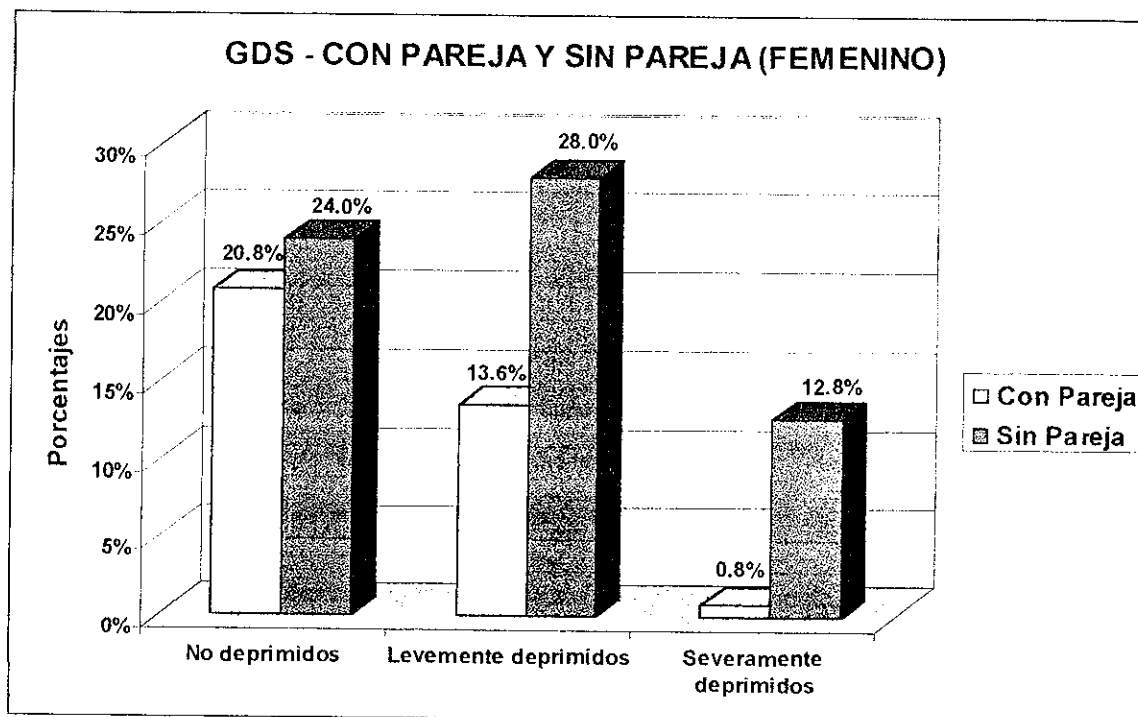
GRÁFICA 3



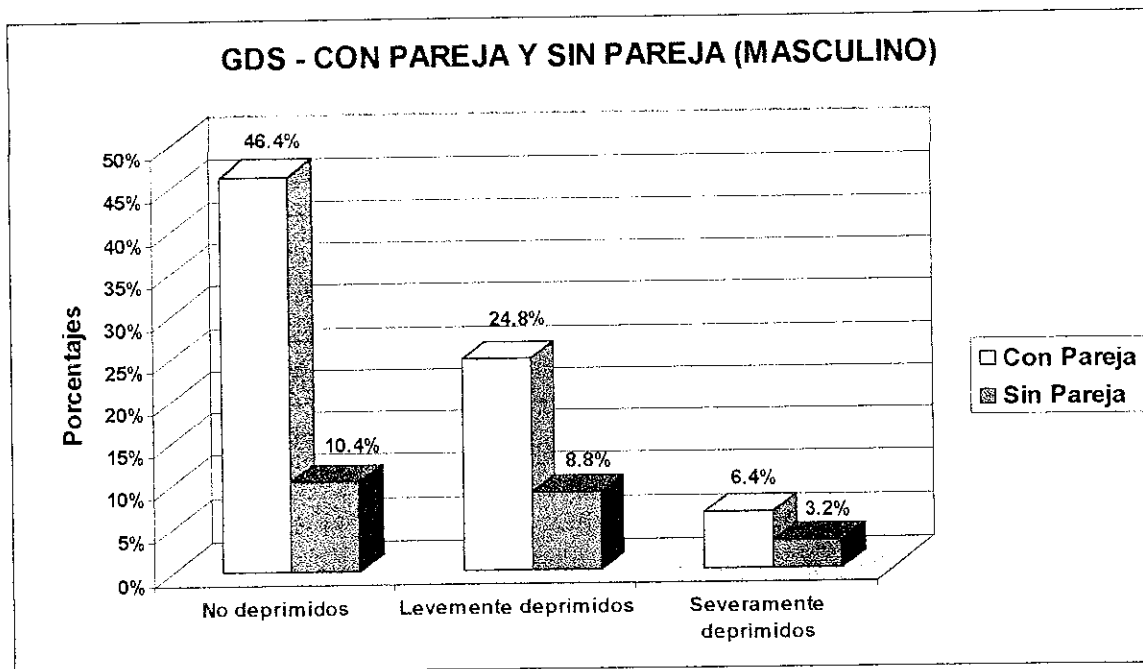
GRÁFICA 4



GRÁFICA 5



## GRÁFICA 6



4. ¿Va en aumento la tasa de depresión con respecto a los años de jubilación?. Los resultados los datos acerca de la depresión y los años de jubilación se presentan en la Tabla 3. Las variaciones entre los diferentes períodos son pequeñas.

**TABLA # 3**

### La depresión con años de jubilación

Beck Jubilación y Depresión

	1-3 años	4-9 años	10-20 años	21-33 años	total
No deprimidos	35	68	38	7	148
Levemente deprimidos	7	18	8	3	36
Moderadamente	8	22	12	3	45
Severamente deprimidos	7	7	5	2	21
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>115</b>	<b>63</b>	<b>15</b>	<b>250</b>

**TABLA # 4****GDS Jubilación y Depresión**

	<b>1-3 años</b>	<b>4-9 años</b>	<b>10-20 años</b>	<b>21-33 años</b>	<b>Total</b>
<b>No deprimidos</b>	32	58	30	7	127
<b>Deprimidos</b>	17	43	28	6	94
<b>Severamente deprimidos</b>	8	14	7	2	29
<b>Total</b>	57	115	63	15	250

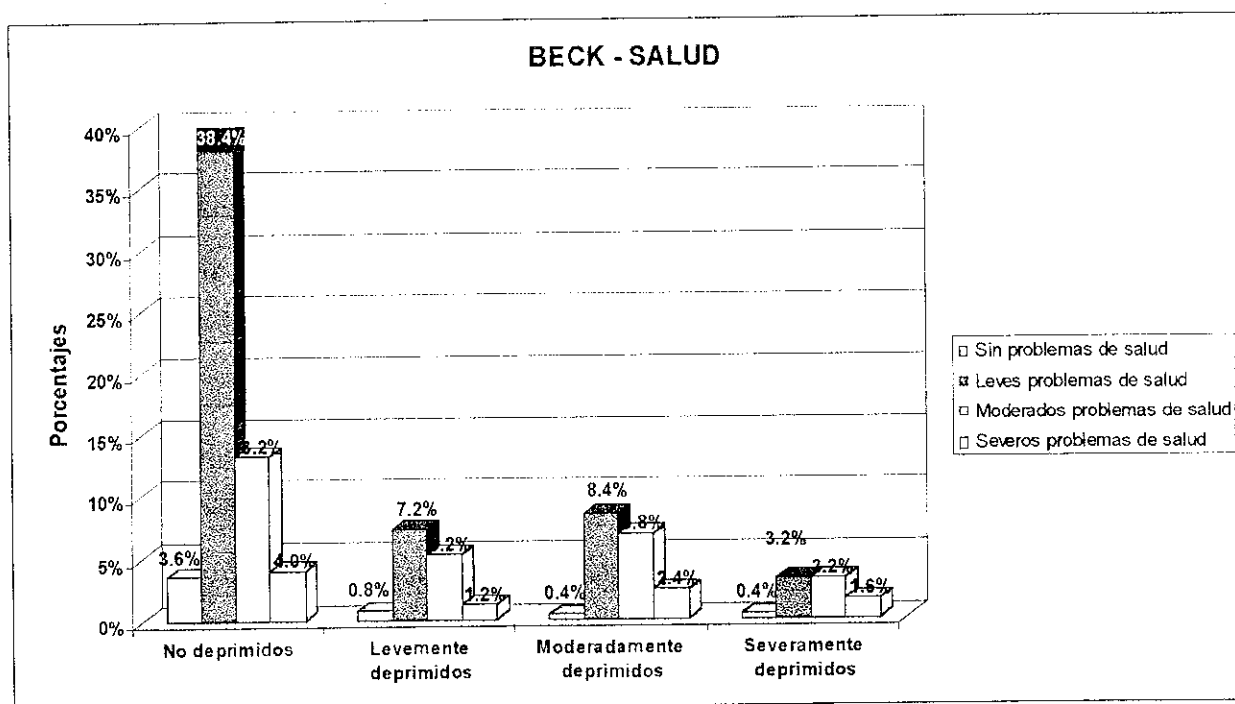
La respuesta a la pregunta indicó que no existe un patrón con relación al número de años de jubilación. No hay indicación de que aumente con los años, o por lo contrario, que es más severo el problema al inicio de la jubilación. Lo que indica es que hay más depresión entre los 4-9 años que al inicio o al tener mas años de jubilación.

5. **¿Se asocia la depresión con los acontecimientos vitales adversos?.** En las Tablas 1 y 2 y Gráficas #3 a #8, se muestran los resultados del Inventario Munsell sobre salud, alcohol, separación, problemas económicos, depresiones anteriores y el uso de medicamentos.

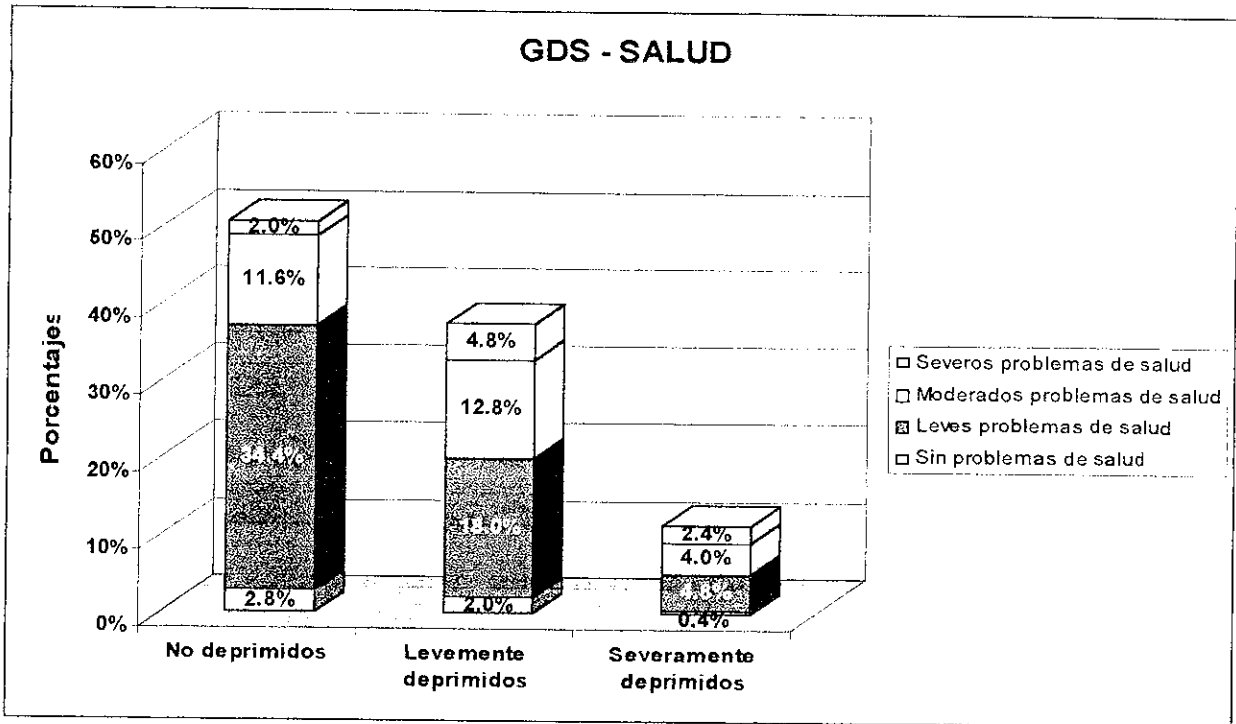
- **Salud.** La Gráfica #3 muestra que un porcentaje elevado (156 ó 62%), se sintieron con tenían buena salud. Esto, a pesar de que estas mismas personas admitieron tener enfermedades que se pueden clasificar como serias. Y en uno de los resultados más notables del estudio, especialmente usando los resultados del BDI; que los que percibieron estar en buena salud también tuvieron menos problemas con la depresión. Las tasas de “no deprimidos” llegó a 69% y 67% para las dos mejores clasificaciones de salud y 47% y 43% para los grupos con más serios

problemas de salud. Para el GDS en las dos mejores clasificaciones de salud, la tasa fue de 60% para el grupo de “no deprimidos” y en las dos peores clasificaciones, la tasa fue de 36%. Se puede concluir que la buena salud protege contra la depresión en el grupo de jubilados que se estudio.

**GRÁFICA 7**



**GRÁFICA 8**



**SALUD**

**TABLA # 5**

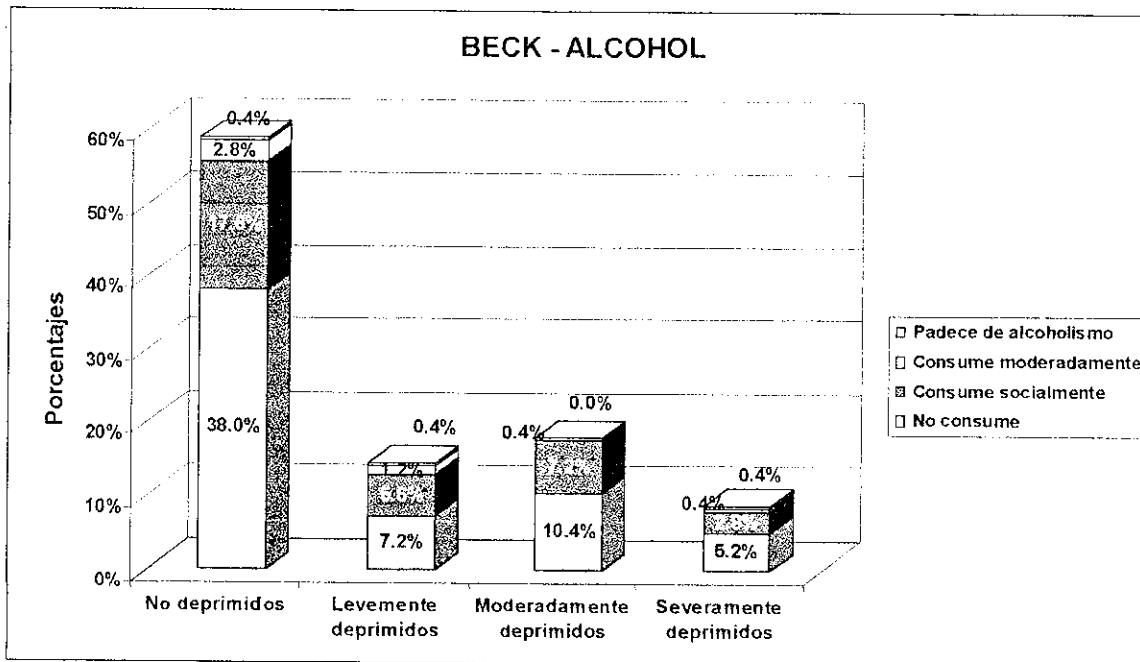
BDI	Sin Problemas	Leves problemas	Moderados problemas	Severos problemas
No deprimidos	9	96	33	10
Levemente deprimidos	2	18	13	3
Moderadamente deprimidos	1	21	17	6
Severamente deprimidos	1	8	8	4
Total	13	143	71	23

**TABLA # 6**

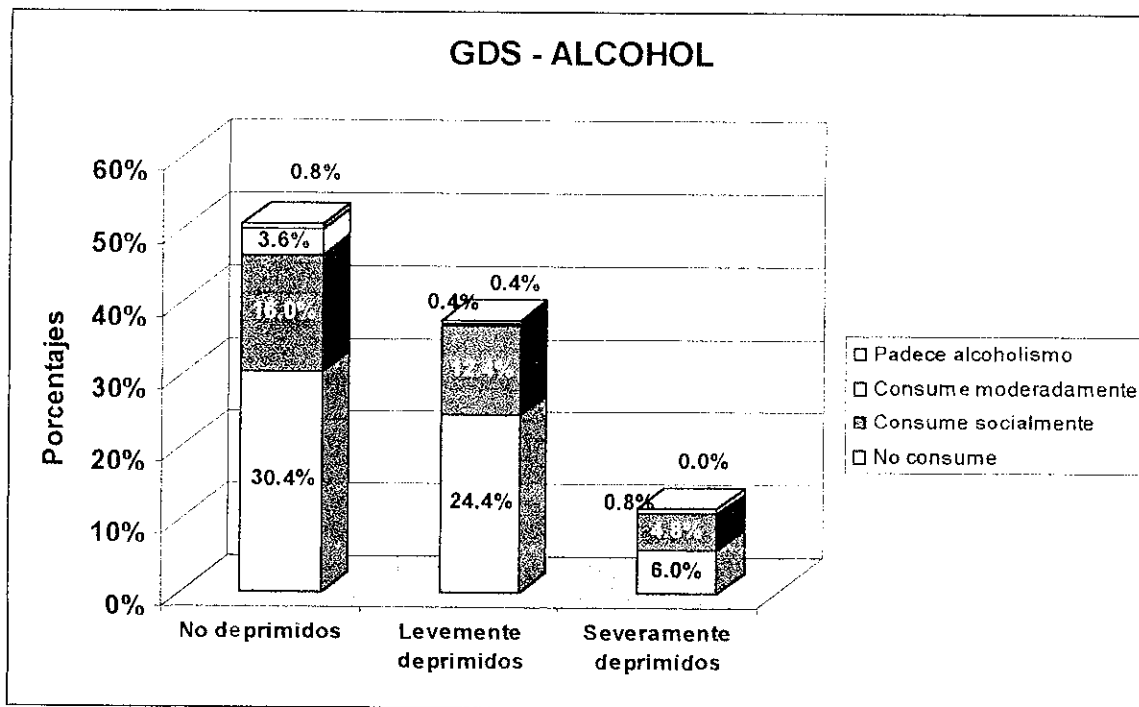
GDS	Sin Problemas	Leves problemas	Moderados problemas	Severos problemas
No deprimidos	7	86	29	5
Levemente deprimidos	5	45	32	12
Severamente deprimidos	1	12	10	6
Total	13	143	71	23

- Alcohol.** En la Gráfica #4 se muestra que sólo 3 sujetos admitieron tener un serio problema con alcohol y sólo 12 indicaron beber moderadamente. Más de la mitad (152 personas), declaró no beber. En el caso del BDI; de los dos grupos más sobrios; 59% no estaban deprimidos y entre los pocos que tomaban más; 53% no estaban deprimidos. Con el GDS se encontró que entre la mayoría, los “no deprimidos” fueron 49% y entre los que tomaban más, el porcentaje aumentó a 73% para el grupo de “no deprimidos”. Porque son pocos los que consumen mucho alcohol y las diferencias son pequeñas, se concluye que no existe una relación alta o significativa, en este grupo, entre el uso de alcohol y la depresión en el adulto mayor jubilado que asiste al CAMIP en ambos sexos.

GRÁFICA 9



GRÁFICA 10



## ALCOHOL

**TABLA # 7**

<b>BDI</b>	<b>No consume</b>	<b>Consume socialmente</b>	<b>Consume moderadamente</b>	<b>Alcohólico*</b>
No deprimidos	95	44	7	1
Levemente deprimidos	18	14	3	1
Moderadamente deprimidos	26	18	1	0
Severamente deprimidos	13	7	1	1
Total	152	83	12	3

\*Alcohólico = Padece Alcoholismo

**TABLA # 8**

<b>GDS</b>	<b>No consume</b>	<b>Consume socialmente</b>	<b>Consume moderadamente</b>	<b>Alcohólico*</b>
No deprimidos	76	40	9	2
Levemente deprimidos	61	31	1	1
Severamente deprimidos	15	12	2	0
	152	83	12	3

\*Alcohólico = Padece Alcoholismo

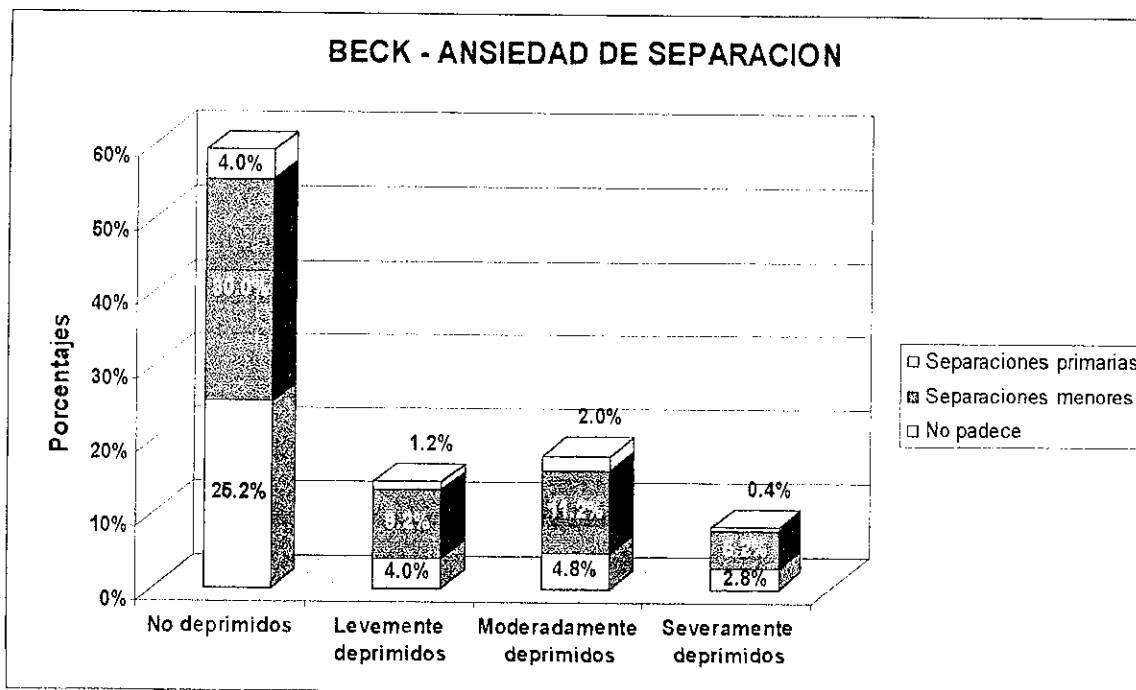
- **Separación de seres queridos.** En la Gráfica # 5 se aprecia las relaciones entre las separaciones y la depresión. (Observar el cambio en el formato para el BDI.) La mayoría reconoció ninguna separación de un ser querido (en los últimos 3 años) o una separación “menor.” Para el BDI; las personas pertenecientes a la categoría “sin separaciones” estuvieron libres de depresión en un 68% de los casos. Las categorías “con menores separaciones” en un 54% de los casos y la categoría “con separaciones primarias” en un 53% de los casos. Para el GDS, los porcentajes correspondientes fueron 57%, 45% y 63%. De estos datos,

lo que se aprecia es que las “separaciones primarias” no aumentan la depresión en comparación con las “separaciones menores”.

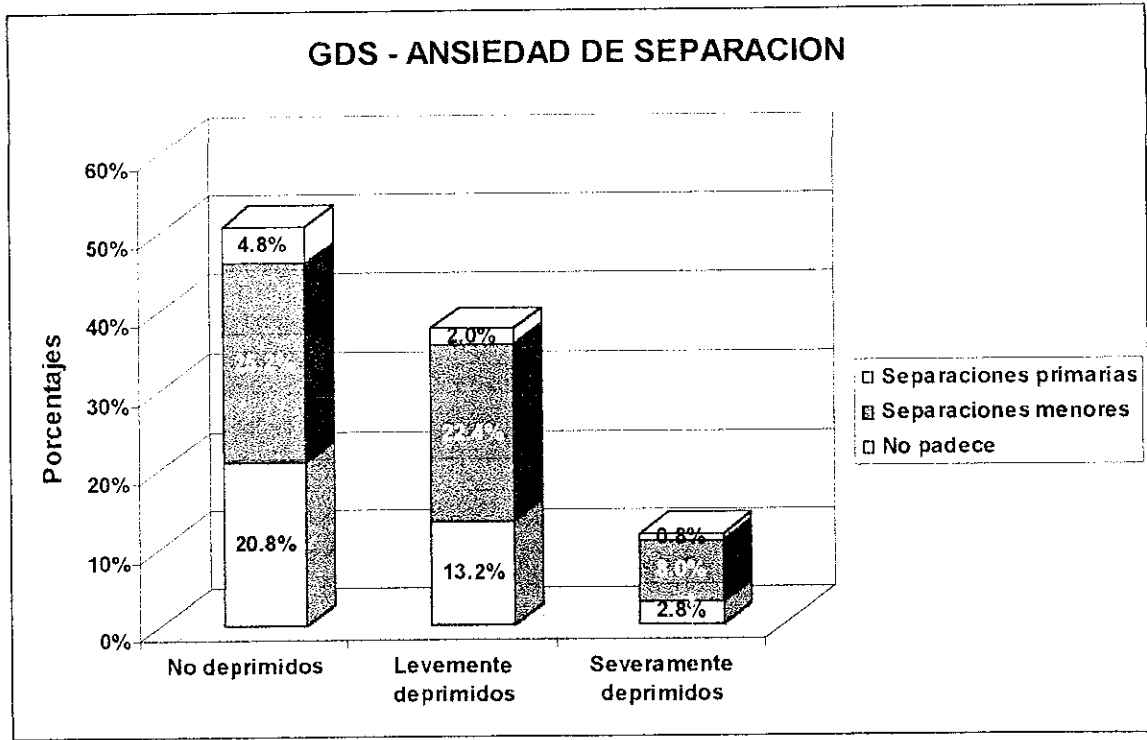
La separación primaria se refiere a muerte de la pareja o de la persona familiar con el cual tenía convivencia directa y dependencia.

Las separaciones menores son divorcio, cambio de domicilio por opción. (ver apéndice A inventario Munsell).

**GRÁFICA 11**



**GRÁFICA 12**



**ANSIEDAD DE SEPARACIÓN**

**TABLA # 9**

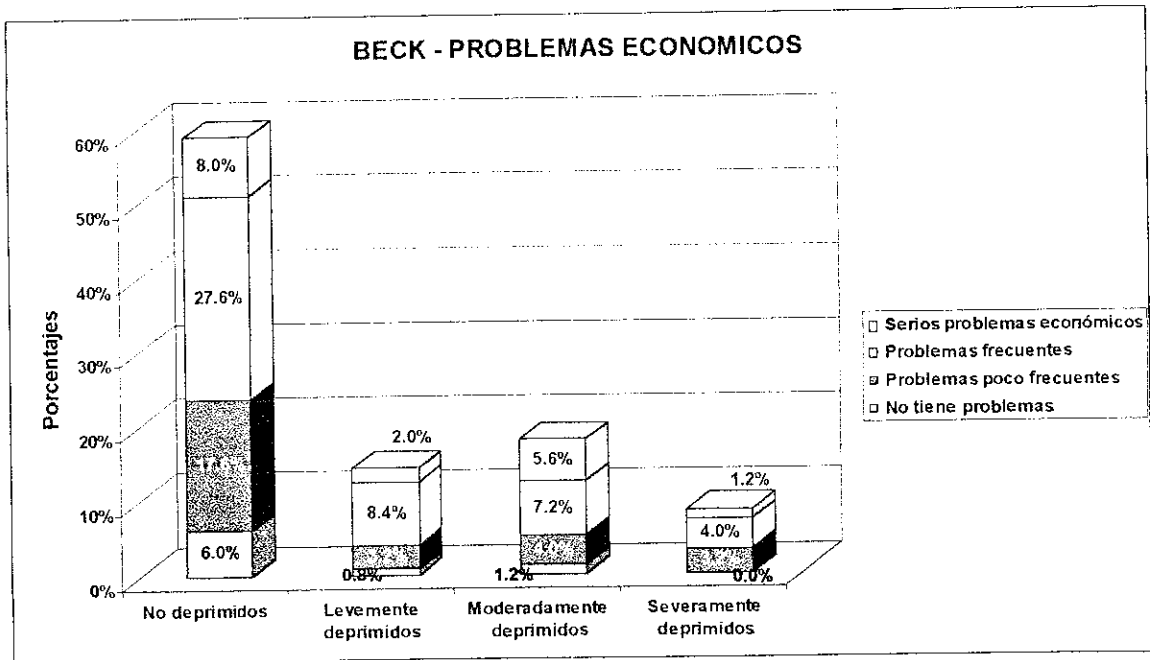
<b>BDI</b>	<b>No padece separación</b>	<b>Separaciones menores</b>	<b>Separaciones primarias</b>
No deprimidos	63	75	10
Levemente deprimidos	10	23	3
Moderadamente deprimidos	12	28	5
Severamente deprimidos	7	13	1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>139</b>	<b>19</b>

**TABLA # 10**

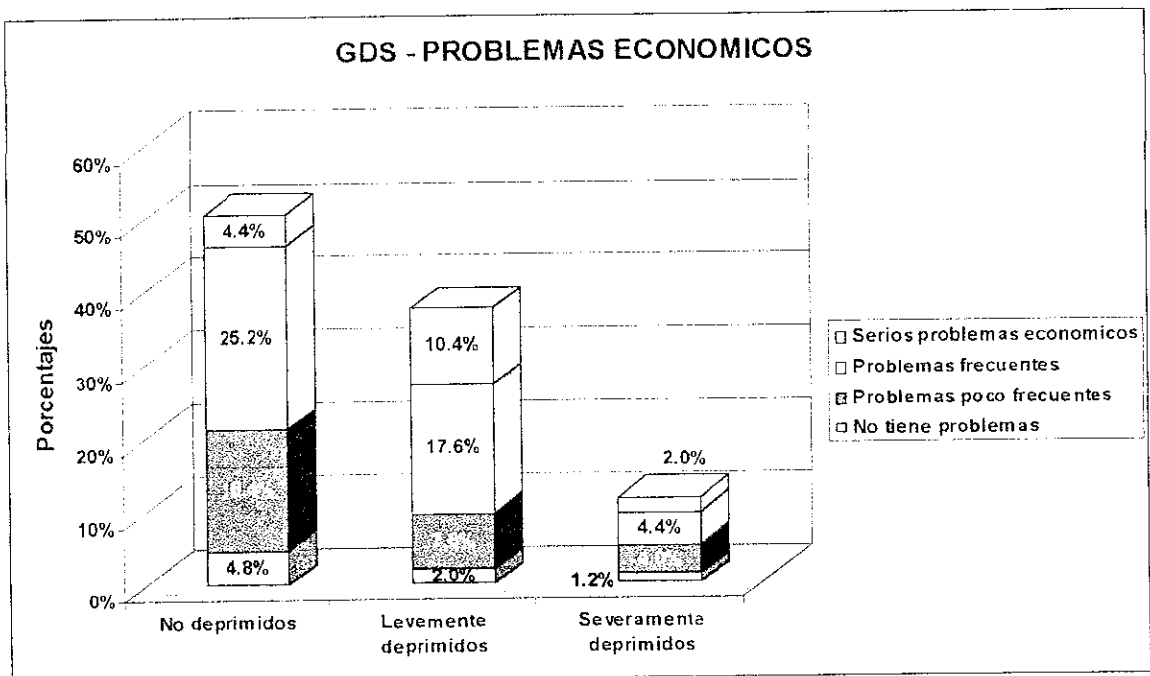
<b>GDS</b>	<b>No padece separación</b>	<b>Separaciones menores</b>	<b>Separaciones primarias</b>
No deprimidos	52	63	12
Levemente deprimidos	33	56	5
Severamente deprimidos	7	20	2
Total	92	139	19

- **Problemas económicos.** En la Gráfica #6 se muestra la relación entre los cuatro niveles de bienestar económico y las tasas de depresión. Casi la mitad consideró que tiene problemas frecuentes y 30% indicó tener serios problemas. Y lo que confesaron muchos de la categoría “sin mayores problemas” fue que tenían suficiente dinero porque vivían con alguno de sus hijos o recibían ayuda de ellos. Con los dos inventarios se notó un incremento en la tasa de depresión cuando empeora la situación económica. Para el BDI; los porcentaje de las categorías de “no deprimidos” en las cuatro clasificaciones económicas fueron 75%, 63%, 58% y 48%. Para el GDS los datos fueron 60%, 59%, 53% y 15%. Por simple inspección a la gráfica se concluye que mientras más dificultades económicas tenga la persona, más riesgo tiene de estar deprimida.

GRÁFICA 13



GRÁFICA 14



## PROBLEMAS ECONÓMICOS

**TABLA # 11**

<b>BDI</b>	<b>No tiene</b>	<b>Poco frecuentes</b>	<b>Muy frecuentes</b>	<b>Serios problemas económicos</b>
No deprimidos	15	44	69	20
Levemente deprimidos	2	8	21	5
Moderadamente deprimidos	3	10	18	14
Severamente deprimidos	0	8	10	3
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>70</b>	<b>118</b>	<b>42</b>

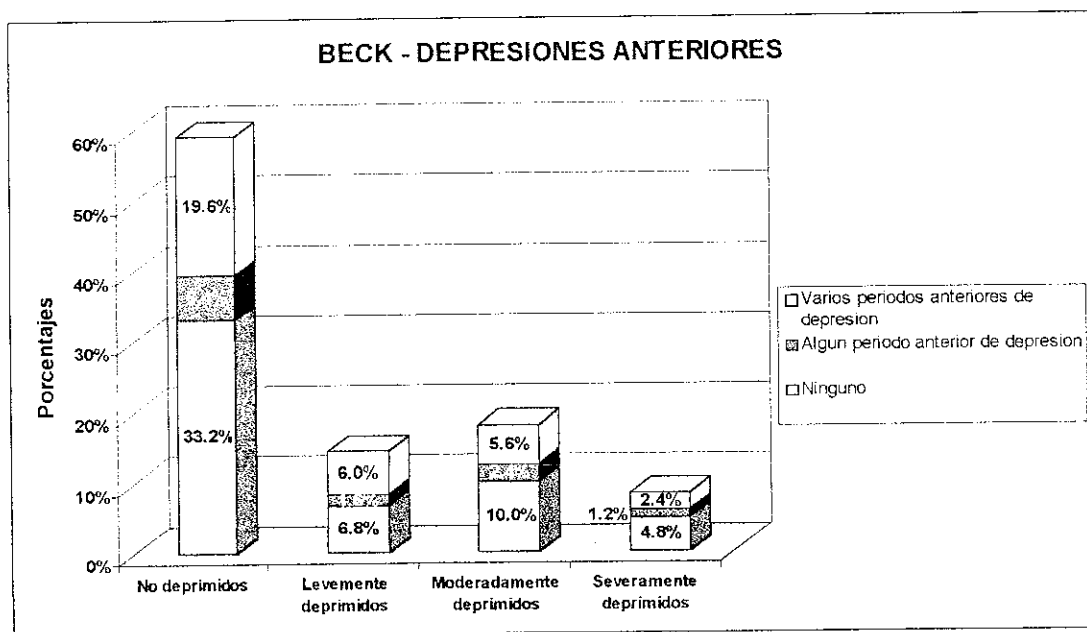
**TABLA # 12**

<b>GDS</b>	<b>No tiene</b>	<b>Poco frecuentes</b>	<b>Muy frecuentes</b>	<b>Serios problemas económicos</b>
No deprimidos	12	41	63	11
Levemente deprimidos	5	19	44	26
Severamente deprimidos	3	10	11	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>70</b>	<b>118</b>	<b>42</b>

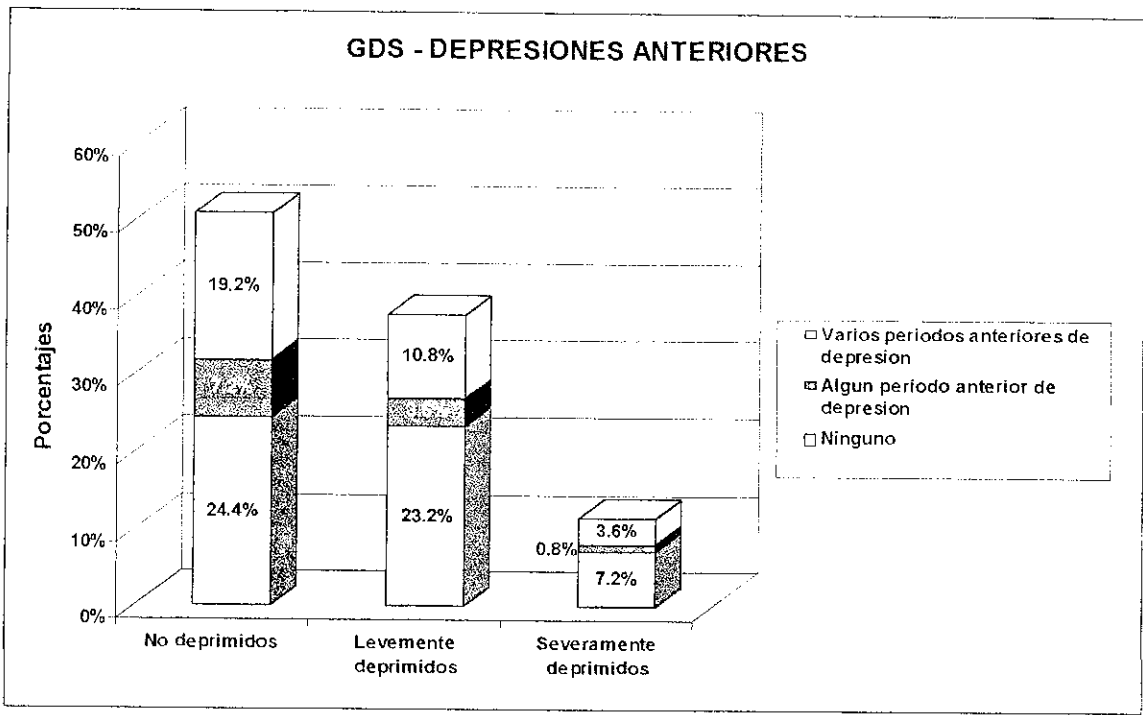
- **Depresiones anteriores.** En la Gráfica #7 se muestra que la mayoría no admitió tener una depresión anterior (137 personas). La tasa de depresión no tuvo una relación consistente con los antecedentes. Los porcentajes de personas que no estaban deprimidas durante este estudio según el BDI que habían tenido cero, uno o más de un episodio de

depresión anterior fueron 61%, 55% y 58%. Esto significó que un episodio o más de depresión anterior no predispuso ni previno una depresión durante el período de este estudio. Según el GDS; los resultados fueron 45%, 62% y 57%; que indicó también que una depresión anterior no es un buen indicador del riesgo de deprimirse. Este resultado no es consistente con la experiencia general de la psicoterapia. Normalmente, si una persona experimenta un trastorno depresivo, está más susceptible a tener otro trastorno. No es fácil explicar este resultado, a menos que los sujetos no supieron o quisieron admitir que se habían deprimido anteriormente.

**GRÁFICA 15**



**GRÁFICA 16**



**DEPRESIONES ANTERIORES**

**TABLA # 13**

<b>BDI</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Algún periodo anterior</b>	<b>Varios periodos anteriores</b>
No deprimidos	83	16	49
Levemente deprimidos	17	4	15
Moderadamente deprimidos	25	6	14
Severamente deprimidos	12	3	6
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>29</b>	<b>84</b>

Ninguna = Ningún periodo de depresión anterior.

Algún periodo anterior = Algún periodo anterior de depresión

Varios periodos anteriores = Varios periodos anteriores de depresión

**TABLA # 14**

<b>GDS</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Algún periodo anterior</b>	<b>Varios periodos anteriores</b>
No deprimidos	61	18	48
Levemente deprimidos	58	9	27
Severamente deprimidos	18	2	9
<b>Total</b>	<b>137</b>	<b>29</b>	<b>84</b>

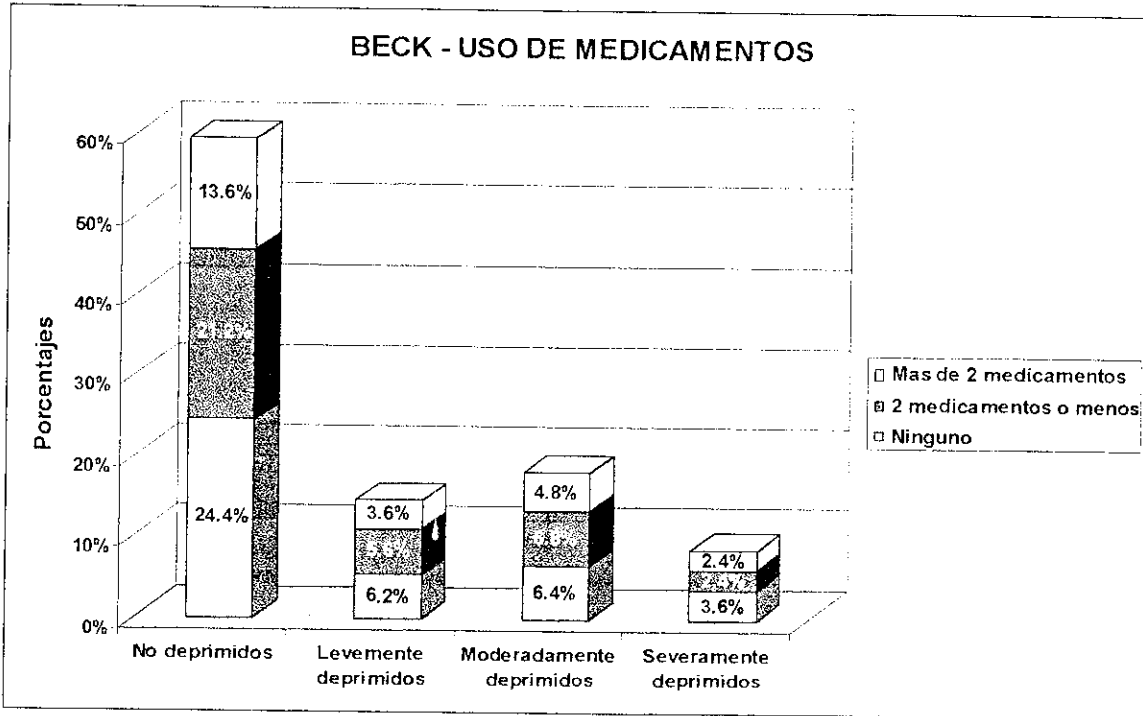
Ninguna = Ningún periodo de depresión anterior.

Algún periodo anterior = Algún periodo anterior de depresión

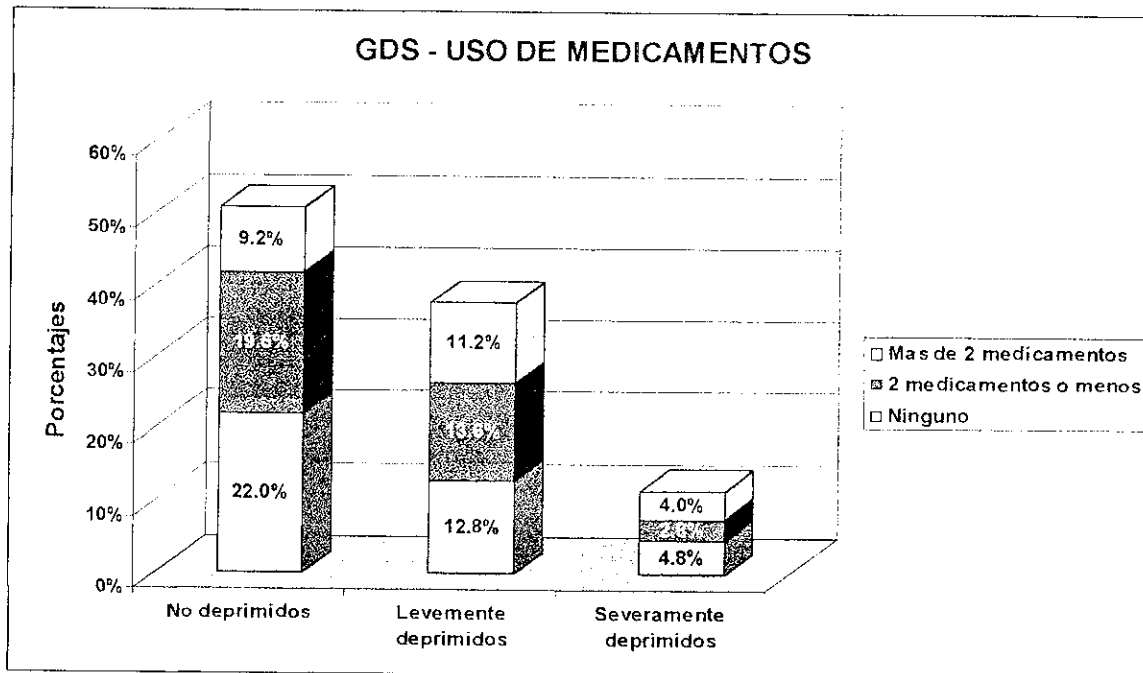
Varios periodos anteriores = Varios periodos anteriores de depresión

- Uso de medicamentos.** La Gráfica #8 muestra la relación entre el uso de medicamentos y el grado de depresión. Los porcentajes de “no deprimidos” según el grado de uso de medicamentos para el BDI fueron 62%, 59% y 56%. Estos números indicaron un aumento leve en el grado de depresión con más uso de medicamentos. Para el GDS los datos fueron 56%, 54% y 38%. Aquí la implicación es mayor, de modo que con más medicamentos en uso, hay más depresión. Se debe notar algo que no aparece en estos datos. Algunos sujetos comentaron que ellos no usaban medicamentos, porque a pesar de que los necesitaban, no tuvieron dinero para comprarlos. Esta situación sugiere que podría haber una relación entre la depresión y el uso de medicamentos, pero se necesita un instrumento más extenso para obtener y medir los datos necesarios para definirla.

**GRÁFICA 17**



**GRÁFICA 18**



## USO DE MEDICAMENTOS

**TABLA # 15**

<b>BDI</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Menos de dos medicamentos</b>	<b>Más de dos medicamentos</b>
No deprimidos	61	53	34
Levemente deprimidos	13	14	9
Moderadamente deprimidos	16	17	12
Severamente deprimidos	9	6	6
Total	99	90	61

**TABLA # 16**

<b>GDS</b>	<b>Ninguno</b>	<b>Menos de dos medicamentos</b>	<b>Más de dos medicamentos</b>
No deprimidos	55	49	23
Levemente deprimidos	32	34	28
Severamente deprimidos	12	7	10
Total	99	90	61

Entre los “acontecimientos vitales adversos” existen algunos que podrían tener una correlación con las tasas de depresión. Estos incluyeron la salud, separación de un ser querido y problemas económicos. Pero las relaciones no son altas y no se puede afirmar que un acontecimiento adverso provoque la depresión.

En síntesis, las conclusiones sobre los acontecimientos vitales adversos se presentan como correlaciones (expresadas como porcentajes) y procesadas con el programa EXCEL de Microsoft, (1995). Éstas se muestran en la Tabla 4. En esta tabla las correlaciones más altas también correspondieron a los factores ya señalados: la salud, la separación y problemas económicos. El porcentaje para la salud (23% para el BDI y 26% para el GDS), representó una correlación entre .48 y .51, que aunque pequeña; muestra una parte importante de la variación del cuadro depresivo.

**TABLA # 17**

<b>CORRELACIONES</b>	
CORRELACIÓN ENTRE BDI Y GDS	53.02
BDI edad	0.82
BDI género	7.42
BDI estado civil	43.47
BDI y tiempo de jubilación	- 5.17
BDI salud	22.70
BDI y alcohol	0.78
BDI y separación	11.68
BDI y problemas económicos	11.18
BDI y depresiones anteriores	0.48
BDI el uso de medicamentos	3.12
ENTRE GDS Y EDAD	5.45
GDS y género	11.67
GDS y estado civil	17.78
GDS y tiempo de jubilación	4.97
GDS y salud	25.88
GDS y alcohol	- 2.72
GDS y separación	3.45
GDS y problemas económicos	12.53
GDS y depresiones anteriores	-9.33
GDS y uso de medicamentos	10.36
ENTRE SALUD Y TOMA DE MEDICAMENTOS	7.12



## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados encontrados en este estudio se concluye que: a) Hubo una prevalencia alta del trastorno depresivo entre los trabajadores jubilados que son los participantes de este estudio. b) El grado de depresión es significativamente elevado. c) El grupo de hombres resultó menos afectado que el de las mujeres, pero el problema es de consideración para ambos géneros. Por otra parte; el trastorno no parece aumentar ni disminuir durante los años de la jubilación. Los acontecimientos externos en la vida de los jubilados no parecen tener una alta relación con el estado de ánimo, aunque algunos ciertos casos merecen un estudio más minucioso.

En cuanto a otras variables, la población estudiada es representativa de la población en general de trabajadores jubilados y de los que frecuentemente asisten a las clínicas del CAMIP. Los inventarios mostraron evidencias de ser válidos y demostraron confiabilidad. En la calificación de las respuestas se eliminaron errores de tabulación.

Las tasas descubiertas son altas. Pero no se aprecia un patrón depresivo en cuanto al inicio de la enfermedad, asimismo no existió relación entre acontecimientos externos, que comúnmente se consideran como "causas" de la depresión. Este último aspecto es el menos notable teóricamente, aunque el más común desde el punto de vista popular. El trastorno depresivo naturalmente tiene sus vínculos con acontecimientos, pero desde otro punto de vista, los acontecimientos después de la niñez; a menos que sean bruscos o inesperados, pueden causar menos alteraciones psicológicas.

Por un lado, la tendencia depresiva parece ir desarrollándose en forma autónoma (O'Connor, 1997, p. 198). No requiere un estímulo específico externo. Para decirlo de otra forma, si la persona ha desarrollado y elaborado pensamientos negativos fuertes que han perdurado durante muchos años, cambios internos y sutiles son suficientes para provocar un episodio depresivo (Beck, 1995, p. 73). Por otro lado, se asumió que los sujetos del estudio ya estaban acostumbrados a sus circunstancias económicas, sociales como separaciones, pérdidas y malestares físicos; estos procesos son asumidos como parte de lo que debieran esperar. Estas interrogantes merecen mayor estudio.

La revisión de la literatura mostró que existe ambigüedad en la interpretación del uso de alcohol. Algunos autores mencionan que el consumo de alcohol no es un factor relevante de datos que en el presente estudio se encontró, no obstante otros investigadores opinan que el uso del alcohol es un problema de salud. Se ha indicado por ejemplo; que personas que responden a un inventario tienden a encubrir, conscientemente o no, su dependencia y que es un problema encubierto. Los métodos de este estudio no corroboraron esta situación y ameritan un estudio más minucioso.

Por otra parte, el aspecto teórico más interesante es la poca diferencia de niveles de depresión entre el grupo de mujeres y el de hombres. De lo anterior, se consideró que es posible que en Guatemala la percepción de la depresión entre las personas sea diferente que en otras culturas. Vale la pena explorar los aspectos culturales en los trastornos mentales en los adultos mayores.

Las indicaciones de altas tasas del trastorno depresivo son importantes a niveles prácticos, especialmente en el caso del lado masculino. Además de la implicación preocupante que el trastorno no se asocia solamente con el inicio de la jubilación ni se alivia automáticamente durante el transcurso de ésta. Lo que sugiere esto es que se debe considerar intervención antes del inicio del episodio depresivo para prevenirlo. Si los trastornos depresivos empiezan antes de la jubilación, la intervención deberá empezar con anticipación. En el supuesto, que el problema se origine antes, cuando el sujeto empieza a darse cuenta de lo inevitable de su retiro del trabajo, o lo que implica esta situación. Esto es especialmente el caso si la persona no se siente conforme con la decisión. Lo importante es anticipar la enfermedad en el caso particular y no esperar hasta que ya ha empezado.

Se propone un programa de identificación, intervención y apoyo. Una posibilidad a nivel nacional es de iniciar programas de toma de conciencia, de lo que es la depresión y en especial sobre las necesidades de las personas que al final de sus años de trabajo tradicional tendrían que ser cubiertas. Pero más urgente es darle a los trabajadores información, práctica, recursos y apoyo social para este importante paso en sus vidas. Por lo tanto se sugiere la utilización de videos, charlas con psicólogos, reuniones con otros ya jubilados, folletos, etc. Indudablemente, un recurso de mucho valor para muchos trabajadores es su iglesia o comunidad religiosa que puede tomar gran responsabilidad, especialmente con la participación de otros miembros del grupo ya jubilados.

Los familiares también necesitan estar conscientes de lo que implica jubilarse, no sólo para el trabajador, sino también para la familia. Muy pronto podrían tener un hombre (o mujer) sin su rutina acostumbrada, vagando en la casa, exigiendo respuesta a todo tipo de preguntas y en otras formas llamando la atención. Se necesita información, recursos y apoyo.

Guatemala es ahora más que nunca, una nación de jóvenes. Se calcula que la edad mediana es de alrededor de los 15 a los 18 años. Los adultos mayores tradicionalmente se han querido, apreciado y cuidado bastante. Actualmente, la situación parece estar cambiando para muchos que se encuentran lejos de sus familias, confundidos por un ambiente que apenas reconocen, en un grupo creciente de personas consideradas una carga a los demás, o sin capacidades valoradas por la sociedad. Los que tienen que hacer el mayor esfuerzo para cambiar este panorama triste son los mismos miembros de la tercera edad, cambiando sus percepciones de ellos mismos. Pero también tienen ellos que ir cambiando las impresiones, normas y reglas de la sociedad. Es un esfuerzo difícil y de larga duración, pero la felicidad de muchas personas, de hecho de todas las personas, depende de ello.

Si la persona está deprimida, no sólo la persona sino que también los otros miembros de la familia deberían educarse sobre lo que es la enfermedad y actuar en acuerdo con sus nuevos conocimientos. Existen muchos mitos y falsas interpretaciones, como por ejemplo que la persona simplemente necesita olvidarse de sus problemas, que tiene pereza y debe "moverse," que se siente lástima, que debería dejar de pensar tanto, que necesita confesarse o arreglar sus asuntos con Dios, que cuándo está

listo, puede regresarse de una vez a la normalidad, que los antidepresivos son para débiles, o que no sirven, etc.

Como una propuesta a lo anterior se sugiere la utilización de psicoterapia cognitiva profesional, pero tomando en cuenta la importancia del uso correcto y consistente de antidepresivos. Si es posible, y bajo supervisión médica, también es importante el uso correcto y consistente de antidepresivos. Otros componentes, como se ha mencionado, incluyen participación activa en eventos sociales, ejercicio, fe en Dios, nuevas destrezas socio-emocionales y cambios en patrones auto-destructivos. Los grupos de apoyo son de mucho valor, especialmente cuando es necesario considerar los altos costos de terapia tradicional. Estos son dirigidos por un psicólogo o por miembros entrenados de la comunidad bajo la supervisión de un psicólogo.

#### **A. Algunas sugerencias para otros estudios**

Si se consideran los aspectos directamente relacionados a los temas principales de este estudio; entre las muchas interrogantes que se deben estudiar; existen las siguientes:

1. ¿Son las descripciones del DSM IV del trastorno depresivo válidas para personas de la tercera edad en Guatemala?
2. ¿Son los que asisten a las oficinas de atención pública representativos de su grupo? ¿Entre los que no asisten son sus necesidades mayores o menores?
3. ¿Existen factores culturales que predisponen a la persona de la tercera edad a ciertas condiciones físicas y mentales? Si son malignos estos factores, ¿Se pueden cambiar? ¿Cómo?

4. ¿Son personas de la tercera edad que participan en estos estudios como voluntarios representativos de su grupo?
5. Si muchos están sufriendo el trastorno depresivo durante su jubilación, ¿Cuándo exactamente empezaron a sufrir? ¿Existe una relación directa con la jubilación o es algo independiente?
6. ¿Son los estados de ánimo de personas jubiladas profesionales o de más amplios recursos significativamente diferentes que los de trabajadores? ¿Se relaciona el nivel académico y social con el trastorno depresivo?
7. Entre los diferentes tipos de tratamiento de la depresión en personas de la tercera edad, ¿Cuáles son los más efectivos?
8. ¿Existen formas de predecir o anticipar episodios depresivos?
9. ¿Cuáles aspectos de programas efectivos en otros países latino americanos se pueden aplicar a Guatemala?
10. ¿Qué porción de la productividad del país se puede atribuir a las personas consideradas en el rango de la tercera edad? ¿De qué otras formas podrían contribuir?

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Abularach, C.A. Impacto de la guerra del golfo pérsico en niños y  
1992 adolescentes guatemaltecos. Tesis universitaria de  
Licenciatura. Facultad de Ciencias Sociales,  
Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala.
- Adalf, E.M.; R.G. Smart. "Alcohol use, drug use, and well-being in  
1995 older adults in Toronto". International journal of  
addiction. 30 (13-14): 1985-2016.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical  
1994 manual of mental disorders: DSM-IV. - 4<sup>th</sup> ed.  
[Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes  
mentales. 4a. ed.]. Washington, D.C., American  
Psychiatric Association. 886 pp.
- Arnet, J.W.; L.P. Zahler. "Dietary intake and health habits of  
1993 healthy, retired, elderly men". Journal of nutrition for  
the elderly. 12 (3): 43-58.
- Atkinson, R.M. "Aging and alcohol use disorders: diagnostic issues  
1990 in the elderly". International Psychogeriatrics. 2 (1):  
55-72.
- Barrett, J.; T. Oxman, P. Gerber. "Prevalence of depression and its  
1987 correlates in a general medical practice". Journal of  
affective disorders. 12 (2): 167-74.
- Beck, J.S. Cognitive therapy: basics and beyond. [Terapia  
1995 cognitiva, lo básico y más allá.] New York, The  
Guilford Press. 338 pp.
- Bize, R.R.; C. Vallier. Una vida nueva: la 3a edad. Bilbao,  
1973 Ediciones Mensajero. 255 pp.

- Borson, S.; R.A. Barnes, W.A. Kukull, J.T. Okimoto, R.C Veith,  
1986 T.S. Inui, W. Carter, M.A. Raskind. "Symptomatic  
depression in elderly medical outpatients". *Journal of  
the American geriatric society*. 34 (5): 341-7.
- Butters, M.A.; D.P Salmon, N. Butters. "Neuropsychological  
1997 assessment of dementia". En M. Storandt y G.R.  
VandenBos (Eds.) *Neuro-psychological assessment of  
dementia and depression in older adults* (pp. 33-59).  
Washington, D.C., American Psychological Association.
- Cohen, D.B. *Out of the blue: depression and human nature.* [De la  
1994 nada: la depresión y la naturaleza humana.] New  
York, W.W. Norton. 368 pp.
- Cohen, J.E. *How many people can the earth support? [¿Cuántas  
1995 personas puede el mundo sustentar?]* New York, W.W.  
Norton. 532 pp.
- De Beauvoir, S. *La Vejez.* México, Editorial Hermes/  
1980 Sudamericana. 683 pp.
- De-Leo, D.; S.C. Ormskerk. "Suicide in the elderly: general  
1991 characteristics". *Crisis*. 12 (2): 3-17.
- Evens, W.; I.H. Rosenberg. *Biomarkers: the 10 keys to prolonging  
1991 vitality.* [Biomarcadores; las 10 claves para prolongar  
la vitalidad.] New York, Fireside. 297 pp.
- Frasure-Smith, N. *Psychosomatic medicine.* Jan/Feb.  
1999
- Freemann, A; M.A. Reinecke. *Terapia cognitiva aplicada a la  
1995 conducta suicida.* Bilbao, Editorial Desclée de  
Brouwer. *Biblioteca de Psicología*. 223 pp.
- Ganzini, L.; B.H. McFarland, D. Cutler. "Prevalence of mental  
1990 disorders after catastrophic financial loss". *Journal of  
nervous and mental diseases*. 178 (11): 680-85.

- Goldman, H.H.; *Psiquiatría general* (Trad. H.B. Vera L.). México, 1994 D.F., Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. 636 pp.
- Grant, L. *Juggernaut: growth on a finite planet*. [Fuerza inevitable: crecimiento en un planeta con límites.] Santa Ana, CA., Seven Locks Press. 310 pp.
- Griffith, H.W.; D. Levinson, M.L. Levinson. *Complete guide to psychotherapy drugs and psychological disorders*. [Guía completa para medicamentos psicoterapéuticos y para desórdenes psicológicos.] New York, The Body Press/Perigree Books. 218 pp.
- Gurnack, A.M.; N.G. Hoffman. "Elderly alcohol misuse". 1992 *International journal of the addictions*. 27 (7): 869-78.
- Hamer, D.; P. Copeland. *Living with our genes*. [Viviendo con nuestros genes.] New York, Doubleday. 355 pp.
- Herzog, A.R.; J.S. House, J.N. Morgan. "Relation of work and retirement to health and well-being in older age". 1991 *Psychology and Aging*. 6 (2): 202-11.
- Isaacowitz D.M; M.E.P Seligman. Aug-Sept. 1998
- Kaszniak, A.W.; G.D. Christenson. "Differential diagnosis of dementia and depression". En M. Storandt y G.R. VandenBos (Eds.) *Neuro-psychological assessment of dementia and depression in older adults* (pp. 7-32). Washington, D.C., American Psychological Association.
- Kolb, L.C.; *Psiquiatría clínica moderna*. México, D.F., Ediciones 1983 Copilco, S.A. 1016 pp.
- Langer, E.J. *Mindfulness*. [Estar atento.] Reading, MA., Addison-1989 Wesley. 234 pp.

- Lehr, U. *Psicología de la senectud*. Barcelona, Editorial Herder.  
1980 432 pp.
- Leigh, J.P.; J.F. Fries. "Health habits, health care use and costs in  
1992 a sample of retirees". *Inquiry*. 29 (1): 44-54.
- Midanik, L.T.; K. Soghikian, L.J. Ransom, Y. Tekawa. "The effect  
1995 of retirement on mental health and health behaviors: the  
Kaiser Permanent Retirement Study". *Journal of  
gerontology, Series B*. 50 (1): S59-S61.
- Morris, J.K.; D.G. Cook, A.G. Shaper. "Loss of employment and  
1994 mortality". *British medical journal*. 308 (6937): 1135-  
39.
- Morris, J.K.; D.G. Cook, A.G. Shaper. "Non-employment and  
1992 changes in smoking, drinking, and body weight".  
*British medical journal of research and education*. 304  
(6826): 536-41.
- Moxon, E.R.; C Wills. "Microsatellites: agents of  
1999 evolution?". *Scientific American*. 280 (1): 94-99.
- Muller-Spahn, F.; C. Hock. "Clinical presentation of depression in  
1994 the elderly". *Gerontology*. 40 Suppl. 1: 10-14.
- Natelson, B.H. *Facing and fighting fatigue*. [Confrontando y  
1998 luchando contra la fatiga.] New Haven, CN., Yale  
University Press. 211 pp.
- Nemeroff, C.B. "The neurobiology of depression". *Scientific  
1998 American*. 278 (6): 42-49.
- Nemeroff, C.B. "Nemeroff replies" (cartas al editor). *Scientific  
1998 American*. 279 (4): 8.
- Nesse, R.M.; G.C. Williams. *Why we get sick: the new science of  
1994 Darwinian medicine*. [Porqué enfermamos: la nueva  
ciencia de medicina darwiniana.] New York, Vintage  
Books. 290 pp.

- O'Connor, R. Undoing Depression: what therapy doesn't teach you  
1997 and medication can't give you. [Deshaciéndose de la  
depresión: lo que no le puede enseñar la terapia y no le  
puede dar los medicamentos.] Boston, Little, Brown  
and Company. 358 pp.
- Phares, E.J. Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica.  
1996 México, D.F., Editorial El Manual Moderno, S.A. de  
C.V. 594 pp.
- Raloff, J. "Vanishing flesh: muscle loss in the elderly finally gets  
1996 some respect". Science News. 150 (6): 90-91.
- Reitzes D.C; E.J. Mutran, M.E. Fernandez. "Does retirement hurt  
1996 well-being? Factors influencing self-esteem and  
depression among retirees and workers".  
Gerontologist. 36 (5): 649-56.
- Ross, R.K.; L. Bernstein, L. Trent, B.E. Henderson, A. Paganini-  
1990 Hill. "A prospective study of risk factors for traumatic  
deaths in a retirement community". Preventive  
Medicine. 19 (3): 323-34.
- Rowe, J.W.; R.L. Kahn. Successful aging. [Envejecimiento con  
1998 éxito.] New York, Pantheon Books. 265 pp.
- Sahakian W.S Historia de la Psicología México Trillas 607 pp  
1986
- Scogin, F.R. "Assessment of depression in older adults: a guide for  
1997 practitioners". En M. Storandt y G.R. VandenBos  
(Eds.) Neuro-psychological assessment of dementia and  
depression in older adults (pp. 61-80). Washington,  
D.C., American Psychological Association.
- Stenbeck, a. "A field study of depression in old age". Aktuelle  
1979 Gerontology. 9 (6): 277-82.
- Stevens, A.; J Price. Evolucionary psychiatry: a new beginning.  
1996 [Psiquiatría evolutiva: un nuevo inicio.] London,  
Routledge. 267 pp.

- Storandt, M.; G.R. VandenBos, (Eds.). Neuropsychological  
 1997 assessment of dementia and depression in older adults.  
 [Asesoramiento neuropsicológico de demencia y  
 depresión en adultos mayores de edad.] Washington,  
 D.C., American Psychological Association. 219 pp.
- Storandt, M. "General principles of assessment of older adults". En  
 1997 M. Storandt y G.R. VandenBos (Eds.) Neuro-  
 psychological assessment of dementia and depression in  
 older adults (pp. 7-32). Washington, D.C., American  
 Psychological Association.
- Veggeberg, S.K. Medication of the mind. [Medicación de la  
 1996 mente.] New York, Henry Holt and Company. 128 pp.
- Welte, .W.; A.L. Mirand. "Drinking, problem drinking and life  
 1995 stressors in the elderly general population". Journal of  
 studies on alcohol. 56 (1): 67-73.
- Whybrow, P.C. A mood apart: depression, mania, and other  
 1997 afflictions of the self. [Un estado de ánimo aparte: la  
 depresión, manía, y otras aflicciones del ser.] New  
 York, Basic Books. 363 pp.
- Wright, R. The moral animal: the new science of evolutionary  
 1994 psychology. [El animal moral: la nueva ciencia de la  
 psicología evolutiva.] New York, Vintage Books. 466  
 pp.

## **APÉNDICES**

## APÉNDICE A

**NOMBRE COMPLETO:**

---

**SEXO:** F M

**EDAD:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE JUBILACIÓN:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** S C D V U S  
(soltero) (casado) (divorciado) (viudo) (unido) (separado)

**TRABAJO ANTERIOR A JUBILACIÓN:**

---

**CÓDIGO:** \_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_ **CARNET** \_\_\_\_\_

## INVENTARIO DE BECK (BDI)

En este cuestionario hay un grupo de afirmaciones, por favor leer cuidadosamente cada grupo de afirmaciones, luego escoge la afirmación de cada grupo que mejor describa la forma en que tú te haz estado sintiendo desde la semana pasada incluyendo hoy mismo; circula el número al lado de la afirmación que tu elegiste. Si varias de las afirmaciones del grupo parecen aplicarse igualmente bien, circula cada una, debes estar seguro de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de hacer tu elección.

1. 0. Yo no me siento triste
  1. Yo me siento triste
  2. Yo estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de esto
  3. Yo estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo
  
2. 0. Yo no estoy particularmente desalentado acerca del futuro.
  1. Yo me siento desalentado acerca del futuro
  2. Yo me siento que no tengo nada que ver para el futuro
  3. No tengo esperanzas en el futuro, creo que las cosas no pueden mejorar.
  
3. 0. Yo no me siento como un perdedor
  1. Yo siento que he perdido más que una persona promedio
  2. Cuando yo vuelvo a ver atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchas perdidas.
  3. Yo siento que soy una persona que ha fracasado totalmente
  
4. 0. Las cosas me satisfacen como siempre lo han hecho
  1. Yo no disfruto las cosas como lo hacia antes
  2. Yo no siento satisfacción real en ninguna cosa
  3. Nada me satisface.

5. 0. Yo no me siento particularmente culpable
  1. Yo me siento culpable una buena parte del tiempo
  2. Yo me siento culpable al mayoría del tiempo
  3. Yo me siento culpable todo el tiempo
  
6. 0. Yo no me siento una persona castigada
  1. Yo siento que me han castigado
  2. Yo espero ser castigado
  3. Yo siento que he estado siendo castigado
  
7. 0. Yo no me siento en desacuerdo conmigo mismo
  1. Yo estoy en desacuerdo conmigo mismo
  2. Yo estoy disgustado conmigo
  3. Yo me odio a mí mismo
  
8. 0. Yo no siento que sea peor que cualquier otra persona
  1. Me critico a mí mismo por mis debilidades y errores
  2. Yo me echo la culpa todo el tiempo por mis fallas
  3. Yo me echo la culpa por todas las cosas que salen mal
  
9. 0. No tengo ningún pensamiento de matarme o suicidarme
  1. Tengo pensamientos de suicidarme pero nunca lo haría, solo lo pienso.
  2. Me gustaría matarme.
  3. Yo me mataré si tengo la oportunidad
  
- 10 0. Yo no lloro tanto como lo hacia anteriormente
  1. Llora más de lo que lloraba antes
  2. Yo lloro todo el tiempo
  3. Yo era capas de llorar, pero ahora no puedo llorar incluso cuando lo deseo.

11. 0. Yo no me irrito más de lo que me irritaba anteriormente
    1. Me irrito más fácilmente que antes.
    2. Me siento irritado todo el tiempo
    3. Ya no me irritan las cosas que antes me irritaban usualmente.
  
  12. 0. Yo no he perdido el interés en otras personas
    1. A mí me interesan menos las demás personas de lo que antes me interesaban.
    2. Yo he perdido el interés en las demás personas
    3. Yo he perdido todo mi interés en las demás personas
  
  13. 0. Tomo decisiones tan bien como lo hacía antes
    1. Trato de no tomar tantas decisiones como lo hacía antes
    2. Yo tengo bastante dificultad para tomar decisiones, más que anteriormente
    3. Yo no puedo tomar ninguna decisión nunca más.
  
  14. 0. No siento que me veo peor que antes
    1. Me preocupa que me veo más viejo e inatractivo
    2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver feo.
    3. Siento que soy horrible
  
  15. 0. Puedo trabajar tan bien como antes
    1. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
    2. Yo tengo que forzarme duramente a mí mismo para empezar a hacer algo
    3. No puedo hacer nada ni trabajar en nada
-

16. 0. Puedo dormir tan bien como antes  
1. Yo no duermo tan bien como lo hacía antes  
2. Yo me despierto una o dos horas más temprano que antes y me resulta muy difícil volver a dormir.  
3. Me despierto muchas horas antes lo hacía y no puedo volver a dormir.
- 17 0. Yo no me canso más de lo que me cansaba antes  
1. Yo me canso un poquito más de lo que me cansaba antes  
2. Yo me canso aunque no haga casi nada  
3. Estoy tan cansado que no puedo hacer nada
- 18 0. Mi apetito no es más malo que lo usual.  
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.  
2. Mi apetito está mucho más mal ahora  
3. Yo no tengo apetito
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso en los últimos tiempos  
1. He perdido más de cinco libras  
2. He perdido más de diez libras  
3. He perdido mas de quince libras
- Estoy tratando de perder peso a propósito, tratando de comer menos:

SI

NO

- 20 0. Yo no estoy más preocupado por mi salud, de lo que usualmente me preocupo.  
1. Yo estoy un poco preocupado por mi salud tales como malestar estomacal o constipado.  
2. Yo estoy muy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa  
3. Estoy tan preocupado de mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más que en eso.

21 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual.

1. Estoy menos interesado sexualmente que lo que usualmente lo estaba.

2. Estoy mucho menos interesado en sexo ahora

3. Yo he perdido totalmente el interés sexual.

.....

**TESIS INVENTARIO (Ejemplar #2)**

**MUNSELL**

**CODIGO** \_\_\_\_\_

**(Favor no usar su nombre.)**

**INSTRUCCIONES GENERALES.** El propósito de este estudio es de averiguar cómo se sienten los pensionados, y cuáles son las circunstancias que podrían estar relacionadas con esos sentimientos. Su participación ayudará a la investigación, pero a la misma vez, se espera que como resultado de la investigación se prestará apoyo a los participantes que lo necesiten. Por favor de una respuesta sincera pero sin mucho pensar a las siguientes preguntas.

1. (Escoja una respuesta.)

0 Me siento muy bien de salud

1 Siento algunas molestias de salud, pero en general, me mantengo activo.

2 Mi salud no me permite hacer muchas cosas que me gustaría hacer.

3 Mi mala salud no me permite hacer casi nada.

2. (Escoja una respuesta.)

0 Casi nunca siento la necesidad de visitar al médico.

1 Debo tomar varias medicinas y consultar con los médicos.

2 Tengo enfermedad (es) y mi condición es seria

3 Mis enfermedades y mi condición son extremadamente crítica.

3. (Escoja una respuesta.)

4 Tomo 3 o más cervezas o alguna bebida alcohólica por día.

3 Tomo más o menos 2 cervezas por día, o 14 bebidas por semana.

2 Tomo más o menos 1 cerveza por día, o 7 bebidas por semana.

1 Tomo alcohol, pero de vez en cuando, socialmente.

0 No tomo bebidas alcohólicas.

4. (Escoja una respuesta.)

3 Creo que tomo más de lo que toman mis amigos.

2 Tomo bastante, pero no creo que me está haciendo daño

1 Me gusta tomar, pero tomo poco, y nunca hasta emborracharme.

0 Prefiero nunca tomar.

5. (Escoja una respuesta.)

3 Tomo medicamentos que me hacen sentir mal o muy raro. Cuantos medicamentos toma al día \_\_\_\_\_

2 A veces mis medicamentos me afectan, pero no siempre ó no mucho.

1 Medicamentos no parecen afectarme mucho.

0 Casi no tomo medicamentos, y no parecen afectarme.

6. (Escoja una respuesta.)

0 Tengo suficiente dinero para cubrir mis gastos y ó tengo, a alguien que me ayuda cuando lo necesito.

1 Me siento muy apretado económicamente, pero logro salir adelante.

2 No tengo suficiente dinero para hacer muchas cosas, importantes para mí.

3 No tengo suficiente dinero para pagar ni las cosas más , ,  
esenciales.

7. (Escoja una respuesta.)

- 1 Sólo me mantengo a mí mismo.
- 2 Mantengo sólo a otra persona.
- 3 Mantengo a más de una persona

8 (Favor dar detalles acerca de pérdida de seres queridos.)

En los últimos 3 años

Tipo de pérdida Personas (relación con usted) Cuándo mes año)

Por muerte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....  
...

Por separación \_\_\_\_\_  
(ejemplo: divorcio) \_\_\_\_\_

.....  
...

Por mudanza  
(ejemplo: se fue \_\_\_\_\_  
a otra ciudad)

.....  
...

9. En esta pregunta se pide que usted mire atrás por el curso de su vida. Si usted ha tenido periodos en su vida de mucha tristeza dolor y ha sentido que en ese momento no tenia ninguna salida y

nada le daba gusto, favor de dar aproximadamente su edad, y cuánto duró el período.

1 No recuerdo haber sentido estas emociones por más que ratos muy cortos.

2 Tuve un periodo en mi vida cuando sentía estas emociones.

Tenía más o menos \_\_\_\_\_ años de edad.

El periodo duró más o menos \_\_\_\_\_ meses.

3 Tuve varios periodos muy tristes..

Mis edades y las duraciones son aproximadamente los siguientes:

Mi edad	Duración
_____	_____
_____	_____

**(YESAVAGE Y COL. 1983)**

- |   |         |
|---|---------|
| *1. ¿Está usted satisfecho con su vida?                                     | SI / NO |
| 2. ¿ Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?                   | SI / NO |
| 3. ¿ Siente usted que su vida está vacía?                                   | SI / NO |
| 4. ¿ Se aburre usted con frecuencia?  | SI / NO |
| *5. ¿ Tiene usted esperanzas en el futuro?                                  | SI / NO |
| 6. ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?    | SI / NO |
| *7. ¿ Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?                   | SI / NO |
| 8. ¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?                  | SI / NO |
| *9. ¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?                   | SI / NO |
| 10 ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?                             | SI / NO |
| 11 ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?                  | SI / NO |
| 12 ¿Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y a hacer cosas nuevas? | SI / NO |

- 13 ¿Se preocupa usted frecuentemente por el futuro? SI / NO
- 14 ¿Cree usted que tiene más problemas con su memoria que los demás? SI / NO
- \*15 ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora? SI / NO
- 16 ¿ Se siente desanimado y triste con frecuencia? SI / NO
- 17 ¿ Siente usted que nadie lo aprecia? SI / NO
- 18 ¿ Se preocupa usted mucho por el pasado? SI / NO
- \*19 ¿Cree usted que la vida es muy emocionante? SI / NO
- 20 ¿ Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos? SI / NO
- \*21 ¿ Se siente usted lleno de energía? SI / NO
- 22 ¿ Siente usted que su situación es desesperante? SI / NO
- 23 ¿ Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted? SI / NO
- 24 ¿ Se molesta usted con frecuencia por cosas sin importancia? SI / NO
- 25 ¿ Tiene usted ganas de llorar con frecuencia? SI / NO
- 26 ¿ Tiene usted problemas para concentrarse? SI / NO
- \*27 ¿ Disfruta usted el levantarse por la mañana? SI / NO
-

28 ¿ Prefiere usted evitar la reuniones sociales? SI / NO

\*29¿ Es fácil para usted el tomar decisiones? SI/ NO

\*30¿ Está su mente tan clara como solía estar antes? SI / NO

Fin de las preguntas. Gracias por su participación. Si tiene usted comentarios acerca de estas preguntas u otras ideas pertinentes a este estudio, escribalas aquí, o en el otro lado de esta hoja.

.....  
.....

\* Todos los que no están marcados si pone SI significa depresión, exceptuando las preguntas marcadas con asterisco, que la respuesta correcta es NO significa depresión.

## APÉNDICE B



