

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

**TRASTORNO DEPRESIVO EN ANCIANOS CONFINADOS
EN HOGARES COLECTIVOS**

**Trabajo de investigación presentado por
María del Pilar Molina De Dios de Marchena
para optar al grado de
Licenciada en Psicología**

**GUATEMALA
2000**

**TRASTORNO DEPRESIVO EN ANCIANOS CONFINADOS
EN HOGARES COLECTIVOS**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

**TRASTORNO DEPRESIVO EN ANCIANOS CONFINADOS
EN HOGARES COLECTIVOS**

**Trabajo de investigación presentado por
María del Pilar Molina De Dios de Marchena
para optar al grado de
Licenciada en Psicología**

**GUATEMALA
2000**

Vo. Bo.

(f) _____

Licenciada Josefina Antillón Milla
Asesora

Tribunal

(f) _____

(f) _____

(f) _____

Fecha de aprobación:

DEDICATORIA

Gracias a Dios y a la Virgencita, por amarme tanto.

Gracias a mis padres por haber inculcado en mí el espíritu de lucha.

A ti mamá por tu amor, apoyo y ayuda.

A ti papá por haber confiado en mí.

Gracias Estuardo por el apoyo incondicional, la comprensión y paciencia que me has brindado siempre.

Gracias a mis hijos, por ser mi mayor motivación.

Gracias Lda. Josefina Antillón por su dedicación, disponibilidad y entrega.

RESUMEN

En este estudio se investigó sobre los índices de depresión en sujetos de la tercera edad que viven confinados en hogares colectivos de la Ciudad Capital de Guatemala y su diferencia entre sexos. La presencia de síntomas depresivos se evaluó con la Escala de Depresión Geriátrica, GDS, creada por Gerome Yesavage en 1983, específicamente para la población de la tercera edad. La Escala GDS clasifica los resultados en tres rangos, normal, depresión moderada y depresión severa.

Los resultados obtenidos indican que el porcentaje de la muestra evaluada que presenta depresión supera al 50%, y que ésta en su mayoría es de tipo moderado. También se encontró que no existe una diferencia significativa en los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica entre sexos.

Asimismo se aplicó una encuesta con el objetivo de obtener datos generales e información sobre posibles causas que pudieran ser las responsables de la depresión, a manera de descartar a los sujetos que las presentaran.

Este es el segundo estudio realizado en la Ciudad de Guatemala (el primero fue de Munsell, 1999), que arroja porcentajes de depresión elevados en la población de la tercera edad. La diferencia de este estudio al compararlo con el anterior está en que el primero fue realizado con ancianos que residían en sus hogares. Esto hace necesario recomendar la implementación de programas de prevención e intervención psicológica en esta población, ya que son muchas las necesidades, y muy poco el apoyo que reciben en la actualidad.

CONTENIDO

	Página
RESUMEN	vi
LISTA DE TABLAS	ix
LISTA DE GRÁFICAS	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	3
A. La tercera edad	3
1. Definición e historia	3
2. Proceso de envejecimiento	6
3. Salud y enfermedad en la tercera edad	11
4. Problemas del anciano	13
5. El anciano en la sociedad y en la familia	16
6. Gerontología y psicología del anciano	17
7. Institucionalización	19
8. El anciano en Guatemala	20
B. Depresión	22
1. Historia y actualidad	22
2. Clasificación	24
3. Diagnóstico	29
4. Agentes etiológicos	30
C. Depresión en la tercera edad	32
1. Principios generales	32
2. El anciano con depresión	33
3. Asistencia a ancianos con depresión	36
4. Vulnerabilidad del anciano a desórdenes afectivos	37
5. Diagnóstico diferencial con demencia	38

6.	Medición con GDS	39
III.	MÉTODO	41
A.	Sujetos	41
B.	Ambiente	43
C.	Instrumentos	43
D.	Diseño	44
E.	Procedimiento	44
1.	Procedimiento para evaluar resultados de la Escala GDS	45
2.	Procedimiento para evaluar los resultados de la Encuesta	45
IV.	RESULTADOS	46
A.	Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica GDS	46
B.	Estadísticas descriptivas	49
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
VI.	BIBLIOGRAFÍA	60
VII.	APÉNDICES	63
A.	Encuesta	63
B.	Escala de Depresión Geriátrica GDS	65

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica	49
2. Estadísticas descriptivas de la muestra por edad	52
3. Composición de la muestra según el tiempo de vivir en el asilo	52
4. Composición de la muestra según el Estado Civil	53
5. Porcentajes de las enfermedades o trastornos más frecuentes	54
6. Porcentajes de la muestra que deseaban un trabajo remunerado	54
7. Porcentaje de la muestra que refirieron problemas económicos	56
8. Porcentaje de la muestra que recibe ayuda económica	57
9. Porcentaje de la muestra con familiares preocupados por ellos	57
10. Porcentajes en la frecuencia de visitas	59

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica	Página
1. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica	50
2. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica por Sexo	51
3. Porcentajes del trastorno depresivo	51
4. Composición de la muestra según el Estado Civil	53
5. Porcentajes de las enfermedades o trastornos más frecuentes	55
6. Porcentajes de la muestra que desean un trabajo remunerado	55
7. Porcentajes de la muestra que refieren problemas económicos	56
8. Porcentajes de la muestra que reciben ayuda económica	58
9. Porcentaje de la muestra con familiares preocupados	58
10. Porcentajes en la frecuencia de visitas de familiares	59

I. INTRODUCCIÓN

Este estudio pretende comparar la incidencia del trastorno depresivo entre sujetos de ambos sexos mayores de 60 años, que viven institucionalizados en el área de la Ciudad Capital de Guatemala. Se desconoce en la actualidad la proporción de los ancianos que viven en hogares colectivos o instituciones, pero considera la autora que es de suma importancia considerar a dicha población por su vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo.

Por ello en este estudio se ha evaluado a una muestra significativa de la población ya mencionada (17%), con la Escala de Depresión Geriátrica creada por el Dr. Gerome Yesavage, y considerada en la actualidad como una prueba confiable, válida y específica para evaluar la presencia de depresión en dicha población.

También se persigue determinar si existe una diferencia significativa en la incidencia del trastorno depresivo entre sexos, como ocurre en estudios realizados en otros países, donde la incidencia es mayor en el sexo femenino. De esta manera se plantea la hipótesis de investigación que afirma la presencia de una diferencia significativa en el índice de depresión entre sexos, en los ancianos de la muestra; y la hipótesis nula que rechaza dicha afirmación.

Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica a una muestra seleccionada en los Hogares de ancianos y ancianas San Vicente de Paul, y en los hogares Las Margaritas y Casa Grande. Se habla de una muestra seleccionada, pues se aplicó también una encuesta que pretendía seleccionar la muestra a fin de descartar a todos los ancianos que pudieran presentar depresión como un efecto secundario a una causa primaria específica, como enfermedad, medicamentos y duelo.

La tercera edad, incluye aquellos términos como ancianos o adultos mayores, que hacen referencia a todos los sujetos mayores de 60 años. Ese es uno de los requisitos para vivir en los hogares colectivos, que representan para algunos el único lugar donde poder vivir, y para otros una “cárcel”. Es una preconcepción en nuestra cultura que los ancianos que viven en asilos lo hacen porque nadie se interesa por ellos, nadie los quiere o desea hacerse cargo de ellos, porque son una “carga” para su familia y la sociedad.

La tendencia de sobrevivir cada vez más allá del promedio de vida, va en aumento debido a los avances en la medicina y en la tecnología. Ello debe llevarnos a considerar que los hogares colectivos deben dejar de ser vistos como algo indeseable o como la última opción, pues cada vez

será mayor la demanda. Por eso debemos comenzar por evaluar la calidad de vida que reciben las personas que viven en los asilos, y la incidencia en trastornos de ánimo y conductuales que pueden ser previstos y prevenidos con la implementación de terapias y programas adecuados. Solo conociendo como funcionan en la actualidad, sus fortalezas y debilidades podremos tomar un plan de acción futuro que nos permita mejorar las futuras opciones para la tercera edad.

Por tanto se desea probar la hipótesis de investigación siguiente: “Existe una diferencia significativa en la incidencia del trastorno depresivo entre sexos en los sujetos de la tercera edad que viven institucionalizados”. Y rechazar la hipótesis nula que dice: “No existe una diferencia significativa en la incidencia del trastorno depresivo entre sexos en los sujetos de la tercera edad que viven institucionalizados”.

Se probará la hipótesis de investigación aplicando a una muestra de sujetos de la tercera edad que viven institucionalizados la prueba GDS, Escala de Depresión Geriátrica, la cual evalúa si existen o no síntomas depresivos indicativos de una depresión moderada y/o severa.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. La tercera edad

La condición de los que pertenecen a la tercera edad es , y ha sido, muy variable según los tiempos y los lugares. La imagen de la vejez en las épocas antiguas, solamente puede inferirse a través de las mitologías, literatura e iconografía. Por lo tanto se desconoce cual es la relación de esa imagen inferida con la de la realidad, pues muchas veces se contradice, o bien es incierta y confusa.

La palabra vejez tiene dos sentidos muy diferentes (Beauvoir, 1980). En el primero, se ve a la vejez como una determinada categoría social, más o menos valorizada según las circunstancias. Este es el punto de los moralistas y legisladores. Mientras que el segundo sentido, es el de cada individuo como su destino singular: el suyo. Es el punto de vista de los poetas. Ambos, moralistas y poetas pertenecen siempre a las clases privilegiadas, una de las razones por las cuales sus palabras pierden valor, ya que solamente dicen la verdad incompleta.

1. Definición e historia. La senectud, vejez, adultez tardía o tercera edad, describen de igual manera el último período del desarrollo humano mencionado por diversos autores como Craig (1994) y Papalia (1994). Hay quienes proponen la edad de 60 años, otros la de 65 y aún la de 70 años, como el inicio de la tercera edad. Se mencionan características como el decaimiento de la vitalidad, y la pérdida de facultades físicas y mentales en forma progresiva para describir dicha etapa. En la actualidad países desarrollados, con grandes adelantos económicos y tecnológicos, han cambiado ese panorama desfavorable del “descenso hacia la muerte”, y están haciendo que pierda validez. A pesar de ello, ese concepto acerca de la tercera edad tiene y ha tenido gran influencia sobre la sociedad.

Los ancianos han emprendido una lucha contra los adultos activos desde el principio de la civilización. A continuación, en el resto de este inciso, se presenta un análisis de los diferentes papeles que el adulto en la tercera edad ha jugado en la historia, tomado de Beauvoir (1980).

La sobrevida en siglos anteriores era mucho menor a la actual, al punto que la mayoría de la población no alcanzaba la tercera edad. Hasta el siglo XIX no se menciona a los ancianos pobres, pues eran poco numerosos, y la longevidad sólo era posible en las clases privilegiadas,

pues éstas tenían mayor acceso al tratamiento médico y mejor estilo de vida (entiéndase por nutrición, trabajo menos extenuante, menos presiones económicas, etc.) .

En ningún país la civilización fue durante tantos siglos tan estática como en China, ni tan sólidamente jerarquizada. En la cima de la jerarquía se encontraban los más viejos, posición que se reflejaba en el seno de la familia. Confucio modeló a imagen de la colectividad la familia. Toda casa debía obediencia al hombre de más edad, del cual no se discutían sus prerrogativas morales, ya que el cultivo intensivo que se practica en China exige más experiencia que fuerza. La mujer debía obediencia a su marido. Pero la mujer duramente oprimida, aprovechaba la promoción debida a la edad; al llegar a anciana, su estatus era más elevado que el de los jóvenes de ambos sexos. El respeto hacia el anciano se extendía fuera de los límites de la familia. Pero después de los 70 años los hombres renunciaban a sus cargos oficiales a fin de prepararse para la muerte, conservaban su autoridad, pero dejaban en su hijo mayor el gobierno de la casa.

En cambio en Occidente, el primer texto conocido sobre la vejez traza de ella un cuadro sombrío. Se encuentran en Egipto los escritos del filósofo y poeta Ptha-hotep, que datan de 2500 años antes de Cristo. Estos hablan de las capacidades físicas e intelectuales disminuidas del anciano, y plantean a la vejez como la peor de las desgracias que pueda afligir al un hombre.

El pueblo judío ha sido conocido desde la antigüedad por el respeto que rodeó a la vejez, que proviene de tradiciones orales y la situación del momento. Los ancianos desempeñaban seguramente un papel importante en la vida pública, y mientras se conservaba algún vigor físico y moral, el hombre más viejo de la familia lo gobernaba.

En las ciudades griegas y Esparta, es sabido que era honrada la vejez. Mientras los griegos valoraban la vejez en función de las propiedades adquiridas durante toda la vida, en Esparta se les valoraba como cabecías militares. Hipócrates consideraba que la edad de la perfección eran los 56 años, mientras para Aristóteles la perfección del cuerpo ocurría a los 35 años y la del alma a los 50.

Durante el Bajo Imperio y la Alta Edad Media, los ancianos estuvieron casi excluidos de la vida pública; los jóvenes manejaban el mundo. La sociedad estaba más regida por las armas que por instituciones estables, el hombre de experiencia tenía en ella escaso lugar. Su situación, desde el extremo superior al inferior de la escala social, era pues, extremadamente desfavorecida. Tanto entre los nobles como entre los campesinos, primaba la fuerza física, no había lugar para los débiles. La preeminencia de la juventud y en particular la transmisión del poder de padre a

hijo (tal como lo atestigua la leyenda del Cid), influyó profundamente en la ideología que domina la Edad Media: el cristianismo.

A partir del siglo XIII y sobre todo en el XIV se asiste a un renacimiento de la vida urbana. La búsqueda de lucro ya no es tan severamente condenada por la Iglesia. Esta transformación modifica en las clases pudientes la condición de los viejos, que por acumulación de riquezas pueden llegar a ser poderosos. A pesar de ello en el Renacimiento, por la exaltación a la belleza física, en especial de la mujer, se castiga cruelmente la condición de los ancianos. Desde el antiguo Egipto hasta el Renacimiento, en toda el área occidental, la vejez ha sido tratada de manera estereotipada, lo cual se justifica, en parte, al destino biológico inmutable que conlleva a envejecer.

En el siglo XVII los jóvenes conservan la realidad del poder. Ya en el siglo XVIII, en toda Europa la población aumenta y se rejuvenece gracias a una mejor higiene, lo que favorece la longevidad. Esto únicamente en las clases sociales privilegiadas, ya que en las clases bajas, el anciano usualmente no era mantenido por su familia debido a la escasez económica, y tenía que luchar contra el desempleo, la enfermedad y la miseria, ayudado sólo por la Iglesia.

En el siglo XIX, Europa se transforma, los cambios que se producen tienen una influencia considerable en la condición de los viejos, y en la idea que la sociedad hace de la vejez. Los progresos de la ciencia permiten reemplazar los mitos de la vejez por un verdadero conocimiento que permite a la medicina cuidar y tratar a las personas de la tercera edad. La transformación de la familia modificó la relación de los nietos con los abuelos, pues en lugar de un antagonismo se establece entre ellos una alianza. El abuelo que ya no es jefe de familia, se convierte en cómplice de los niños.

En la actualidad la esperanza de vida para hombres y mujeres ha aumentado en forma progresiva durante este siglo, por lo tanto la población de las personas de la tercera edad crecerá con mucha más rapidez que el total de la población en los próximos años (Fenómeno que ya se observa en Europa). Este fenómeno lleva a cada país a buscar políticas y programas relacionados con el proceso de envejecimiento y las necesidades especiales del grupo de los adultos mayores, a fin de satisfacerlas y cubrirlas.

Al momento de definir la edad en la cual un adulto es considerado como sujeto de la tercera edad, algunos proponen la edad de 60 años, mientras otros sugieren la de 65 y aún la de 70 años. Pero en realidad es que cualquier límite cronológico que se fije no contará con la

aprobación general, ni reflejará las dimensiones biológicas, fisiológicas y psicológicas del fenómeno. Además hay que considerar las diferencias entre poblaciones distintas, en sus factores genéticos, ambientales y culturales. Para efectos del presente estudio se considerará anciano o persona de la tercera edad a todo sujeto mayor de 60 años.

En la definición social de vejez o tercera edad, juegan un papel importante los prejuicios, convencionalismos, tradiciones y aún consideraciones legales, que conducen a poner etiquetas de “viejo” o “anciano”; muchas veces sin tomar en cuenta si la persona está aún en el uso de todas sus facultades. Desde un punto de vista psicológico, podría resumirse que una persona es tan vieja como se sienta. Estas definiciones no serían fáciles de utilizar desde un punto de vista operativo, por ello la solución que se da es la de utilizar únicamente la edad límite para caracterizar a ese sector de la población, al cual pueden dársele diferentes calificativos que en el transcurso del estudio se utilizarán indistintamente: tercera edad, senectud, ancianos, edad gris y vejez.

2. Proceso de envejecimiento. El proceso del envejecimiento se intenta explicar a partir de varias dimensiones. Entre las que plantearemos a continuación a manera de teorías que intentan explicar dicho proceso están: la biológica, la psicológica y la demográfica.

a. Teorías del envejecimiento biológico. La senescencia es el término empleado por biólogos y gerontólogos, para describir el envejecimiento biológico. La senescencia no es un proceso único sino muchos procesos, por lo que el deterioro ocurre en diferentes partes del cuerpo a tasas diferentes. Explicar las causas exactas por las que ocurre el envejecimiento físico, ha sido un tema controversial, para lo cual han sido propuestas diversas teorías que lo intentan explicar. Siguiendo a Rice (1997), se presentan las siguientes teorías:

-Teoría de la Herencia:

La explicación más obvia es que la duración de la vida está establecida por la herencia (Rice, 1997). Aparentemente ello obedece a que se heredan ciertos rasgos, como una mayor resistencia a enfermedades, que contribuyen a vivir o no una vida larga.

-Teoría del envejecimiento celular:

Algunas células del cuerpo, como las que se encuentran en el cerebro y el sistema nervioso, nunca se reproducen, otras lo hacen pero un número finito de veces. Este hecho sugiere que el envejecimiento está programado por la capacidad limitada de las células para reemplazarse.

-Teoría del desgaste:

Esta teoría hace hincapié en que el organismo se agota, como una máquina que ha trabajado por muchos años. La tasa del metabolismo parece ser un factor.

-Teoría de los desechos o escoria metabólica:

Esta teoría sugiere que el envejecimiento es ocasionado por la acumulación de sustancias nocivas, productos del metabolismo celular, en el interior de diversas células del cuerpo. Esta acumulación interfiere con el funcionamiento normal de los tejidos. Una de esas sustancias es el colágeno, proteína fibrosa asociada con el tejido conectivo, que se acumula lentamente en la mayor parte de los órganos, tendones, piel y vasos sanguíneos, cuya eliminación es gradual y lenta. El colágeno con el tiempo se endurece, haciendo que los tejidos pierdan elasticidad y ocasionando deterioro en las funciones de los órganos.

-Teoría de la auto-inmunidad:

Esta teoría explica el envejecimiento como un proceso por el cual el sistema inmunológico del cuerpo rechaza a sus propios tejidos por medio de la producción de anticuerpos autoinmunes. Cuando anticuerpos responden a mutaciones que ocurren en el interior del cuerpo, su respuesta es una reacción autoinmune; en todo caso, el resultado final es la autodestrucción. Se espera que esta prometedora teoría conduzca al descubrimiento de métodos que permitan retardar esta acción y modificar el proceso de envejecimiento.

-Teoría de la mutación:

La teoría de la mutación considera que las tasas de mutaciones genéticas se incrementan con la edad, lo que puede ser a causa entre otras cosas, a las radiaciones que dañan el material genético y acortan la vida de los órganos en proporción directa con la cantidad de daño genético producido. La mayor parte de las células mutadas funcionan con menor eficiencia y los órganos compuestos por dichas células se vuelven ineficientes y senescentes.

-Teoría del error:

Es una variación de la teoría de la mutación que incluye los efectos acumulativos de una variedad de posibles errores. Como lo serían errores en la producción de ácido ribonucleico (ARN), que afectan la síntesis de enzimas, los cuales dañan la síntesis de proteínas, formando una cadena de

errores. Las investigaciones han encontrado que las células de animales envejecidos presentan una pérdida de ácido desoxirribonucleico (ADN), lo que daña la producción futura de ARN y ADN. Llevando como última consecuencia a la muerte celular.

b. Teorías del envejecimiento psicológico. Las teorías del envejecimiento pretenden explicar diferentes dimensiones del proceso de envejecer. Aquí se analizan cinco teorías psicosociales del envejecimiento.

-Teoría de la separación:

Esta teoría afirma que a medida que la gente va envejeciendo aparece una tendencia natural a alejarse social y psicológicamente del ambiente, de las actividades sociales y de otras personas. Se aíslan emocionalmente para refugiarse en sus propios pensamientos y sentimientos. Fue propuesta originalmente por Cumming y Henry en 1961 (Citado por Rice, 1997). Ellos afirman que esta separación permite que los ancianos se liberen del estrés que proviene de las numerosas obligaciones y responsabilidades familiares y comunitarias; dejándoles más tiempo para dedicarse a las actividades, valores e ideas que consideran importantes. Esta separación aumenta su satisfacción con la vida conforme uno envejece.

Los críticos argumentan que la separación no es universal, inevitable o inherente al proceso de envejecimiento, y que la teoría ignora diferencias individuales de salud y personalidad. Además, lo que a los ancianos les produce más satisfacción con la vida no es la separación, sino la oportunidad de continuar la actividad.

-Teoría de la actividad:

Dicha teoría del envejecimiento sugiere que la continuación de un estilo de vida activo tiene un efecto positivo sobre la sensación de bienestar y satisfacción de los ancianos. Se le critica que la simple actividad no mantiene automáticamente el sentimiento de autovaloración, sobretodo cuando las actividades actuales son significativamente menos importantes que los roles que han desempeñado. También se puede decir a modo de crítica que esta teoría no considera el caso de las personas que no pueden mantener las normas físicas, mentales o emocionales de la mediana edad, haciendo que diferentes personas prefieran distintos tipos de actividades de diferentes grados de participación para sentirse satisfechos.

-Teoría de la personalidad y el estilo de vida:

Esta teoría del envejecimiento demuestra que existe una relación entre el tipo de personalidad y los patrones de envejecimiento. Neugarten en 1968 (Citado por Rice, 1997), identificó cuatro tipos principales de personalidad y clasificó los roles comprendidos en los tipos principales como: Personalidad integrada, con coraza defensiva, pasiva-dependiente y desintegrada. La personalidad integrada incluye tres subtipos: Los reorganizadores, que son los que sustituyen actividades viejas por nuevas y diversas; los centrados que son selectivos con la vida y sus actividades, obtienen placer con uno o dos roles; los desintegrados, que mantienen una actividad baja, porque se han alejado voluntariamente del compromiso con los roles. Los tres subtipos presentan niveles altos de satisfacción con la vida. La personalidad con coraza defensiva incluye dos subtipos: Los que se mantienen asidos, que se esfuerzan por mantener tanto tiempo como les sea posible los patrones de la mediana edad; y los que se restringen, que manejan sus pérdidas limitando sus interacciones sociales y energía, cerrándose a la experiencia, estrategia que les funciona bastante bien. Ambos subtipos presentan niveles medios o altos de satisfacción con la vida. Los individuos del grupo pasivo-dependiente, pueden ser: Buscadores de auxilio, que son los que se sienten bastante satisfechos con la vida a medida que tengan en quien apoyarse; o apáticos, que son personas que se han aislado, y tienen poca actividad y satisfacción. Por último, los de personalidad desintegrada o desorganizada, muestran defectos graves en sus funciones psicológicas, pérdida de control emocional y deterioro de los procesos de pensamiento.

-Teoría del intercambio:

Esta teoría al aplicarse a los ancianos y a sus familias sostiene que las personas con las mayores necesidades son las que pierden más poder, y que quienes satisfacen sus necesidades son las que obtienen el poder. El poder se deriva entonces de necesidades desiguales o de desequilibrios en el intercambio social.

-Teoría de la reconstrucción social:

Teoría del envejecimiento que describe la manera en que la sociedad reduce el autoconcepto de los ancianos y propone formas de revertir este ciclo negativo. Esta teoría fue formulada por Kuypers y Bengston (Citado por Rice, 1997, quienes han planteado que la sociedad occidental produce cambios negativos en los ancianos, para lo cual señalan cuatro pasos. Primero, la sociedad ocasiona que los viejos sufran una pérdida de roles; segundo, la sociedad los etiqueta negativamente como incompetentes y deficientes; tercero, la sociedad los priva de las

oportunidades para utilizar sus habilidades; y cuarto, los ancianos aceptan las etiquetas externas, identificándose como inadecuados.

Este sistema social puede romperse por medio de tres tipos de acción. Primero, es necesario eliminar la idea de que el trabajo es la fuente principal o única de valor. Segundo, es preciso mejorar los servicios sociales de vivienda, atención médica y condición financiera de los ancianos. Por último, debe brindarse a los ancianos mayor poder de autorregulación, como lo sería el que se sienta capaz y en todo su derecho a tomar sus propias decisiones, lo cual les permitirá desarrollar mayor confianza y sentimientos de autovaloración.

c. Proceso de envejecimiento demográfico. Arias de Blois (1992), define el envejecimiento demográfico como el crecimiento que sufre en una población el porcentaje de personas de edad avanzada (mayores de 60 años), paralelamente a la disminución relativa de la proporción de personas jóvenes, o bien por el aumento de la edad media de sus miembros. Es un proceso lento y escalonado que puede tomar varias generaciones. La población mundial de sujetos de la tercera edad ha variado de 203.2 millones en 1950, lo que constituía un 8.1% de la población total, a 415.6 millones en 1985, que es poco más del doble de la de 1950, y un 8.3% de la total. Para el año 2025 se espera que dicho número haya llegado a los 1,135.5 millones, 5.6 veces de la que existía en 1950, y 2.7 veces de la de 1985. Esta población añosa llegaría a constituir el 13.9% de la población total. Esta tasa de crecimiento es diferente en países desarrollados (Europa, Estados Unidos de América, Canadá, Japón, Australia y Nueva Zelanda, a consideración de la ONU), al compararla con los países en vías de desarrollo (grupo en que se encuentra Guatemala).

La tasa de crecimiento de la población añosa disminuirá en los países desarrollados durante el período de 1985 a 2025 en un 25%, al igual que en la población total, mientras que en los países en vías de desarrollo la población seguirá creciendo hasta un 45%. Esto es a consecuencia de que el crecimiento de este grupo aún se ve influido por la alta tasa de fecundidad prevaleciente 60 años antes.

En Guatemala la población añosa se ha incrementado sustancialmente y seguirá incrementando a un menor ritmo. Durante el período de 1950 a 1990 la población añosa se multiplicó 3.69 veces, con una tasa de crecimiento de 3.3% anual, y de crecimiento total en el período de 19%. Durante el período de 1990 a 2025, se espera un incremento en esta población

de 3.42 veces, con una tasa de crecimiento anual de 3.1%, y de crecimiento total del 45%, como una consecuencia de la disminución de la tasa de fecundidad involucrada en las proyecciones (Arias de Blois, 1992).

3. Salud y enfermedad en la tercera edad. Hablando de los estereotipos que existen acerca de las personas de la tercera edad Shanas cita a Lehr, (Shanas, 1962, citado por Lehr 1980) diciendo:

«Un estereotipo corriente es que el anciano está desvalido, es débil y está enfermo.»

Si bien algunos padecen enfermedades, se ha encontrado que la mayoría de las personas de edad funcionan bien tanto mental como físicamente, solamente el 14% puede ser clasificado como «muy enfermo» (Lehr, 1980).

Hoy se estima el envejecer como parte inherente al proceso de la vida, donde su apariencia se transforma y permite asignarle diversas características. El pelo blanquea y se hace menor en número, la piel se arruga, se caen los dientes, el lóbulo de la oreja crece al igual que la nariz. Los discos de la columna vertebral se comprimen y los cuerpos vertebrales se aplastan. Se reduce la anchura de los hombros en el hombre, y aumenta la de la pelvis en la mujer. El esqueleto comienza a sufrir de osteoporosis. Se inicia la atrofia muscular, la fuerza muscular declina, y la esclerosis de las articulaciones aparece afectando la locomoción.

El corazón comienza a perder sus facultades de adaptación, mientras el sistema circulatorio sufre aterosclerosis (en la mayoría de los ancianos, no en todos). La circulación se hace más lenta, las venas pierden su elasticidad, lo que da cabida a posibles problemas de hipertensión.

El consumo de oxígeno por el cerebro se reduce. Inicia la involución de los riñones, glándulas digestivas y del hígado. Los órganos de los sentidos también son afectados: La vista disminuye como consecuencia de una disminución en el poder de acomodación y de discriminación, y del apareamiento de la presbicia (trastorno casi universal en los ancianos). También declina la capacidad del oído llegando en algunos casos hasta la sordera. El tacto, el gusto y el olfato disminuyen su agudeza.

La involución de las glándulas endocrinas que produce disminución en sus secreciones, es una de las consecuencias más generales y más manifiestas de la senescencia; va acompañada de la involución en los órganos sexuales. En muchos ancianos se ha encontrado que padecen

trastornos del sueño, ya bien les cuesta conciliar el sueño, o se despiertan temprano, o bien el sueño está entrecortado por breves despertares. Después de los ochenta años ya casi todos dormitan de día. Además de estos problemas el hombre de edad también sufre fatiga a esfuerzos, lo cual limita su actividad física.

La vejez concluye siempre en la muerte, pero es raro que la provoque por sí misma sin que intervenga un elemento patológico consecuencia del deterioro orgánico. La longevidad del hombre es superior a la de los otros mamíferos, y se cree que la herencia desempeña un papel directo o indirecto en la longevidad. También intervienen otros factores como las condiciones de crecimiento, la alimentación, el medio, las condiciones económicas y el sexo, pues las mujeres en promedio viven más que los hombres.

Según una estadística norteamericana (Beauvoir, 1980), las principales enfermedades en la vejez son la artritis, el reumatismo, las enfermedades del corazón, la aterosclerosis, nefritis y las enfermedades respiratorias. Otros afirman que son las enfermedades nerviosas, del cerebro y reumatoideas, a juzgar por la frecuencia con que la población añosa visita a los médicos especialistas en neurología y reumatología (Anguera y Sellares, 1974). Si bien los ancianos pueden responder con poca sintomatología a las enfermedades infecciosas dando una apariencia de mayor resistencia, esto sucede por una disminución en su capacidad de defensa inmunológica que los hace más vulnerables a sufrir complicaciones graves.

Theissen en 1970 (citado por Lehr, 1980), ha logrado demostrar correlaciones significativas entre el estado subjetivo de salud y el nivel de actividad o de ocio. Las personas que se sienten más sanas tienen una imagen más positiva de sí mismas y se califican como más activas y satisfechas con la vida. Mientras que las que se autoevalúan negativamente, declaran más síntomas, pese a que el médico no ha encontrado fundamentos objetivos para tales quejas. Lehr (1980), ha podido demostrar ciertas correlaciones entre el estado de salud, el género y grado de orientación hacia el futuro. De acuerdo al género, son las mujeres las que tienden a emitir más quejas de salud que los hombres. Mientras que aquellas personas que se notaban más enfermas, aún cuando ello no tuviera base objetiva, manifestaban significativamente un menor número de proyectos y mayor tendencia a la restricción.

Theissen en 1970 (citado por Lehr, 1980), estableció un índice que permite determinar los grados de afección al estado de salud. Plantea ítems como *poder salir de casa, y bajar escaleras, hacer las tareas domésticas, lavarse y bañarse solo, vestirse solo, poder ponerse los calcetines o*

medias y el calzado, poderse cortar las uñas, que se puntúan de 0 a 12, según la capacidad de realizarlos sin dificultad o ayuda. Evans y Rosenberg (1992), plantean 10 biomarcadores que determinan la vitalidad. Ellos definen biomarcadores como los cambios en apariencia que la edad provoca, pero no se refieren a una apariencia desde el punto de vista cosmético, sino más bien médico. Estos biomarcadores son: 1) Masa muscular, 2) Fuerza, 3) Metabolismo basal, 4) Porcentaje de grasa corporal, 5) Capacidad aeróbica, 6) Tolerancia corporal al azúcar sanguínea, 7) Nivel sérico de colesterol (lípidos de alta densidad), 8) Presión sanguínea, 9) Densidad ósea y 10) Capacidad de termorregulación.

Las conclusiones señalan la necesidad de crear programas de ayuda bien desarrollados, basados en conocimientos científicos y ajustados a la correspondiente situación del individuo. Pues se ha determinado que aquellas personas que pueden salir de su casa sin ayuda ajena se juzgan de un modo más optimista. Lo ideal está en prevenir las enfermedades o sus complicaciones, estableciendo un sistema de salud al alcance de todos los pertenecientes a la tercera edad, que les permita asistir a controles de salud periódicamente. Ahora bien, cuando la prevención agota sus posibilidades, queda la rehabilitación con su gran cantidad de recursos protésicos, ortopédicos y de reorientación ocupacional.

4. Problemas del anciano. Toda edad tiene sus problemas que no precisamente han de ser de salud, por ello no ha de extrañarnos que la tercera edad también los tenga. Algunos de ellos son:

a. La soledad. Quizás es el problema más grave de todos. Bize y Vallier (citado por Riesco, 1984), hicieron un estudio en el cual preguntaron a los ancianos que era lo que más temían, y la preocupación primaria era la soledad, seguida por la decadencia física o mental. Esa soledad puede tener una explicación. En el hogar ha habido tal vez muchos hijos, que lo llenaban todo con sus gritos, estudios, proyectos, mientras los padres pasaban los días atareados para llevar adelante aquel hogar. Con el correr de los años la *jaula queda vacía*. Bajo estas circunstancias los días se hacen interminables, no saben con qué llenarlos, aún si continúan trabajando y con buena salud. Un estudio realizado por Bize y Vallier (citados por Riesco, 1984), encontró que un 26% de retirados por el seguro social continuaban trabajando, y que de ellos el 41% se sentían solos y aislados. Este sentimiento se agrava cuando las condiciones económicas son precarias.

- Necesidad de sentirse amados:

El Papa Juan Pablo II, en Valencia el 8 de noviembre de 1982 al hablar a los ancianos mencionó (citado por Riesco, 1984):

«Sé que un mundo materialista y hedonista como el nuestro trata muchas veces de aislaros queridos ancianos, y os encontrais con problemas de soledad, de falta de cariño y comprensión. »

El hombre necesita amar y ser amado, especialmente cuando las fuerzas empiezan a fallar. Con el pasar del tiempo en el corazón del anciano van quedando las huellas de la muerte de seres queridos tan cercanos como el cónyuge, o bien de amigos y familiares. Al mismo tiempo que los hijos han dejado el hogar para formar el suyo propio. Todas estas ausencias hacen que muchas veces el anciano sienta necesidad de cariño y cercanía de sus seres queridos.

-La jubilación:

La jubilación ha sido estereotipada como una especie de *muerte social*, que anuncia la otra muerte, y que supone una declaración oficial de inutilidad, aunque se encuentre lleno de vida y con las facultades completas.

Lo primero con que se encuentra el recién jubilado es un capital de horas libres que no sabe cómo ocupar, quizás los primeros días los disfrute, pero termina por aburrirse. La jubilación también es una ruptura con el pasado profesional, donde tal vez se ha triunfado, y se ha tenido un estatus entre compañeros, amigos y familia.

En conclusión se puede decir que los cambios importantes en el jubilado son: cambios en la organización de la jornada, cambios en la vida social, cambios en la vida familiar (más sensibles en el hombre, pues su trabajo era fuera del hogar), y cambios en las condiciones de vida económica, pues antes era un productor y ahora se siente un consumidor pasivo. Éste último tiene mayor impacto cuando en países como Guatemala, la mayoría de los jubilados del IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguridad Social), perciben una pensión menor al sueldo que recibían cuando trabajaban. Según Riesco (1984), el 60% de los jubilados tienen problemas de adaptación a su nuevo estilo de vida.

b. Familia y vivienda. A medida que pasan los años, el anciano por los aspectos ya mencionados de falta de cariño y soledad, necesita la presencia de la familia. Riesco (1984), menciona que se ha encontrado en encuestas hechas en Madrid, que el 79.1% de los ancianos que viven con sus familias son felices.

Pero hay ciertos problemas que hacen difícil la vida del anciano en familia, entre ellos: La pérdida de autoridad, pues siente que al no trabajar ha perdido prestigio y el respeto de su familia; la familia nuclear, pues con el paso de los años ha habido una tendencia a pasar de la familia patriarcal a la familia nuclear donde sólo hay lugar para padres e hijos, y los abuelos pasan a ser un obstáculo para vivir la vida a plenitud; los asilos, pues los parientes creen que en una residencia sus familiares mayores estarán bien atendidos, pero olvidan que para el anciano es comenzar una nueva vida donde no conoce a nadie, no puede desahogarse, jamás se sentirá como en casa y las visitas de la familia cada vez serán más breves y espaciadas; cambio de residencia, la jubilación o muerte del cónyuge trae como consecuencia muchas veces la necesidad de cambiar su residencia, y dejar atrás la que fuera su hogar por muchos años y que encierra sus mejores recuerdos.

c. Lo económico. Aunque el dinero no sea capaz de cubrir todas las necesidades de una persona, es necesario para vivir. En la mayoría de los casos, especialmente en Guatemala, las pensiones de jubilación son insuficientes para vivir. La población de tercera edad muchas veces ha consumido su vida en el trabajo, y luego encuentra como única recompensa la pobreza y a veces la miseria. Se ha encontrado que la falta de recursos económicos puede ocasionar desequilibrios mentales, o bien agravar los que ya existan cuanto peores sean las condiciones económicas.

d. Ocio e inadaptación. Una ocupación siempre es necesaria para el equilibrio mental, y muchas veces es difícil encontrarla. Para las personas de la tercera edad, los estereotipos de incapacidad e inutilidad que se le han atribuido, pueden causarle problemas de adaptación en nuevas ocupaciones que busquen para entretener su tiempo. Por ello es necesario comenzar a crear programas que ayuden a los próximos a jubilarse a planificar como ocuparán su tiempo en el futuro y a crear un plan de vida para los años próximos.

e. Discriminación en el trabajo. Existe una discriminación por edad para los ancianos que nos les permite conseguir trabajo, muchas veces a pesar de que a su cargo tendrían únicamente labores sencillas, y de que tengan todas sus funciones físicas y mentales intactas.

f. La sexualidad. La actitud sexual en una pareja de la tercera edad tiene un carácter placentero y existencial. El sexo afirma la identidad de cada cónyuge,

y les permite dar y recibir placer. En las personas de este grupo de edad, la necesidad sexual ha disminuido en comparación con las más jóvenes. Por ello, y por todos los estereotipos que existen sobre el tema, como el que entrar a la tercera edad significa el fin de la vida sexual, crea en los ancianos el temor al ridículo. En el hombre de edad no hay anomalía en los espermatozoides, y no existe una ley general sobre la interrupción de la espermatogénesis, sino sólo en casos particulares. La erección es dos o tres veces más lenta que en la juventud, y hay una reducción en la intensidad de la respuesta sexual. También se reducen las posibilidades de eyaculación y erección, aunque la impotencia por lo general no siempre implica la extinción de la libido.

En la mujer, la función reproductora se ve interrumpida de manera brusca y relativamente más temprana al compararla con la del hombre. Hacia los 50 años se produce la menopausia, con lo que se detiene el ciclo ovárico y la menstruación. Desaparecen los esteroides sexuales, y los órganos sexuales involucionan.

g. Abusos. Desde finales de la década de 1970, los estadounidenses descubrieron el abuso en contra de los ancianos, y de hecho las primeras estimaciones indicaban que al año se daban más de un millón de casos de abuso contra ellos (Callahan, 1988; citado por Craig, 1994). Este tipo de abusos puede adoptar diversas formas, las que incluyen desde la violencia física, abuso psicológico o explotación económica, hasta el descuido por negligencia. Salend y colaboradores (1984; citado por Craig, 1994), encontraron que la modalidad más frecuente de abuso contra ancianos es el descuido por parte de los que le cuidan. Las actitudes sociales son el factor crítico en el abuso contra los ancianos, pues mientras se siga discriminándoles habrá abuso (Craig, 1994).

Una de las mejores formas de prevenir el abuso contra los senectos es supervisar a los que les brindan cuidados. Esta supervisión quedaría en manos de los trabajadores sociales, medidas que en Guatemala todavía estamos muy lejos de implementar.

5. El anciano en la sociedad y en la familia. La imagen de la persona de edad avanzada en nuestra sociedad se caracteriza, incluso hoy día, por ciertas afirmaciones relativas a su aislamiento y soledad, dependencia y necesidad de ayuda. La imagen que se ha creado en torno a la vejez, o bien al anciano mismo, muchas veces ha sido distorsionada por la forma en que se ha educado a la sociedad misma, esa disposición que se

tenga hacia ellos. Se ha encontrado que en la actualidad existe una tendencia mayor a valorar la imagen de la vejez (Lehr, 1980), lo cual ha hecho que muchas personas comiencen a prepararse para esa época. Pero aún son muchos los que describen en nuestros días a los ancianos como pasivos, indiferentes, intolerantes y retraídos.

El que las sociedades actuales, orientadas al rendimiento, alberguen aún la imagen de que los ancianos implican una carga para la población productiva, lleva a que no se les presten los servicios necesarios e incluso se les impulse al aislamiento.

Hay una serie de investigaciones que demuestran que es la actitud predominante del resto de la población, y no los propios deseos o bien la pérdida de las facultades del anciano, lo que con frecuencia le lleva a adoptar un comportamiento *adecuado a la edad*. Nuestra cultura dispone de lo necesario para normar el estatus del anciano y sus funciones. Por ello, a pesar de tener la pensión de jubilación, los antiguos trabajadores se ven limitados para cubrir sus necesidades de convivencia social.

Como ya se mencionó con anterioridad, la tendencia actual hacia la familia nuclear lleva al anciano a compartir cada vez menos con sus hijos, aunque esto no implica que la mayoría de los que sí viven con sus familias no sean felices. La muerte del cónyuge lleva al anciano, en la mayoría de los casos, ya bien al aislamiento o bien a tener que abandonar su casa y pasar a formar parte de la familia de uno de sus hijos, lo cual a su vez les hace perder el prestigio que tenían y su autoridad.

El anciano está limitado para continuar su vida productiva gracias a la jubilación, y a la discriminación por edad a la que está sujeto muchas veces (Rowe & Kahn, 1998). Toda actividad, remunerada o no, que genera bienes o servicios de valor económico es producción. Por ello se puede afirmar que el anciano puede encontrar actividades que le mantengan activo, si siente la necesidad de hacer algo, y que no precisamente le generen ingresos económicos, como lo serían el voluntariado en hospitales, iglesias y otras actividades de beneficencia o de ayuda al prójimo.

6. Gerontología y psicología del anciano. La gerontología es una ciencia multidisciplinaria, que estudia el proceso y los problemas de envejecimiento en todos sus aspectos. Este término fue utilizado por primera vez en 1901 por Metchinkoff (citado por Beauvoir, 1980). No hay que confundirla con la geriatría, que es la rama de la medicina que

estudia los aspectos clínicos tanto preventivos como terapéuticos del anciano en el tema de salud y enfermedad. Esta constituye una parte de la gerontología desde que las tendencias científicas han dejado de considerar al envejecimiento como algo exclusivo de la medicina.

Debido a que el objetivo de la investigación gerontológica no puede ser tan sólo la edad avanzada, sino también el envejecimiento como el proceso entero de envejecer, la psicología del anciano constituye una de las disciplinas en la gerontología.

Envejecer desde el punto de vista psicológico, enfrenta al ser humano con una realidad que se caracteriza por la pérdida (Riesco, 1984); la pérdida de la capacidad física y mental, pérdida afectiva (los hijos abandonan el hogar, dejan a sus compañeros de trabajo, duelo por seres queridos), y, pérdidas sociales, como la jubilación, disminución de ingresos y marginación por ser *socialmente inútil*.

Riesco (1984), resume los rasgos de la tercera edad en los siguientes:

- Involucionista, pues hay tendencia a volver al pasado, a todo lo que fue y ya no es.
- Nostálgica, ante la dificultad de crear un mundo nuevo y el recuerdo de lo que ya no volverá.
- Conservadora, pues el anciano en general es enemigo de cambios, ya que cambiar implica correr riesgos, y él ya no se siente para vivir muchas aventuras. Siente que ya no puede crear.
- Con predisposición a la angustia, pues siente temor, miedo, impotencia y amenaza a su integridad, no acepta su realidad ni sus limitaciones. Percibe el rechazo de la familia y la sociedad.
- Depresiva. La depresión es una característica muy frecuente de la vejez. Un sentimiento de tristeza llena su vida, su mente y su comportamiento. Esta depresión es para unos el inicio de un proceso rápido de envejecimiento, y para otros consecuencia de la realidad de su vejez.
- Egoísta. Algunos ancianos presentan una regresión egocéntrica, que les lleva a olvidarse de todo y de todos, y pensar solo en sí.
- Bondadosa y comprensiva con frecuencia, pues conocen la fragilidad humana y vivieron la exigencia y dureza de otros tiempos.
- Con disminución en las aptitudes. Disminuyen todas las aptitudes en general, principalmente la memoria y rapidez mental. Hay también un menor control de la

afectividadad, pues el anciano tiende a dejarse llevar con frecuencia por las lagrimas copiosas o bien por la alegría desbordante, provocados casi por cualquier motivo.

- Con acentuación del carácter. Los rasgos del carácter se acentúan, ya sea positivos o negativos.
- Con sabiduría, producto de la experiencia vivida.
- Consejera prudente, pues la rica experiencia y la visión más clara de la caducidad y temporalidad de las cosas con que cuenta, le permite aconsejar prudentemente.
- Abierta a lo espiritual. El anciano busca llenar el vacío que ha dejado su vida pasada, y muchos sienten la necesidad de llenarlo con el Dios Trascendente.
- Alegre y optimista. Así como los hay ancianos pesimistas y gruñones, hay muchos otros que ocultan sus dolores y achaques para que los demás no sufran, esforzándose por que sean felices. Tratan de sublimar sus tendencias para aportar a la vida belleza y ternura.

7. Institucionalización. En Estados Unidos de América, cerca del 5% de las personas con más de 65 años, viven en asilos para ancianos (Shanas y Maddox, 1985; citado por Craig, 1994). Aquellos son, en su mayoría, solteros o viudos, que sufren alguna afección mental y tienen más de 85 años de edad. La atención institucional que se ofrece a los senectos varía muchísimo de calidad. Porque si bien hay algunas instituciones bien organizadas, la mayoría de ellas han sido acusadas de ser lugares aburridos, sin significado, donde lo único que se hace es esperar el fin de la vida.

Girón (1986), afirma que el grupo familiar en la actualidad está sufriendo de desintegración y poca cohesión familiar, bajos ingresos y falta de vivienda. Esto lleva a pensar que cada vez son más los ancianos que ingresan a asilos o casas hogar, ya bien por falta de alguien que les atienda, o por falta de ingresos económicos que les permitan sobrevivir (en el caso de los asilos estatales), a pesar de que el 73% de los ancianos desean permanecer en su residencia habitual (Riesco, 1984).

Los ancianos al ser internados en instituciones suelen sentir gran ansiedad y miedo al principio, más adelante manifiestan ciertas características propias de los que llevan algún tiempo internados, como lo son: apatía, pasividad, amargura y depresión. Algunos autores consideran que las causas de dichos síntomas son no solo las instituciones por sí mismas, sino también las razones o motivos por los que el anciano ha tenido que ser internado (Lehr, 1980). Para el

anciano su institucionalización puede significar una ruptura en la continuidad de la vida, ya que ello implica la pérdida de su independencia, identidad, rutina familiar, y la separación de muchas de sus posesiones.

Thomae en 1968 (citado por Lehr, 1980), encontró en sus estudios que los asilos que se dedican a ofrecer cambios y actividades al anciano más que sólo a satisfacerle sus necesidades, eran en los que menos se podían encontrar las características de la institucionalización antes mencionadas.

En un estudio realizado por Langer y Rodin (citado por Myers, 1999), se encontró que en un grupo de pacientes ancianos de un asilo de primera categoría en Connecticut a los cuales se les trató como receptores pasivos del cuidado bien intencionado y comprensivo normal, al paso de tres semanas estaban más debilitados y con un estado de ánimo triste. Mientras que a otro grupo en el mismo asilo se les otorgó la responsabilidad de “hacer con su vida lo que quisieran”, y se les dio la libertad de realizar ciertas elecciones e influir en las políticas del asilo. Al cabo de tres semanas este grupo presentó una mejoría en su estado de alerta y actividad, y un estado de ánimo feliz. De lo cual se puede concluir que las personas deprimidas u oprimidas tienden a volverse pasivas debido a que consideran que sus esfuerzos no tienen efecto en el medio ambiente, o bien que no tiene ningún sentido establecerse metas o luchar por un ideal (Myers, 1999).

Otra opción son los centros de atención diurna, que ofrecen una atractiva alternativa a los asilos, y están destinados a los que necesitan de mucha atención, pero de forma limitada. Estos centros permiten a las familias de los ancianos tener un horario de trabajo normal, sin descuidarlos, ni tener que obligarlos a abandonar su hogar. El único problema es el costo de estos centros, donde éste puede llegar a ser prohibitivo para la mayoría, y solamente los que pueden pagar tienen acceso.

En la actualidad también hay centros que prestan servicios de atención a los ancianos, y que a la vez ofrecen cursos de terapia ocupacional y actividades de entretenimiento durante ciertas horas al día. En la actualidad en Guatemala se están creando centros similares privados, orientados a dar al anciano una actividad para realizar durante el día, que le agrada y entretenga.

8. El anciano en Guatemala. El censo levantado en Guatemala en 1981, muestra que el número de ancianos (mayores de 60 años), constituyó una

proporción del 5% de la población total, con una tendencia al incremento en las siguientes décadas llegando a constituir el 6% en el 2002, rasgo propio de los países en vías de desarrollo. El 50.9% lo constituían hombres y el 49.1% mujeres, en el estudio de Arias (1992). Al 2002 la población no ha sufrido cambios significativos, el 49.3% de adultos mayores son hombres y el 50.7% son mujeres. Se ha considerado que el censo de 1981 (citado por Arias, 1992) presenta errores, de acuerdo a los índices de Whipple y el de Naciones Unidas.

Si el número total de defunciones no ha sufrido mayor cambio, no sucede lo mismo en la población añosa, en la cual el número de defunciones pasó de 8,243 en 1950, a 18,124 en 1985, es decir un 120% más. Mientras que las defunciones de 60 años y más significaron un 13.5% del total de defunciones, en 1985 dicha proporción se duplicó al dar 26.1%. Esto no es más que el resultado de las tendencias de la mortalidad, que al disminuir en los primeros años de vida, deja el mayor número de personas para el último tramo de la vida en el cual definitivamente tienen que morir. Alrededor de la mitad de las defunciones de ancianos ocurrió entre los 60 y 74 años. La esperanza de vida de la población añosa también ha mostrado progreso, pero como es lógico, no en la proporción que ha ocurrido en edades inferiores. Este incremento en la esperanza de vida, significa que se tiene que prestar atenciones por mayor tiempo a una población de edad avanzada, que sin duda requiere de atención especial, información que debe ser tomada en cuenta por los planificadores en el campo de la salud social.

En el área urbana de Guatemala, la población mayor de 60 años constituye un 6.8% de la población total, mientras que en el área rural la proporción es del 5.4%, de acuerdo al Informe Nacional de Desarrollo Humano (2002). En el mismo Informe (2002) se observa que la población no indígena de los adultos mayores es de un 6.2% , mientras que la indígena es del 5.6%. Esta diferencia se origina en gran parte en la mortalidad diferencial para ambos grupos étnicos. Pues la población indígena vive en su mayoría en el área rural, donde las condiciones de vida son por lo general precarias en relación a vivienda, atención médica, servicios públicos, educación, etc.

Desafortunadamente no se han realizado estudios sobre la familia en Guatemala, que serían muy útiles para juzgar el papel que los ancianos juegan en su constitución. El censo de 1982 (Arias, 1992), da alguna información relevante, como que el 18% del total de hogares tiene como jefe a un sujeto añoso (mayor de 60 años). Esto refleja la importancia que tiene la persona de edad avanzada, al ser considerada la “cabeza” del hogar, aún cuando no sea el principal sostén

económico. Del total de hogares con jefe añoso, un 10% viven solos, un 37.8% corresponden a hogares nucleares, y un 49.1% a hogares extendidos.

Según resultados de la Encuesta Nacional Socio-Demográfica realizada en 1986-1987 (citada por Arias, 1992), el 71.5% de la población masculina, y el 16% de la población femenina mayor de 60 años, estaban dentro de la fuerza de trabajo. Este porcentaje tan elevado de la población añosa trabajadora, es un reflejo de la necesidad económica de ese grupo social y de la falta de programas de previsión social generalizados. En el censo de 1981 sobre el analfabetismo se encontró que en la población mayor de 60 años, hay una tasa de alfabetismo de 43.1% en hombres y 30.5% en las mujeres. Esto deja mucho que pensar acerca de los tipos de trabajo que desempeña la mayoría de la población añosa que aún trabaja.

B. Depresión

1. Historia y actualidad. La depresión es uno de los trastornos más discutidos en psiquiatría, ya era conocido por los antiguos egipcios, quienes la habían definido como una entidad patológica. A lo largo de la historia se le conocía como "melancolía", pero no fue sino hasta el siglo XIX cuando el psiquiatra Ernil Kraepelin (1855-1926) introdujo un término con mayor especificidad diagnóstica, "depresión". A su vez Kraepelin, agrupó la depresión recurrente y la manía recurrente, juntas en un "circulo de insanidad", en una sola categoría llamada psicosis **maníaco-depresiva**. Después, a partir de la teoría de Freud, la depresión fue atribuida a un superyo muy estricto, con lo cual se descartaba que los niños la pudieran padecer, ya que el superyo surge después de la resolución Edípica. Fue hasta los años setenta del siglo veinte, cuando surgió el DSM-III, que la depresión se conoce y clasifica como en la actualidad.

La depresión es considerada como una exageración en la capacidad de experimentar tristeza, que llega a ser incapacitante, de larga duración, que no responde a influencias externas y que es desproporcionada a las circunstancias. El riesgo de ser afectado en la vida por ella es de un 12% para los hombres y 20% en las mujeres (Prince, 1996 citado por O'Connor, 1997). La incidencia también va en aumento, se ha encontrado en estudios realizados en diversos países que la depresión cada vez comienza a edades más tempranas, y que el riesgo de depresión durante la vida de las personas sigue en aumento. El 10% de todos los niños sufren un episodio de

depresión antes de los 12 años, y un 20% de los ancianos reportan síntomas depresivos (O'Connor, 1997).

Investigadores han estimado que en cualquier momento que se mida, el 20% de la población de Estados Unidos, cumple criterios para cualquier clase de depresión, sin discriminar en edad o sexo (O'Connor, 1997). A pesar de ser un trastorno muy común, frecuentemente pasa desapercibido, pues muchas veces las personas no se han dado cuenta que lo padecen. Hasta tres cuartos de los casos de depresión en ancianos son pasados por alto en el diagnóstico, o son tratados inadecuadamente. En todos los casos la mitad de ellos es diagnosticado adecuadamente, y solo la mitad de estos recibe un tratamiento adecuado. Hasta un 15 % puede terminar en suicidio (O'Connor, 1997).

Muchos autores consideran que la depresión tiene un origen mental y uno físico, pero lo que sí es seguro, es que no es únicamente una emoción como popularmente se cree. Los datos más optimistas giran en torno al tratamiento, pues O'Connor (1997), menciona que cuando las personas son tratadas de manera oportuna y eficaz, el 90% de ellas se recuperarán, y los resultados podrán ser observados a partir de los 10 a 14 días después de iniciar el tratamiento. La terapia más efectiva es la que une psicoterapia con fármacos antidepresivos.

La depresión es un trastorno caracterizado por una tristeza o sensación de "vacío" persistente, algunas veces experimentada como una tensión o ansiedad. Las personas que padecen este trastorno no encuentran placenteras sus actividades (dormir, comer, trabajar, jugar, y vida sexual). También consideran no merecer nada mejor, lo que puede llevarles a sentir impulsos suicidas, o bien, a refugiarse en las drogas o alcohol. Con todos los síntomas mencionados se puede creer que es fácil reconocer a una persona deprimida, pero no es así. Frecuentemente la depresión se ha convertido en parte del "ser" de la persona (O'Connor, 1997), pues lleva tanto tiempo con ella que no puede recordar otro estilo de vida.

Existe un proceso secuencial para reconocer la depresión en esos casos (O'Connor, 1997). La primera etapa es la del dolor confundido, pues la persona sabe que sufre, pero no sabe por qué. La segunda etapa es reconocer que hay algo malo conmigo, ya que no se puede seguir culpando a los demás del sufrimiento personal. Esta etapa muchas veces toma años, ya que una de las manifestaciones de la depresión es precisamente la culpa. La tercera etapa consiste en aquella crisis que usualmente lleva a buscar asistencia profesional y el diagnóstico. Las crisis pueden ser incluso la causa de un intento de suicidio o una hospitalización psiquiátrica.

En esta etapa se realiza el diagnóstico y se inicia el tratamiento. Y la cuarta etapa, implica la aceptación de la depresión como una enfermedad que invade nuestro ser, no como una manifestación del mismo.

2. Clasificación. La depresión es una enfermedad cuya etiología y psicopatología aun son poco comprendidas. Price en 1996 (citado por O'Connor, 1997), plantea tres formas principales de clasificarla, que la diferencian según su etiología, sus síntomas y su curso durante la vida.

a. Clasificación basada en la etiología

-Depresión endógena y depresión reactiva:

La depresión endógena es atribuida a factores genéticos o constitucionales, que ocurren independientemente de los eventos externos en la vida del sujeto. La depresión reactiva es lo opuesto, pues ocurre únicamente en respuesta a las situaciones externas. En la vida pocas depresiones ocurren a consecuencia de un solo tipo de origen, léase endógena o reactiva, usualmente ambas están involucradas.

-Depresión primaria y depresión secundaria:

La depresión secundaria es la que surge como resultado de otros trastornos, como alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia o enfermedad física u otra condición médica. A su vez puede ser secundaria a un estrés externo. Mientras la depresión primaria es aquella en la cual no existe ningún antecedente como causa externa.

-Trastorno afectivo estacional:

Se caracteriza por episodios de depresión que recurren cada año en el invierno, principio de la primavera o tarde en el otoño, y que se considera están ligadas a la disminución en los rayos solares recibidos en esas épocas durante el día por aquellos que viven en las latitudes extremas. Los autores del DSM han descartado otras causas como la falta de ejercicio o la socialización, o bien, la privación de estímulo. Durante este episodio los pacientes se sienten letárgicos, padecen hipersomnia, ganan peso y comen muchos carbohidratos. También se vuelven ansiosos, tristes, irritables y evitan contacto social. Los síntomas mejoran si el paciente se muda cerca del ecuador, o bien si es sometido a fototerapia, más por su efecto a través de la visión, que por su exposición en la piel. Se cree que este trastorno causado por una alteración en la secreción de melatonina en la glándula pineal.

b. Clasificación basada en los síntomas. Esta clasificación pretende no sólo hacer distinción entre manía y depresión, sino que también en términos de su severidad. La psiquiatría tradicional hace distinción entre hipomanía y manía, y entre depresión neurótica y psicótica. Recientemente se ha distinguido entre depresión mayor y menor, y entre depresión moderada y severa. Esta última clasificación ha sido muy criticada, pues no hay evidencia etiológica que los establezca como entidades distintas, mientras sus creadores sostienen que si hay indicaciones biológicas para esta clasificación.

c. Clasificación basada en el curso de su ciclo de vida. Este es el tipo de clasificación utilizado por el manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales DSM-IV, y el Manual Europeo ICD. Ambos difieren en múltiples aspectos, pero coinciden en algunos como: diferencian entre estado de ánimo elevado (manía) y estado de ánimo bajo (depresión); también distinguen entre episodios simples y recurrentes; y, distinguen entre alteraciones del estado de ánimo medianos y severos.

A continuación se menciona la clasificación presentada por el DSM-IV, que en Guatemala es la de mayor utilización a manera de diagnóstico universal. Este manual divide la sección de trastornos del estado de ánimo en tres, la primera describe los episodios afectivos (Episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco), la segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo cuyos criterios exigen la presencia o ausencia de episodios afectivos anteriores, y la tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

En este estudio interesa únicamente la depresión como trastorno afectivo. Por lo tanto se presentarán a continuación los criterios del episodio depresivo mayor, del trastorno depresivo mayor con episodio único, del trastorno depresivo mayor recidivante, del trastorno distímico y del trastorno depresivo no especificado, tomados literalmente del DSM-IV Breviario:

Episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - (3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. Pág. 164).
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía a los episodios mixtos o a la hipomanía

son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial / en remisión total**
- .9 No especificado**

Especificar para el episodio actual o más reciente:

- Crónico**
- Con síntomas catatónicos**
- Con síntomas melancólicos**
- Con síntomas atípicos**
- De inicio en el posparto**

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. **Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan lo criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve**
- .1 Moderado**
- .2 Grave sin síntomas psicóticos**
- .3 Grave con síntomas psicóticos**
- .4 En remisión parcial / en remisión total**

.9 No especificado

Especificar para el episodio actual o más reciente:

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

F34.1 Trastorno distímico (300.4)

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está depresivo, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) pérdida o aumento de apetito
 - (2) insomnio o hipersomnia
 - (3) falta de energía o fatiga
 - (4) baja autoestima
 - (5) dificultades para concentrarse o tomar decisiones
 - (6) sentimientos de desesperanza
- C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. **Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como lo son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):

Con síntomas atípicos (v. Pág. 194)

F32.9 Trastorno depresivo no especificado (311)

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual
2. Trastorno depresivo menor
3. Trastorno depresivo breve recidivante
4. Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia
5. Un trastorno depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.
6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

3. Diagnóstico. La depresión es uno de los diagnósticos erróneos más comunes en la clínica médica general (O'Connor, 1997). La cantidad y la gravedad de los síntomas somáticos generalmente se incrementa con la gravedad de la depresión. Separar las depresiones mayores según sean endógenas o autónomas no se ha encontrado útil.

La depresión ocurre a cualquier edad y puede manifestarse con síntomas primarios que no abarcan cambios manifiestos del estado de ánimo, razón por la cual puede ser muy difícil diagnosticar la depresión en niños. A causa de los cambios en el desarrollo cognoscitivo y lingüístico que ocurren durante la infancia, los estados emocionales se manifiestan y proyectan de manera diferente.

En las personas de la tercera edad el síntoma más importante puede ser un cambio en la función cognoscitiva, o sea, del pensamiento. Algunos autores le llaman "seudodemencia" a un estado clínicamente idéntico a la demencia senil irreversible, pero que se resuelve con tratamiento que incluya antidepresivos. Varios autores se oponen a la utilización de dicho término, pues se conoce que la demencia senil *per se* no es remitente y carece de reacción al tratamiento con fármacos.

4. Agentes etiológicos

a. Factores bioquímicos. La mayor parte de casos de depresión mayor recurrente tienen cierta base biológica (Goldman, 1994), que es hereditaria (Rice, 1997), lo cual no omite que los factores psicológicos tengan una función en la formación de síntomas o en la precipitación de las crisis de depresión de menor gravedad. Estudios genéticos y familiares indican que el riesgo entre los parientes de primer grado de los pacientes que sufren depresión mayor, es aproximadamente de dos a tres veces el riesgo de la población en general.

La hipótesis más importante que explica el mecanismo real de la depresión se orienta a las alteraciones de la regulación de los sistemas neurotransmisores monoamínicos, en particular los de noradrenalina y serotonina (5-hidroxitriptamina). Los sistemas neurotransmisores monoamínicos del sistema nervioso central se encuentran ampliamente distribuidos y participan en la regulación tónica de las funciones vegetativas como excitación, movilidad, sueño, agresividad y otras. Diversos informes biológicos han encontrado que un número importante de casos de depresión mayor presentan un aumento o disminución de la función noradrenérgica, a juzgar por las concentraciones urinarias de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHFG), principal metabolito de la función noradrenérgica del sistema nervioso central. Mientras que otros estudios han señalado una disminución de la actividad serotoninérgica en ciertos subgrupos, por las concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), metabolito principal de la actividad serotoninérgica en el cerebro. También se ha encontrado que la monoaminoxidasa (MAO) y la cotecol-O-metiltransferasa (COMT), enzimas importantes en el metabolismo de las monoaminas, están disminuidas, en los pacientes deprimidos.

Recientemente se planteó una nueva hipótesis, que relaciona la depresión con una regulación alterada del equilibrio colinérgico y adrenérgico, caracterizándose por un dominio

colinérgico relativo. Además se ha observado que la dopamina disminuye desde el punto de vista funcional en algunos casos de depresión mayor.

Todos los sistemas de neurotransmisores monoamínicos están interrelacionados y sometidos a adaptación compensatoria de la alteración con el paso del tiempo, además del descubrimiento de que muchos neuropéptidos y hormonas pueden servir de neurotransmisores en ciertas situaciones, ponen en relieve la complejidad de la regulación neural del estado de ánimo.

La mayor parte de las hipótesis actuales sobre la función de los neurotransmisores en los estados de ánimo, se orientan a cambios en la sensibilidad y número de receptores, más que a cambios en cantidad de los neurotransmisores disponibles.

En el paciente con trastorno depresivo se han encontrado evidencias acerca de que la función alterada de los neurotransmisores en ciertas partes del sistema límbico pueden producir alteraciones en el control hipotalamohipofisiario, que dan consecuentemente anomalías en la regulación neuroendócrina (Goldman, 1994). Se han observado en muchos pacientes con trastorno depresivo graves alteraciones en el eje hipófisis-suprarrenales, una excesiva producción de cortisol por la corteza suprarrenal se hace evidente. También se han observado alteraciones en el eje hipófisis-tiroides. El sueño se caracteriza por una disminución total del mismo, disminución en la latencia del MOR (movimientos oculares rápidos), aumento en la intensidad de los movimientos oculares rápidos, y disminución del sueño delta 4.

b. Factores psicosociales. El estrés psicosocial puede desempeñar una función en la precipitación de una crisis depresiva mayor, aunque la investigación actual indica que no produce crisis depresivas graves.

La persona deprimida puede a menudo alterar las relaciones con los amigos y familiares, lo cual puede formar un círculo vicioso en el cual se forme ya una personalidad depresiva con rasgos depresivos crónicos. Con frecuencia se observan rasgos de carácter histriónico y hostil, lo mismo que antecedentes de dificultades en mantener y conservar relaciones interpersonales estables. La presencia de un trastorno de la personalidad no afecta directamente en el perfil sintomático, pero si puede presagiar resultados peores.

Freud y otros psicoanalistas consideran la depresión como un mecanismo de reparación psicológica (Myers, 1999), en la cual la pérdida de un objeto amado y la lesión psíquica consecuente podrían superarse sólo mediante el autocastigo en el que se devalúa el objeto

internalizado. Freud sostuvo que el desarrollo del Yo, dependía de la resolución con éxito de la pérdida del objeto (Myers, 1999). Por lo tanto la depresión surge como una manifestación del remordimiento por la ira hacia un objeto percibido de manera ambivalente (amado y odiado). Otros psicoanalistas consideran la depresión más como una reacción del yo al desamparo, que a la ira internalizada.

Las deformaciones cognoscitivas, o cogniciones negativas pueden originar o bien mantener el estado depresivo (Myers, 1999). Estas cogniciones consisten en una interpretación negativa de la experiencia, valoración negativa de sí mismo, pesimismo por el futuro, pensamientos rumiantes enfocados en sí mismo y de autoculpa. Algunos pacientes deprimidos parecen aferrarse a la experiencia depresiva, incluso suelen buscar relacionarse con personas cuyos puntos de vista desfavorables sobre ellos verifican y magnifican aún más su baja autoimagen (Swann, 1991; citado por Myers, 1999). La conducta deprimida también puede generar hostilidad, ansiedad e incluso depresión en las personas que rodean al sujeto con depresión.

Una de las teorías cognitivas sostiene que los sujetos sometidos a situaciones cargadas de estrés en las que son incapaces de prevenir o alterar un estímulo aversivo, se apartan y no hacen ningún intento por escapar, incluso teniendo la disponibilidad de mejorar su situación. A esta teoría se le llama el "desamparo aprendido".

Otra teoría afirma que la falta o disminución de la magnitud en el refuerzo positivo puede predisponer la depresión. Una persona deprimida se siente incapaz de adoptar conductas que busquen el éxito, lo cual produce una baja autoestima a su vez.

C. Depresión en la tercera edad

1. Principios generales. El psicólogo gerontológico ha de ser muy sensible al amplio rango de diferencias que puede encontrar en los adultos de la tercera edad al evaluarlos por una posible depresión. Pues son muchas las variables que pueden influir en el desempeño y resultados de las pruebas psicológicas, tales como las experiencias de vida, las condiciones de salud y los problemas sensoriales (especialmente auditivos y visuales). Quizás la fragilidad de los más ancianos requiera una asesoría en casa. Además los ancianos son en general más lentos que los adultos jóvenes, lo que hace las sesiones de pruebas más largas, sin olvidar que algunos ancianos tienden a hablar demasiado sobre su vida.

Los psicólogos deben conocer los estereotipos creados acerca de la tercera edad, ya que generalizaciones culturales comunes pueden influir en la interpretación de resultados. También transferencias y contra-transferencias inusuales pueden surgir en la relación paciente-psicólogo, cuando el profesional está acostumbrado a tratar únicamente adultos jóvenes.

En nuestra sociedad existe el estereotipo acerca de que la tercera edad es una etapa en la cual se debe descansar, no trabajar, no aceptar desafíos, en fin es un descenso lento hacia la muerte. Los ancianos que viven bajo este estereotipo llegan a sentirse aislados, rechazados, inútiles y dependientes. Todo esto propicia que se desarrolle en ellos un estado de ánimo depresivo, evidente en los resultados de Munsell (1999), donde se encontró una prevalencia del trastorno depresivo en Guatemala de 44% en hombres y 56% en mujeres que asisten al CAMIP (Centro de Asistencia Médica Integral para Pensionados). Los resultados de Roca (1989), muestran que el 29% de los ancianos de la muestra (que incluía ancianos pertenecientes al CAMIP y ancianos que vivían institucionalizados), presentaban síntomas depresivos.

Munsell (1999) afirma que existe dificultad en probar que algún acontecimiento o evento en la tercera edad esté relacionado estadísticamente con un estado mental (como la depresión). Cohen (1994) propone que existe dificultad en establecer de manera científica si el evento causó el estado (depresivo), o bien si el estado de la mente causó el evento, o si simplemente se relacionan por medio de otro factor.

2. El anciano con depresión. La psicología del anciano está influida en gran parte por los aspectos físico, mental, social y afectivo. Como menciona Riesco (1984), en todos esos aspectos el anciano experimenta un cierto grado de pérdida que puede influir en crearle un estado depresivo. Al sentir las limitaciones que progresivamente van aumentando, el anciano siente cada vez menos deseos de vivir, sus posibilidades de disfrutar o sentir placer van disminuyendo, lo cual puede generar cierto temor al futuro si no se ve el envejecimiento como una realidad y se acepta. Una vida larga es deseable si existe un funcionamiento físico adecuado y la función intelectual se mantiene. El mayor temor es la pérdida de la autonomía e identidad personal (Goldman, 1994).

La psiquiatría geriátrica es aquella que se encarga del estudio y tratamiento de los trastornos mentales que afectan al anciano (Goldman, 1994).

Los cambios físicos normales en el proceso de envejecimiento, ya mencionados anteriormente, pueden llegar a descompensar parcial o totalmente al anciano si no puede adaptarse adecuadamente a ellos. A su vez también Frederick en 1978 (citado por Goldman, 1994), menciona que ocurre el fenómeno opuesto, es decir que las personas de la tercera edad que se encuentran deprimidas son las que con mayor frecuencia presentan síntomas somáticos, y rara vez reciben atención de un especialista en salud mental. La interacción de trastornos médicos y psiquiátricos en los ancianos requiere de una habilidad clínica muy especial que permita distinguir los padecimientos somáticos de los conductuales.

Hay ciertos factores de riesgo asociados con el envejecimiento que pueden desencadenar síntomas de depresión en los ancianos, entre ellos las afecciones médicas. Estos factores de riesgo pueden llegar incluso a colocar la prevalencia de dichos síntomas en el 13 al 18%, como en el estudio de Murrell y colaboradores en 1983 (citado por Goldman, 1984), realizada en grandes muestras de ancianos residentes en la comunidad estadounidense. Y, hasta en un 27% en pacientes ancianos con afecciones médicas (Goldman, 1984). También la tasa de suicidios es mayor en los ancianos, pues a pesar de que en Estados Unidos dicha población conforma solamente el 12% de la población total, da cuenta de una cuarta parte de todos los suicidios, la tasa de suicidios es hasta el triple en los ancianos al compararlos con la tasa de suicidios en la población en general, que es de 13 por cada 100,000 menciona Goldrnan (1994).

Como se menciona al inicio, las pérdidas son el precio de una vida larga. La pérdida puede ser de origen físico, social, afectiva, económica; y conforman por sí mismas los factores de riesgo que pueden desencadenar síntomas depresivos. La jubilación, se asocia a una reducción en un tercio o a la mitad del ingreso personal según Soldo y Agree (1988, citado por Goldman, 1984). En la tercera edad son frecuentes las pérdidas de seres queridos, el cónyuge, un hijo o familiar cercano, o bien de un buen amigo. Se inicia la pérdida de la capacidad funcional o sensorial que pueda limitar al anciano en su funcionamiento normal tanto en las actividades básicas de la vida (comer, bañarse, arreglarse, ir al baño, pasearse etcétera), como en las actividades instrumentales que se requieren para mantener una vida comunitaria independiente (propio manejo financiero, utilización de transporte público, usar el teléfono, ir de compras, etcétera), al punto de volverse dependiente de alguien más.

La alta prevalencia de los trastornos conductuales en los sujetos de la tercera edad, requiere que todas las personas profesionales de la salud que le atiendan, le realicen un examen

breve de su estado mental de manera periódica. Para Goldman la observación de la apariencia, emoción, estado de ánimo, función psicomotora, expresión oral y contenido del pensamiento, se hace inminente en la tercera edad (Goldman, 1994).

Casi el 20% de los ancianos deprimidos se presentan con enfermedades físicas al consultar con un médico, lo que puede hacer difícil distinguir la depresión, o los síntomas depresivos, de las alteraciones médicas (Goldman, 1994). Los síntomas depresivos más frecuentes observados en los ancianos son los somáticos, como las perturbaciones del sueño (insomnio, hipersomnia...), alteraciones en el apetito, ansiedad, apatía y fatiga. Entre los síntomas subjetivos están la emoción limitada, y la incapacidad para experimentar placer y desesperanza.

Las enfermedades que pueden presentarse en conjunto con un estado de ánimo depresivo (ya bien por ser la causa directa o indirecta de éste) tienen que ser descartadas antes de hacer el diagnóstico de depresión. Entre ellas están: el cáncer oculto, infecciones como la hepatitis o neumonías, trastornos endocrinos (hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, panhipopituitarismo), enfermedades del sistema nervioso central como Parkinson e inicios de Alzheimer, enfermedad renal o pulmonar, deshidratación, apoplejía, lesiones en la masa encefálica y enfermedades sistémicas importantes (insuficiencia cardíaca). También puede observarse un estado de ánimo depresivo después de un período reciente de enfermedad o trauma que halla dejado secuelas que no permitan al anciano regresar a su estado anterior, como apoplejía, fractura de cadera, accidente cerebro vascular o infarto al miocardio.

De igual manera ha de ponerse mucha atención a los medicamentos que el anciano toma, pues estos pueden ser la causa de un estado de ánimo depresivo, como un efecto colateral adverso en el sistema nervioso central. Entre los fármacos que pueden producir síntomas depresivos en quienes los consumen están: los antihipertensivos (reserpina, metildopa, betabloqueadores e hidralacina), los antagonistas de la histamina H₂, la digoxina, hipoglucemiantes orales, esteroides, agentes citotóxicos (usados en el tratamiento de cáncer), cualquier depresivo del sistema nervioso central (barbitúricos, benzodiacepinas, neurolépticos y alcohol).

La depresión puede causar en los ancianos una incapacidad cognitiva, la *demencia de depresión o pseudodemencia*, que puede confundirse con la demencia *per se*. La demencia de depresión suele presentarse con un inicio súbito de los síntomas, entre ellos: retardo psicomotriz prominente, constricción en la expresión de las emociones y los signos vegetativos, trastornos

cognoscitivos como alteraciones en la concentración y memoria a largo plazo. Las demencias primarias (enfermedad de Alzheimer y demencia por infartos múltiples), presentan como trastornos cognoscitivos prominentes las deficiencias para recordar y registrar, y no muestran evidencia de recuperación en la capacidad cognitiva luego del mejoramiento de la depresión, que si manifiesta la demencia de depresión (Goldman, 1994).

3. Asistencia a ancianos con depresión. Para que el diagnóstico de trastorno depresivo se haga según los criterios determinados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994), es necesario que el paciente presente cinco de los nueve síntomas allí enumerados en la descripción del Trastorno Depresivo Mayor (presentados en incisos anteriores), por un lapso mayor de dos meses. La estimación de la mayoría de esos síntomas en los adultos mayores puede ser problemática. Diferencias normales entre adultos jóvenes, y adultos de la tercera edad pueden obscurecer los síntomas depresivos reales, o bien, ser juzgados como síntomas cuando no lo son.

Entre los síntomas que puede presentar este tipo de problema se encuentran, primero las alteraciones del sueño. Durante la tercera edad, como ya se mencionó con anterioridad, los sujetos presentan alteraciones del sueño, duermen menos y se despiertan varias veces en la noche. Segundo, la fatiga. En la tercera edad se presenta una menor resistencia al esfuerzo, lo que lleva a experimentar fatiga ante la realización de esfuerzos. Tercero, la disminución del interés por el sexo, o la pérdida de la libido. Este es un aspecto que no es evaluado en el DSM IV, pero que sí es asociado por muchos terapeutas con la depresión. También se ha encontrado que en la tercera edad existe un decrecimiento en la actividad sexual que es normal.

También muchos síntomas parecidos a los producidos por la depresión, pueden ser resultado de varias afecciones médicas, como la disfunción tiroidea, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, como las más frecuentes. El uso de antihipertensivos también se ha relacionado con depresión. Por ello es crucial que se realice al sujeto de la tercera edad que presente síntomas depresivos una evaluación médica, así como una evaluación psicológica o psiquiátrica, realizada preferentemente por un geriatra que tome una buena historia médica, a manera de que descarte la presencia de una enfermedad física que sea la causante de los síntomas, que evalúe los medicamentos que esté tomando y que estudie su ambiente socioafectivo.

En los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (citado por Storand & Vanden.Bos, 1997), se encontró que la prevalencia del trastorno depresivo en la tercera edad era menor que la hallada en cualquier otro grupo de edad de adultos. A los seis meses la prevalencia del trastorno depresivo mayor en sujetos mayores de 65 años era del 2%. La prevalencia de la distimia fue de 1.5%. Han sido también varios estudios, entre ellos el de Blazer en 1987 (citado por Storand & VandenBos), los que han encontrado que la prevalencia de síntomas depresivos significativos que no cumplen los criterios diagnósticos, es hasta del 20% en la comunidad de la tercera edad. Estos pacientes están en riesgo de un sufrir un trastorno depresivo mayor, y quizás buscan atención médica por los síntomas presentados, sin que se encuentren causas biológicas. Los síntomas, formas de presentación y condiciones físicas propias de la tercera edad varían del resto de la población adulta, lo cual lleva a considerar si es necesario tomar en cuenta diferentes criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo en esta población.

En el estudio realizado en Guatemala por Munsell (1999), se encuentra que la prevalencia del trastorno depresivo entre los trabajadores jubilados de la población estudiada es alta al compararla con los niveles de prevalencia mostrados en otros países como EUA (44% en mujeres y 56% en hombres). O'Connor (1997), menciona tasas de 20% o más; mientras Cohen (1994), presenta cifras del 2.5%. Roca (1989), en su estudio realizado en Guatemala, encontró que el 29% de los sujetos de la tercera edad (evaluados en dos grupos, un grupo que vivían en instituciones y otro que no vivían institucionalizados), presentaban depresión de acuerdo al Test de Medición de la Depresión del Dr. William. Zung.

Goldman (1994), menciona la necesidad de grupos de apoyo para los ancianos, mientras Riesco (1984), hace énfasis en la necesidad de que tanto la familia y la sociedad apoyen al anciano mostrándoles más respeto, no marginándolos, mejorando su situación económica, dándoles acceso a mejorar su formación intelectual, tomándoles en cuenta en la toma de decisiones, no abusando de ellos ni maltratándoles. Considera la autora que además de los aspectos anteriores también debe considerarse en Guatemala la necesidad de cumplir el derecho de todo ciudadano a servicios de salud física y mental gratuitos.

4. Vulnerabilidad del anciano a desórdenes afectivos. La vulnerabilidad a un trastorno del estado de ánimo como la depresión está determinada por

diferentes aspectos como lo son: la genética, historia familiar, experiencias de vínculos tempranos (apego), desarrollo de la personalidad y eventos de la vida que causan estrés (Stevens & Price, 1996). En conclusión, son los factores genéticos y ambientales los que determinan si en una circunstancia dada el umbral para que surja la depresión disminuye o aumenta. Las personas con umbrales bajos son más vulnerables a los factores predisponentes para una respuesta depresiva.

Estudios a largo plazo han encontrado que cuando se ha padecido un episodio de trastorno depresivo mayor, las probabilidades de recaer son altas (Stevens & Price, 1996). Los factores que se han relacionado con estas recaídas son la ausencia de apoyo social o familiar, y una historia de trastornos depresivos anteriores.

Por estas razones considera la autora que la población de la tercera edad es susceptible a sufrir un trastorno depresivo, máxime si se encuentran institucionalizados, pues bajo estas circunstancias se ha demostrado que la soledad y el sentimiento de desamparo surgen en el anciano. En este estudio no se tendrá acceso a una historia clínica anterior de cada sujeto de la muestra que indique si han padecido algún trastorno depresivo anterior, solamente se tendrá alguna información a través de las referencias personales dadas por cada individuo.

5. Diagnóstico diferencial con demencia. Es frecuente observar que los sujetos de la tercera edad que presentan síntomas depresivos, presenten al mismo tiempo síntomas de dificultad cognitiva. En tal situación es necesario determinar si el problema depresivo causa la alteración cognitiva, o bien si es a la inversa, si existe una demencia como la enfermedad de Alzheimer (60% de las demencias), que esté provocando los síntomas depresivos (Goldman, 1994).

Demencia es un término utilizado para describir cualquier síndrome que cause una pérdida en las habilidades cognitivas (pérdida de memoria, de la capacidad de calcular, de la relación tiempo y espacio y de realizar trabajos sencillos), que causan una disfunción cerebral. Se estima que su prevalencia es del 6% en su forma severa, y del 10-15% en su forma moderada, en todos los sujetos mayores de 65 años (Cummings & Benson, 1992; citado por Storandt & VandenBos 1997).

El trastorno depresivo no ha de diagnosticarse si se demuestra la existencia de una demencia como causa primaria. Pues si bien en algunas ocasiones un trastorno depresivo mayor

puede producir disfunciones cognitivas es muy difícil que produzca un cuadro de demencia. Aunque algunos autores consideran la existencia del Síndrome de Demencia Depresiva (La Rue, 1992; citado por Storant & VandenBos, 1997), el cual consiste en una alteración cognitiva significativa clínicamente, que coincide con un episodio depresivo, que remite o empeora sustancialmente cuando se presentan los síntomas depresivos, en él trastorno depresivo no es la causa de la demencia.

6. Medición con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Esta escala fue desarrollada en 1983 por el Dr. Jerome Yesavage en colaboración con el Dr. Brink (versión original) y el Dr. Sheikh, como un inventario de auto-reporte para medir la depresión de manera exclusiva a adultos de la tercera edad. La escala es de dominio público y puede ser reproducida sin autorización, siempre que no se altere la formulación de las preguntas, como resultado de la ayuda Federal en los Estados Unidos (Yesavage, 1983). Se crearon dos formas de la prueba, una larga de 30 ítems y una corta de 15 ítems (Yesavage, 1986), que han sido traducidas y validadas en varios idiomas, entre ellos el español. La forma de respuesta en esta escala es de SÍ o NO.

La escala corta puede sugerir la presencia de depresión, o bien afirmar una alta probabilidad de padecer depresión, de acuerdo al puntaje obtenido. Ahora, bien, la versión larga, que será la que se utilizará en el presente estudio (ver apéndice A), es más específica en sus afirmaciones, pues de acuerdo al puntaje puede clasificarse al paciente como normal o no deprimido (0-9 puntos), deprimido (10-19 puntos) y severamente deprimido (20-30 puntos). Rapp en 1988, (citado por Storand & VandenBos, 1997), encontró en un estudio realizado con 150 ancianos, que al colocar el límite que define entre un sujeto normal y uno con depresión en el puntaje de 10 presentaba una sensibilidad del 70%, y una especificidad del 89% para el diagnóstico de un estado depresivo.

La mayoría de los ítems de la escala corresponden directamente a los criterios del DSM IV, lo cual demuestra su validez como parte de una evaluación psiquiátrica. Pero los 30 ítems tratan de no enfocarse en los síntomas somáticos de depresión, puesto que los autores del GDS encontraron que los ítems somáticos no mostraban una correlación aceptable entre el ítem y el puntaje total en la construcción inicial de la escala (Storand & VandenBos, 1997).

La escala GDS posee varias características deseables para un instrumento de medición: es breve, bien tolerada por los que la llenan, y con resultados muy similares en una gran variedad de poblaciones (Storand & VandenBos, 1997). Como aspectos negativos se encuentran: el que no ofrece una recopilación de los síntomas somáticos presentados al profesional de la salud, pues no es ese su objetivo, y el que para algunos autores el tipo de Formato SÍ - NO es muy limitante en algunas preguntas, aunque otros lo consideran muy ventajoso. Tampoco el GDS, así como todos los inventarios de auto-reporte es muy sensible en la identificación de la distimia o bien a una historia de trastorno depresivo durante toda la vida.

III. MÉTODO

A. Sujetos

La población del estudio está constituida por los ancianos que viven institucionalizados en el Departamento de Guatemala, está repartida en 17 hogares, con un total aproximado de 560 ancianos. Once de los asilos son mixtos, uno exclusivamente para hombres y 5 para mujeres.

El 35% de la población de ancianos institucionalizados se encuentra viviendo en los dos hogares para ancianos de la Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paul, uno atiende a la población femenina con una capacidad aproximada de 100 mujeres (ahora se encuentra en remodelación, su capacidad verdadera es mayor, entre 120 y 130 personas), y el otro atiende preferentemente a la población masculina (pues por la demanda han abierto sus puertas también al sexo femenino), con una población similar al primero. El resto se encuentra disperso en los otros hogares, sin poseer cada uno un porcentaje significativo. Por esa razón se ha considerado tomar la muestra de los dos Hogares de Ancianos San Vicente de Paul, y de dos hogares privados de la Ciudad de Guatemala, Hogar de Ancianos Monte María y Hogar Casa Grande.

Los Hogares de Ancianos San Vicente de Paul tienen los siguientes requisitos que se han de llenar para poder ingresar: tener 60 años o más de edad, no padecer de invalidez física al momento de su ingreso (salvo algunas excepciones), no padecer de enfermedades infecto-contagiosas ni terminales, poder satisfacer sus necesidades básicas por sí solos (como bañarse, comer, vestirse, lavar su ropa) al momento de su ingreso, y no padecer de trastornos psiquiátricos como demencia y Alzheimer a su ingreso. Suele pedírseles cierta contribución mensual a modo de pago por su estancia, la cual varía dependiendo de las posibilidades económicas de cada anciano, en el caso de carecer de las posibilidades se les da el servicio gratuitamente. Los dos asilos constan con oficinas directivas, enfermería, dormitorios para los ancianos, lavandería, bodega, cocina, comedor, salas de recreación, patios y una capilla católica. También cuentan con los servicios profesionales de médico, enfermeras, trabajador social, psicólogo, administrador, secretarías y demás personal (de limpieza, conserjería y cocina).

Los dos hogares privados Monte María y Casa Grande, poseen requisitos de ingreso más flexibles, pues únicamente están el que sean personas de la tercera edad que no llenen requisitos para hospitalización al momento de su ingreso. Esto hace que su población muestre un mayor

número de patologías, entre ellas las psiquiátricas y terminales. Prestan los mismos servicios que los Hogares de Ancianos San Vicente de Paul, con la diferencia que la cantidad de personal es mayor en proporción con el número de internos. Esto hace que la atención profesional sea más personalizada y de mejor calidad.

La muestra se dividió en dos grupos por sexo. Está conformada por 45 hombres y 50 mujeres. Se entrevistó un total de 50 hombres y 56 mujeres, desechándose las entrevistas que no cumplieran los requerimientos del estudio, con el fin de descartar a los sujetos que presentaran síntomas depresivos secundarios a otra causa. La muestra total, 95 sujetos, representa un 17% de la población total de las personas de la tercera edad que viven en asilos en la ciudad capital, es decir poco menos de la quinta parte.

Los requerimientos establecidos para que un sujeto pudiese formar parte de la muestra eran evaluados en la Encuesta, que se aplicó previo a la Escala GDS. Estos consistieron en:

- * Tiempo de jubilación. Se descartaban las personas que se habían jubilado o retirado de su trabajo en un período menor al de un año, y que no deseaban hacerlo, ya que podrían presentar depresión como parte del proceso de adaptación.
- * Tiempo que lleva viviendo en el asilo. Las personas que llevaban menos de tres meses de vivir en el asilo, eran descartadas por encontrarse en el período de adaptación.
- * Enfermedades que padece. Eran descartados los ancianos que padecían cáncer, infecciones como la hepatitis o neumonías, trastornos endócrinos (hipo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, panhipopituitarismo), enfermedades del sistema nervioso central como Parkinson y Alzheimer, enfermedad renal o pulmonar, deshidratación, apoplejía, lesiones en la masa encefálica y enfermedades sistémicas importantes (como la insuficiencia cardíaca). También un período reciente de enfermedad o trauma que no haya permitido recuperarse totalmente al sujeto.
- * Medicamentos que toma. Eran descartados aquellos ancianos que estaban tomando antihipertensivos (reserpina, pina, metildopa, betabloqueadores e hidralacina los antagonistas de la histamina H₂, digoxina, hipoglucemiantes orales, esteroides, agentes citotóxicos (usados en el tratamiento de cáncer), cualquier depresivo del sistema nervioso central (barbitúricos, benzodiacepinas, neurolépticos y alcohol).
- * Duelo o separación. Fueron descartados todos aquellos sujetos con un duelo menor a un año de un ser querido cercano, entiéndase padres, cónyuge o hijos.

La participación fue voluntaria y anónima por parte de los integrantes de la muestra, lo cual la clasifica como una muestra no probabilística, por su selección un poco arbitraria. Aunque es interesante observar que solamente dos sujetos de toda la muestra estudiada se negaron a colaborar.

B. Ambiente

La aplicación de las encuestas y escalas GDS se realizó de manera individual y oral, en las instalaciones de los asilos, el ambiente natural de la muestra: en los pasillos, salas de recreo, o bien en el dormitorio de cada uno de los sujetos, a manera de buscar privacidad, poder conversar sin ser escuchados por los demás y de evaluar a los sujetos en su ambiente cotidiano.

A todos se les aplicó de forma oral tanto la encuesta como la escala GDS, a manera de poder extenderse y profundizar un poco más en las necesidades e inquietudes de los sujetos, así como de evaluar su estado de ánimo, coordinación y coherencia en el lenguaje y conversación, aspecto físico, y, muy importante, de establecer el rapport entre el entrevistador y el sujeto antes de formular las preguntas de la escala GDS.

C. Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos: una encuesta (Apéndice A) elaborada por la autora, que cumplía dos fines: obtener los datos generales de los sujetos y seleccionar a la muestra, pues evaluaba la presencia o ausencia de requisitos de exclusión e inclusión de los sujetos para conformar la muestra, como se detalla al describir la muestra en el inciso "sujetos". Esta encuesta fue sometida a revisión tanto por expertos en psicología como a expertos en estadística, informática y publicidad. Fue probada en su forma final en cinco sujetos de la tercera edad que concordaron en su claridad

Y el segundo instrumento fue la Escala de Depresión Geriátrica, GDS (Apéndice B), con la cual se evaluó si los sujetos presentaban o no síntomas de depresión moderada o severa, a través de sus respuestas a treinta preguntas con un tipo de respuestas de SÍ y NO (Dirección en internet: "<http://www.stanford.edu/yesavage/Medline1.html>"). Como se menciona en la misma dirección de internet, esta prueba ya ha sido validada y se ha comprobado su confiabilidad en varios países de América Latina, entre ellos El Salvador, Costa Rica y México. Incluso menciona Munssel (1999), que esta Escala fue declarada como el instrumento oficial para la detección de

depresión en adultos mayores en el Congreso de Gerontología realizado en México en julio de 1998.

Ambos se aplicaron de forma oral a cada sujeto en un lapso aproximado de 15 minutos, dependiendo de las necesidades individuales de hablar, desahogarse o comentar datos específicos.

D. Diseño

Este estudio consistió en una investigación no experimental, pues no se manipularon las variables de manera deliberada, únicamente se observó el fenómeno del trastorno depresivo en ancianos de ambos sexos que vivían en asilos. A su vez el estudio posee un diseño transeccional descriptivo, con un tipo de investigación ex post facto, pues su objetivo era indagar los valores de la variable independiente (género) sobre la variable dependiente (depresión), según los resultados obtenidos de la prueba GDS.

El método estadístico utilizado fue la Prueba paramétrica "t", que permitió evaluar si los dos grupos de la variable independiente (masculino y femenino), diferían de manera significativa en las medias obtenidas de los resultados de la Escala GDS.

También se realizó un estudio de los porcentajes y medias de los datos obtenidos en la Encuesta que eran relevantes para el estudio.

E. Procedimiento

La aplicación de la encuesta y escala GDS en los diferentes asilos se llevó a cabo luego de una debida presentación de la autora y del presente estudio a cada una de las autoridades administrativas de los centros. En los cuatro centros se entregó una carta de presentación de la Universidad del Valle de Guatemala, y una carta de la autora en la cual se presentaban los objetivos, la hipótesis, el procedimiento, a seguir y los instrumentos del estudio. A petición del Hogar para Ancianos San Vicente de Paul, se les entregó únicamente a ellos una copia del protocolo del estudio aprobada por la asesora. En los cuatro asilos existe el compromiso de entregar una copia de la tesis al finalizarse.

Las aplicaciones se realizaron durante el mes de agosto del año 2,000, en un horario de 8:00 a 12:00 horas, por un lapso de 13 días, con un promedio de 8 su sujetos diarios. El horario de aplicación obedecía a la mayor posibilidad de acceder a los ancianos en ese horario, pues no

les tocaba alimentación, era menos probable que estuvieran descansando y ya habían terminado de bañarse.

Se abordaba a los sujetos con una breve presentación de la entrevistadora (que fue únicamente la autora) y del estudio de manera individual con cada sujeto, haciendo énfasis en la aprobación y anuencia de las autoridades del hogar a dicho estudio, así como de la importancia de sus resultados. Luego que el sujeto aprobara colaborar de manera voluntaria, se iniciaba la aplicación. Siempre se dejaba a criterio del sujeto el sitio donde deseaba ser entrevistado (dormitorio, patio, sala), y se reiteraba el carácter voluntario y anónimo del estudio. Se daba oportunidad a los sujetos de extenderse y comentar con la entrevistadora.

1. Procedimiento para la evaluación de los resultados de la Escala GDS. Se utilizó una plantilla para obtener los resultados, que posteriormente se convirtieron a tres categorías, A) No deprimido, B) Depresión moderada y C) Depresión severa, según la norma expuesta en el fundamento teórico. Los resultados numéricos de cada categoría se encuentran en la Tabla 1.

2. Procedimiento para evaluar los resultados de la encuesta. Primero se clasificaron las encuestas por sexo. Se calculó la media de: la edad y de los años de vivir en el asilo de los sujetos de la muestra. Se tabuló por porcentajes para someter a discusión: el estado civil, los que obtuvieron jubilación, los que padecen de alguna enfermedad, el número de medicamentos que toman, la presencia de problemas económicos, el deseo de tener un trabajo remunerado, tener una pensión o ayuda económica de alguien, tener familiares que se preocupen por ellos y la frecuencia con la que le visitan sus familiares.

IV. RESULTADOS

El objetivo principal de este estudio era determinar si existe una diferencia significativa en la incidencia del trastorno depresivo entre sexos, de sujetos de la tercera edad que viven institucionalizados en la Ciudad Capital de Guatemala.

A continuación se presentan los resultados obtenidos mediante la metodología expuesta en la sección anterior.

A. Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica GDS

En la Tabla 1 se presentan la cantidad de sujetos (N) y las medias en los puntajes obtenidos en la GDS, por grupo de Género y en total, y sus desviaciones estándar (S).

El valor “t” de Student obtenido de la muestra total fue de 1.11, con 93 grados de libertad. Al comparar este resultado con la tabla de distribución “t” de Student de 2.368 con un nivel de confianza $\alpha= 0.01$, y la tabla de distribución de 1.6620 con nivel de confianza de $\alpha= 0.05$, hallamos que la hipótesis nula ha de aceptarse.

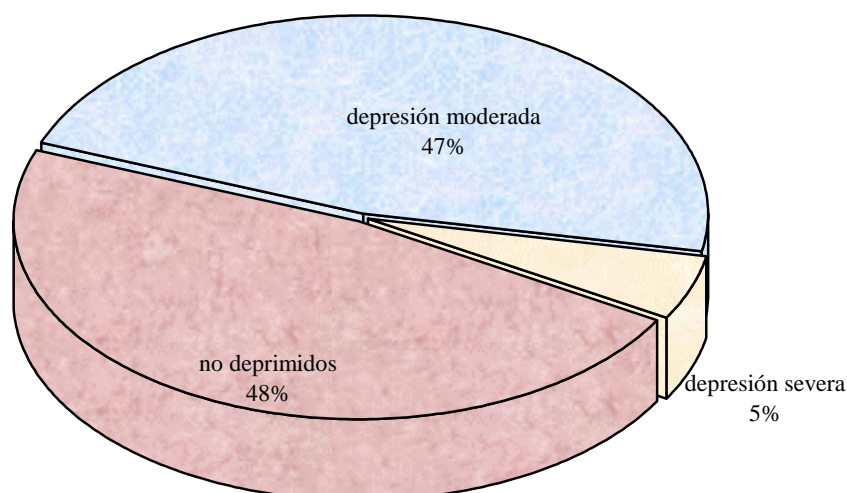
Tabla 1
Resultados de la Escala de Depresión Geriátrica

Variable	X	S	n
Femenino	10.55	5.07	50
Masculino	9.52	4.05	45
Total	10.05	4.65	95

La Gráfica 1 presenta los porcentajes de incidencia de cada una de las tres clasificaciones de resultados de la Escala GDS en la muestra total evaluada. El 48% se encontraban “no

deprimidos”, el 47% presentaban una “depresión moderada” y el 5% presentaban una “depresión severa”.

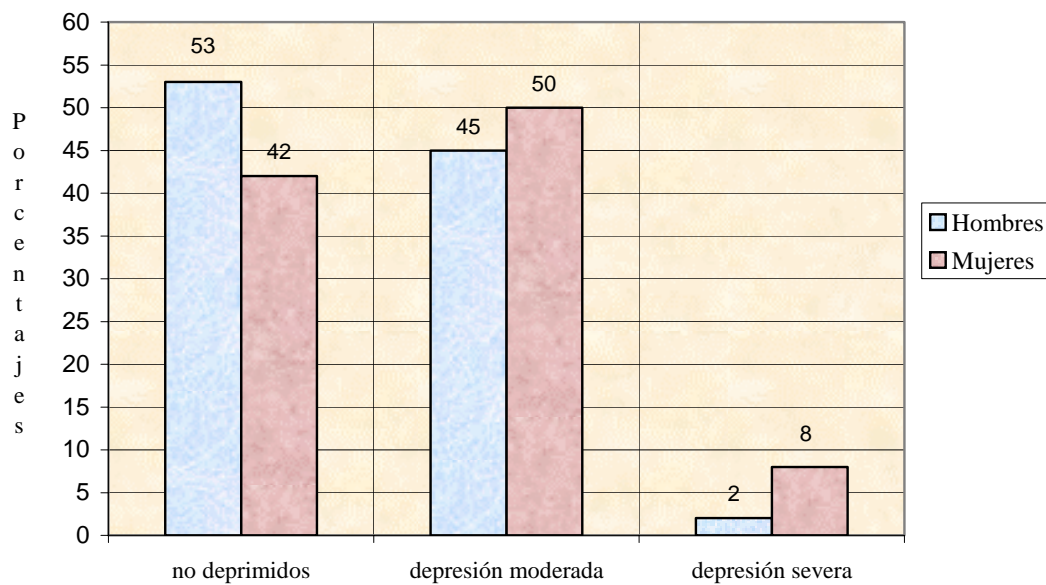
Gráfica 1
Resultados de la escala de depresión geriátrica



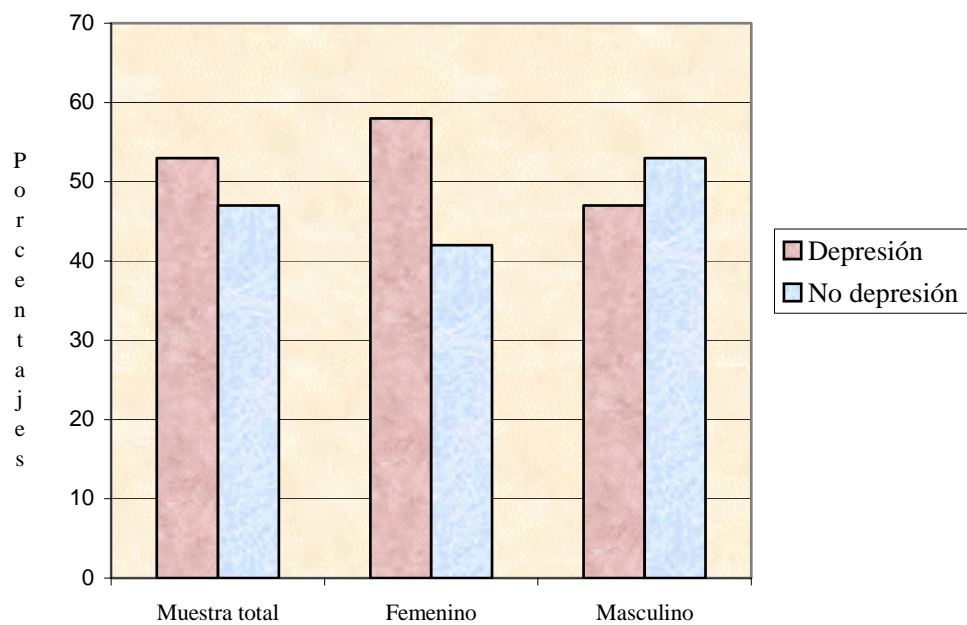
En la gráfica 2 se observan de manera comparativa los porcentajes de la incidencia en cada una de las tres clasificaciones de resultados de la Escala GDS en los grupos femenino y masculino. El grupo femenino presentó un 42% de sujetos “no deprimidos”, un 50% con “depresión moderada” y un 2% con “depresión severa”. En el grupo masculino se observan un 53% de sujetos con “no deprimidos”, un 45% con “depresión moderada” y un 2% con “depresión severa”.

En la gráfica 3 se observan de forma comparativa, los porcentajes de sujetos que presentan depresión (moderada o severa), y de los que no presentan depresión, por sexo y de la muestra total. El porcentaje del grupo femenino que no presenta depresión es del 42%, el del grupo masculino es del 53%, y el de la muestra total es del 47%. El porcentaje del grupo femenino que presenta depresión en alguno de los dos tipos que marca la Escala (moderada o severa) es del 58%, el del grupo masculino es del 47%, y el de la muestra total es del 53%.

Gráfica 2
Resultados de la escala de depresión geriátrica por sexo



Gráfica 3
Porcentajes del trastorno depresivo



B. Estadísticas descriptivas

El 53% de la muestra está constituida por sujetos de sexo femenino, y el 47% restante por sujetos de sexo masculino. La media de edad de la muestra total es de 79 años, en los sujetos de sexo masculino es de 81 años y en los de sexo femenino es de 77 años (Tabla 2).

Tabla 2
Estadísticas descriptivas de la muestra por edad

Variable	n	X (años)
Femenino	50	77
Masculino	45	81
Total	95	79

El promedio de tiempo que llevan de vivir en el asilo es de 3 años en los sujetos de sexo masculino y de 5 años en los sujetos de sexo femenino. Lo cual da un promedio de tiempo de vivir en el asilo para la población total de la muestra de 4 años (Tabla 3). El porcentaje total de sujetos que tenían de seis meses a un año de vivir en el asilo es del 33%, el grupo masculino con un 44% y el grupo femenino con un 22% respectivamente.

Tabla 3
Composición de la muestra según el tiempo de vivir en el asilo

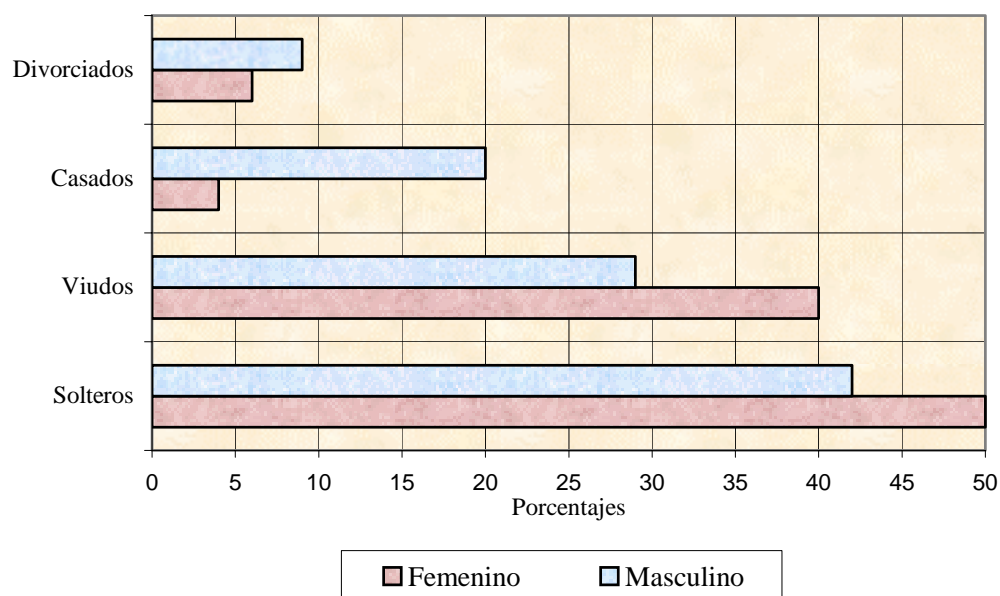
Variable	Promedio de tiempo de vivir en el asilo (años)
Femenino	5
Masculino	3
Total	4

El estado civil en la muestra era de un 46% solteros, 35% viudos, 12% casados y un 7% divorciados o separados. En el grupo femenino el 50% eran solteras, 40% viudas, 6% divorciadas o separadas y el 4% casadas. En el grupo masculino el 42% son solteros, 29% viudos, 20% casados y el 9% divorciados o separados (ver Tabla 4 y Gráfica 4).

Tabla 4
Composición de la muestra según el Estado Civil

<u>Estado Civil (Porcentaje de la muestra)</u>					
Variable	Soltero	Viudo	Casado	Divorciado/Separado	Total
Femenino	50%	40%	4%	6%	100%
Masculino	42%	29%	20%	9%	100%

Gráfica 4
Composición de la muestra según el Estado Civil



El porcentaje de los ancianos de la muestra que padece de, al menos una enfermedad es del 87%. El porcentaje en el grupo femenino que padece de, al menos una enfermedad es del 86%, mientras que en el grupo masculino el porcentaje asciende al 89%. Las enfermedades más referidas eran problemas en la visión (incluyendo cataratas) con un 17% de ocurrencia, artritis con un 15% de ocurrencia, problemas en el sistema circulatorio (controlados al momento de aplicar la escala, y sin mayor efecto en las actividades cotidianas del sujeto) con un 14% de ocurrencia, y problemas en el sistema digestivo en un 7% de la muestra total (ver Tabla 5 y Gráfica 5).

Tabla 5
Porcentajes de las enfermedades o trastornos más frecuentes

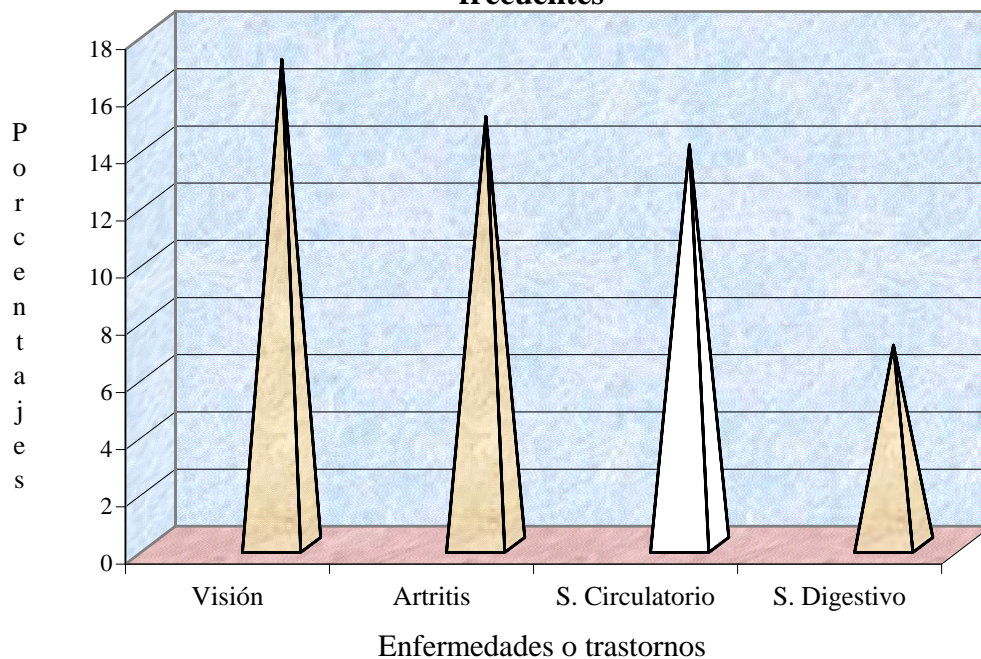
<u>Enfermedad o trastorno (porcentaje de la muestra)</u>					
Variable	Visión	Artritis	Sist. Circulatorio	Sist. Digestivo	Total
Muestra total	17%	15%	14%	7%	100%

De la muestra total, el 35% de los sujetos deseaban tener un trabajo remunerado, con una ocurrencia del 32% en el grupo femenino y del 38% en el grupo masculino (ver Tabla 6 y Gráfica 6).

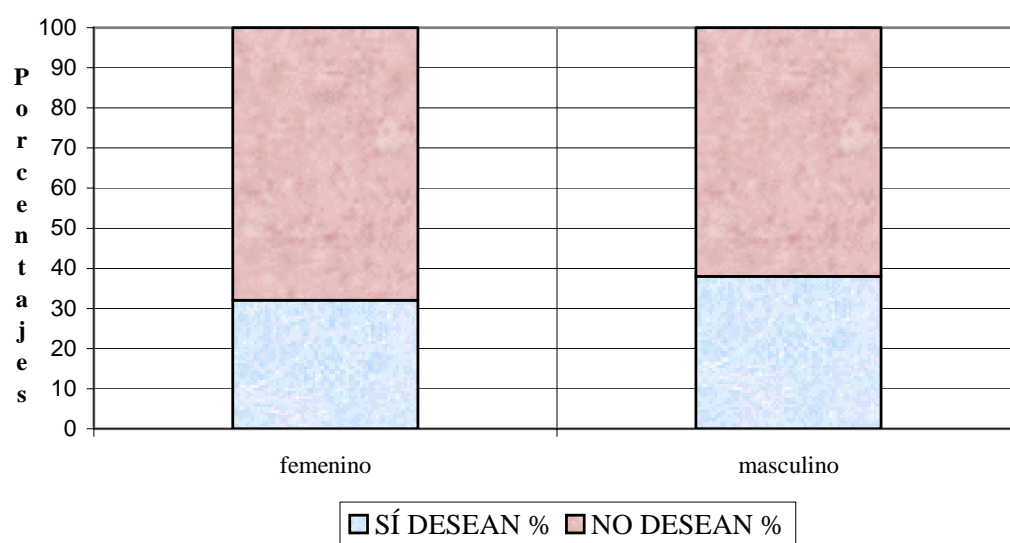
Tabla 6
Porcentajes de la muestra que deseaban un trabajo remunerado

<u>Porcentaje de la muestra</u>		
Variable	SÍ desea Trabajo	NO desea Trabajo
Femenino	32%	68%
Masculino	38%	62%
Muestra total	35%	65%

Gráfica 5
Porcentajes de las enfermedades o trastornos más frecuentes



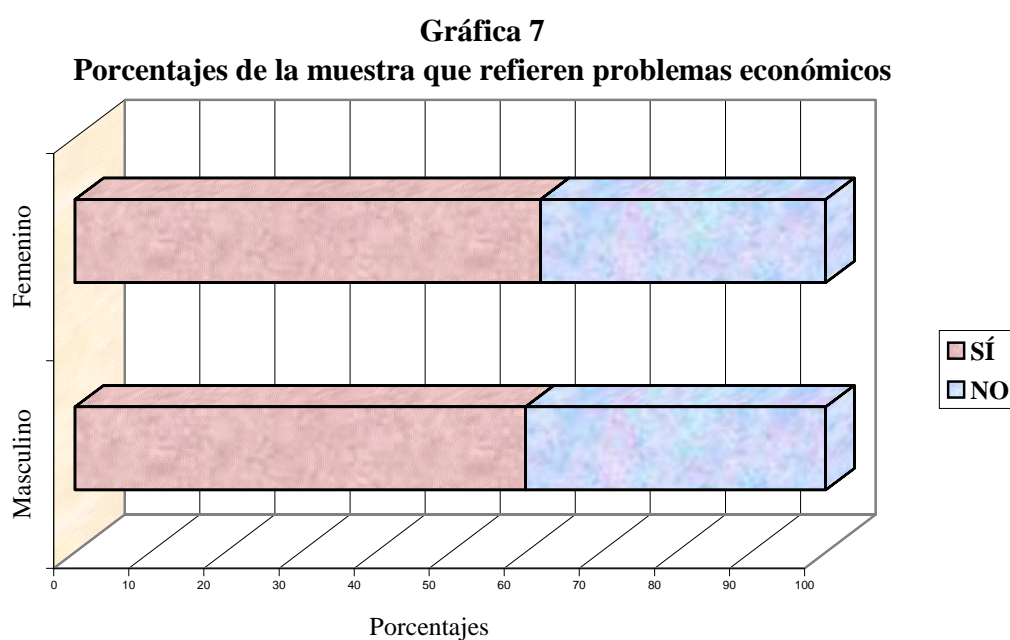
Gráfica 6
Porcentajes de la muestra que desean un trabajo remunerado



El 61% de la muestra refirieron problemas económicos de leves a moderados. En el grupo femenino el porcentaje que refirió problemas económicos fue del 62%, y en el grupo masculino fue del 60% (ver Tabla 7 y Gráfica 7).

Tabla 7
Porcentajes de la muestra que refirieron problemas económicos

Variable	SÍ refieren problemas económicos	NO refieren problemas económicos
Femenino	62%%	38%
Masculino	60%	40%
Muestra total	61%	39%



De la muestra total del estudio, el 65% recibía ayuda económica, ya en forma de pensión de jubilación (21% de los que reciben ayuda económica), o bien como una ayuda por parte de familiares y amigos (el 79%). En el grupo femenino el 70% recibía ayuda económica, en el grupo masculino el 60% era el que refería recibir ayuda económica (ver Tabla 8 y Gráfica 8).

Los sujetos de la muestra total que refirieron tener familiares que se preocupaban por ellos era conformado por el 70%. En el grupo femenino el 72% refirieron tener familiares que se preocupaban por ellas, en el grupo masculino la ocurrencia fue del 67% (ver Tabla 9 y Gráfica).

Tabla 8

Porcentajes de la muestra que reciben ayuda económica

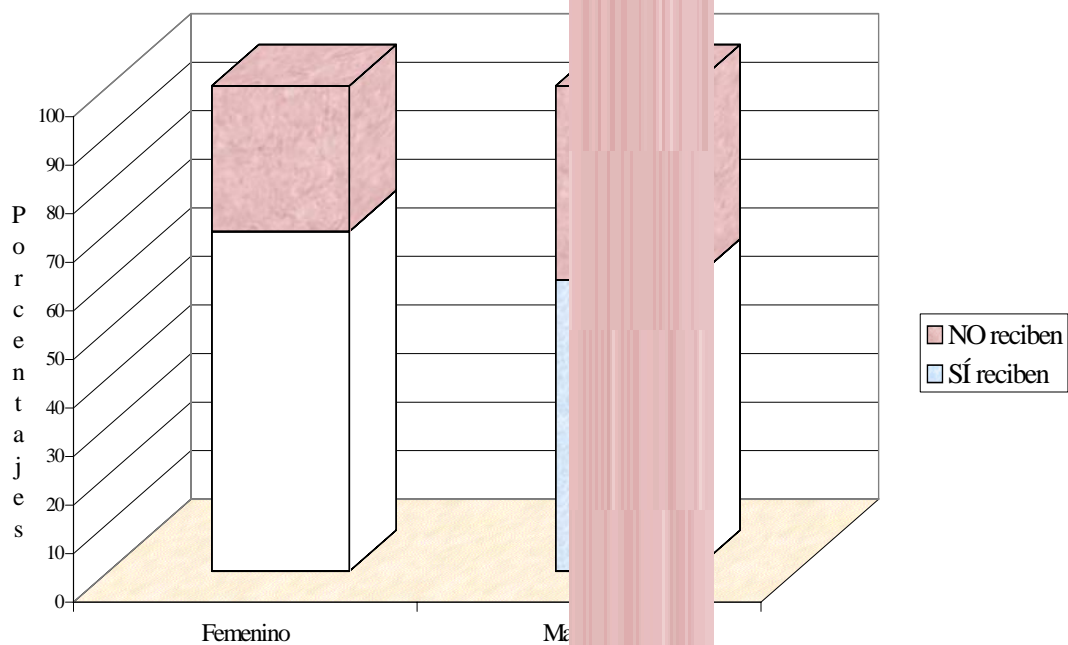
Variable	SÍ reciben ayuda económica	NO reciben ayuda económica
Femenino	70%	30%
Masculino	60%	40%
Muestra total	65%	35%

Tabla 9

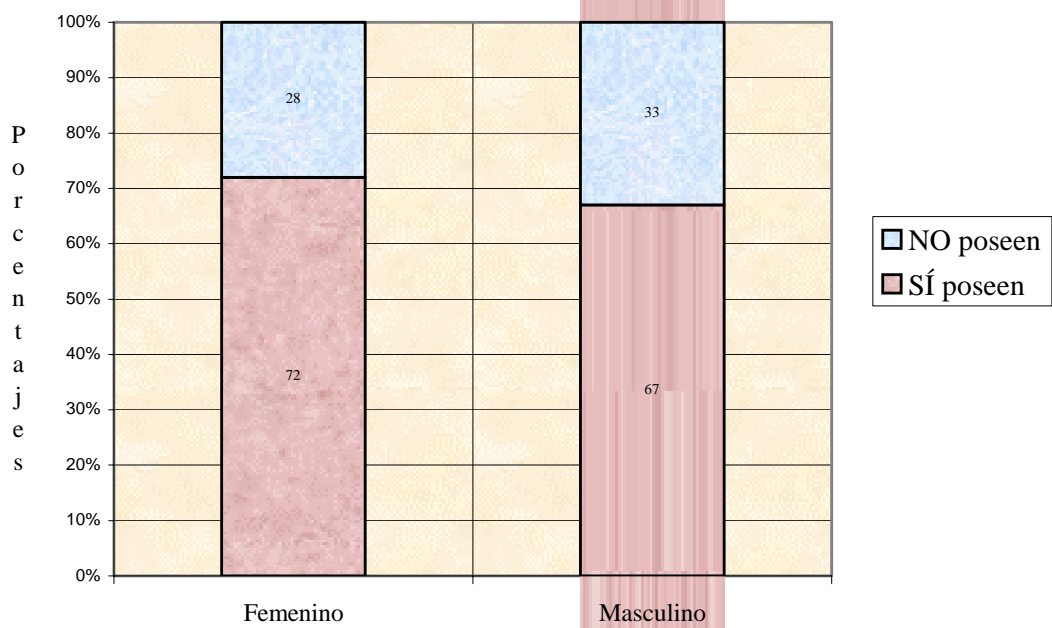
Porcentajes de la muestra con familiares preocupados por ellos

Variable	SÍ familiares preocupados	NO familiares preocupados
Femenino	72%	28%
Masculino	67%	33%
Muestra total	70%	30%

Gráfica 8
Porcentajes de la muestra que reciben ayuda económica



Gráfica 9
Porcentaje de la muestra con familiares preocupados

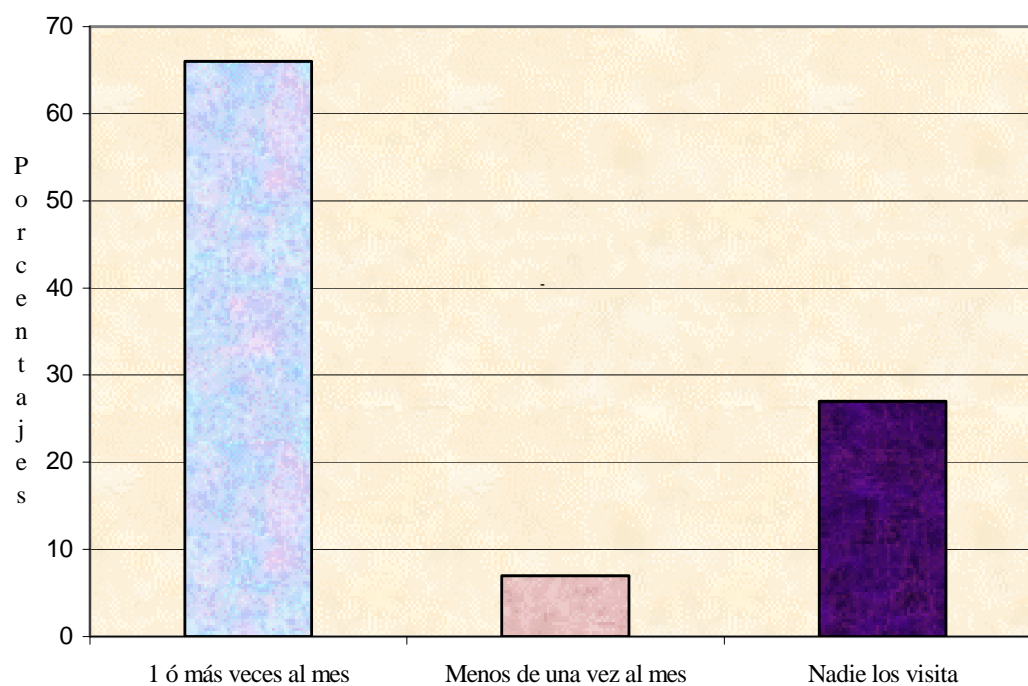


El porcentaje de la muestra total que refería recibir visitas de sus familiares con una frecuencia de una vez al mes o más era del 66%. El 7% refirió tener visitas de sus familiares con una frecuencia menor de una vez al mes. El 27% de la muestra refirió no recibir nunca visitas de algún familiar (ver Tabla 10 y Gráfica 10).

Tabla 10
Porcentajes en la frecuencia de visitas

Variable	Número de visitas al mes		
	≥ 1	< 1	Nunca
Porcentaje Muestra total	66%	7%	27%

Gráfica 10
Porcentajes en la frecuencia de visitas de familiares



V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este estudio demostró que en la muestra de ancianos institucionalizados utilizada no existe una diferencia significativa en los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica entre sexos. Esto discrepa de las referencias bibliográficas consultadas que de manera consistente siempre muestran una incidencia significativamente mayor del trastorno depresivo en el sexo femenino.

También se hace patente el elevado porcentaje de depresión entre los ancianos institucionalizados de la muestra, del 53% para la muestra total, de 58% en las mujeres y 47% en los hombres. Aunque no es intención de este estudio, se hace notar que estos porcentajes son mayores a los observados tanto en otros países como en el nuestro. Estudios realizados en otros países, revelan tasas desde el 2.5% (Cohen, 1994), hasta el 20% (O'Connor, 1997), pero no mayores. En el estudio realizado en Guatemala por Roca (1989), se reportó un 29% de depresión en los sujetos de la tercera edad.

El porcentaje de depresión es elevado y no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Esto convierte a la muestra representativa de la población estudiada en una que presenta un panorama psicológico diferente a las que presentan otras culturas de las que referimos estudios en los fundamentos teóricos. Pero no deja de observarse el mismo fenómeno que en el estudio realizado por Munsell (1999) en nuestro país, pues reporta una porcentaje de depresión (evaluada también con el GDS), de 44% en hombres y 56% en mujeres. Presentando de esta manera porcentajes del trastorno depresivo en ancianos jubilados del CAMIP, muy similares a los encontrados en el presente estudio, y a su vez evidencia la falta de diferencia significativa en el índice de dicho trastorno entre sexos.

Aunque el porcentaje de la muestra que presenta síntomas de depresión es mayor al 50%, es importante observar que de la muestra solamente el 5% sufren una depresión severa. Esto indica que del grupo que se encuentra deprimido el 89% presentan depresión moderada y el resto depresión severa (11 %). La depresión severa implica la necesidad de atención psiquiátrica inmediata, por lo tanto no debe descuidarse a los que la presentan. Y se debe mantener bajo supervisión a los que ya presenten una depresión **moderada**, por ser un grupo en riesgo de llegar a caer en una severa si no se les trata adecuada y oportunamente.

La media de las edades de los ancianos está 20 años por encima de la edad límite (60años) para la tercera edad (79años). Esto denota que la población es añosa, e implica factores como mayor incapacidad física y mental (sin que dejen de clasificar para formar parte de la muestra).

Como se observa, las mujeres viven en promedio por más tiempo en los asilos que los hombres, lo cual evidencia que quizás la sobrevivencia es mayor en las mujeres, coincidiendo con la referencia bibliográfica, o bien que los hombres ingresan cuando su incapacidad es mayor y aqueja de más enfermedades. Se recomienda profundizar más con otros estudios en dicho fenómeno.

La población de los asilos estudiada en la muestra denota que la mayoría de los que allí viven no tienen pareja o cónyuge. Esto puede ser una de las características principales del perfil poblacional de los asilos.

La gran mayoría de los ancianos de la muestra padece alguna enfermedad, y aunque se descartaron aquellas que según Goldman (1994) pueden causar una depresión secundaria, siempre es alarmante la proporción que padece enfermedades. Esto es una evidencia más del fenómeno de pérdida de capacidades y funciones del anciano, que puede contribuir a desencadenar un trastorno depresivo. Habría que estudiar si en la población de la tercera edad que vive fuera de las instituciones se presenta el mismo fenómeno.

Un tercio de los sujetos de la muestra desea tener un trabajo remunerado. Gracias a la experiencia personal que la autora tuvo con los ancianos de la muestra, le es posible afirmar que podría ser mucho mayor la cantidad de sujetos que desearía trabajar, pero sus incapacidades físicas han hecho que desistan de tal aspiración.

Dos tercios menciona tener problemas económicos. Esto se hace evidente al recordar que en los hogares de San Vicente de Paul asiste gente de escasos recursos económicos. Y aunque en dichos hogares se les satisfacen todas sus necesidades primarias (alimentación, techo, cama, agua, luz, ropa ...) y se les da atención psicológica y médica gratuita, incluyendo los medicamentos, siempre existe la queja de carecer de dinero para necesidades secundarias, como las de recreación o bien de gustos específicos.

La mayoría de los ancianos de la muestra reciben apoyo de la familia, tanto económico como afectivo, lo cual es de gran apoyo para ellos, les hace sentirse que no han sido olvidados y que son queridos, disipando con el tiempo cualquier sentido de pérdida originado a su ingreso.

La autora, de acuerdo con los resultados observados, recomienda que en un futuro cercano se realicen programas de atención psicológica diferenciada para el anciano que vive institucionalizado, así como para las personas de nuevo ingreso, a manera de facilitar su adaptación y cambiar cualquier cognición negativa preconcebida respecto a la nueva vida que le espera. Asimismo se requiere enriquecer los programas de terapias ocupacionales, pues según referencia de los mismos psicólogos de los hogares, los programas que actualmente se practican todavía son muy limitados y poco consistentes. También deberán plantearse programas de apoyo para los sujetos que ya llevan algún tiempo viviendo en el asilo, a manera de que le encuentren un sentido a sus vidas.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Aging, Demography and Well Being in Latin America*. 1989. University of Florida, International Exchange Center on Gerontology. Florida. Págs. 113-115.
- Anguera, Oscar, M. Sellarés. 1974. *Cómo envejecemos y por qué morimos*. México, Editorial Diana. 230 págs.
- Arias, Jorge. 1992. *La vejez en Guatemala (estudio demográfico)*. Guatemala, Instituto de Investigaciones Universidad del Valle de Guatemala. 280 págs.
- Beck, Aaron, *et al.* 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press. 421 págs.
- Cohen, David B. 1994. *Out of the Blue: depression and human nature*. New York: W. W. Norton & Company. 358 págs.
- Craig, Grace. 1997. *Desarrollo Psicológico*. 7ª ed. México, Prentice Hall Hispanoamericana, S. A. 760 págs.
- De Beauvoir, Simone . 1980. *La vejez*. 1ª ed. Buenos Aires, Editorial Sudamericana. 681 págs.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 1994. American Psychiatric Association. 4ª ed. Washington, DC. 211 págs.
- Evans, W. & Y. H. Rosenberg. 1992. *Biomarkers, the 10 keys lo prolonging vitality*. 1ª ed . New York, Simon & Schuster, 297 págs.
- Fontana, Andrea. 1978 *The last frontier, the social meaning of growing old*. EUA, Sage Publications. 208 págs.

Giron, Manuel Antonio. 1986. *Como el Invierno, La Vejez tiene su propio encanto*. Guatemala, Asociación Gerontológica de Guatemala. 143 Págs.

Goldman, Howard. 1994. *Psiquiatría General*. 3ª ed. México, Manual Moderno S.A. 636 págs.

Informe Nacional de Desarrollo Humano, Guatemala: Desarrollo Humano, Mujeres y Salud. 2002. Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala, Litografía VanColor, S.A. 439 págs.

Langer, Ellen. 1989. *Mind-Fulness*. EUA. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company. 233 págs.

Ledesma, Alfonso y L. Melero. 1989. *Estudios sobre las Depresiones*. España, Universidad de Salamanca. 364 págs.

Lehr, Ursula T. 1980. *Psicología de la Senectud*. 1ª ed. España, Editorial Herder. 420 págs.

Munsell, Brenda L. 1999. *Correlación entre acontecimientos vitales adversos y la prevalencia del trastorno depresivo, en una población de la tercera edad*. Tesis Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala. 63 págs.

Myers, David. 1999. *Psicología Social*. 4ª ed. México, Mc Graw Hill. 645 págs.

O'Connor, Richard. 1997. *Undoing Depression: what therapy doesn't teach you and medication can't give you*. Boston, EUA, Little Brown and Company. 351 págs.

- Papalia, Diane .E. y S. Wendkos. 1994. *Psicología del Desarrollo*. 5ª ed. México, McGraw-Hill. 672 págs.
- Phares, E. Jerry. 1996. *Psicología Clínica*. 1ª ed. México, Manual Moderno S.A. 594 págs.
- Pichot, Pierre, J. López-Ibor, y M. Valdés. 1995. *DSM-IV Breviario, Criterios Diagnósticos*. España, Masson, S.A. 362 págs.
- Rice, Philip. 1997. *Desarrollo Humano, Estudio del Ciclo Vital*. 2ª ed. México, Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. 668 págs.
- Riesco, Juan. 1984. *Problemas de la Tercera Edad*. España, PS Editorial. 239 págs.
- Roca, María Elena y A. L. Quiñonez. 1989. *Incidencia de la Depresión en Ancianos Institucionalizados y no Institucionalizados*. Tesis Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. 82 págs.
- Rowe, John Wallis y R. L. Robert. 1998. *Successful aging*. New York, Pantheon Books. 265 págs.
- Stevens, Anthony y J. Price. 1996. *Evolutionary Psychiatry*. 1ª ed. New York, Routledge. 310 págs.
- Storand, Martha. y G. R. VandenBos. 1997. «Neuropsychological assessment of dementia and depression in older adults: a clinician's guide». *American Psychological Association* [Washington DC]. 4ª ed. Págs 81-118
- Yesavage, Jerome. *Escala de depresión geriátrica de Yesavage*.
<http://hipocampo.org/yesavage.asp>
- Yesavage, Jerome. *Geriatric Depression Scale*. <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

VII. APÉNDICES

A. Encuesta

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

No.

Facultad de Psicología

Nombre de la Institución: _____

Fecha: _____

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan una serie de preguntas que agradeceríamos contestara de la manera más exacta y sincera posible. Algunas de las preguntas le presentan varias opciones, las cuales deberán ser contestadas marcando una **X** sobre la respuesta correcta. Si tiene alguna duda no dude en solicitar ayuda.

1. Sexo: **F** **M** 2. Edad: _____ 3. Fecha de nacimiento: _____

4. Estado civil: () Soltero(a) () Casado(a) () Viudo(a) () Divorciado () Otro

5. Año de jubilación: _____ 6. Ocupación antes de la jubilación: _____

7. ¿Con quiénes vive? () Cónyuge () Familiares () Amigos () Institución () Solo(a)

8. Si la respuesta fue Institución: Indique el tiempo que lleva de vivir en esta _____

9. Indique si ha vivido en alguna(s) otra(s) Institución(es) anteriormente y el tiempo que vivió en esta(s):

Nombre de la Institución	Tiempo

10. Si Ud. no vive en una institución: ¿Se ha mudado Ud. o bien se han marchado de su casa algún(nos) familiar(es) recientemente? () SÍ () NO

10.1. Si su respuesta es SÍ, explique la situación, y mencione hace cuánto tiempo: _____

11. ¿Padece de alguna enfermedad actualmente? () SÍ () NO

11. 1. Si su respuesta fue SÍ, responda qué enfermedades y desde hace cuánto tiempo.

Enfermedad	Tiempo

12. ¿Qué medicamentos esta tomando actualmente y cuánto tiempo lleva de tomarlos?

Medicamento	Tiempo

13. ¿Ha fallecido algún familiar suyo dentro de los últimos 3 años? Indique hace cuanto tiempo y el parentesco: ___

14. ¿Tiene Ud. problemas económicos? () Muchos () Regulares () Pocos () Ninguno

15. ¿Le gustaría tener un trabajo remunerado? () SÍ () NO

16. ¿Es Ud. ayudado económicamente por alguien? () SÍ () NO

17. ¿Recibe usted algún tipo de pensión? () SÍ () NO

18. Si Ud. es jubilado(a): ¿Deseaba jubilarse cuando lo hizo? () SÍ () NO

19. ¿Tiene familiares que se preocupan por Ud.? () SÍ () NO

20. ¿Cada cuánto le visitan sus familiares?

() Cada año () Cada seis meses () Cada mes () Cada semana () Nunca

B. Escala de Depresión Geriátrica

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS, VESAVAGE, J.)

A continuación hay una serie de preguntas, subraye "SÍ" o "NO" a cada una de ellas, dependiendo si la frase refleja como se sintió usted la semana pasada.

1. ¿ Está usted básicamente satisfecho(a) con su vida ? SÍ / NO
2. ¿ Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses ? SÍ / NO
3. ¿ Siente usted que su vida está vacía ? SÍ / NO
4. ¿ Se aburre usted a menudo ? SÍ / NO
5. ¿ Tiene usted esperanzas en el futuro ? SÍ / NO
6. ¿ Se molesta usted por pensamientos que no puede sacar de su mente ? SÍ / NO
7. ¿ Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo ? SÍ / NO
8. ¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar ? SÍ / NO
9. ¿ Se siente feliz la mayor parte del tiempo ? SÍ / NO
10. ¿ Se siente usted a menudo sin apoyo ? SÍ / NO
11. ¿ Se siente usted a menudo nervioso(a) y/o con sueño ? SÍ / NO
12. ¿ Prefiere usted quedarse en casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas ? SÍ / NO
13. ¿ Se preocupa usted a menudo por el futuro ? SÍ / NO
14. Con respecto a su memoria: ¿ Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente ? SÍ / NO
15. ¿ Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento ? SÍ / NO
16. ¿ Se siente usted a menudo triste ? SÍ / NO
17. De la forma como se siente usted en este momento,
 ¿ Se siente usted inútil ? SÍ / NO
18. ¿ Se preocupa usted bastante de pasado ? SÍ / NO
19. ¿ Encuentra usted emocionante, interesante la vida ? SÍ / NO

20. ¿ Le es difícil comenzar nuevos proyectos ? SÍ / NO
21. ¿ Se siente usted con mucha energía ? SÍ / NO
22. ¿ Se siente usted sin esperanza ? SÍ / NO
23. ¿ Piensa usted que la mayoría de personas están en mejores condiciones que usted ? SÍ / NO
24. ¿ Se enoja usted frecuentemente por pequeñeces ? SÍ / NO
25. ¿ Tiene usted ganas de llorar con frecuencia ? SÍ / NO
26. ¿ Tiene usted problemas para concentrarse ? SÍ / NO
27. ¿ Disfruta usted el levantarse en la mañana ? SÍ / NO
28. ¿ Prefiere usted evitar reuniones sociales ? SÍ / NO
29. ¿ Es fácil para usted hacer decisiones ? SÍ / NO
30. ¿ Está su mente tan despejada como antes? SÍ / NO

Un punto por cada respuesta marcada con negrilla. Normal 0 - 9; depresión moderada 10 - 19; depresión severa 20 - 30.