

Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor

Behavior of the biosocial factors in the depression of the older adult

Víctor T. Pérez Martínez^I; Nora Arcia Chávez^{II}

^IEspecialista de II Grado en Medicina General Integral y de I Grado de Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar del Policlínico Docente "Ana Betancourt", La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar de la Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán", La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en ancianos de 60 años y más que asistieron, durante el primer cuatrimestre del presente año, a las consultas de psiquiatría del Policlínico "Ana Betancourt", dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en el estado depresivo de nuestros senescentes. Utilizamos la Escala de Hamilton para la Depresión, y se diagnosticó un total de 149 ancianos deprimidos, a los cuales se les aplicó una encuesta de valoración biosocial. Se constató que la depresión predominó en ancianos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad. En un 82,6 % la depresión se presenta simultáneamente con otras enfermedades, destacándose las psicósomáticas, así como los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias desde el punto de vista psicopatológico. El 90,6 % señaló como responsables de su depresión acontecimientos vitales que se traducen en pérdidas para los senescentes. La mayoría de los adultos mayores muestra buenas condiciones de vida, sin embargo, su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyeron notoriamente a su actual depresión.

Palabras clave: Ancianos, factores biosociales, depresión.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was conducted in individuals aged 60 and over that were attended at the psychiatrist's office in "Ana Betancourt" Polyclinic during the first four months of this year in order to determine the influence of the biosocial factor on the depressive state of our elderly under study. Hamilton's Scale for Depression was used and a total of 149 were diagnosed depression. A biosocial assessment survey was done, and it was confirmed that depression prevailed in the elderly aged 60-69, females, widows, retired and individuals with a low educational level. In 82.6 %, depression appears simultaneously with other diseases, mainly psychomatic, as well as anxiety disorders and the abuse of substances from the psychopathological point of view. 90.6 % considered their depression was caused by some vital events that meant losses for them. Most of the older adults showed good living conditions; however, their discreet incorporation to social life and the insufficient social and family support significantly contributed to their current depression.

Key words: Elderly, biosocial factors, depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad, que algunos autores no han dudado en señalar esta como la *era de la depresión*.¹

En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo (se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población general padece este tipo de trastorno). A escala mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta 2 veces más alta en las mujeres que en los hombres. La OMS sitúa la incidencia de la depresión (clínicamente diagnosticable) entre la población de los países más desarrollados en un 15 %.¹ Su expansión e incidencia son crecientes en todos los grupos de edad, especialmente entre los más jóvenes.

Se estima que la carga personal de un cuadro depresivo con una duración de 6 a 8 meses, es más severa e incapacitante que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares.²

El problema de las depresiones no solo atañe al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad, y lo que es más importante, a la persona. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Las depresiones también suponen un problema sanitario, económico y psicosocial de urgencia.² La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios, son problemas graves, y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión. Es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar

sentimientos de placer, que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes.³

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman.³ La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el senescente y su familia. Con un tratamiento adecuado tendrían una vida placentera. Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en la población de ancianos de 60 años y más que asistieron, durante el primer cuatrimestre del año en curso, a la consulta de psiquiatría del Policlínico Docente "Ana Betancourt" del municipio Playa, cuya cifra ascendió a 247 senescentes, con el propósito de determinar la influencia de los factores o determinantes biosociales en el estado depresivo que sufren nuestros adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 230 ancianos (136 mujeres y 94 hombres). Se excluyeron 9 que se negaron a cooperar con la investigación, 5 que exhibieron un nivel de funcionamiento psicótico y 3 por presentar déficit mental.

A la totalidad de la muestra se le aplicó, por un personal especializado y en el marco de la consulta médica, la Escala de Hamilton para Depresión (anexo 1) que es un instrumento cuantitativo que consta de 17 rubros, validado internacionalmente para el diagnóstico del trastorno depresivo y muy útil para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos. La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los 17 ítems. Un resultado de 15 o más puntos señala un trastorno depresivo.

Posteriormente, a todos los ancianos, con puntuaciones superiores a 14 puntos en la Escala de Hamilton para Depresión, se les aplicó la encuesta de valoración biosocial de la depresión, de carácter anónimo y preguntas cerradas, confeccionada por los autores a partir de los criterios de expertos y siguiendo la experiencia de investigaciones previas, con el propósito de determinar la influencia de algunos factores biosociales (comorbilidad, condiciones de vida, incorporación social, apoyo social, etc.) en el estado depresivo que vivencian dichos senescentes.

Asimismo, fue aplicado el Cuestionario de apoyo social, que consta de 5 áreas: salud, familia, pareja, relaciones sociales y trabajo, e incluye un índice de contacto social (ICS) (anexo 2). Ofrece información total y por áreas. La respuesta se clasifica en:

- Bajo apoyo: menos de 53 puntos.
- Moderado: de 53 a 73 puntos.
- Alto apoyo: de 74 a 135 puntos.

Delimitación y categorización de las variables

1. Depresión: es una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, la frustración, la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar. Se presentan, además, síntomas vegetativos, cognitivos y motivacionales. En nuestra investigación, esta variable se evalúa a través de la Escala de Hamilton para la Depresión, a la que ya hicimos referencia. Puntuaciones inferiores a 15 puntos no indican depresión.

2. Edad: considerada en años cumplidos. Se conformaron 3 categorías formadas por 2 grupos cerrados y 1 final abierto, de la manera siguiente:

- a- 60 a 69 años.
- b- 70 a 79 años.
- c- 80 años y más.

3. Sexo: según el fenotipo del paciente se clasificó en masculino y femenino.

4. Nivel de escolaridad: fue establecido tomando como referencia la clasificación internacional estándar de educación (UNESCO), París de 1976:

- a- Sin instrucción o iletrados (SI).
- b- Primaria sin terminar (PST).
- c- Primaria terminada (PT).
- d- Secundaria básica (SBT).
- e- Preuniversitario (PUT).
- f- Universitario (UT).

5. Estado civil: se consignaron las categorías siguientes:

- a- Soltero.
- b- Casado.
- c- Viudo.
- d- Divorciado.
- e- Unión consensual.

6. Nivel ocupacional: se consignaron las categorías siguientes:

- a- Ama de casa.
- b- Trabajador.
- c- Jubilado.
- d- Pensionado.
- e- Cuentapropista.

7. Comorbilidad o pluripatología: presencia de 2 o más enfermedades independientes en un mismo sujeto. Se consideró su existencia o no, según los APP reflejados en las historias clínicas de los ancianos estudiados.

8. Acontecimiento vital responsable de la depresión de nuestros ancianos: suceso de la vida cotidiana que tiene una alta significación para la persona, de diversa naturaleza (biológica, psicológica o social), y que es capaz de generar cambios en el individuo, la familia y la comunidad. El cambio puede considerarse como positivo o negativo para la salud individual y/o familiar, en dependencia del significado que tenga el hecho para individuo y su familia, y de la percepción de control que tiene

el sujeto sobre el acontecimiento en cuestión. Se consideraron aquellos eventos que acontecen y caracterizan, fundamentalmente, esta etapa de la vida, como la jubilación, la viudez, la aparición de enfermedades, la tendencia al aislamiento socio-familiar, etcétera.

9. Condiciones de vida: son el resultado de la interacción dinámica de los aspectos siguientes: el per cápita de vida y sus fuentes de ingreso, el estado actual de la vivienda, la tenencia de bienes, las condiciones de la habitación del anciano (su organización y la convivencia habitacional) y las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda. Se consignaron 3 categorías: buenas, regulares y malas.

- Per cápita de vida: resulta del cálculo del total de dinero que ingresa en el hogar entre el total de convivientes. Consideramos los rangos siguientes establecidos por las entidades gubernamentales, según datos del Poder Popular:

- a- Malo: hasta 75 pesos.
- b- Regular: entre 76 y 150 pesos.
- c- Bueno: 151 pesos y más.

- Fuentes de ingreso: fueron consideradas:

- a- Salario.
- b- Jubilación.
- c- Pensión.
- d- Jubilación y salario.

- Estado actual de la vivienda: se consideró como:

- a- Bueno: no requiere reparación o esta es mínima, vivienda de mampostería con suficiente ventilación, y si existen factores ambientales que afectan la salud.
- b- Regular: mampostería o madera, vivienda que requiere de reparaciones mayores, de ventilación insuficiente y factores ambientales que afectan la salud, como las dificultades en el acceso de agua, y contar con paredes o techos en mal estado.
- c- Malo: madera, o considerada vivienda inhabitable o que requiere de intensa reparación, de ventilación muy insuficiente y con múltiples factores ambientales que afectan la salud.

- Tenencia de bienes (referido a equipos electrodomésticos): se consideró solo su tenencia o no.

- Condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda: se consideraron:

- a- Buenas: cuando posee servicio sanitario, se almacena la basura en depósitos con tapa, no se constatan vectores ni animales domésticos en su interior.
- b- Regulares: posee servicio sanitario, se almacena la basura en depósitos sin tapa, se constatan vectores y animales domésticos dentro de la vivienda.
- c- Malas: carece de servicio sanitario, se almacena basura en depósitos sin tapas, y se constatan vectores y animales domésticos en su interior.

- Condiciones de la habitación del anciano: resultan de la integración de:

- La convivencia habitacional, para la que se consignaron 3 categorías:

- a- Habitación para uso exclusivo del anciano.
- b- Anciano que comparte su habitación exclusivamente con su pareja o cónyuge.
- c- Anciano que comparte su habitación con otras personas (familiares o no) y

- La organización habitacional, la que se consideró como:

- a- Buena: si está organizada y cómoda, sin obstáculos que impidan el libre movimiento del anciano.
- b- Regular: si carece de obstáculos que impidan el libre movimiento del anciano, pero sus comodidades son limitadas.
- c- Mala: si existen obstáculos que impidan el movimiento del anciano y las comodidades son muy limitadas.

10. Incorporación social del anciano: se evaluó por la participación del anciano en diferentes actividades comunitarias como: las que convocan las organizaciones de masas, proyectos de atención a los adultos mayores desarrollados y dirigidos por instituciones religiosas, en círculos o casas de abuelo, en liceos y clubes que radican en museos o en las Casas de Atención a la Mujer y la Familia pertenecientes a la FMC, etc. Se consignaron 2 categorías:

- a- Anciano incorporado socialmente: cuando el senescente se involucra de forma regular y activa en las actividades comunitarias, (participando en 2 o más actividades mensuales).
- b- Anciano no incorporado socialmente: cuando su participación es nula o se involucra de forma inestable y muy discreta (participando en 1 actividad mensual).

11. Apoyo social: entendido como el conjunto de recursos sociales accesibles, disponibles o ambos para las personas, encontrados en el contexto de sus relaciones interpersonales y sociales, y que las proveen de un soporte emocional y/o material en su constante interacción con el medio. Se consignaron 3 categorías: alto, moderado y bajo.

Procesamiento estadístico

La información primaria se procesó en una computadora IBM Pentium y los cómputos se efectuaron con el auxilio de los Sistemas Lotus, FoxPro 2.6 y Estadística 4.2, todos para Windows. Los resultados se agruparon por distribución de frecuencias en números y por cientos, representándose los datos en tablas, que permitieron ilustrar mejor la información.

Para satisfacer los objetivos de la investigación se aplicaron pruebas estadísticas inferenciadas, basadas en la distribución de chi cuadrado. Nuestros resultados fueron contrastados con los de otros autores, y a través de un proceso de análisis, se elaboraron conclusiones y se ofrecieron recomendaciones.

RESULTADOS

Se constató que el 64,8 % (N=149) de nuestros senescentes vivencian depresión. Los restantes 81 ancianos (35,2 %) no padecen tal desorden del estado de ánimo. La enfermedad golpeó fundamentalmente a las féminas, las que aportaron 94 casos, que representan el 69,1 % de la muestra. Los hombres deprimidos representan solo el 58,5 % (N=55). Resultados muy similares a los nuestros reportó en su investigación *Arcia Chávez* (Arcia N. Influencia de las determinantes

biosociales en la depresión del anciano. Trabajo para optar por el Título de Especialista de I Grado de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana, 2000).

Desde el punto de vista clínico, en el 50,3 % (N=75) de los pacientes deprimidos predominó los síntomas relacionados con el cambio de estado de ánimo o del humor depresivo, que señalan una afectación del área afectiva, también llamada dimensión emocional del trastorno depresivo. En el 26,2 % (N=39) predominó la afectación del área o dimensión somática, centrada en los síntomas somato-psíquicos o vegetativos. En el 8,7 % (N=13) prevaleció la afectación del área conductual o volitiva, que agrupa los síntomas que describen los cambios de la motricidad. Solo el 14,8 % (N=22) muestra una afectación del área cognitiva, aquejado de alteraciones de la atención, la concentración, la memoria, el curso y el contenido del pensamiento. Es muy válido asegurar que, en todos los casos, el déficit cognitivo es discreto, y no ocasiona grandes molestias o interfiere en el funcionamiento ocupacional y social de los senescentes, por lo que la naturaleza de los síntomas referidos no permite el diagnóstico de demencia.

El trastorno depresivo predominó en el grupo de ancianos de 60 a 69 años de edad, afectando a 72 senescentes que representan el 48,3 %, seguidos del grupo de 70 a 79 años que aportó 49 adultos mayores (32,9 %) y, finalmente, el grupo de 80 años y más con 28 senescentes deprimidos para un 18,8 %.

El 61,1 % (N=91) de los adultos mayores deprimidos exhibe muy bajo nivel de escolaridad (primaria terminada o por debajo de esta). El 25,5 % (N=38) alcanzó el noveno grado. Solo el 13,4 % exhibe un nivel medio superior y superior.

La depresión prevaleció en los ancianos viudos. Afectó a 66 senescentes que representó el 44,3 % de la muestra, seguido por los solteros (37,6 %) y los casados (18,1 %). También se manifestó en mayor por ciento entre los jubilados (56,4 %) de ambos sexos, resultando más elevada en los hombres (69,1 %) (N=38) que en las mujeres (48,9 %) (N=46).

En nuestra investigación no se encontró asociación significativa entre los ingresos económicos (per cápita de vida), el sexo y la depresión ($X^2=0,46$) $p=0,05$, por lo que consideramos que esta primera variable no contribuye al estado anímico abatido que vivencian nuestros hombres y mujeres de la tercera edad. El 52,3 % de la muestra recibe ingresos económicos por encima de los 150 pesos, que según criterios de expertos, resulta una cantidad suficiente para suplir las necesidades básicas.^{3,4} Solo el 3,3 % (N=5) de los ancianos recibe menos de 76 pesos.

La fuente principal de ingresos económicos, para ambos sexos, es la jubilación. Mediante pensión se mantiene el 19,1 % de las mujeres y el 12,7 % de los hombres. Solo el 3,2 % de las ancianas y el 18,2 % de los ancianos se mantiene activo laboralmente.

Se demuestra una asociación significativa entre las variables: comorbilidad, sexo y depresión ($X^2=4,1$) $p=0,05$. En el 82,6 % de los ancianos la depresión se presenta simultáneamente con otras enfermedades, en tanto que en el 17,4 % de los casos, la depresión no coexiste con otras entidades. En cuanto al sexo no se advierten grandes diferencias, ya que las féminas están afectadas en un 87,2 % y los hombres en el 74,5 %. Similar resultado reporta en su estudio *Amador Yañez* (Amador L. Comportamiento de la problemática psicosocial del anciano en un área de salud. Trabajo presentado en Jornada de Medicina Familiar del Policlínico "Héroes del Corintia", 2000).

Entre los ancianos que padecen de hipertensión arterial (N=43) se presentó con mayor frecuencia la depresión, lo cual puede ser explicado por la medicación antihipertensiva, que induce este desorden del estado de ánimo en gran parte de los pacientes, como es el caso de la reserpina, la metildopa y el propranolol, entre otros. También resulta notoria la coexistencia de este trastorno con la diabetes mellitus (N=27) y con otra enfermedad psicosomática: el asma bronquial (N=23). Muchas enfermedades crónicas se asocian a la depresión por el sufrimiento e invalidez que representan para el anciano. En cuanto a los antecedentes de enfermedades psiquiátricas, la depresión predominó entre los adultos mayores con trastornos de ansiedad (N=47). También resultó evidente la coexistencia de la depresión con el abuso de sustancias psicoactivas, entre las que se destacan las benzodiacepinas y con el trastorno hipocondríaco.

Es notorio el hecho de que 135 adultos mayores (N=90,6 %) señalen como responsables de su actual estado depresivo a acontecimientos vitales exógenos que se traducen, en su mayoría, en pérdidas para nuestros senescentes. El 32,9 % invoca el fallecimiento del cónyuge, muy seguido de la jubilación (pérdida del rol social laboral), acontecimiento vital negativo señalado por el 30,2 %. El 27,5 % alude una enfermedad médica que con frecuencia conduce a una pérdida de las capacidades funcionales. Solo el 6 % refiere problemas con los hijos, entre los que se destacan: las crisis con la pareja, el abuso de alcohol y el padecimiento de enfermedades.

En nuestro estudio, el comportamiento de las condiciones habitacionales (resultado de la integración del estado de organización de la habitación que ocupa el anciano y las características de la convivencia habitacional) fue satisfactorio en el 67,8 % de los casos, hecho que se corresponde con el creciente desarrollo socioeconómico que ha experimentado el país en los últimos años. No se obtuvo asociación significativa entre las condiciones habitacionales, la depresión y el sexo ($X^2=3,8$) $p=0,05$. *Belloch*⁴ y *Lachs*⁵ refieren que las condiciones de vida y habitacionales inadecuadas constituyen un factor de riesgo para la aparición de la depresión y otras patologías (y que tienen relación con los recursos económicos, la ayuda familiar y el amparo filial de los senescentes). Al hacer corresponder este planteamiento con los resultados obtenidos, consideramos que esta variable tampoco contribuye a la depresión que sufren nuestros adultos mayores.

Algo más de la mitad (51,7 %) de los ancianos deprimidos refieren estar incorporados a la vida social. El 48,3 % asegura que no lleva una vida social activa, en ambos casos no se detectan diferencias significativas entre mujeres y hombres. Si analizamos que las actividades previstas en este acápite (círculos y casas de abuelos, proyectos comunitarios dirigidos por organizaciones de masas e instituciones religiosas, etc.) ayudan al adulto mayor a distraerse, socializarse, disfrutar y emplear provechosamente su tiempo libre, es lógico plantear que la discreta incorporación social de nuestros senescentes, contribuye de manera determinante a su actual estado depresivo.

El 77,9 % de los ancianos refiere que no participa en los Círculos de Abuelos, hecho que se acentúa en el sexo masculino (87,3 %). Solo el 22,1 % de los senescentes está incorporado a círculos o casas de abuelos, con un predominio de mujeres. Resultado similar reporta en su estudio *López Carballoso* (López A. Caracterización biosocial de la tercera edad. Trabajo presentado en Jornada de Medicina Familiar del Policlínico Rampa, 1998).

En cuanto a los proyectos comunitarios auspiciados por instituciones religiosas, solo el 51 % profesa alguna religión. En relación con la participación en las actividades convocadas por las organizaciones de masas, constatamos que el 56 % de nuestros

ancianos no participa en dichas actividades, alegando, fundamentalmente, padecer problemas de salud, no obstante el 44 % acude a estas actividades de forma entusiasta. Resultados muy similares reporta en su investigación *Díaz Lobo* (Díaz N. Morbilidad biológica del anciano en el área del Policlínico Cerro. Trabajo para optar por el Título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Ciudad de La Habana, 1990).

En el 77,8 % (N=116) de nuestros ancianos el apoyo social fluctuó de moderado a bajo. La edad avanzada de los sujetos que conforman la muestra puede explicar la carencia del apoyo proveniente de las áreas: laboral, de pareja e índice de contacto social. Sin embargo, si bien todas las áreas mostraron una notoria afectación, la más sensible fue la exhibida por el área familiar, seguida por la afectación en el área de las relaciones sociales. Si consideramos que la mayoría de los ancianos cubanos, y en particular, los de nuestra área de salud, permanecen en condiciones de convivencia familiar, el funcionamiento insuficiente de las redes de apoyo social también contribuye al estado depresivo que vivencian dichos senescentes.

DISCUSIÓN

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

La tasa de incidencia muestra que del 6 al 8 % de las personas mayores de 15 años de la población general sufren depresión. La prevalencia de los síntomas depresivos en la población general oscila entre el 9 y el 20 %, y el riesgo de sufrir al menos algún tipo de trastorno o episodio depresivo a lo largo de la vida susceptible de ser tratado por los especialistas, se estima entre el 5 y el 12 % en el hombre y entre el 10 y 25 % en la mujer.^{1,2}

El porcentaje de depresión se ha elevado en las personas de la tercera edad. Se estima que el 15 % de las personas que superan los 65 años padece depresión, mostrándose una clara correlación con el hecho de vivir solos.¹

En la edad geriátrica, el sentimiento de desesperanza y el síndrome depresivo aparecen con mayor frecuencia en los hombres, cuestión que se debe a las diferencias surgidas en esta etapa de sus vidas con relación a etapas anteriores,³ como por ejemplo: ya no son tratados igual en sus hogares (con relación a respeto, cariño, mimos); su participación en la toma de decisiones disminuye significativamente, también se quejan de su falta de autoridad (entiéndase la que él esperaba, de acuerdo con el paradigma de autoridad que observó de sus abuelos); el régimen de inactividad forzada que genera gran frustración, y acelera el envejecimiento físico y el deterioro emocional e intelectual; la jubilación, que de por sí disminuye fundamentalmente la capacidad económica y el contacto social. En este contexto las ancianas están más acostumbradas y protegidas, pues cuentan con un círculo de intereses más amplio y una red de relaciones informales más estables, que le regalan mayor gratificación psicológica.

El bajo nivel de escolaridad, sin dudas, incide negativamente a la hora de buscar soluciones acertadas a los problemas que engendra la vida cotidiana, y por ende, la frustración de no poder comprender y/o dominar el medio genera depresión en el adulto mayor, que logra adaptarse con dificultades a las exigencias del mundo actual o no logra hacerlo, muchas veces potenciado por su escaso nivel de instrucción, más acentuado en nuestras mujeres añosas, afectadas por la discriminación a que fueron sometidas en la etapa pre-revolucionaria.

En las mujeres casadas es más frecuente la depresión que en los hombres. En ellos es más frecuente la depresión en los solteros, esto explica la influencia de los factores psicosociales en la expresión o desarrollo de esta enfermedad.⁶ En nuestro país es característico del matrimonio de adultos mayores su funcionamiento bajo el precepto cultural de *hasta que la muerte nos separe* proveniente de una tradición religiosa. Aunque hay divorcio, no es para esa edad un evento tan común. De la importancia de la pareja para la edad, en los resultados se evidencia la referencia a ella y la influencia de la vejez, sobre todo cuando la vivencia el hombre mayor, pues este asocia la jubilación y la viudez al fenómeno de la soledad, mientras que la mujer añosa lo asocia más al *nido vacío*. La pérdida del cónyuge en esta etapa de la vida conlleva a que el anciano carezca de la compañía que más le satisface en términos de comprensión, afecto y comunicación, lo que constituye un factor desencadenante para vivenciar un estado depresivo.⁶ En el anciano deprimido la soledad es uno de los enemigos más peligrosos para el desencadenamiento de la conducta suicida.³

Los adultos mayores que conforman nuestra muestra se encuentran en un momento sensible de su desarrollo al haber transitado, en su mayoría, la jubilación, evento que marca el fin de la actividad laboral y que produce un cambio en la situación socioeconómica, personal y de familia para la tercera edad. Relacionado con la inadaptación a la jubilación, esta resulta, para algunos, una atractiva variante, pero para otros, significa comenzar una vida de aburrimiento, carente de metas y objetivos, que conduce al aislamiento, la monotonía, agravamiento de las dificultades económicas, que generan en el anciano sentimientos de minusvalía e inutilidad y vacío existencial. A esto se le suma el hecho de que no resultan suficientes las oportunidades sociales que le permitan al senescente mantenerse en actividad.⁶ Al hombre jubilado le es más difícil reencontrarse en el hogar, y en muchas ocasiones aparecen vivencias de soledad y de pérdida de lugar. La mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral-social. Hasta hoy en día la mujer vivencia como un cambio transicional más natural, la pérdida de su estatus social y su estancia a tiempo completo en el hogar, que el hombre.^{3,6}

La situación económica del adulto mayor cubano ha continuado siendo protegida por nuestros servicios de seguridad social, aunque resulte básico el pago de jubilaciones y la ayuda social. También nuestros ancianos han sido protagonistas de soluciones económicas para su mantención y el aporte a su familia, reestructurando su vida cotidiana mediante opciones como el cuentapropismo, las recontractaciones con el Estado y su incorporación a las Casas del Abuelo. En otras ocasiones, el senescente es el receptor principal de las remesas familiares vinculadas al fenómeno de la migración, aunque no sea el proveedor actual de la economía doméstica.⁶

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes, predispuestos o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas objetales, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión en aquellos cuyos lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Es evidente que la depresión no solo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y la acompaña, y, además, ocupa cualquier posición posible en relación con ella.⁷

En general, la presencia de síntomas y/o trastornos afectivos en el contexto de otras enfermedades mentales es alta (el 42 % de los europeos con depresión mayor tiene, al menos, un segundo trastorno mental coexistente en los 12 meses previos). No obstante, tenemos que tener en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos en otros trastornos mentales es complejo y

controvertido, no solo por su alta frecuencia, sino por la existencia de un solapamiento sintomático, la escasez de signos y síntomas patognomónicos, la variabilidad de los criterios diagnósticos, las diferencias metodológicas aplicadas, así como la escasez de estudios longitudinales y prospectivos.⁷ La presencia concurrente de 2 o más enfermedades tiene una alta transcendencia en cuanto al pronóstico clínico de los trastornos afectivos (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad) y las consecuencias sociales (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos).

La comorbilidad se relaciona sustancialmente con una mayor probabilidad de aparición de discapacidades, y se le considera un importante factor de riesgo para su surgimiento, no solo por las consecuencias que se derivan del incremento en su número, sino por los efectos de combinaciones específicas entre ellas, los cuales elevan el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales (físicas o mentales) que de ellos se derivan. La coexistencia de múltiples condiciones crónicas o morbilidad múltiple intensifica el riesgo de discapacidad y mortalidad, y puede favorecer en el anciano el desarrollo de la fragilidad.

La pérdida es el tema principal que caracteriza a las experiencias emocionales de los ancianos.^{3,6} Tienen que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (del cónyuge, los amigos, los familiares, los colegas), el cambio de estatus laboral y de prestigio, y el declive de las capacidades físicas y de salud. Gastan cantidades elevadas de energía física y emocional en el duelo, la resolución y la adaptación a los cambios que provoca la pérdida. Muchos ancianos pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas (familiares, amigos, compañeros del hogar de jubilados).

*Barrios Lazaeta*⁸ y *Sanz*⁹ plantean que la falta de definición de un rol social en el anciano influye a la hora de imprimir un sentido a la vida, y que parte de este se obtiene precisamente al cumplir el rol básico asignado por la sociedad. La ausencia de tareas específicas conlleva a la dificultad de no saber dónde concretar los esfuerzos y dónde volcarse para actualizar sus propias potencialidades.

En nuestro país se vive la ancianidad en familia por razones de tradición y por dificultades de vivienda, por eso esta institución como red social primaria es esencial en cualquier etapa de la vida.⁶ En nuestra investigación, al explorar la percepción que tiene el anciano del apoyo que le brinda su familia, detectamos que resulta insuficiente. No todas las relaciones sociales sirven de apoyo social durante el vivir cotidiano o en momentos de crisis, por eso, tanto el apoyo real como el percibido son importantes, ya que si la persona (en nuestro caso el adulto mayor), no percibe que el apoyo está disponible, este no podrá ser utilizado.³ Cuando la persona carece o es defectuoso su apoyo social informal o formal, su vulnerabilidad para enfermar aumenta, y su capacidad para adaptarse de manera creadora al medio y asimilar los diferentes eventos de vida, disminuye. La deficiencia de apoyo familiar y social es un factor de riesgo para la conducta suicida. La tercera edad es considerada el grupo poblacional con mayor riesgo de suicidio. La tasa de suicidio entre este grupo de edad es un 50 % superior en relación con la población más joven. Más de 2/3 del total de suicidios dentro de este segmento poblacional es atribuida a la depresión, cuando esta no ha sido correctamente diagnosticada y/o tratada.³

La prevalencia de la depresión en la población senescente estudiada fue de 64,8 %. Esta se presentó simultáneamente con otras enfermedades (destacándose las psicósomáticas), que con frecuencia enmascaran un adecuado diagnóstico y/o dificultan el diseño de estrategias de intervención efectivas; coexistió con los

trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias, lo que dificulta el éxito de la intervención y reduce las posibilidades de una recuperación real y duradera. La discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyeron de manera notoria a la depresión que vivencian nuestros adultos mayores.

RECOMENDACIONES

- Seguimiento celoso a los ancianos y optimizar el cuidado cuando se detectan factores de riesgo vinculados con la depresión.
- Mejoramiento de la atención del anciano, por parte de su familia, el médico y toda la comunidad, lo que constituye un factor determinante en su calidad de vida.
- Lograr una mayor incorporación de nuestros senescentes a los Círculos de Abuelos que funcionan en nuestra comunidad, con el propósito de modificar su estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Washington DC: Editorial Médica Panamericana; 2000.p.53-5.
2. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson; 2002.
3. Reyes Guibert W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2000.p.96-7.
4. Belloch Fuster A. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 67-73, Washington DC, 1994.
5. Lachs MS. A prospective community- based pilot study of risk factors for the investigation of eldermistreatment. I am Geriatric Soc. 1994;42(2):169.
6. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia: una mirada desde el adulto mayor. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003.p.67-93.
7. Alonso-Fernández F. Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial S.A.; 2001.
8. Barrios Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención del anciano: un desafío para los años noventa. OPS. Publicación Científica 546, 57-65, Washington DC, 1994.
9. Sanz MC. Patología psíquica del anciano. Manual de Geriatria. Barcelona: Editorial Savat; 1994.p.414-9.

Recibido: 23 de mayo de 2007.
 Aprobado: 14 de enero de 2008.

Víctor T. Pérez Martínez. Calle H # 360, apto 14 entre 15 y 17, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: victorperez@infomed.sld.cu

Anexo 1

Escala de Hamilton para la Depresión

Rubro	Rango	Calificación	Puntos
1. Ánimo deprimido	0-4	0=ausente 1=lo indica solo si se le pregunta 2=lo indica de manera espontánea 3=lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto 4=expresión verbal y no verbal	
2. Sentimientos de culpa	0-4	0=ausentes 1=autorreproche, ha defraudado a la gente 2=ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados 3=la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa 4=voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes	
3. Suicidio	0-4	0=ausente 1=siente que no vale la pena vivir 2=desea estar muerto o piensa en una posible muerte 3=ideas o gestos suicidas 4=intentos de suicidio	
4. Insomnio inicial	0-2	0=sin dificultad para dormirse. 1=dificultad ocasional para dormirse (más de media hora) 2=dificultad para dormirse cada noche	
5. Insomnio medio	0-2	0=sin dificultad 1=inquieto y alterado por la noche 2=se despierta durante la noche (todos los pacientes que	

		se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si se levanta para ir al baño)	
6. Insomnio terminal	0-2	0=sin dificultad 1=se despierta en la madrugada pero regresa a dormir 2=incapacidad de volverse a dormir si se levanta de la cama	
7. Trabajo y actividades	0-4	0=sin dificultad 1=pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionado con las actividades, el trabajo o las diversiones. 2=pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que esta sea referida por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades) 3=reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad 4=dejó de trabajar debido a la enfermedad actual	
8. Retardo	0-4	Lentitud de pensamiento y palabra, alteración de la concentración, reducción de la actividad motora 0=habla y pensamiento normales 1=ligero retraso 2=retraso obvio en la entrevista 3=entrevista difícil 4=completo estupor	
9. Agitación	0-4	0=ninguna 1=intranquilidad 2="juega" con las manos, cabello, etcétera 3=continuo movimiento, no puede quedarse quieto 4=se aprieta las manos, se muerde las uñas, se hala el cabello, se muerde los labios	
10. Ansiedad psicógena	0-4	0=ninguna 1=tensión e irritabilidad subjetivas	

		<p>2=se preocupa por detalles 3=actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla 4=expresa sus temores sin que se los pregunten</p>	
11. Ansiedad somática	0-4	<p>Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales (boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, cólicos). Cardiovasculares (palpitaciones, cefalea). Respiratorias (hiperventilación, suspiros). Otros (sudoración, micción frecuente) 0=ausente 1=leve 2=moderada 3=severa 4=incapacitante</p>	
12. Somático gastrointestinal	0-2	<p>0=ninguno 1=pérdida de apetito pero come sin estímulo por parte del personal, sensación de pesadez abdominal 2=dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales</p>	
13. Somático general	0-2	<p>0=ninguno 1=pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil 2=cualquier síntoma bien definido</p>	
14. Genital	0-2	<p>Disminución de la libido y alteraciones menstruales 0=ninguna 1=leves 2=severas</p>	
15. Hipocondriasis	0-4	<p>0=ausente 1=auto-absorción corporal 2=se preocupa por su salud 3=se queja frecuentemente, solicita ayuda 4=delirios hipocondríacos</p>	
16. Insight	0-2	<p>0=reconoce estar deprimido y enfermo 1=reconoce estar enfermo y lo</p>	

		atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virosis, etcétera 2= niega por completo estar enfermo	
17. Pérdida de peso	0-2	0=sin pérdida de peso 1=pérdida de peso ligera a dudosa 2=pérdida de peso obvia o severa	

Calificación:

- Puntuaciones de 15 o más puntos indican depresión.
- Puntuaciones inferiores a 15 puntos no indican depresión.

Anexo 2

Cuestionario de apoyo social

Puntuación total: _____

Fecha: _____

Nombres y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Círculo de abuelos:

Sí: ____ No: ____

Se atiende en:

Policlínico: ____ CMF: ____ Hospital: ____

Instrucciones

A continuación encontrará algunas preguntas con respecto a las personas con las que se relaciona más estrechamente. Debe seleccionar y marcar con una x la casilla correspondiente a Sí o No, y utilizar la respuesta a veces solo en el caso que no pueda decidirse por una de las otras 2.

Área Soporte Salud

Sí No A veces

- 1- ¿Tiene ud. confianza en su médico?
- 2- ¿Cree que su médico se preocupa por ud. no solo como paciente sino como persona?
- 3- ¿Tiene ud. buenas relaciones con su médico?
- 4- ¿La enfermera de su área lo visita periódicamente?
- 5- ¿Se siente bien atendido en su área de salud?
- 6- ¿Considera que en su área se le da a su enfermedad la importancia que merece?
- 7- ¿Cuándo ud. no asiste a consulta, lo citan nuevamente?
- 8- ¿Le explica su médico lo que ud. desea saber acerca de su enfermedad?
- 9- ¿Cuándo ud. se siente mal, sabe que en su área se le atenderá como ud. espera?
- 10- ¿Cuándo ud. necesita realizar actividades fuera de lo común, su médico le aconseja cómo hacerlo para que no se afecte su control?

Área Soporte Laboral

Sí No A veces

- 1- ¿Tiene su jefe una buena opinión de ud.?
- 2- ¿Se siente aceptado dentro de su colectivo laboral?
- 3- ¿Tiene un vínculo laboral estable?
- 4- ¿Recibe apoyo y ayuda de sus compañeros de trabajo?
- 5- ¿Existe comprensión a su condición de diabético?

Área Soporte Familiar

Sí No A veces

- 1- ¿Su familia se preocupa por ud.?
- 2- ¿Se siente ud. subvalorado por su familia?
- 3- ¿Su familia lo ayuda a llevar el tratamiento?
- 4- ¿Cuándo tiene problemas puede contar con su familia?
- 5- ¿Encuentra ud. comprensión en su familia?

Área Soporte Pareja

Sí No A veces

- 1- ¿Recibe ud. ayuda de su pareja?
- 2- ¿Se siente ud. subvalorado por su pareja?
- 3- ¿Siente que su pareja lo comprende?
- 4- ¿Su pareja se preocupa por ud. todo lo que ud. desea?
- 5- ¿Considera que a su pareja le molesta su condición de diabético?

Área Soporte Relaciones Sociales
veces

Sí No A

- 1- ¿Tiene amigos de su edad?
- 2- ¿Se siente ud. solo?
- 3- ¿Tiene buenas relaciones con sus vecinos?
- 4- ¿Ud. busca tranquilidad y consuelo en sus creencias, (si las tiene)?
- 5- ¿Tiene con quien conversar cuando lo desea?
- 6- ¿Aparte de su familia, cree que hay personas que se preocupan por ud.?
- 7- ¿Tiene algún buen amigo en el que pueda confiar plenamente?
- 8- ¿Sus amigos lo buscan cuando tienen algún problema?
- 9- ¿Se siente a menudo defraudado por las personas en quienes confía?
- 10- ¿Algunas personas no lo invitan a salir por temor a que es diabético?

Índice Contacto Social

1- ¿Cuál es su estado civil? _____ (código): _____

2- ¿Con qué frecuencia visita a sus amigos y parientes?

_____ Nunca.

_____ Una vez al año.

_____ Dos veces al año.

_____ Una vez al mes.

——— Una vez a la semana.

——— Más de una vez a la semana.

3- ¿Cuántas casas de amigos o parientes visita ud. como promedio al mes?

——— Ninguna.

——— Una o dos.

——— Tres o cuatro.

——— Cinco o seis.

——— Entre siete y diez.

——— Más de diez.

4- ¿Cuántas personas lo vienen a visitar o lo llaman por teléfono en el día?

——— Ninguna.

——— Una o dos.

——— Tres o cuatro.

——— Cinco o seis.

——— Entre siete y diez.

——— Más de diez.

5- ¿Con qué frecuencia asiste a reuniones o fiestas de amigos?

——— Nunca.

——— Una vez al año.

——— Dos veces al año.

——— Una vez al mes.

——— Una vez a la semana.

——— Más de una vez a la semana.

Calificación:

Bajo apoyo: menos de 53 puntos.

Moderado o medio: entre 53 y 73 puntos.

Alto apoyo: de 74 a 153 puntos.