

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS POR PERSONAS ADULTAS MAYORES CON TRASTORNOS DEPRESIVOS

Alejandra Cruz Muñoz,
Marisol Jara Madrigal,
Doris Rivera Mancipe.*

Resumen: El presente artículo muestra el estudio exploratorio cualitativo sobre las estrategias de afrontamiento ante acontecimientos que pueden generar trastornos depresivos según el género, en un grupo de personas adultas mayores que asistían al Centro Diurno de Los Angeles de Cartago. Se determinó la incidencia de los trastornos depresivos mediante la aplicación de las Escalas de depresión de Yesavage y de Hamilton.

Palabras claves: estrategias de afrontamiento, trastornos depresivos, persona adulta mayor.

Abstract: The research topic was the face up strategies that a group of older adults, from the Centro Diurno de Los Angeles de Cartago, have to manage events that may generate depressive disorders. The repercussion of these disorders was determined through the application of the Scale of depression by Hamilton and Yesavage. The identified skills to face these catapulting events of affective disorders were analyzed in a qualitative way.

Keywords: face up strategies, older adults, depressive disorders.

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las personas adultas mayores, el cual disminuye la calidad de vida del ser humano, aumenta las enfermedades físicas y, con ello, acorta la vida (Rosvner, 1993).

Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una presencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en personas que viven en la

comunidad. Esta situación es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados y en aquellos residentes en centros geriátricos (Hoyl y otros, 2000 y Martínez de la Iglesia y otros, 2002).

Este trastorno anímico es un estado emocional que se caracteriza por interrumpir o anular la acción y en el cual se experimenta una sensación de angustia y un sentimiento de desesperanza que puede hacerse difícil de contener; se extiende en una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental, reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura;

* Dirección electrónica: acruz1955@gmail.com

es un síndrome que puede producir graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas. Es una enfermedad porque es un estado que provoca una disfunción del organismo y de la vida cotidiana (Taraganoi y otros, 1998).

La depresión es un trastorno que afecta a todo el organismo, al estado de ánimo y a los pensamientos. Afecta la forma en que se come y se duerme, la autoestima y el concepto de la vida en general. Sin un abordaje integral, los síntomas pueden durar semanas, meses o años (Ruiz y otros, 2001).

Otro aspecto que se debe tener en cuenta en la depresión de las personas ancianas es el riesgo de suicidio el cual, si bien existe en las depresiones a cualquier edad y en otras enfermedades mentales, es mayor en las personas de más de 65 años. Los dos factores que se relacionan más con el suicidio en estas personas son las enfermedades físicas y la partida de seres queridos, además de presentarse con mayor frecuencia en los varones viudos (Sandoval, 2004).

En la bibliografía revisada se encontró que el hombre tiende a ser más reacio para admitir que tiene depresión o, incluso, desconoce que posee síntomas de este trastorno mental, por lo que el diagnóstico de depresión puede ser más difícil de hacer. La tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres que en los hombres. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en los hombres aumenta (Rozados, 2009).

La depresión también puede afectar la salud física de los hombres aunque en una forma diferente a la de las mujeres. En el trabajo de Bonnet y otros (2005) se señala que la depresión se asocia con un riesgo

elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) tanto en personas de sexo masculino como femenino. Sin embargo, solo entre los varones se encuentra una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

En cuanto a la depresión en las mujeres, se encontró que cientos de miles de personas quedan viudas cada año y, en su mayoría, son mujeres de mayor edad y presentan un cuadro de síntomas depresivos bien variado (Jefferson y Greist, 1996: 12).

La depresión puede llegar a ser un desorden psicológico grave, patología que puede llegar a limitar la funcionalidad de las personas según el grado de depresión presentado. Debido a la alta frecuencia de este trastorno en los seres humanos, se ha creado una serie de instrumentos que miden el grado de depresión, tales como la Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la de Hamilton.

Los trastornos afectivos son más susceptibles en algunas poblaciones que en otras como la población infantil y las personas adultas mayores. Desde el área de la Gerontología, en el ámbito nacional existen muy pocos estudios acerca de la depresión en población geronte, por lo que se ha determinado relevante realizar este estudio exploratorio sobre la temática de las estrategias de afrontamiento en estas personas que asisten a un centro diurno. Se utilizaron los instrumentos antes mencionados –Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la de Hamilton–, los cuales se emplean para medir la presencia o la ausencia del trastorno depresivo, y que se usan en algunos centros de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social como el Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes y el Nacional Psiquiátrico, entidades que han comprobado su validez para ser utilizados.

Se considera importante investigar el grado de presencia de los trastornos depresivos que muestran las personas adultas mayores en Costa Rica, por lo que el presente trabajo desea contribuir en el campo del diagnóstico de la salud mental en este grupo de personas quienes asisten a centros diurnos, con el fin de aportar una propuesta tendiente a mejorar la calidad de vida de este sector de la población, principalmente porque se encuentra en un crecimiento constante debido al aumento que ha tenido la esperanza de vida de los costarricenses y, por lo tanto, esta sociedad tiene el reto de atender las diferentes necesidades que las personas adultas mayores van requiriendo.

ASPECTOS TEÓRICOS

GÉNERO Y TRASTORNOS DEPRESIVOS

La teoría de género aporta que “... todas las características asignadas al sexo son aprendidas y que todo lo que es ser mujer o ser hombre, es histórico.” (Lagarde, 1992: p. 6), por ello, se puede decir que los roles que cada persona asume durante su vida influyen de manera importante en su comportamiento durante la vejez y, como lo menciona Ginn y Arber: “La conexión entre género y envejecimiento surge tanto del cambio social propio del paso del tiempo como de los acontecimientos relacionados con la edad que suceden a lo largo de la vida” (1996: p. 17).

Lo anterior ilustra el porqué es significativo entender el envejecimiento y la salud desde una perspectiva de género. Tanto desde el punto de vista fisiológico como desde el psicosocial, los determinantes de salud, a medida que se envejece, están intrínsecamente relacionados con el género. Esta situación plantea que hay una aceptación cada vez mayor de que, a no ser

que las investigaciones y los programas (tanto de ciencias clínicas como de salud pública) reconozcan estas diferencias, no serán tan eficaces. La rapidez con la que está envejeciendo la población en todo el mundo, exige un enfoque acertado sobre temas de género si es que se quieren desarrollar planes de acción válidos.

Las personas adultas mayores con problemas mentales puede ser que le estén dando continuidad a un patrón que empezaron cuando eran más jóvenes o puede que estén presentando un problema mental por primera vez en sus vidas. Los problemas mentales, que aparecen por primera vez en este grupo, están generalmente asociados a fallas en los mecanismos de adaptación al estrés o a un desorden fisiológico en el funcionamiento cerebral que ha tomado años en desarrollarse.

Las personas adultas mayores quienes han experimentado múltiples pérdidas afectivas o materiales durante un periodo de tiempo muy corto, carecen de apoyo social adecuado y que se han adaptado pobremente a los factores que causan estrés del pasado, son particularmente vulnerables a la manifestación de desórdenes mentales tardíos en la vida. La hospitalización, la institucionalización y la presencia de varias enfermedades físicas, con pocas probabilidades de recuperación, pueden también predisponer a la persona a los problemas mentales (Hidalgo, 2001: p. 202).

Las enfermedades mentales están divididas en dos categorías: orgánicas y funcionales. Las de tipo orgánico son desórdenes mentales causados por minusvalías o discapacidades cerebrales. Los desórdenes funcionales se asume que son el resultado de la personalidad y de las experiencias de la vida de la persona y que no se deben a las alteraciones cerebrales.

La presencia puntual de la depresión es de 4-6%, dos a uno mujeres sobre los hombres, y en mayores de 65 años es del 12 al 15% con una proporción más elevada también en las mujeres. De allí la importancia de tomar en cuenta la relación de género a la hora de abordar esta patología, pues las mujeres presentan el doble de predominio que los hombres, y esto no es por casualidad sino que influyen una serie de factores, como los que se citan a continuación, respaldados en el estudio de Krzemien y otros (2004):

- Mayor asistencia a los centros de atención médica por parte de las mujeres que de los hombres, por ese rol de “superioridad y concepto de superhombre” que tienen los varones.
- Mayor permisividad social para la expresión de los sentimientos para las mujeres que para los hombres.
- Mayor acceso por parte del hombre a actividades ocupacionales fuera del hogar que podrían ayudar a disminuir la afeción de los factores estresantes.
- Mayor longevidad en las mujeres que en los hombres.
- Aceptación social para que el hombre ingiera licor y con ello se pueda ocultar sintomatología depresiva.
- Rol social de “cuidadora” asignado a la mujer y de soportar “con vehemencia” todos los problemas familiares y personales, mediante el mecanismo psicológico de la represión, hasta llegar a “explotar” al fallar tal control.

Sumado a esto, tanto para mujeres como para hombres se presenta el peso de las diversas pérdidas funcionales (en el nivel de los sentidos, la marcha, la memoria, la fuerza, etc.), afectivas (muertes de amigos y familiares, de mascotas, de

relaciones) y de actividades laborales o remuneradas que le generaban ingresos económicos a las personas adultas mayores y, con ello, diverso grado de dependencia (jubilación, pensión baja o nula).

Otro factor que actualmente está siendo estudiado y ayuda a comprender los problemas en la mujer adulta mayor, es lo que se conoce como “la psicología y psiquiatría de la mujer” (García, 2006), aspecto que ha permitido tomar en cuenta las diversas respuestas del organismo femenino a los fármacos, metabolismo, excreción, farmacodinamia y farmacocinética, entre otras, y, de esta manera, entender, diagnosticar y tratar los trastornos depresivos en este grupo específico no solo desde la perspectiva farmacológica sino, también, desde otras áreas tales como: psicológica, sociológica, entre otras. Los trastornos afectivos no son los únicos que superan el riesgo comparativo de las mujeres frente a los hombres; también los trastornos de ansiedad son más altamente frecuentes en las mujeres.

En cuanto al tratamiento para los estados depresivos, hay una gran variedad, y la más común es la farmacológica, la cual, en muchos casos, no logra mejorar con éxito el estado anímico de la persona adulta mayor. Se ha demostrado que la psicoterapia es efectiva en el tratamiento de la depresión en estas personas (Hidalgo, 2001), sin embargo, a la persona longeva se le tiene que brindar una intervención integral y no tratar sus problemas o padecimientos fragmentadamente, de tal forma que el tratamiento pueda ser exitoso.

ENVEJECIMIENTO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

La vejez, considerada por algunos autores como una crisis del desarrollo, supone

ciertas preocupaciones o desafíos de adaptación como pueden ser la jubilación, las alteraciones físicas y corporales, cambios en los recursos financieros, reconciliación con logros y fracasos, muerte de otros y aproximación de la propia, los cuales requieren el uso de recursos de afrontamiento de parte de quien envejece (Erikson, 1963; Fernández-Ballesteros, Díaz, Izal y Hernández, 1988; Menninger, 1999; Muriel, Norris y Grote, 1988; Neugarten, 1977; Pearlin y Skaff, 1995 citados por Krzemien y otros, 2004).

Estos sucesos críticos del envejecimiento convergen con las contradicciones de la sociedad actual: mientras aumenta la esperanza de vida, paradójicamente, se agudiza la situación de exclusión social de las personas adultas mayores.

Para el análisis del presente estudio se partió de un marco teórico fundamentado en la teoría de las estrategias de afrontamiento, término que se entenderá como “... *aquellos esfuerzos cognoscitivos y comportamentales dirigidos a superar, reducir o tolerar las demandas internas o externas derivadas de las transacciones estresantes*” (Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1986; Flemming y otros, 1984; MacCrae, 1984 citados por Gutiérrez, 1994: p. 95).

La teoría transaccional del estrés considera que el afrontamiento posee dos funciones generales: superar el problema que causa el estrés y regular las emociones, donde el afrontamiento es apenas un aspecto del desarrollo que ha denominado procesos de evaluación cognoscitiva (Gutiérrez, 1994).

La cuestión acerca de los determinantes del afrontamiento menciona que existe evidencia de que tanto las diferencias individuales, así como de personalidad, son determinantes en el afrontamiento de

determinada situación. Además, los factores del medio social tienen una importante función en el afrontamiento a situaciones.

Algunos estudios (Lazarus y Folkman, 1986; Moos y Shaefer, 1993; Thoits, 1995 citados por Krzemien y otros, 2004) enfatizan que las habilidades sociales constituyen un recurso determinante del afrontamiento debido al papel de la actividad social en la adaptación humana. Para Lazarus y Folkman (1986), citados por Krzemien y otros (2004), estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, lo cual facilita la resolución de los problemas en cooperación social.

PRUEBAS ESTANDARIZADAS APLICADAS A PERSONAS ADULTAS MAYORES

La Escala de depresión geriátrica de Yesavage se ha empleado en instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social para la detección de sintomatología depresiva, tanto en el nivel primario como en otros niveles de atención de la salud.

Dicha Escala está recomendada como la más adecuada para el diagnóstico de depresión en personas mayores, dado que brinda una sensibilidad del 85% y una especificidad del 95%; asimismo, se ha demostrado mayor discriminación diagnóstica en estas personas sobre otras pruebas (Mendoza y otros, 1989). Esta prueba consta de preguntas que abarcan una amplia variedad de temas relacionados con la depresión, tales como: quejas somáticas, orientación futura y pasada, pérdida de autoimagen, agitación, horror y rasgos obsesivos

Este instrumento es ampliamente utilizado para tamizaje de depresión y ha sido traducido y validado en diversos idiomas, incluyendo el español. La versión original

fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato SÍ-NO. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original y mejora la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de depresión geriátrica son instrumentos muy efectivos, aun la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad es que, en 1999, T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein y otros desarrollaron la versión de 5 ítems de dicha escala geriátrica, la cual, en población norteamericana, resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión (Hoyl y otros, 2000 y Martínez de la Iglesia y otros, 2002).

La Escala de depresión de Hamilton también es empleada en la detección y en la medición de sintomatología depresiva en personas quienes reciben tratamiento antidepressivo, en específico con el medicamento conocido como Venlafaxina, pues su utilización es por protocolo.

La Escala de Hamilton ha sido extensamente empleada en personas que presentan trastornos depresivos. Su efectividad ha sido respaldada por muchos estudios y en diversos contextos y países, además, ha sido validada en múltiples lugares. La utilización de este instrumento lleva en Costa Rica varios años, específicamente con la Caja Costarricense del Seguro Social, en los Servicios de Psicología, Psiquiatría y Geriatria.

METODOLOGÍA

La investigación planteada es un diseño de “estudio exploratorio cualitativo” para “...investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área...” (Hernández y otros, 2003: p. 59) que, en el presente caso, es Gerontología, con el fin de determinar tendencias e identificar relaciones potenciales.

El objetivo general fue analizar la incidencia de los trastornos depresivos por medio de la aplicación de las Escalas de depresión de Hamilton y de Yesavage, y describir las estrategias de afrontamiento según el género, en un grupo de personas adultas mayores que asisten al Centro Diurno de Los Ángeles de Cartago.

Para cumplir con el anterior objetivo planteado y facilitar la obtención de los datos, se escogieron 10 personas: 5 mujeres y 5 hombres quienes asisten al Centro Diurno señalado. Los criterios de inclusión para seleccionar a la población fueron: capacidad cognitiva, visual y auditiva, participación voluntaria, alfabeta y con un rango de edad entre 66 a 75 años.

El procedimiento se llevó a cabo de la siguiente forma:

- Revisión bibliográfica.
- Permiso y coordinación con la administradora del Centro Diurno.
- Selección de las personas para el estudio.
- Información a cada persona seleccionada sobre el tipo de trabajo que se estaba realizando y, si la persona estaba anuente en participar en el estudio exploratorio, debía firmar el documento “Consentimiento informado para la participación en el estudio”.
- Aplicación de las dos escalas de valoración de la depresión que fueron seleccionadas. Se realizaron dos mediciones

con instrumentos diferentes para bajar el margen de error que dichos instrumentos pueden proporcionar sobre la medición que se hizo.

- Realización de una entrevista a profundidad con cada una de las personas seleccionadas, con el objetivo de esclarecer la experiencia humana subjetiva (Taylor y Bogdan, 1996: 106) e identificar las estrategias para afrontar los acontecimientos que pueden producir trastornos depresivos.
- Selección de un hombre y una mujer y aplicación de una “Historia de vida”.
- Realización de controles cruzados con el personal del Centro Diurno en aquellos tópicos que se consideraron pertinentes luego de haber realizado las entrevistas.
- Análisis de los resultados de las escalas, de las entrevistas a profundidad y de las historias de vida.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio se realizó con diez personas adultas mayores: cinco mujeres y cinco hombres, con edades entre los 66 y los 75 años, para un promedio de edad de 71,2 años y con una escolaridad muy baja. La mitad tiene como máximo la primaria completa, cuatro la primaria incompleta y una persona es analfabeta (Cuadro 1). Esta situación es típica en este segmento de edad poblacional, principalmente si se considera que la mayoría nació y estuvo sus primeros años de vida en regiones del país que aun hoy

se pueden considerar zonas lejanas a las catalogadas como urbanas.

Con respecto al estado civil y con quién conviven (Cuadro 1), se observa lo siguiente:

- Dos personas viven solas (la única mujer viuda, y el único hombre en condición de casado pero separado).
- Tres conviven solo con su pareja (las dos únicas mujeres casadas y un hombre en unión libre).
- Cinco personas conviven con dos o más personas (parejas, hijos(as), nietas(os), yernos, nueras).

Se encontró que tres mujeres fueron las que presentaron algún grado de depresión; para efectos del análisis, se pueden localizar en los Cuadros 2 y 3 con una D (Depresión). Se identificaron como F1, F2, y F5 los tres casos reportados con este trastorno.

En términos generales, de los datos recopilados entre las personas entrevistadas destacan los siguientes cuatro aspectos:

- Solo mujeres obtuvieron algún grado de depresión.
- En promedio, las mujeres reportan más situaciones que las ponen tristes que los hombres (Cuadro 2).
- Los hombres utilizan más estrategias para no estar tristes que las mujeres (Cuadro 3).
- Las estrategias de afrontamiento utilizadas por todas las personas adultas mayores del estudio fueron:
 - Las prácticas religiosas.
 - La asistencia al Centro Diurno.

Cuadro 2
Personas adultas mayores del Centro Diurno
según situaciones que las ponen tristes

Que le pone triste	F1	F2	F3	F4	F5	M1	M2	M3	M4	M5
	D*	D*			D*					
Estar separado(o) de la (del) esposa (o)			X			XX				
Vivir en la misma casa con la compañera pero no ser pareja								X		
Esposo alcohólico				P	P					
Muerte esposa										X
Muerte padre						X				
Muerte madre								XX	X	
Muerte hijo(a)	X	X	X				X			
Muerte hermanos										X
Soledad	XX	X			X					X
Problemas económicos				X	X	X	X			
Problemas en la sociedad		X								
Problemas de la familia		X								
Haber dejado a los hijos						X				
Años de crianza de los hijos					P			P		
Problemas salud (enfermedades)		X	X	X	X		XX			
Alcoholismo propio										X
Tener familia y que no lo visiten										X
Maltrato, rechazo	X			X						P
Indiferencia	X									
Abandono de sus padres										P
Cambio de domicilio	XX	XX								
Cuando se casa algún hijo			X							

* D: DEPRESIVA.

XX: Evento relevante.

P: Situación pasada.

Cuadro 3
Personas adultas mayores del Centro Diurno
según estrategias que utilizan para no estar tristes

ESTRATEGIAS	F1	F2	F3	F4	F5	M1	M2	M3	M4	M5
Afrontamiento conductual	D	D			D					
Prácticas religiosas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Asistir al centro	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recreación (paseos)			X			X	X		X	
Ejercicios – deportes						X	X			
Visita a hijos							X			X
Oír música o cantar			X			X				
Buscar compañía	X									
Trabajo						X				
Buen manejo económico de sus entradas						X				
Consumo alcohol									X	
Sin consumo de drogas						X				
Afrontamiento afectivo										
Reflexión- meditación- espiritualidad		X		X		X			X	X
Apoyo familiar				X			X	X		X
Consejería espiritual		X	X							
Apoyo amigos							X			
Afrontamiento cognitivo										
Negación								X	X	
Actitud positiva						X				
Total	3	4	5	4	3	10	7	4	6	5

*D: Deprimida.

LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
CON GRADO DE DEPRESIÓN

De las diez personas adultas mayores analizadas, tres mujeres presentaron un grado de depresión establecida y, específicamente para estas tres personas, se puede observar lo siguiente:

- Una vive con su pareja y dos conviven con muchas personas; en un caso con seis personas y, en el otro, con cuatro, siendo las dos personas adultas mayores quienes conviven con más personas dentro del grupo estudiado (Cuadro 1).
 - Entre las situaciones que generan tristeza destacan las siguientes, según orden de importancia (Cuadro 2):
 - Sentimiento de soledad (para tres mujeres).
 - Cambio de domicilio (para dos mujeres).
 - Muerte de un hijo o una hija (para dos mujeres).
 - Problemas de salud (para dos mujeres).
 - Problemas económicos (una mujer).
 - Maltrato, rechazo (una mujer).
 - Indiferencia (una mujer).
 - Problemas en la sociedad (una mujer).
 - Problemas de la familia (una mujer).
 - Situaciones del pasado (años de crianza de hijos y esposo alcohólico) (una mujer).
 - Además de las dos estrategias que citaron todas las personas entrevistadas: prácticas religiosas y asistir al Centro Diurno, otras personas mencionaron utilizar la búsqueda de compañía, la reflexión-meditación y consejería espiritual como tácticas para afrontar la vida y los sucesos que en esta se presentan.
- Con más detalle se pudo observar, para los tres casos detectados con depresión, lo siguiente:
- El CASO F1 obtuvo 10 puntos en la Escala de Yesavage y 13 en la de Hamilton, lo cual evidencia una sintomatología depresiva moderada, principalmente destacada en la primera prueba. Se trata de una mujer de 70 años con estado civil de soltera, con cuatro hijos. Esta persona está presentando un cuadro depresivo debido al fallecimiento de su segunda hija y al cambio de domicilio, de un lugar donde tenía ubicada muchas de sus redes de apoyo, tales como: la hermana, las vecinas, además de la pérdida de actividades en el barrio y la iglesia, lo cual la ha llevado a un sentimiento de soledad, unido con el rechazo e indiferencia que siente de las personas con las que convive en la actualidad (a pesar de que son seis, entre dos hijas y cuatro nietos y nietas). Esta persona aun cuando reportó explícitamente cinco motivos por los cuales se encuentra triste, los anteriores fueron los principales pues, implícitamente, se le podrían atribuir más situaciones por las cuales se encuentra triste pero, en realidad, ella se enfoca en esas cinco que percibe como las más importantes.
 - El CASO F2, obtuvo 10 puntos en la Escala de Yesavage y 19 en la de Hamilton, lo cual muestra una sintomatología depresiva moderada. Este caso es sobre una mujer de 74 años, casada quien vive con su esposo. Entre los motivos por los cuales esta persona está presentando un cuadro depresivo, se encuentra la pérdida de un hijo –quien falleció a los cuatro meses de nacido–. Esta situación la afecta todavía y es el motivo principal por el que ella acude a las estrategias de afrontamiento de “Reflexión-meditación” y

“Consejería espiritual”. Es una persona que se siente muy sola a pesar de vivir con su esposo, pero el motivo parece generarse por el cambio de domicilio al cual le ha costado mucho acostumbrarse, pues dejó el barrio donde tenía conocidos, vecinos, amigos, lo cual le provoca un sentimiento de abandono y aislamiento por parte de su familia “al tener que irse para otro lado”, tal y como ella misma lo manifiesta. En síntesis, “se siente incomunicada en su nueva casa”.

A lo anterior se une el problema de salud que ella tiene, el cual le impide hacer algunas actividades, dado que le da miedo caerse y esto le afecta probablemente con más intensidad que cuando estaba joven, tal como ella misma lo reconoce: “se siente desanimada y con ánimo por el suelo”.

- El CASO F5: es una mujer que obtuvo 12 puntos en la Escala de Yesavage y 24 en la de Hamilton, aspecto que manifiesta un grado depresivo severo. Esta situación se presenta con la señora más joven del grupo analizado, 67 años. Está separada de su esposo y vive con una hija, el yerno, dos nietos y una nieta. La situación de su esposo alcohólico ha sido la que le ha provocado más tristezas en su vida y, como consecuencia de ello, ha vivido violencia familiar tanto física como psicológica, lo cual, junto con los problemas económicos que esto acarrearba, le produjo muchos problemas en la época que criaba a sus hijos. La anterior situación, aunque la vivió en el pasado, repercute en la actualidad como un sentimiento de inferioridad y de miedo que aun mantiene. Logró salir económicamente adelante

con ayuda de hermanos, el ahorro que ella hacía y, posteriormente, con lo que los hijos le daban. Actualmente, tiene un sentimiento de soledad y abandono porque sus hijos casi no la visitan, incluso cuando estos la ayudan en el aspecto económico, ya que ella no tiene pensión ni ningún ingreso adicional. Además, por su estado de salud, le da miedo salir de la casa, y presenta pensamientos de desesperanza y deseo de no existir, los cuales los expresa por medio de la siguiente frase: “mejor no hubiera nacido”.

Con los anteriores resultados, se observa que las tres señoras con algún grado de depresión tienen en común que arrastran situaciones del pasado que las afectan en su vivencia actual, por lo que se puede hacer mención a lo señalado por Hidalgo (2001) en el sentido de que las personas adultas mayores, quienes han experimentado múltiples pérdidas afectivas o materiales, han carecido de un apoyo social adecuado y se han adaptado pobremente a los factores que causan estrés del pasado; son, en particular, vulnerables a la manifestación de desórdenes mentales tardíos de la vida.

En detalle se observa lo siguiente:

- Para dos de ellas, F1 y F2, el acontecimiento de trasladarse de domicilio es el principal detonante para su condición depresiva. En ambos casos, la situación va acompañada de otras generadoras de depresión, como la muerte de un hijo pero que, al avanzar en el proceso de duelo y adquirir estrategias para afrontarla, dichas condiciones se modifican porque, al trasladarse de domicilio, abandonan las redes de apoyo que ya habían podido construir, tales como

el grupo de amigos y de vecinos y, para ambas, la asistencia a una comunidad religiosa en donde ya las conocen. Por lo anterior, no es de extrañar que, aparte de las estrategias “prácticas religiosas” y “asistir al centro diurno”, las otras estrategias utilizadas sean “buscar compañía” (F1) y la “meditación” y “consejería espiritual” (F2).

- Para el caso F5, la situación desencadenante de la depresión existente de esta señora es el haber vivido una relación de pareja con una persona (ex esposo) quien presentaba problemas de alcoholismo y haber conviviendo en una interacción violenta. A pesar de que esta mujer ya no vive con su ex esposo, le quedaron sin elaborarse, en el nivel terapéutico, vivencias de violencia intrafamiliar las cuales acarrea hasta la actualidad. Aunado a la no elaboración de estas situaciones vividas, se encuentran, todavía, deficiencias económicas y afectivas (sus hijos la visitan poco) que la han llevado a quebrantar su estado de salud, a pesar de ser una de las señoras más jóvenes de la muestra.

Por otra parte, es relevante señalar que las tres mujeres citan tener sentimientos de soledad, los cuales van acompañados de lo que ellas califican como abandono por parte de su familia; se hace referencia específica a sus seres queridos más cercanos, como es el caso de las señoras F1 y F5 quienes viven con hijos o hijas y sus respectivos nietas y nietos, y, en el caso de F2, quien vive con su esposo.

El caso F5, el cual es la persona con el mayor nivel de depresión del estudio, se le observa en un estado anímico de sentimiento de desesperanza y de negativismo,

en donde todo lo que le rodea la pone triste, tal como ella misma lo manifiesta, pues se entristece de saber que se suscitan accidentes, con ver noticias o conocer la situación económica del país. Lo anterior son síntomas de un estado anímico depresivo en donde la persona se extiende en una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental, que le afecta sus habilidades de afrontamiento a los acontecimientos externos de la vida.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS

Si se considera el término afrontamiento, definido por Lazarus y Folkman (1986), como los “...*esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo*” (citados en Soriano, 2002: p. 74), se puede deducir, del presente estudio, que las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia son las de afrontamiento afectivo (regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo), conductual (conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias) y cognitivo (intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable) en donde los hombres tienen mayor dominio de estos tres tipos de estrategias que las mujeres, tal como se demuestra a continuación:

Afrontamiento afectivo:

- Reflexión, meditación y espiritualidad (tres hombres y dos mujeres).
- Apoyo familiar (tres hombres y una mujer).
- Consejería espiritual (dos mujeres).
- Apoyo de amigos (un hombre).

Afrontamiento conductual:

- Prácticas religiosas (cinco hombres y cinco mujeres).
- Asistir al Centro Diurno (cinco mujeres y cinco mujeres).
- Recreación (paseos) (tres hombres y una mujer).
- Ejercicios – deportes (dos hombres).
- Visita a hijos (dos hombres).
- Oír música o cantar (una mujer y un hombre).
- Buscar compañía (una mujer).
- Trabajo (un hombre).
- Buen manejo económico de sus entradas (un hombre).
- Consumo de alcohol (un hombre).
- Sin consumo de drogas (un hombre).

Afrontamiento cognitivo:

- Negación (dos hombres).
- Actitud positiva (un hombre).

Como se observó anteriormente, los hombres poseen mayores habilidades de afrontamiento que las mujeres en los tres tipos indicados. Tanto en el conductual como en el cognitivo, hay mayor utilización de estas habilidades por parte de los varones, lo cual refleja que las pautas de socialización, que le son dadas, les permiten acudir a estas estrategias de afrontamiento más que a las mujeres.

Particularmente, en el afrontamiento cognitivo, en el que solo hombres utilizan habilidades como la negación y una actitud positiva, se demuestra que estas les permite afrontar estresores psicosociales que podrían generarles síntomas depresivos, y logran tener una interrelación ante acontecimientos de este tipo con una actitud relajante, al negar lo que sucede en su vida y su entorno.

Además, en un intento por responder a la cuestión acerca de los determinantes del afrontamiento, existe evidencia de que tanto las diferencias individuales y de personalidad, como la naturaleza de la situación por afrontar y los factores del medio social desempeñan un importante rol (McCrae y Costa (1986), citados por Krzemien y otros, 2004). Por lo anterior, la estrategia de efectuar prácticas religiosas, por parte de todos los entrevistados, pareciera ser un factor condicionado por lo social, en una sociedad en donde lo religioso es tan importante para cubrir necesidades y deficiencias afectivas de las personas y respuestas existenciales. Por otra parte, la asistencia al Centro Diurno, considerada en un cien por ciento como una estrategia de afrontamiento, pareciera ser una habilidad individual de las personas entrevistadas.

Como se muestra en los resultados del estudio exploratorio mencionado, en el caso de la vejez, el apoyo social y familiar tiene una función importante para el afrontamiento de las situaciones vitales. *“La influencia de los recursos sociales sobre la forma de afrontar los sucesos críticos de la vida, muestra que las personas de edad con más recursos sociales tienden a usar las estrategias de afrontamiento activo”* (Krzemien y otros, 2004: p. 351). Sustentado lo anterior, se observa que los hombres cuentan con mayores recursos sociales que las mujeres y utilizan mayor diversidad de habilidades de afrontamiento conductuales, tales como: recreación, ejercicios y trabajo, por lo que les permite afrontar de una mejor forma situaciones de estrés que pueden generar un cuadro depresivo, mientras que para las mujeres, la utilización de este tipo de recursos sociales se ha visto limitado por el aprendizaje y la socialización que han tenido en un sistema patriarcal.

GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO

Los hombres manifestaron tener menos situaciones que los ponen tristes; poseen más estrategias de afrontamiento para no caer en un cuadro depresivo, razón por la cual ninguno se encuentra en esta condición anímica. Por el contrario, las mujeres manifestaron tener más situaciones que las ponen tristes. En los resultados se obtuvo que ellas cuentan con menos estrategias de afrontamiento para enfrentar situaciones que pueden propiciarles un trastorno depresivo, por lo que se denota que, a pesar de que personas de diferente sexo pueden estar teniendo las mismas situaciones estresoras, los hombres, según la muestra, poseen más habilidades de afrontamiento para superar los problemas vitales.

Las mujeres senescentes sufren especialmente los efectos de la vejez, agudizada por la exclusión social por la desigualdad de género y la mayor longevidad en comparación con los hombres. Las consecuencias del prejuicio social se suman a la situación de crisis del envejecimiento, lo cual afecta las habilidades de afrontamiento de las mujeres ancianas. No obstante, toda crisis supone una perturbación pero, a la vez, posibilita una oportunidad de cambio y de desarrollo personal que, mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas, permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria (González y otros, 2002, Lazarus y Folkman, 1986, Moos, 1988, citados por Krzemien y otros, 2004).

Al compararse los resultados obtenidos de las Escalas de depresión Hamilton y de Yesavage, según género, se encontró:

- Que las mujeres (tres personas) obtuvieron un grado depresivo establecido y, por ende, una mayor sintomatología de este cuadro, lo que se eviden-

cia, principalmente, en la Escala de Yesavage al orientarse esta a aspectos psíquicos interiorizados como lo son, entre otros, el autoconcepto, la percepción de haber alcanzado logros y metas y la frustración. Se afirma así, una percepción de su pasado y de sí mismas negativa y desvirtuada, lo cual, a su vez, influye en su perspectiva a futuro.

- En cuanto a la Escala de Hamilton, la cual se orienta principalmente a aspectos externos y manifestaciones de la conducta, no se alcanzó, por parte de las mujeres, puntajes tan significativos como en la escala previamente descrita. Esto, especialmente, podría estar en relación con el manejo conductual de las estrategias de afrontamiento que utilizan los hombres; además, claro está, que ellos, en promedio, utilizan mayor número de estrategias de afrontamiento, como previamente se analizó, por lo que los hombres, en esta escala, presentan puntajes mucho más bajos que las mujeres.

En cuanto a las entrevistas a profundidad y a las dos historias de vida realizadas se obtuvo:

- Que los hombres tienden a utilizar un mayor número de estrategias y entre ellas, principalmente, las de tipo conductual (por ejemplo: ejercicios, caminatas, práctica de deportes, etc.) a diferencia de las mujeres, quienes presentan menor número de estrategias de afrontamiento.
- Los hombres al poder realizar otras actividades económicamente lucrativas (artesánías, trabajos menores u ocasionales) presentan menores factores estresantes.

- Es importante el apoyo familiar en la estabilidad emocional de las personas entrevistadas, ya que esto les permite tener, dentro de su arsenal de habilidades de afrontamiento, apoyo para enfrentar situaciones que les pueda producir un cuadro depresivo. En contraposición con el hombre, la mujer se siente en su vejez –según la muestra utilizada– sin apoyo familiar, “arri-mada” a la familia con la cual vive; además, sola y rechazada, siendo las relaciones afectivas familiares pobres, disfuncionales y poco gratificantes.

Se puede mencionar que el factor de género influye para la adquisición y el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, dado que al hombre, según los datos obtenidos y el marco teórico utilizado, se le ha permitido obtener un mayor grupo de habilidades para enfrentar situaciones que pudieran producirle un trastorno depresivo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las siguientes son las principales conclusiones del estudio exploratorio que se realizó con personas adultas mayores en el Centro Diurno en Los Ángeles de Cartago:

- Se comprueba la utilidad y la facilidad del uso de los dos instrumentos –Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la de Hamilton– para evaluar y precisar el grado de depresión entre las personas adultas mayores seleccionadas en el Centro Diurno para el estudio.
- Se prueba la efectividad de combinar la aplicación de los instrumentos para evaluar la depresión y uso de la entrevista a profundidad para conocer las estrategias de afrontamiento según género.
- Se encuentra que los trastornos depresivos son más frecuente en mujeres que en hombres, siendo los factores desencadenantes más frecuentes: sentimiento de soledad, violencia intrafamiliar, poco apoyo familiar e inadecuada elaboración de pérdidas (fallecimiento de hijo, separación de la pareja, entre otros).
- Se confirma que las mujeres adultas mayores, quienes tienen algún grado de depresión, se ven afectadas en todo su organismo, tanto en su estado de ánimo y en sus pensamientos, como en su autoestima y en el concepto de la vida en general. Además, parece que este cuadro depresivo es un patrón que empezaron cuando eran más jóvenes.
- Las mujeres cuentan con menos estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y afectivas para enfrentar situaciones que pueden propiciar un trastorno depresivo.
- Los hombres manifestaron tener menos situaciones que los ponen tristes y poseen más habilidades de afrontamiento para superar los problemas vitales y para no caer en un cuadro depresivo.
- Las estrategias de afrontamiento cognitivas, conductuales y afectivas adquiridas por los hombres participantes en el presente estudio, se deben a la socialización que han tenido durante la vida dentro de un sistema patriarcal, el cual les permitió interiorizar el afrontamiento a situaciones que les pueda producir estrés. Lo que les ha proporcionado, según los resultados, contar con más habilidades de afrontamiento ante estresores psicosociales.
- Es necesario incluir la perspectiva de género en cualquier estudio referente

a trastornos depresivos y a estrategias de afrontamiento en personas adultas mayores, para poder comprender mejor cómo afecta esta enfermedad a hombres y a mujeres al envejecer.

- La creación del Centro Diurno de Los Ángeles de Cartago es un excelente ejemplo de cómo una comunidad puede dar respuesta efectiva a las necesidades reales de las personas adultas mayores que allí conviven. Es realmente un centro diurno modelo y demuestra cómo la sociedad puede detectar y dar solución acertada para la población que envejece, de acuerdo con las características propias de la región.

Las siguientes son las principales recomendaciones que se aportan al Centro Diurno en Los Ángeles de Cartago. Estas podrían ser consideradas para otras instituciones geriátricas con características de atención diurna para personas adultas mayores.

- Utilización de los dos instrumentos: Escala de depresión geriátrica de Yesavage y la de Hamilton, en unión con la entrevista a profundidad, para medir el grado de depresión y las estrategias de afrontamiento entre personas adultas mayores.
- Utilización de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage como guía para profundizar los acontecimientos pasados y dar la oportunidad para que la persona adulta mayor pueda elaborar más su historia de vida y explorar el proceso de interiorización que cada individuo hace cuando le es aplicado el instrumento.
- Realizar seguimiento de los diferentes casos detectados e involucrar a la

familia en la resolución de los problemas; asimismo, incluir la visita domiciliaria, de ser necesario.

- Cuando una persona adulta mayor ingrese a un centro geriátrico, aplicarle un proceso exploratorio y valorativo de su situación pasada, presente y futura de forma integral (desde el área psicológica, socioeconómica, biomédica, familiar, recreativa, entre otras), para ayudar a mejorar su calidad de vida y fomentarles su autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

- Bonnet, F., Irving, K. & Terra, J. L. (2005). La ansiedad y la depresión se asocian con un estilo de vida no saludable en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Atherosclerosis*. 178(2), 339-344. Febrero. Amsterdam: Elsevier B.V.
- García, J. (2006). *Psiquiatría y psicología diferencial de la mujer*. España, Barcelona: Edika-med S. L.
- Ginn, J. & Arber, S. (1996). Mera conexión. Relaciones de género y envejecimiento. En Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relaciones entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. España, Madrid: Narcea S. A. ediciones.
- Gutiérrez, B. (1994). Estrategias de afrontamiento al SIDA y dimensiones de la personalidad. *Revista de Ciencias Sociales*. 66, 93-105. San José: Universidad de Costa Rica.
- Hernández, R., Fernández, C. & Batista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Chile: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.

- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Hoyl, T., Valenzuela, E. & Marín, P. P. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 preguntas de la Escala de depresión geriátrica. *Revista Médica de Chile*. 128(11). Noviembre. Santiago: Sociedad Médica de Santiago de Chile.
- Jefferson, J. W. & Greist, J. H. (1996). *Depresión. Lo que toda mujer debe saber*. EE.UU: National Institute of Mental Health.
- Krzemien, D., Urquijo, S. & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*. 16(3), 350-356. España: Universidad de Oviedo.
- Lagarde, M. (1992). *Identidad de género*. Curso ofrecido del 25 al 30 de abril 1992 en el Centro Juvenil Olof Palme. Managua, Nicaragua.
- Martínez de la Iglesia, J., Onis, M. C., Dueñas, R., Colomer, C. A., Aguado, C. & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 12(10). Diciembre. Madrid: Scielo.
- Mendoza, R. S., Firinciogullari, S. & Biedrzycki, R. C. (1989). "Group differences in the relationship between apathy and depression". *The Journal of Nervous and Mental Disease (J Nerv Ment Dis)*. 183, 235-239. EE.UU: Lippincott Williams & Wilkins.
- Palacios, M. (2001). *Envejecimiento exitoso en adultos mayores de 70 años del Centro Diurno de Cartago*. San José, Costa Rica: Trabajo final de graduación, Maestría de Gerontología. Universidad de Costa Rica.
- Rovner, B. W. (1993). Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *The American journal of medicine. (Am J Med)*. May. 24; 94 (supl. 5A), 19-22. EE.UU: Association of Professors of Medicine.
- Rozados, R. (2009). *Depresión en el hombre*. Recuperado el 9 julio 2009. Recuperado de: http://www.depresion.psicomag.com/depre_en_el_hombre.php
- Ruiz, A., Silva, H. & Miranda, E. (2001). "Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general". *Revista Médica de Chile*. 129(6). Junio. Santiago: Sociedad Médica de Santiago de Chile.
- Sandoval, C. (2004). Beneficios curativos de la psicoterapia grupal en adultos mayores: la experiencia del grupo `Renacer`. *Revista Anales en Gerontología*. 4. San José, Costa Rica: Sistema Editorial y de Difusión Científica de la Investigación (SIEDIN).
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*. 75, 73-85. Julio. Valencia, España: Editorial Promolibro.

Taraganoi, F., Allegni, R. & Mangonez, C. (1998). Similitudes y diferencias semiológicas de la depresión geriátrica y la demencia con depresión. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. Año IX. 7(3). Noviembre. Argentina: Alcmeon.

Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Editorial Paidós.