

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD

T
39

DEPRESION EN EL ANCIANO:
UN ESTUDIO CLINICO Y PSICOSOCIAL EN DOS TIPOS DE ASILOS

TESIS:

Para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Medicina
Social.

ALUMNO: Dr. Moisés Rozanes Tassler.

COORDINADORA: M. en C. Mercedes Juárez

1 9 8 4

16353

DEDICADO A:

DON MARIANO MARTINEZ CUENCA

(1909 -)

Autor de LA MURALLA INVISIBLE

Memorias de un murciano,
militante obrero en Cataluña.

DEPRESION EN EL ANCIANO

(Un estudio clínico y psicosocial realizado en dos tipos de asilos)

1. Propósitos

El objeto de la presente investigación consistió en hacer un estudio descriptivo de algunas de las características clínicas, psicológicas y socioeconómicas de sujetos ancianos, con una enfermedad depresiva y que residen en instituciones asilares. También se buscó establecer un marco de comparación entre los ancianos deprimidos de un asilo público y de un asilo privado, ambos ubicados en la zona sur de la ciudad de México.

2. Necesidad y justificación

Dado que en nuestro medio es muy poco lo que se ha llevado a cabo con la finalidad de conocer la realidad y la problemática que vive la población anciana, es de fundamental importancia el plantearse una estrategia científica multidisciplinaria en este sentido. Existe alguna información que sirve para dar una idea aproximada de las características demográficas y sociales de los ancianos en México. Sin embargo, ésta resulta insuficiente y parcializada, debido a que abarca niveles muy amplios de generalización, a partir de un proceso inductivo de datos escasos y aislados.

En relación a la psiquiatría de ancianos o gerontopsiquiatría,

el panorama es aún más desolador, ya que resultan verdaderos hallazgos excepcionales las investigaciones hechas por psiquiatras en población anciana en México: Krassoievitch (1976), Caraveo (1977).

Este vacío de información no puede explicarse en términos meramente fortuitos, sino que obedece a toda una situación de carácter social, más amplia, en la que el anciano es considerado como un sub-producto o un marginado.

3. Antecedentes y revisión bibliográfica

De acuerdo con un reporte de la Organización Mundial de la Salud, publicado en 1977 (1):

"La expectativa de vida ha aumentado durante los últimos decenios, por lo que la población de personas mayores de 65 años empieza a ser considerable en varios países, y es posible que en el próximo decenio llegué a constituir 10% o 15% de la población total de los países desarrollados, 5 a 10% en aquellos en desarrollo y 5% en los subdesarrollados. En 1970 había en el mundo alrededor de 291 millones de personas de más de 65 años; se calcula que en el 2 000 esa cifra ascenderá a 585 millones".

En México, de acuerdo con reportes del Banco de México (2)

y el Instituto Nacional de la Senectud (3), según el Censo General de 1970, la población de personas mayores de 65 años era 3.7% del total es decir, 1 813 210. Para el año 2 000 se estima que esa cifra será de 5 289 760 personas, o sea 4% de toda la población. Actualmente (1983) existen 4 142 916 personas mayores de 60 años. De ellas 875 000 viven en el Distrito Federal y 34 000 no tienen apoyo, ni económico, ni social y mucho menos familiar.

En una entrevista de prensa, realizada en el mes de agosto de 1983, al presidente del Movimiento Unificador de Jubilados de México, éste afirmó que:

"En el país hay 5 millones de personas mayores de 55 años que están marginadas de todo tipo de seguridad social y quienes viven en condiciones paupérrimas... sólo un millón de personas mayores de 55 años tienen programas de seguridad social".(4)

Como puede apreciarse, a pesar de que en nuestro país la mayoría de la población es joven (el 50% es menor de 15 años), el cúmulo de personas que han sobrepasado los 64 años de edad representa un sector poblacional, cada vez más importante en términos cuantitativos.

Los cambios sociales que se han ido generando de acuerdo al modelo de desarrollo económico del país, de los años 40 a la fecha, han ido modificando las características de urbanismo, vivienda, servi-

cios, transporte, etc., con los efectos consiguientes en las relaciones interpersonales tanto dentro como fuera del ámbito familiar.

Uno de los sectores más afectados en términos negativos por estos cambios, es el que corresponde al de la senectud. En la medida en que la sociedad ha entrado en fases de agudización de las crisis económicas, esto ha determinado que las personas con algún tipo de deficiencia o trastorno de carácter físico y/o mental vayan siendo progresivamente relegadas a posiciones sociales desventajosas.

La senectud por sí misma, tiende a convertirse en un equivalente de enfermedad, aunque en muchos casos no exista patología importante demostrable. Esto se debe a que las condiciones que se requieren para mantener un "nivel adecuado de competitividad social", son más difíciles de satisfacer por parte de los ancianos.

Este período de la vida está relacionado con una multiplicidad de pérdidas. Las personas de edad avanzada van perdiendo su rol o función social en el trabajo, el grupo familiar, la política y la comunidad; con las consiguientes pérdidas en términos de ingresos económicos, poder de decisión, estatus y prestigio. Muchos ancianos van viendo minada su salud, debido a enfermedades crónicas debilitantes y a disfunciones de los órganos de los sentidos. Además, no es raro que vayan perdiendo a sus seres queridos o amistades por fallecimiento.

Desde el punto de vista de la psiquiatría y la salud pública,

la problemática del anciano representa un reto considerable. La depresión en cualquiera de sus manifestaciones e independientemente de sus probables causas es un padecimiento común en esta etapa de la vida, que acarrea muy serias consecuencias. De ahí que la gerontopsiquiatría sea una disciplina en su propio derecho, no tanto porque los signos y síntomas mentales en el viejo sean esencialmente diferentes de los del joven, sino porque en el anciano los trastornos psiquiátricos tienen características específicas.

En un estudio comparativo realizado con pacientes ancianos, hospitalizados en un medio psiquiátrico por un cuadro depresivo, se concluyó que:

"los estados depresivos que aparecen por primera vez durante la vejez tienen características que permiten diferenciarlos de los que se manifiestan en otras épocas de la vida. En la depresión del anciano, los factores hereditarios maníaco-depresivos son poco frecuentes, no existe una personalidad previa característica y la ansiedad predomina en el cuadro clínico. Muchas veces, el inicio del estado depresivo está en relación con un acontecimiento traumático: la muerte o enfermedad de un familiar o la enfermedad física del mismo paciente. Aún en es-

tas condiciones, el cuadro clínico puede ser de tipo endógeno. Los intentos de suicidio, cuando existen, suelen ser graves, aunque haya signos de demencia". (7)

Otro de los hallazgos interesantes que se desprenden de este estudio es que, a diferencia de los pacientes con un cuadro de melancolía involutiva, los ancianos que se deprimen viven a menudo en condiciones socioeconómicas desfavorables.

En una extensiva revisión bibliográfica orientada hacia el análisis crítico de los factores de riesgo, de naturaleza psicosocial, que a partir de investigaciones epidemiológicas, han demostrado tener una mayor relevancia en el estudio de la depresión, se concluyó que: los factores de riesgo psicosocial, es decir, aquellas características y condiciones relativas a un determinado padecimiento y que constituyen importantes claves en la comprensión de su etiología, son esencialmente los mismos para el desorden depresivo no-bipolar (síndrome depresivo) que para los síntomas depresivos (disforia). En estos padecimientos los sujetos con más alto riesgo son: las mujeres, los jóvenes aunque para los hombres se incrementa el riesgo después de los 55 años de edad, aquellos que pertenecen a clases sociales bajas, los solteros, los que carecen de vínculos interpersonales estrechos, y también, aquellos que han experimentado la pérdida de una relación significativa. Todos ellos

tienen niveles más elevados de stress en comparación con poblaciones de bajo riesgo. (El término "stress" en este contexto se refiere a las demandas de adaptación de un organismo, originadas por estímulos ambientales). Sin embargo, el riesgo real asociado con eventos específicos no se conoce con precisión. (5)

De esta investigación se desprende la noción de que el riesgo psicosocial de enfermar de depresión, después de los 55 años, no tiene un carácter mecánico y simple, sino que obedece a la conjunción de factores como el sexo, la clase social, el estado civil, los rasgos de personalidad, que facilitan o no, el establecimiento de vínculos afectivos interpersonales, y el evento traumático de perder una relación significativa (separación, divorcio, fallecimiento). En cada caso particular, estos factores tendrán un peso y una significancia específica que es imposible determinar de antemano.

Desde el punto de vista epidemiológico, se requiere no sólo establecer con la mayor precisión posible la prevalencia de las enfermedades, sino que además es necesario evaluar las diferencias existentes entre los distintos subgrupos de la población en estudio, de acuerdo a variables psicosociales, para poder identificar los factores de riesgo, con cuya presencia puede asociarse el origen y desarrollo de la enfermedad. Con el fin de investigar la hipótesis referente a que los factores sociales están relacionados con el origen de la depresión en los

ancianos y de examinar si el modelo de Brown (1978) de la depresión es útil en la comprensión de estos padecimientos durante la senectud, se realizó en Inglaterra un estudio comparativo con ancianos deprimidos, y otros, que no lo estaban. En el primer grupo se incluyeron sujetos ancianos que durante el año previo a la entrevista habían presentado el inicio del episodio depresivo, y en el segundo grupo, se incluyeron ancianos sin patología depresiva de entre la población general.

Se compararon sujetos que residían en una de las áreas más prósperas de Londres con otros de los barrios pobres de esa Ciudad. Los criterios de inclusión fueron que: el paciente estuviera sufriendo un episodio depresivo, que éste fuera el primero durante la senectud, que se hubiera iniciado un año antes de la entrevista y que cumpliera con los criterios de Feighner para la depresión. Fueron excluidos los sujetos con algún desorden orgánico cerebral agudo o crónico evidente. Los resultados fueron los siguientes:

1. Se encontró que entre los ancianos deprimidos el índice de "eventos de vida" (life events), calificados como "severos", tales como enfermedades graves o fallecimientos entres seres queridos, padecimientos personales importantes, etc., fue más alto en comparación con los ancianos del grupo control. Es importante señalar que estos eventos de vida eran de carácter "independiente", es decir, no se consideraban como una consecuencia directa del problema depresivo.

2. Casi la mitad de los ancianos deprimidos presentó lo que fue calificado como una "dificultad social mayor", en un período de dos años previo al inicio del cuadro depresivo. Dichas dificultades sociales consisten en una mezcla de factores de tipo socioeconómico (laborales, monetarios); familiares (relaciones conyugales y con los hijos) y de salud (enfermedades). Se confirmó, junto con estudios previos, que los problemas de salud en el anciano contribuyen al inicio de la depresión.

3. En cuanto a clase social, se encontró que aquellos ancianos con depresión tenían mayores "dificultades sociales". Dicho de otra manera, su condición socioeconómica era más precaria y presentaron un mayor deterioro de la salud, incluyendo la propia depresión. La clase trabajadora, dentro de la población general, tuvo una mayor incidencia de depresión.

4. Se encontró que un factor de vulnerabilidad muy importante en la depresión del anciano lo constituye la incapacidad para entablar relaciones afectivas íntimas con otras personas, sobretodo cuando a éste se suman los factores antes mencionados.

En resumen, este estudio señala que los ancianos con depresión presentaron mayores problemas sociales, económicos y familiares; mayor número de eventos de vida traumáticos; un estado general de salud más deficiente y menor capacidad para entablar vínculos interperso-

nales profundos, en comparación con la población control. Sin embargo, la autora sugiere que la cualidad protectora esencial para la depresión en los ancianos es la capacidad propia para iniciar y mantener relaciones íntimas, es decir, en los recursos de salud mental inherentes a la personalidad del sujeto. Concluye diciendo que: En virtud de que no es posible modificar la personalidad del anciano, y como no hay forma para evitar la mayoría de los eventos de la vida traumáticos, es deseable mejorar las condiciones sociales y la atención a la salud en beneficio de la salud mental de los ancianos, y en particular, en el caso de la depresión. (14).

En toda la literatura revisada en esta investigación, existe consenso en afirmar que en la sociedad occidental capitalista contemporánea los ancianos constituyen un grupo o sector poblacional subprivilegiado, en términos sociales, económicos, y por lo tanto, también políticos. Si a estas desventajas agregamos toda la serie de trastornos físicos que comúnmente se presentan durante la senectud, no es difícil concluir que los ancianos representan asimismo una población de alto riesgo psiquiátrico, y en particular, en cuanto a patología depresiva se refiere.

Se calcula que en la población general de ancianos existe una incidencia de depresión de aproximadamente el 10%, que puede llegar hasta un 50% cuando se encuentra enfermedad física agregada. En-

entre los pacientes geronto-psiquiátricos hospitalizados se presentan trastornos afectivos en un poco más del 50%, en las edades comprendidas entre los 60 y los 70 años, y en algo menos del 50% entre los 70 y 80 años. Sin embargo, después de los 80 años de edad se produce un brusco decremento en la incidencia de la depresión.

Más de la mitad del total de pacientes psiquiátricos en edad senil experimentan su primer episodio depresivo después de los 60 años. Hay teorías que postulan que los trastornos depresivos en el grupo de ancianos pueden ser genéticamente diferentes de los trastornos depresivos en los jóvenes, sugiriendo una herencia poligénica; particularmente una combinación de múltiples genes interactuantes y factores ambientales, que pueden jugar un rol importante en las depresiones de iniciación tardía. Esto explicaría el riesgo de morbilidad relativamente bajo en los padres y parientes en primer grado de los pacientes geronto-psiquiátricos deprimidos.

A pesar de las posibles diferencias genéticas entre las depresiones de inicio temprano y las de inicio tardío, existe una similitud en sus manifestaciones psiquiátricas. Tanto en unas como en otras el humor abatido y la desesperanza, son síntomas considerados como suficientes, aunque no necesarios, para el diagnóstico; la disminución en las experiencias placenteras, así como la disminución en el interés, la energía y la productividad, son síntomas necesarios pero no suficientes;

y las alteraciones del sueño y del apetito, la disminución del deseo sexual, la fluctuación diurna del humor, los sentimientos de culpabilidad y de no pertenencia, así como el comportamiento y/o la ideación suicida, son síntomas que aunque no son suficientes y necesarios, frecuentemente están presentes en la depresión. Por otra parte, hay ciertos cambios biológicos que pueden servir para diferenciar los dos grupos de deprimidos. Entre los cambios biológicos que se presentan con mayor frecuencia en la depresión de inicio tardío están: arterioesclerosis cerebral, aumento de la concentración urinaria de MHPG, disminución de los niveles séricos de testosterona y/o estrógenos, e incremento en la actividad de la monoamina oxidasa en plasma, plaquetas y mesencéfalo.

(6).

En la depresión del anciano es muy importante considerar su asociación con la conducta y la ideación suicida. En los Estados Unidos de Norteamérica se estima que alrededor de 10 000 personas, por arriba de los 65 años de edad, se quitan la vida anualmente, lo cual representa el 25% del total de suicidios cometidos en ese país.

Se ha documentado ampliamente la asociación entre depresión y suicidio, siendo el anciano deprimido uno de los pacientes que con mayor frecuencia logran su propósito de suicidarse.

La evaluación clínica de la depresión en el anciano es una tarea compleja y desafiante, similar al reconocimiento de la depresión en

la niñez y en la adolescencia. Sin embargo, en el sujeto de edad, la depresión frecuentemente se presenta a partir de quejas somáticas y preocupaciones hipocondriacas, por lo que se dice que está "enmascarada". Las quejas somáticas incluyen trastornos del sueño y la alimentación, cansancio exagerado, palpitaciones, cefaleas, dolores osteoarticulares, constipación, etc. No es raro que se presenten alteraciones del peso corporal y el apetito sexual. La apatía, el aislamiento y el retardo funcional son síntomas frecuentes. Sin embargo, se ha dicho que a nivel cognoscitivo las diferencias entre la depresión del joven y la del anciano no son muy grandes.

En algunos casos, la depresión puede ser la primera manifestación de una enfermedad grave o puede ser el resultado de una interacción medicamentosa o de efectos indeseables de fármacos utilizados en el tratamiento de una enfermedad.

Habitualmente resulta difícil reconocer la depresión en la senectud debido a los mecanismos psicológicos empleados en este grupo de edad para ocultar la sintomatología. Mientras que la negación es común en todas las edades, en el anciano se hace más aparente. Además, como ya se mencionó, las presiones sociales sobre los ancianos los obligan a replegarse, incrementando sentimientos de pérdida, desesperanza y disminución de la autoestima, con lo cual aumentan tanto el riesgo como los intentos suicidas. Asimismo en la medida en que la gente enve-

jece, sus mecanismos de respuesta se tornan menos eficaces en el manejo de situaciones de pérdida, de aislamiento y de desplazamiento social.

La magnitud y severidad de la depresión consecutiva a una enfermedad física depende de los siguientes factores: la importancia del órgano y sistema en el mantenimiento de las funciones vitales, el grado de liga narcisista a la función perdida y la habilidad para mantener una imagen corporal positiva, al tiempo de reconocer las limitaciones propias.

Entre las enfermedades que generan sintomatología de presión se encuentran el Parkinson idiopático, presentándose en por lo menos el 40% de los casos; en los tumores cerebrales, ya sea que se trate de un carcinoma primario o de metástasis, y también, en los trastornos cardiovasculares.

Las alteraciones endocrinológicas son igualmente capaces de producir cambios en el estado afectivo. A pesar de que el hipertiroidismo es raro en la senectud, es más común que el hipotiroidismo y debe ser diagnosticado. Los problemas de las glándulas paratiroides y de las glándulas adrenérgicas pueden asociarse con depresión. Otras enfermedades endocrinológicas relacionadas con la depresión son la anemia perniciosa y los problemas pancreáticos, especialmente el cáncer de páncreas, común entre los 50 y 70 años de edad. Los trastornos del

tracto urinario son capaces de elevar el nitrógeno sanguíneo y de disminuir las funciones renales, con las consiguientes manifestaciones de la uremia como son la apatía y el ánimo deprimido.

Es importante hacer la diferenciación en ancianos entre depresión, demencia y la llamada pseudo-demencia. Aquellas depresiones que se presentan con manifestaciones de demencia, han sido llamadas pseudo-demencias. Estos pacientes tienen un aspecto de perplejidad, apatía, desinterés y olvidadizos. La importancia de este diagnóstico radica en que la depresión puede ser tratada y reversible.

Cuando el tratamiento produce una mejoría en la memoria indica un desorden afectivo primario más que un desorden cognoscitivo. Por lo general, la pseudodemencia se asocia con un inicio abrupto de síntomas y habitualmente los cambios en el humor preceden a los trastornos en la memoria y la incapacidad mental. El tratamiento con anti-depresivos permite una mejor diferenciación entre ambos padecimientos.

(8)

Uno de los problemas más comunes en el manejo farmacológico de los ancianos es el uso de múltiples sustancias, lo cual puede ir asociado a la presencia de depresión. Los siguientes medicamentos pueden inducir síntomas depresivos: barbitúricos, indometacina, anti-hipertensivos (particularmente la reserpina) y las anfetaminas y otros anorexígenos.

Debido a que la supresión de ciertas sustancias puede aumentar el riesgo suicida, toda suspensión de medicamentos debe ser gradual y cuidadosa. (16)

A partir de investigaciones realizadas recientemente con ancianos asilados, se encontró un grupo de sujetos que no podía ser clasificado en alguna de las categorías diagnósticas establecidas de las enfermedades mentales, a pesar de requerir tratamiento psiquiátrico.

La disforia fue la característica más sobresaliente que se observó en estos sujetos, ya que continuamente se les notaba tristes, insatisfechos y de mal humor.

El cuadro clínico de la disforia se asemeja al de la depresión, particularmente en lo que se refiere a una percepción subjetiva de inadecuación. De hecho, con frecuencia este padecimiento es diagnosticado como depresión, o incluso como un trastorno emocional inespecífico o un estado de ansiedad. Sin embargo, en la práctica clínica han aparecido diferencias cualitativas entre la disforia y la depresión.

De acuerdo con el DSM-III, Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales, Asociación Psiquiátrica Americana, 3a. edición, 1978, el concepto de disforia se refiere a sentimientos de depresión, tristeza, desesperanza, etc., y en cuanto al diagnóstico de enfermedad depresiva, la disforia es sólo uno de los criterios necesarios para establecerlo.

En una investigación realizada con el fin de diferenciar las características de los pacientes disfóricos, de las de los deprimidos y de los ancianos normales, los sujetos fueron seleccionados sobre bases clínicas a partir de entrevistas realizadas, tanto con ellos mismos como con el personal a su cargo en la residencia para ancianos. Se utilizó una versión adaptada de la escala de satisfacción vital de Neugarten para clasificar a las personas con grados importantes de disforia. Debido a la avanzada edad de los sujetos se les aplicó la escala en forma de entrevista estructurada, lo cual ha demostrado ser tan confiable como un reporte autoaplicable. El déficit cognoscitivo se evaluó mediante el Cuestionario de Status Mental (MQS), y la presencia y severidad de la depresión; se calificó con la Escala de Hamilton. Fueron excluidas las personas con demencia, síndromes orgánicos cerebrales y otros desórdenes psiquiátricos francos, excepto la depresión.

Una detallada historia personal y psicosocial fue elaborada utilizando un protocolo estándar. En todos los casos se hizo una evaluación clínica y una investigación de los antecedentes familiares.

Se encontró que las edades promedio de los tres grupos fue similar: disfóricos 78.1 años, deprimidos 76.4 años, y controles 78.8 años; y no se hallaron diferencias en cuanto al sexo y al estado civil. Desde el punto de vista del nivel académico y de ingresos económicos, los pacientes deprimidos estuvieron en una posición más alta en rela-

ción con los disfóricos y los controles, quienes presentaron más quejas de tipo financiero.

La mayoría de las personas incluidas en el grupo de disfóricos fueron admitidas al asilo sobre bases sociales y económicas, y los factores psiquiátricos fueron poco relevantes en comparación con los sujetos deprimidos. Un poco más del 50% de los deprimidos tenía antecedentes bien definidos de enfermedad psiquiátrica, habitualmente depresión, mientras que los disfóricos sólo en un 8%.

Desde el punto de vista de la invalidez física, no se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos, aunque los disfóricos se quejaban de más padecimientos e incapacidades en el momento actual que los pacientes deprimidos.

También fue evaluada la asistencia y el apoyo que los familiares y los amigos brindaban a los ancianos, tanto desde el punto de vista emocional como material. El 60% de los pacientes disfóricos se encontró pronunciadamente aislado en cuanto a vínculos familiares y de amistades. En ellos el rasgo más significativo fue el grado de insatisfacción más que los síntomas depresivos.

Por su parte los pacientes deprimidos habían vivido en mejores condiciones materiales antes de ser admitidos en el asilo que el resto de los pacientes.

Ante la posibilidad de considerar el estado disfórico como

una forma menor de depresión, los resultados del estudio señalaron que esto es poco probable, ya que los sujetos disfóricos no presentaron en su mayoría un afecto depresivo inequívoco, ni síntomas fisiológicos concomitantes; además de que todos tuvieron una puntuación baja en la Escala de Hamilton, no se encontraron antecedentes de enfermedad depresiva y la respuesta a los medicamentos antidepresivos fue mala.

Desde el punto de vista de los factores etiológicos, se halló una relación con padecimientos dolorosos e invalidantes, tanto en los disfóricos como en los deprimidos habían mayores limitaciones físicas que en los sujetos control. Asimismo, existe una correlación positiva entre bajos ingresos y desmoralización, encontrándose que los pacientes disfóricos no depresivos tenían mayores dificultades financieras que los demás. Esto tuvo que ver con la percepción subjetiva que los sujetos tienen de su propia situación. En la experiencia de los autores, las características de la personalidad tuvieron una mayor importancia que ciertas condiciones como invalidez o la sordera, señalando que "los ancianos difíciles habían sido jóvenes difíciles".

Se concluyó que la disforia en los ancianos que viven aislados, es una entidad clínica reconocible y frecuente, y que ésta puede diferenciarse de condiciones depresivas sobre argumentos clínicos apoyados en circunstancias de vida personales, antecedentes de enfermedad psiquiátrica y en la Escala de Hamilton.

El tratamiento por lo general es arbitrario y poco efectivo, y la situación tiende a perpetuarse como un estado de infelicidad y frustración para el sujeto, generando reacciones de ira e indiferencia por parte del personal a su cargo. Sin embargo, cuando puede establecerse un contacto significativo, el volumen de quejas y de problemas de conducta disminuyen. (15)

Según un trabajo presentado en la Academia Nacional de Medicina (Alvarez-Gutiérrez, 1977), desde el punto de vista de la asistencia social, se observa que:

"En todo el país existen 82 casas para ancianos, de las que 22 se encuentran en el Distrito Federal. La población atendida asciende a 6 516 personas, dando un promedio de 80 por asilo... Además, hay un hecho muy significativo: de las 22 instituciones sitas en la capital, una se fundó en el decenio de los 30; una en el de los 40; una en el de los 50; tres en el de los 60 y una en el de los 70. Las restantes se fundaron en los primeros años del siglo XX. Además, no puede decirse que exista otro tipo de programas en este campo, fuera de los asilos ya mencionados".

(17)

Independientemente de todas las consideraciones que puedan hacerse en favor o en contra de la existencia de los asilos para ancianos, como un espacio de depósito y concentración de un sector de la población marcado no sólo por características etarias sino también de orden social, económico y político, es necesario señalar que: en nuestro país no se han estudiado suficientemente los aspectos clínicos y sociales de la depresión en gente de edad avanzada, que vive en asilos y tampoco se han llevado a cabo investigaciones multidisciplinarias encaminadas a esclarecer los factores que intervienen en el origen y el desarrollo de dicha patología. De ahí que esta sea la preocupación fundamental que anima la presente investigación, tanto en función eminentemente de la clínica como de su correlato de alternativas psicosociales de prevención y manejo de complicaciones en la depresión del anciano.

4. Encuadre metodológico

En la investigación científica no puede existir un solo modelo de aproximación a la realidad. Muchas veces la complejidad del objeto obliga a modificar los modelos tradicionales, o previamente empleados, y se requiere de un esfuerzo adicional en términos de creatividad, sin desapego de la propia realidad.

Este es el caso de un estudio que pretende abordar por una parte, los aspectos clínicos de un padecimiento psiquiátrico en una población determinada, y por la otra, los aspectos psicosociales de esa misma población. El problema radica en la forma en que, sin modificar la intención medular de la investigación, puedan correlacionarse los datos obtenidos con diferentes instrumentos de registro, incluyendo la propia ideología del investigador. Este último es un aspecto, que en lugar de negarse como parte de la "objetividad de la verdadera ciencia", debe ser claramente reconocido desde el planteamiento inicial del trabajo. La ideología siempre está presente en la ciencia, ya sea de manera explícita o implícita. Esta no es ninguna novedad, y sin embargo, hay científicos que insisten en afirmar que las llamadas "ciencias básicas" están exentas de ese factor que, según ellos, desvirtúa el rigor y la objetividad necesarias para hacer ciencia. En última instancia, es la ideología la que está por detrás de situaciones tan obvias como la selección del objeto de estudio, del marco conceptual, del espacio y el tiempo de realización, de la

procedencia de los recursos humanos y materiales, etc. Esto no quiere decir que la ideología sea algo abstracto, intangible o desvinculado del resto de la realidad, sino que es una forma de interpretar la realidad, de acuerdo con una serie de hechos materiales con los cuales se va imbricando de una manera nada mecánica y simple.

¿Cómo proveernos de explicaciones, que sirvan para producir esquemas conceptuales, dentro de los cuales los datos obtenidos aparezcan como inteligibles?

¿Cómo debe procederse para partir de una situación real, compleja y arribar a tales esquemas conceptuales?

Y finalmente: ¿cómo llevar a cabo todo esto sin imponer a la realidad la rigidez de esquemas preconcebidos?

Con estas tres preguntas metodológicas se buscó un marco de referencia teórico que sirviera para sustentar este trabajo. (18)

La búsqueda de explicaciones es, obviamente, el objetivo central. Se trata de encontrar ciertas regularidades y ciertas formas características de comportamiento dentro de lo que pareciera ser una masa caótica y difusa de datos. En cierta manera, lo que uno busca es un cierto tipo de conceptualización que conduzca a generalizaciones y a la construcción de modelos y teorías aún cuando estas últimas sean rudimentarias. Esta tarea, sin embargo, no puede ser realizada por un simple proceso inductivo a partir de lo que podríamos llamar los "datos

puños" de la experiencia.

Además de la masa de datos que tendrán que ser considerados y de su carácter heterogéneo, elementos ambos que reclaman desde el comienzo mismo una planificación muy cuidadosa de la investigación, debe enfrentarse el problema de decidir qué nivel de explicación será considerado como adecuado o satisfactorio para responder a las cuestiones básicas que han sido formuladas. Las situaciones reales deben ser descritas lo más precisamente posible, pero el tipo de descripción que se busca debe tener una capacidad explicativa aceptable.

Generalmente se piensa que descripción y explicación son, en realidad, categorías diferentes. Se suele suponer además que las descripciones son más simples, más objetivas, más directamente relacionadas con lo que es "dado en la experiencia". Sin embargo, esta dicotomía está lejos de ser aceptable. Ni descripción ni explicación son términos absolutos. Hay niveles de descripción, como hay niveles de explicación: lo que aparece como una descripción a un nivel, se torna una explicación en otro nivel. En ningún punto de este proceso podemos considerar la descripción como algo a lo cual se llega rápidamente por una simple observación de lo que es "dado". Se requiere, en realidad, una enorme cantidad de investigación tanto a nivel empírico como teórico para llegar a ello. Aquello que aparece como una descripción directa e inocente resulta así estar "cargada de teoría" al nivel correspondien-

te.

Con esta óptica metodológica se ha intentado iniciar una labor descriptiva de las circunstancias en las que vive el anciano deprimido en una institución asilar. Los datos recogidos no proceden de un proceso desordenado y fortuito, sino que son la consecuencia de la aplicación de instrumentos más o menos sistematizados. La capacidad explicativa de esta primera aproximación al fenómeno, es muy limitada, aunque plantea la posibilidad de continuar haciendo este tipo de investigación, mejorando tanto los esquemas conceptuales de las explicaciones como la forma de abordaje de la problemática.

5. Diseño y estrategia

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y comparativo de ancianos en asilos que, en el momento de la investigación, se les diagnosticó patología psiquiátrica correspondiente con una enfermedad o síndrome depresivo del anciano. La identificación del padecimiento fue hecha con base a criterios clínicos bien establecidos e internacionalmente reconocidos por la psiquiatría actual.

El estudio se llevó a cabo en dos diferentes instituciones asilares para ancianos. Una de carácter público asistencial, y otra, de carácter privado. Interesaba abordar dos muestras de población con las cuales se pudiera realizar una comparación clínica y psicosocial, tomando en cuenta variables que señalaran condiciones estructurales y asistenciales distintas.

En ningún momento se consideró que los resultados pudieran ser extraprobables a grupos de ancianos más amplios que los delimitados por el diseño de la investigación. Sin embargo, se procuró encontrar muestras de población lo suficientemente representativas de condiciones socioeconómicas distanciadas, como para poder describir parcialmente un fenómeno que muchas veces se aborda exclusivamente desde el punto de vista clínico, en detrimento de una concepción más amplia y explicativa.

Como primer paso de la estrategia, se procedió a la selec-

cionando a los sujetos de las respectivas muestras en cada uno de los asilos. Para ello se realizó una evaluación clínica global del estado mental de un grupo de ancianos, con el fin de excluir a todos aquellos que presentaran un síndrome demencial, de moderado a severo. Al resto, es decir aquellos ancianos que no presentaban este tipo de alteraciones mentales, se les hizo un interrogatorio correspondiente a la "Entrevista psiquiátrica estandarizada" (Goldberg 1970), además de un cuestionario estructurado sobre sintomatología depresiva, elaborado ex profeso, siguiendo los Criterios de Feighner. (9)

También se le aplicó, a los ancianos incluidos en la muestra, un cuestionario para evaluar en términos generales sus "condiciones de vida", es decir, para tener un perfil psicosocial que revelara algunos aspectos del contexto en donde vive y había vivido el sujeto de la investigación. Con este objetivo se elaboró un cuestionario, también ex profeso (*), con el cual se exploraron los siguientes factores:

- a) datos generales de identificación
- b) datos migratorios
- c) datos demográficos
- d) escolaridad
- e) situación laboral
- f) ingresos económicos
- g) atención a la salud y enfermedad

- h) vivienda
- i) grado de satisfacción vital
- j) situación global en el asilo
- k) vínculos con el mundo externo

Además de los ancianos que padecían de síndrome demencial (moderado a severo), fueron excluidos de la muestra, aquellos que presentaban un síndrome de delirium, alcoholismo o algún otro desorden mental grave, en el momento actual o en una época previa de su vida, exceptuando la depresión en el anciano.

Finalmente, se analizó la información obtenida y se compararon las muestras de ancianos deprimidos de uno y otro asilo, en busca de diferencias y/o semejanzas que dieran luz sobre la problemática en cuestión.

(*) Este instrumento de investigación fue diseñado, utilizando el modelo de uno similar elaborado en el Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Aprovecho aquí para agradecer la colaboración y los comentarios del Psic. Marcelo Valencia, investigador de dicha Institución.

6. Definición de conceptos

6.1 Definición del problema

El problema fue planteado como la consecuencia de una serie de interrogantes que surgieron antes y durante el proceso de la in-

investigación:

¿Las características clínicas de la depresión en el anciano son iguales en México que en otros lugares del mundo?

¿De qué manera influye en el anciano deprimido el vivir dentro de un asilo?

¿Cuáles son las diferencias y/o semejanzas existentes entre una población de ancianos deprimidos que residen en un asilo pobre, de beneficencia pública, en comparación con otro asilo con recursos económicos y humanos elevados y de carácter privado?

¿En qué medida las condiciones materiales de vida previas y las variables psicosociales influyen en el cuadro depresivo de un anciano dentro de un asilo?

¿De qué manera estos sujetos contunden con su condición de ancianos (en este tipo de sociedad) y con su padecimiento psiquiátrico en el presente?

¿Qué alternativas de mejora en la calidad de vida tiene un anciano con depresión, asilado, de acuerdo a su extracción de clase y la severidad de su enfermedad?

6.2 Definición de la condición

Enfermedad depresiva. Se trata de un estado de ánimo caracterizado por tristeza, abatimiento y vacío, que se acompaña de uno o el total de los siguientes síntomas: pérdida del interés o de la capaci-

dad para experimentar placer, trastornos en el dormir, alteraciones en el apetito, disminución de las energías, sentimientos pesimistas o de culpa y pensamientos sobre la muerte o el suicidio. La depresión como un desorden clínico se diferencia de los cambios cotidianos del humor por la persistencia del trastorno afectivo, los síntomas concomitantes y la incapacidad social que produce.

Síndrome demencial. Incluye desorientación, fallas en la memoria, déficit intelectual, discalculia y errores de juicio. De acuerdo a la severidad de las manifestaciones puede dividirse en leve, moderado y severo. En ocasiones es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial con la depresión dando lugar a la entidad llamada "pseudodemencia". Debido a la dificultad diagnóstica entre ambas entidades, en ocasiones la cuestión sólo puede ser resuelta asumiendo la presencia de la depresión, ante la sospecha razonada, y tratándola. Si el cuadro de pseudodemencia desaparece entonces se establece el diagnóstico postfactum.

Delirium. Puede incluir las manifestaciones del síndrome demencial, pero además incluye alteraciones del humor, del estado de conciencia y del dormir. Con frecuencia se presentan alucinaciones, especialmente visuales y hay retardo o aceleramiento del curso del pensamiento.

6.3 Definición de criterio

El diagnóstico de enfermedad depresiva se hizo mediante una entrevista estructurada, cuya calificación estuvo basada en los Criterios de Investigación para la Depresión de la Universidad de Washington (FEIGHNER). El paciente que cumple con cinco de los ocho criterios se considera definitivamente deprimido; si cumple con cuatro es probable que lo esté. Con fines de esta investigación el mínimo de criterios positivos fue de cinco. Para elaborar el diagnóstico no se requiere identificar una pérdida o algún acontecimiento traumático (evento de vida).

Los criterios son los siguientes:

1. Pobre apetito o disminución del peso corporal.
2. Trastornos del dormir, incluyendo cualquier tipo de insomnio o hipersomnio.
3. Fatiga, pérdida de la energía, cansancio.
4. Agitación o retardo.
5. Pérdida de interés en actividades habitualmente estimulantes como el trabajo, los pasatiempos, las actividades sociales, las relaciones sexuales.
6. Disminución en la capacidad del pensamiento y en la concentración; pensamiento lento y confuso.
7. Sentimientos de culpa y autorreproche.
8. Ideas recurrentes de muerte o suicidio, incluyendo el de-

sco de morir.

Con el fin de descartar de la muestra aquellos pacientes que sufrían de síndrome demencial, se realizó, desde la primera entrevista, una evaluación global del estado mental del sujeto mediante la prueba de FROMAJE. (12)

La prueba de FROMAJE o cualquier evaluación del status mental no puede ser adecuadamente utilizada con pacientes que sufren afasia. Entendiendo por afasia: la pérdida de la capacidad para la comprensión y producción del lenguaje, que no puede ser atribuida a defectos motores o sensoriales o a una disfunción cerebral difusa. La afasia puede presentarse en las siguientes variedades:

1. Afasia anómica o amnésica. Incapacidad para nombrar los objetos.
2. Afasia de Broca. Incapacidad para la producción del lenguaje hablado, y habitualmente del lenguaje escrito, conservando la comprensión del mismo.
3. Afasia de Wernicke. Incapacidad para comprender el lenguaje, aunada a una producción defectuosa. (10)

Los problemas debidos a una visión o audición deficientes pueden conducir a un diagnóstico equivocado de demencia, por lo que hay que valorar cuidadosamente estas dificultades en los pacientes ancianos. Asimismo, es importante no realizar la prueba de manera apresurada, calculando un tiempo de aplicación de 10 a 20 minutos. Antes

de iniciar la prueba deberá dedicarse algún tiempo a una conversación informal de presentación, centrada en cómo el paciente se siente y cómo ha sido su vida antes del momento actual. Con esto se busca entablar una buena relación y suavizar las tensiones que puedan existir. Durante este tiempo el médico podrá irse percatando de la existencia de posibles problemas en la audición, así como de afasia o cualquier otro problema que pudiera dificultar el procedimiento.

7. Materia utilizado

Lugar de donde provino el material

Asilo I. Se encuentra en el sur de la ciudad de México, depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, y a él acuden personas de muy escasos recursos económicos, que no tienen acceso a otro tipo de servicio asistencial.

Asilo II. También se encuentra en el sur de la Ciudad, está manejado administrativamente por un patronato y recibe donativos de particulares. El terreno y la construcción del inmueble pertenecen al Estado. Acuden pacientes que pagan cuotas mensuales. Algunos de ellos padecen de algún tipo de invalidez física.

* Actualmente depende del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). 1983.

8. Características de la población

Se estudiaron personas ancianas, cuya edad sobrepasaba los 64 años en el momento de la investigación, residentes en forma más o menos permanente en los asilos seleccionados para la investigación, de ambos sexos, sin importar religión o cualquier otro tipo de creencia y nacidos en la República Mexicana o que hubieran vivido de manera más o menos permanente los últimos 40 años en el país.

9. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

1. Cumplir con los Criterios de Investigación para la Depresión de la Universidad de Washington (FEIGHNER).

Exclusión

1. Padeecer síndrome demencial (de moderado a severo), delirium o cualquier otro desorden psiquiátrico mayor, excepto la depresión, a partir de la senectud, o sea:

2. Haber presentado episodios depresivos claramente identificados en momentos previos a la senectud.

10. Método para la selección de los sujetos de la muestra

Se seleccionarán sujetos internados en cada uno de los asilos siguiendo un procedimiento estadístico detallado más adelante. A todos ellos se les hizo la prueba de FROMAJE y la detección de enfermedad de-

presiva. Aquellos casos que resultaron positivos a enfermedad depresiva, se les hizo el estudio completo.

11. Obtención de los datos

En virtud de los problemas de alfabetización que existen en un alto porcentaje de la población senil de nuestro medio y por otro tipo de limitaciones físicas, tanto motrices como sensoriales en los sujetos del estudio, se consideró preferible recabar la mayor parte de la información en forma de entrevista estructurada, en lugar de utilizar cuestionarios autoaplicables como el de Zung. El autor de la investigación fue el responsable directo de recabar el total de la información y del trato con los pacientes.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra sistemática aleatoria, representativa de la población de estudio. Se mantuvo la proporción de la estructura de la población, de acuerdo al sexo, tomando uno de cada cinco sujetos, de acuerdo a la lista de inscripción. De una lista de 174 internos, del asilo I, y de otra, de 37 internos del asilo II, todos ellos mayores de 65 años, se realizaron 21 entrevistas iniciales en el primer establecimiento y 23 en el segundo.

Estas entrevistas iniciales se llevaron a cabo con el fin de evaluar el estado mental global y de detectar un posible síndrome depresivo, según los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

Del total de entrevistas iniciales realizadas, se encontraron 20 sujetos, 10 en cada asilo, que presentaban síntomas y signos depresivos suficientes para poder ser incluidos en las respectivas muestras, y que por otra parte, no presentaban un síndrome demencial de moderado a severo, así como alguna otra patología psiquiátrica considerada excluyente en este estudio. A estos 20 sujetos de la muestra, se les aplicó la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg, y un cuestionario, elaborado ex profeso, llamado "Condiciones de vida", el cual fue empleado con el fin de evaluar algunos de los aspectos psicosociales de los internos, considerados como apoyos descriptivos de las distintas

poblaciones tanto en momentos previos como en los presentes dentro del asilo.

Toda la información obtenida fue codificada para poder ser manejada por la computadora.

De los 21 sujetos inicialmente entrevistados en el asilo I, se encontró que entre aquellos que no presentaron un síndrome depresivo claramente establecido, o sea los 11 restantes; el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente elaborado fue el de demencia senil, hasta en un 70%, siendo ésta en grados de moderada a avanzada. Los demás resultaron ser: un caso de estado de ansiedad (sin depresión), una esquizofrenia paranoide crónica y un caso de deficiencia mental, también de larga evolución.

En asilo II, se encontró una situación similar en cuanto a la frecuencia y gravedad del síndrome de demencia senil. Sin embargo, de los 23 sujetos entrevistados inicialmente, excluyendo aquellos con depresión, entre los 13 restantes se hallaron: dos casos con trastornos acentuados de la personalidad, un caso de paranoia, uno sin datos patológicos, y el resto con demencia senil.

Historia médica general

En todos los casos diagnosticados como "Síndrome depresivo en el anciano", se llevó a cabo un interrogatorio sistematizado, con el fin de detectar antecedentes patológicos. Los resultados encon-

trados fueron los siguientes:

	Asilo I	Asilo II
a) Intervenciones quirúrgicas	80%	70%
b) Enfermedades pulmonares	30%	30%
c) Enfermedades cardiovasculares	20%	40%
d) Hipertensiva	30%	70%
e) Úlcera gástrica	--	40%
f) Colitis	20%	50%
g) Riñones	--	20%
h) Artritis	50%	40%
i) Tumores	30%	30%
j) Dermatitis	10%	20%
k) Epilepsia	--	--

Como se puede apreciar, en general se reportó mayor cantidad de padecimientos de tipo somático entre los ancianos deprimidos del asilo privado que del público. Únicamente, el porcentaje de los antecedentes de intervenciones quirúrgicas y de artritis fue discretamente superior en el Asilo I, en donde por otra parte, no se reportaron casos de úlcera gástrica y problemas renales. En ambas poblaciones se negaron antecedentes de epilepsia.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares, los casos reportados fueron muy similares en ambos establecimientos, siendo del 60% y 50%, respectivamente.

CASOS

Asilo I

Asilo II

- | | |
|---|---|
| <p>1. Padre: "nerviosismo".
Hijo (30 años): depresión</p> <p>2. Padre: alcoholismo.</p> <p>3. Tía materna: hospitalización
psiquiátrica.
Paranoia.</p> <p>4. Esposa: esquizofrenia.</p> <p>5. Abuelo paterno: esquizofrenia.</p> <p>6. Esposo: alcoholismo.</p> | <p>1. Padre: alcoholismo.</p> <p>2. Abuelo paterno: depresión.</p> <p>3. Madre: alcoholismo.</p> <p>4. Abuela materna: psicosis no
especificada</p> <p>5. Primo paterno: psicosis no
especificada</p> |
|---|---|

Solamente en un caso, en el Asilo II se encontró el antecedente de un familiar, en línea ascendente (abuelo paterno), que había padecido de depresión. En el resto, se encontró una conjunción de antecedentes de psicosis y alcoholismo, la cual coincidió en ambos establecimientos.

En línea descendente, se halló un caso de depresión en el Asilo I, en un hijo adulto.

En relación a los antecedentes psiquiátricos personales, solamente se encontró el caso de una anciana, quien a los 43 años realizó un intento suicida, a raíz de un conflicto conyugal, sin que aparentemente mediara un cuadro depresivo bien establecido. El caso corresponde al Asilo I. En el Asilo II no se reportaron antecedentes de este tipo.

Sintomatología reportada

En esta segunda parte de la entrevista se realizó un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de cualquier síntoma psiquiátrico que el anciano de la muestra haya presentado, tanto en su historia como en las últimas tres semanas. El cuestionario de los síntomas está organizado en diez grupos con el siguiente orden:

Síntomas somáticos, fatiga, alteraciones en el sueño, irritabilidad, disminución en la concentración, ánimo depresivo, ansiedad y preocupación, fobias, obsesiones y compulsiones y despersonalización.

Los síntomas están presentados progresivamente, desde aquellos que son comúnmente encontrados en la vida cotidiana (dolores menores, fatiga, pérdida de sueño), hasta llegar a aquellos que corresponden con patologías más severas.

El modo de calificación fue el siguiente. Cada reactivo se calificó con una escala de 5 puntos y cada síntoma incluía indicaciones específicas para su evaluación. En términos generales:

1. Indica ausencia de síntomas.
2. Indica rasgo habitual o un síntoma limítrofe que no causa tensión significativa, ni requiere tratamiento.
- 3, 4 y 5. Indican respectivamente, grados leves, moderados y severos clínicamente, de un síntomas definitiva-

mente patológico.

A continuación se presentan los resultados de los síntomas

reportados:

1. Síntomas somáticos

	1 y 2		
		2	0
	3, 4 y 5	8	10
a) Disnea	0	6	4
	1	4	6
b) Palpitaciones	0	7	6
	1	3	4
c) Dolor u opresión precordial	0	9	4
	1	1	6
d) Sensación de desmayo	0	9	6
	1	1	4
e) Mareo	0	8	7
	1	2	3
f) Parestesias	0	6	5
	1	4	5

NOTA: (1 y 2) representan "Síntomas Menores"; (3, 4 y 5) representan "Síntomas Mayores".

0 significa: ausencia de síntomas y "1" presencia.

g) Parcsias

0	10	7
1	4	5

h) Pérdida de peso

0	5	2
1	5	8

i) Cefaleas

0	4	2
1	6	8

j) Sudoración excesiva

0	10	10
1	0	0

k) Dolor abdominal

0	8	6
1	2	4

2. Fatiga

1 y 2
3, 4 y 5

2	2
8	8

3. Alteraciones en el sueño

1	1
9	9

NOTA: (1 y 2) representan "Síntomas Menores"; (3, 4 y 5) representan "Síntomas Mayores".

"0" significa: ausencia de síntomas y "1" presencia.

4. Hipnóticos

9	7
1	3

5. Irritabilidad

4	3
6	7

6. Disminución de la concentración

2	5
8	5

7. Animo depresivo

1	0
9	10

8. Ansiedad

4	2
6	8

9. Fobias

8	8
2	2

10. Obsesiones y compulsiones

6	8
4	2

11. Despersonalización

10	10
0	0

Con el fin de analizar los datos obtenidos, se obtuvo de la computadora la siguiente información:

		Asilo I	Asilo II
Media de los síntomas reportados	\bar{X}	31.40	34.90
Desviación estándar	σ	5.050	3.030
Prueba "T de STUDENT" para la población de cada asilo de la sumatoria de los síntomas reportados	T =	-3.693	gl = 18
Nivel de significancia	alfa (α) =	.001	p < .001

Anormalidades manifiestas

En la tercera y última sección del instrumento, se calificaron las anomalías observadas durante la entrevista, ordenadas en doce escalas. Estas puntuaciones representan el punto de vista del entrevistador, lo que ha observado durante la entrevista y que es distinto a lo referido verbalmente por el paciente como síntomas. El modo de calificación es el mismo al de la sección anterior.

1. Anormalidades en la conducta

a) Lentitud y carencia de espontaneidad

Asilo I	Asilo II
8	6
2	4

b) Suspicaaz, defensivo

4	4
6	6

c) Histriónico

10	10
0	0

2. Escala para estados de ánimo anormales

a) Deprimido

0	0
10	10

b) Ansioso, agitado, tenso

6	2
4	8

c) Exaltado, eufórico

9	8
1	2

d) Aplanado, incongruente

10	10
0	0

3. Escala para anomalías perceptuales y cognitivas

a) Delirios, trastornos del pensamiento

10	10
0	0

b) Alucinaciones

9	10
1	0

c) Alteraciones en el intelecto

9	5
1	5

d) Excesiva preocupación por las funciones corporales

8	2
2	8

e) Contenido depresivo del pensamiento

1	0
9	10

Al igual que en la sección anterior, con el fin de analizar los datos obtenidos, se obtuvo de la computadora la siguiente información:

	Asilo I	Asilo II
Media de las anomalías manifiestas	21.30	28.20
Desviación estándar	3.740	3.190

Prueba "T de STUDENT" para la población de cada asilo de la sumatoria de las anomalías manifiestas

$$T = -4.444$$

$$g_l = 12$$

La información obtenida de los SINTOMAS REPORTADOS apunta las siguientes consideraciones:

1. Desde el punto de vista estadístico, a pesar de que las muestras de población estudiadas en ambos asilos no son cuantitativamente grandes, la diferencia entre la sintomatología es importante. Esta afirmación queda respaldada por el resultado de la Prueba T de STUDENT, con 18 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < .001$.

2. Entre los ancianos del Asilo II hubo un mayor número de síntomas reportados, exceptuando la "fatiga" y las "alteraciones del sueño", que fueron iguales en ambas poblaciones; y hubo una inversión en dos síntomas: "disminución de la concentración" y "obsesiones y compulsiones", siendo estos mayores en el Asilo I. Asimismo se observó que tanto la "sudoración excesiva", como la "despersonalización" estuvieron ausentes en ambas muestras. Esto último se explica por las características metabólicas propias de la senectud y la ausencia de síntomas de tipo psicótico o histórico disociativo en los ancianos incluidos en el estudio.

3. Los síntomas reportados más constantes fueron:

- a) Animo depresivo.
- b) Alteraciones en el sueño.
- c) Fatiga, pérdida de peso, ansiedad y cefalcas.

d) Irritabilidad.

El orden en que están presentados corresponde con la puntuación obtenida en el instrumento de evaluación utilizado.

La información obtenida de las ANORMALIDADES MANIFIESTAS apunta las siguientes consideraciones:

1. Desde el punto de vista estadístico, se encontraron diferencias importantes, aún mayores que entre los síntomas reportados, ya que el resultado de la Prueba T de STUDENT fue más alto.

2. En el asilo II se observó una mayor presencia de anomalías en comparación con el asilo I. Solamente en dos rubros hubo equivalencia y estos fueron: la actitud suspicaz y defensiva de los ancianos y su ánimo depresivo. En ningún caso se encontraron elementos de conducta histriónica, ánimo aplanado o incongruente, o anomalías cognitivas como ideas delirantes u otros trastornos del pensamiento. Sólo en un caso existió la duda en cuanto a la posibilidad de una alteración sensorial, en una anciana del asilo I, de 73 años, quien reportó que: "en algunas ocasiones había sentido que su difunto esposo le tocaba el codo". Sin embargo, esta sensación no era consistente, ni correspondía a una alteración de tipo psicótico en su conjunto.

3. Las anomalías manifiestas más importantes fueron:

a) Animo y contenido de pensamiento depresivos, prácticamente en el 100% de los casos.

b) Ansiedad, agitación y excesiva preocupación por las funciones corporales.

c) Susplicacia.

Se observaron discrepancias muy notorias en tres anomalías:

dades:

1. Excesiva preocupación por las funciones corporales.
2. Ansiedad y agitación.
3. Alteraciones del intelecto.

En los tres rubros fueron mayores en el asilo II.

Condiciones de vida (aspectos psicosociales)

Las edades de los internos de la muestra fueron muy similares en ambos asilos, siendo desde los 68 hasta los 89 años. En cuanto al sexo, la distribución resultó la misma, siendo 7 mujeres y 3 hombres en los dos asilos.

También hubo coincidencia en las dos muestras sobre el lugar de origen, ya que solamente 3 eran oriundos del Distrito Federal, y el resto, provenía de distintos lugares del país, aunque en todos estos casos el tiempo de residencia en la capital sobrepasaba los diez años.

En el asilo I las motivaciones principales para la inmigración al Distrito Federal fueron "para reunirse con su familia" y "para mejorar su situación económica". En cambio en el asilo II, los motivos fueron más variados.

En el asilo I, el 90% había enviudado antes de ingresar al asilo, mientras que en el asilo II, 6 personas habían enviudado, 3 nunca hicieron algún tipo de vida conyugal, y una estaba divorciada. Por otra parte, la duración de la relación conyugal fue mayor en el asilo II, ya que el 50% de los casados habían durado más de 30 años, mientras que en el asilo I, las relaciones resultaron menos uniformes en términos cronológicos. En cuanto al número de hijos vivos en la actualidad, fue notable la diferencia entre ambas poblaciones. En el asilo I, la mayoría de los internos tenían menos de cinco hijos vivos; en cambio en el

asilo II, el promedio de hijos era mayor, a pesar de que de acuerdo a la extracción de clase los internos del asilo I provenieran de familias más numerosas. Asimismo, en el asilo I, el 50% de los internos, que habían entablado alguna relación conyugal en su vida, tenían más de 20 años de haber perdido a su pareja, lo cual no fue observado en el asilo II, ya que la distribución del estado civil era menos uniforme y el porcentaje de solteros o sin relaciones conyugales fue superior.

En cuanto al grado de escolaridad, como era de suponerse, la tendencia en el asilo I fue hacia los niveles más bajos, con tres casos de analfabetismo; mientras que en el asilo II, a pesar de que la mayoría se concentró en el nivel de educación primaria, se hallaron dos casos que habían cursado nivel de licenciatura.

En el renglón laboral, se encontró que entre los 20 y los 50 años de edad, el principal trabajo desempeñado, por los hombres o por los cónyuges de las mujeres, en el asilo I fue el de "empleado asalariado" en el 50% de los casos, "pequeño comerciante" y "obrero no calificado" en el resto. En el asilo II, se hallaron dos "profesionistas", dos "pequeños comerciantes", dos "medianos y grandes comerciantes", un "industrial (propietario)" y solo un "empleado asalariado"; el resto no especificó. En relación al tiempo que había transcurrido desde que se dejó un trabajo económicamente remunerado, la mayoría de los internos del asilo I (60%), hacía menos de diez años que habían dejado de trabajar

para ganar la totalidad o parte de su sustento, mientras que en el asilo II, más de la mitad llevaban más de diez años sin realizar un trabajo de este tipo y tres sujetos nunca lo habían hecho. El motivo principal por el cual habían dejado el trabajo, resultó ser en el asilo I la "enfermedad física" y el "desempleo", en cambio en el asilo II, el motivo tuvo una tendencia a la "decisión propia" o "decisión de los familiares" hasta en el 50% de los casos. En cuanto al número de horas de trabajo, grado de interés y estabilidad en el mismo, las respuestas fueron muy similares en ambas instituciones, expresando satisfacción en términos generales. Sin embargo, solamente en el asilo I, hubo tres casos de manifestación de inconformidad por el dinero percibido.

El principal problema reportado en el asilo I, debido al trabajo, fue el económico; mientras que en el asilo II, las respuestas fueron menos precisas y sólo para dos personas lo "económico" significó un problema laboral.

Al investigar el tipo de servicios de atención para la salud de los cuales se habían provisto las respectivas muestras antes de ingresar al asilo, se encontró que en ambos casos, el 60% habían acudido a solicitar los servicios del médico particular, aunque en el asilo I, la automedicación y otras formas de ayuda estuvieron presentes; en el asilo II, el 40% eran o habían sido derechohabientes de alguna institución de seguridad social.

En cuanto a vivienda, también se encontraron diferencias, ya que en el asilo I, se detectaron tres casos de hacinamiento por vivir en "cuanto redondo" antes de ingresar al asilo.

El grado de satisfacción en relación a la vivienda antes del asilo, mostró en el asilo II, bastante homogeneidad en sentido positivo, mientras que en el asilo I, sólo la mitad dijo haberse sentido satisfecha con su vivienda.

Una de las variables que más discrepancia señaló entre las muestras de las distintas instituciones fue la que interrogó el grado de satisfacción de vivir en el asilo. En el asilo I, el 60% dijo sentirse satisfecho; en cambio en el asilo II, la mayoría de los internos se manifestó insatisfecha.

También hubo discrepancias notables en relación al origen de la decisión para ir a vivir al asilo. En el 70% de los internos del asilo I, fueron ellos mismos quienes decidieron recurrir a la beneficencia del establecimiento público; en cambio, en el caso de los del asilo II, en su mayoría fueron los hijos u otros familiares los que tomaron esta determinación. En el primer caso, el motivo principal para decidir vivir en el asilo fue "problemas de salud física", y en el segundo, fue "incapacidad para valerse por sí mismo".

Ante la pregunta de "¿cuál era su principal problema dentro del asilo?", la mayoría de los del asilo I contestaron que la "comida" y

"relaciones con otros asilados". En el asilo II, se quejaron también de las "relaciones con otros asilados" y del "personal paramédico", concretamente el trato de las enfermeras.

Finalmente, cuando se les preguntó "¿cuál es el principal tipo de ayuda que recibe por parte de sus familiares, amistades o alguna otra persona que vive fuera del asilo?", el 60% de los internos del asilo I manifestó no tener ningún tipo de ayuda; mientras que la mitad de los del asilo II, dijeron que la ayuda era exclusivamente económica.

Con el fin de dar una visión panorámica que se aproxime a una descripción de los tipos de población estudiada, desde el punto de vista psicosocial, en las muestras de pacientes con un síndrome depresivo, internos en las dos instituciones donde se realizó el trabajo, la una pública y la otra privada, se hizo el siguiente resumen de acuerdo con los datos anteriormente expuestos. Este resumen no pretende más que dar un perfil comparativo de las muestras de pacientes estudiados, y de ninguna manera es representativo de niveles más amplios de generalización.

Resumen

En el asilo I, es decir en la institución pública de beneficencia, se encontró una muestra de población interna con las siguientes características generales:

1. Todos tenían una edad por arriba de los 64 años y la proporción entre hombres y mujeres corresponde a la de la población general en ese grupo de edad.

2. La mayoría habían nacido en distintos lugares de la República Mexicana y habían inmigrado desde su infancia con familiares a la capital buscando mejorar su nivel social y económico de vida.

3. Desde el punto de vista demográfico, la mayoría provenía de familias extensas, de origen campesino. Todos habían entablado una o más relaciones conyugales a lo largo de su vida, aunque en varios casos sin llegar a contraer matrimonio, siendo algunas relaciones en unión libre. La duración de estas relaciones fue variable y en ningún caso superó los treinta años. A pesar de que la mayoría llegó a procrear hijos: (las mujeres cinco en promedio y los hombres no tenían certeza en cuanto al número), en la actualidad les sobrevivían menos de cinco a cada quien, lo cual atribuían a la alta mortalidad infantil y a otras causas de muerte, generalmente de tipo violento. Además, en el momento de realizar la entrevista tenían más de veinte años de haber perdido a su última pareja.

4. La escolaridad señaló un nivel pobre en general con analfabetismo y algunos casos de primaria incompleta.

5. Desde el punto de vista laboral, tanto los hombres como las mujeres se habían desempeñado en distintos trabajos a lo largo de

su vida. La mayoría habían sido empleados asalariados y comerciantes en pequeño, aunque entre los hombres hubieron obreros no calificados. Con frecuencia cambiaban de un trabajo a otro, mostrando un grado de inestabilidad laboral, el cual se relacionaba con problemas por desempleo, insatisfacción económica, y en algunos casos, por enfermedades físicas. Sin embargo, sumando los años de trabajo, éstos superaban los cuarenta en promedio, y en todos los casos, habían dejado de trabajar de manera remunerada diez años antes de ingresar al asilo, cuando se encontraron solos, en su mayoría, y/o enfermos.

6. La medicina privada, la automedicación y otras formas de tratamiento, como la medicina tradicional, fueron el tipo de servicios de atención a la salud a que acudió este grupo.

7. La vivienda se caracterizó por ser pobre, con hacinamiento, y sin embargo, la mitad manifestó haberse sentido satisfecha en ella antes de ingresar al asilo.

8. La mayoría de los internos dijeron sentirse satisfechos de vivir dentro del asilo, dadas sus condiciones económicas y familiares en el momento actual. Además, también en su mayoría, fueron ellos mismos quienes decidieron acudir a la institución de beneficencia pública.

9. La queja principal que tuvieron de vivir en el asilo fue: la poca cantidad y la mala calidad de la comida que allí se sirve. Hubieron

también quejas relacionadas con el tipo de vínculos establecidos con otros internos, siendo generalmente tensos y distantes, con una notable carencia de solidaridad y afecto entre ellos mismos.

10. Por último, la mayoría de los internos no recibe algún tipo de ayuda del exterior, es decir, por parte de familiares, amistades, etc.

En el asilo II, es decir en la institución privada, se encontró una muestra de población de ancianos internados con las siguientes características generales:

1. Todos tenían una edad por arriba de los 64 años y la proporción entre hombres y mujeres corresponde a la de la población general, en ese grupo de edad.
2. La mayoría habían nacido en distintos lugares de la República Mexicana y habían inmigrados a la capital por variados motivos.
3. Desde el punto de vista demográfico, se encontró que la mayoría había perdido a su cónyuge por fallecimiento, aunque en tres casos (mujeres) nunca habían establecido algún vínculo de tipo conyugal. Sin embargo, de los que sí se habían casado, la duración del matrimonio había sido mayor de treinta años. No se reportaron casos de unión libre.

La mayoría refirió tener un promedio de hijos vivos en la actualidad de cinco.

4. En cuanto a escolaridad, la mayoría había cursado la educación primaria completa, y en dos casos, habían terminado una carrera profesional.

5. Desde el punto de vista laboral, el nivel fue de medio a alto. Se encontraron, entre los hombres, profesionistas, comerciantes e industriales y solamente un empleado asalariado. Entre las mujeres la mayoría se dedicó al hogar.

En la mayoría de los casos, habían transcurrido más de diez años desde que habían dejado de realizar un trabajo remunerado, y la razón de esto, fue una decisión propia o de los familiares. En general, la opinión fue de satisfacción con respecto al trabajo desempeñado. Solamente dos internos refirieron haber tenido dificultades económicas.

6. La medicina privada y los establecimientos de seguridad social fueron el tipo de servicios de atención a la salud al cual acudieron los ancianos de este grupo antes de ingresar en el asilo.

7. En general, el tipo de vivienda fue bueno y el nivel de satisfacción con respecto al mismo fue también positivo.

8. La mayoría de los internos reportaron sentirse muy insatisfechos de residir en el asilo y responsabilizaban a sus hijos u otros familiares de haber tomado la decisión de enviarles a dicha institución, aduciendo que eran incapaces para valerse por sí mismos.

9. Los ancianos se quejaron prioritariamente del trato que reciben por parte del personal paramédico, concretamente de las enfermeras, y también, de las malas relaciones que guardan unos internos con otros.

10. Por último, la mayoría de los internos dijo recibir de familiares y amistades, una ayuda de tipo económico.

13. Discusión

Habitualmente cuando la gente se refiere a un asilo para ancianos, piensa en un sitio de características "deprimentes", ya sea que esta asociación se manifieste de manera explícita o no. Es un tipo de reacción frecuente en nuestro medio, es decir, en la sociedad occidental contemporánea. De forma similar el manicomio, la cárcel y el cementerio, son lugares que evocan un sentimiento amalgamado por la tristeza, el temor y una cierta curiosidad particular. No es casual que estas instituciones provoquen, en términos generales, reacciones tan similares. Se tiene tanto miedo a la pérdida de la libertad, como se le tiene a la locura, las enfermedades en general, la vejez y la muerte. Y justamente son los sitios antes mencionados, los espacios socialmente institucionalizados para contener y recluir a aquellos sujetos que con su mera referencia resultan amenazantes para la tranquilidad de los demás. A los delincuentes, a los enfermos mentales, a los ancianos y a los muertos se les asigna un lugar de concentración, no sólo con el fin de aplicarles una sanción de acuerdo a las leyes, de tratarlos por enfermedad mental, de venerarlos una vez que se convierten en difuntos o de cuidarlos en su vejez por sus incapacidades físicas, mentales y sociales, sino también para que se los pueda mantener apartados del resto de la sociedad. Esta separación va más allá de los límites físicos de las instituciones, ya que tiene que ver con el poder de evocación de temores atávicos que se despiertan al contacto de situaciones que son portavoces de dichos "fantas-

mas" y la realidad.

¿Por qué existe consenso en que el asilo es "deprimente"?

Una primera respuesta sería: porque el anciano es el retrato de nosotros mismos proyectado sobre un plano, en perspectiva, donde la imagen reflejada, nos produce una sensación de desagrado.

La condición generadora de ese estado de "depresión" no tiene que ver únicamente con el sitio donde se posa la mirada del observador; es decir, en el viejo y las circunstancias que definen el contexto en el que vive, sino que la respuesta emocional surge de la reactivación inconsciente, de ser uno mismo el "otro" al cual se le mira con una mezcla de conmiseración y rechazo. Dicho en otras palabras, es triste y doloroso confrontar de cerca la imagen de un ser que nos refleja como probabilidad existencial hacia un futuro mínimamente conocido.

Ahora bien, esta reacción está inscrita en todo un marco de conceptualización de la senectud como fenómeno de decadencia de la condición humana. En nuestra sociedad es casi sinónimo de enfermedad y desgracia. A diferencia de otras culturas y otras épocas, el viejo se ve agredido por una estructura y una ideología social montada sobre valores de eficiencia, éxito económico, agilidad corporal, pragmatismo, etc. Ante esta situación, los asilos son sitios donde se depositan seres disminuidos primariamente por motivos de edad acumulada. Pero si a esta desventaja agregamos algunas otras como pueden ser las enfermedades

físicas, los desórdenes mentales, la pobreza, el abandono familiar y la indiferencia de los demás, el problema adquiere dimensiones patéticas.

El enfocar la problemática del anciano, que vive en un asilo, desde la óptica de la depresión como enfermedad o síndrome psiquiátrico, y de las diferencias psicosociales correspondientes a distintos grupos de ancianos, ha sido una experiencia rica y compleja que plantea muchas interrogantes a partir de un conocimiento limitado de la realidad.

A primera vista, uno se siente tentado a decir que, toda persona internada en un asilo para ancianos está necesariamente condenada a sufrir de depresión. Asimismo puede decirse que un asilo con pobres recursos, como lo es uno de beneficencia pública, es per se, más generador de depresión que uno que cuenta con una planta arquitectónica moderna, amplia, aseada, etc., con suficientes alimentos, medicinas, y otros elementos de tipo material, así como con personal médico, paramédico y administrativo suficiente. Sin embargo, el problema no es simple. Ya se vio en la revisión bibliográfica realizada en el principio de este trabajo, que para la psiquiatría moderna la depresión en el anciano, es un conjunto sindromático diferenciable de otras entidades clínicas como la disforia o síntomas depresivos. De ahí que sea importante evitar una confusión que lleve a la generalización del concepto de depresión, fundamentalmente por las implicaciones que tiene en términos

del tratamiento y pronóstico. Es probable que con este marco de referencia, el porcentaje de ancianos deprimidos (como síndrome o enfermedad) que se encuentre e investigaciones clínicas realizadas en asilos, no sea tan alto como el de ancianos que presenten una sintomatología caracterizada por ánimo decaído y un trasfondo de pensamiento preñado por la tristeza, la desesperanza, el resentimiento contra los demás, el deseo de ya no seguir viviendo, etc. En el primer caso, el que se refiere a la depresión del anciano como enfermedad, de manera implícita, el psiquiatra juega un papel central en el tratamiento y en la resolución de la problemática. Se parte de una concepción de la depresión dentro del modelo médico: el sujeto, en este caso el anciano, lleva en su persona la enfermedad, y es fundamentalmente, en él donde los recursos del psiquiatra deben actuar. Los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia están siendo dirigidos hacia su ser, su cuerpo y su aparato psíquico. En el segundo caso, en el de la "depresión" como manifestación psicológica de una percepción particular del estado de cosas que rodean al individuo, así como la apreciación que tiene de sí mismo y de las relaciones con los demás, el énfasis de la problemática señala la necesidad de generar alternativas de solución y tratamiento que rebasan los límites de la relación médico-paciente. En estas condiciones, se abre un horizonte de trabajo en el que el punto de partida es el conocimiento y el análisis de los factores psicosociales que determinan, y han determinado

la vida del sujeto. Más no como una persona aislada, singularizada por una cierta enfermedad, vista en un corte transversal y fuera de un contexto material, sino que dicha persona expresa y refleja una situación más amplia, en términos sociales, de la cual es depositario y actor. Desde este punto de vista, interesará buscar un nivel explicativo de la problemática indagando sobre factores como son: el trabajo, la escolaridad, la vivienda, el estado de salud, las concepciones culturales, la composición familiar, los desplazamientos migratorios, etc.

El asilo, como institución histórica y políticamente determinada, también debe ser analizada y cuestionada por el investigador científico, ya que su existencia está ligada a concepciones de filantropía y beneficencia, por un lado, y por el otro, al rechazo y negación de la senectud.

En este estudio, realizado con ancianos a los que se diagnosticó depresión siguiendo criterios sancionados por la psiquiatría actual, se observó que la sintomatología no varió en gran medida en uno y otro asilo. Sin embargo, las diferencias aparecieron en cuanto a la forma de percibir y expresar el padecimiento. Para el psiquiatra que se limita a integrar un cuadro nosológico de la depresión en el anciano, a partir de síntomas y signos clínicos, le será difícil apreciar los matices que distinguen el vínculo que se establece entre el sujeto y su dolencia a partir de su propio contexto socioeconómico y cultural.

El diagnóstico médico unifica la comprensión del problema con un tratamiento específico; la descripción de la vivencia y de su contexto, produce una sucesión de hechos discontinuos de la realidad y demanda formas alternativas de solución.

CONCLUSIONES

1. En los casos de depresión encontrados en las muestras de población estudiadas, se pudo identificar el cortejo sindrométrico, descrito en la literatura para este padecimiento sin diferencias importantes. En este sentido tampoco se apreciaron variaciones entre uno y otro asilo. Al igual que lo descrito por la mayor parte de los autores especializados, los antecedentes psiquiátricos, tanto familiares como personales, no juegan un papel definido como en la depresión en otras épocas de la vida. Esto supone que el factor hereditario no es tan importante en la depresión del anciano como en los demás desórdenes afectivos, aunque debe de tomarse en consideración que hace 30 años o más, los criterios diagnósticos de estas afecciones eran muy ambiguos y muchos casos no eran identificados.

2. El hecho de que en cuanto antecedentes médicos generales y síntomas reportados, los pacientes del asilo privado hayan dado una puntuación significativamente mayor, puede explicarse por razones culturales más que estrictamente médicas. Tanto los temas, los objetos, las modalidades enunciativas, así como las conceptualizaciones de las enfermedades, a partir del discurso médico dominante (sobre el cual está basado nuestro instrumento de evaluación), resultan mucho más próximas a las clases sociales medias y altas que a las clases bajas. Estas últimas, tienen un manejo discursivo de la enfermedad, que tiene que ver más con el pensamiento mágico y las formas de medicina tradicional que

con la jerga médica de la sociedad occidental. Es de suponerse que tanto este factor como el grado de escolaridad bajo contribuyen a crear un vacío en la comunicación con el entrevistador, en el que se pierden o se diluyen algunos elementos que pudieran ser incorporados como parte de la patología depresiva, pero que son expresados de manera distinta. vgr. lenguaje no verbal.

3. En el asilo privado pudo observarse que los pacientes deprimidos tenían síntomas disfóricos más acentuados que los pacientes del asilo de beneficencia. En general, en el privado, los ancianos se encontraban tensos, ansiosos y suspicaces. El contenido de su pensamiento, además de ser depresivo, revelaba una marcada inconformidad con su situación actual. Muchos de ellos pensaban que no existía una razón de peso para que sus familiares los hubieran depositado, en calidad de material de desecho, en la institución. Con amargura se quejaban de que el motivo de su estancia en el asilo no tenía que ver con dificultades económicas o de restricción de espacio en la vivienda, sino que los hijos u otros familiares habían decidido deshacerse de ellos, pues de alguna manera resultaban un estorbo para la dinámica familiar. También los pacientes del asilo privado mostraban una mayor preocupación por las funciones corporales y aparentaban tener más alteraciones del intelecto. Lo primero coincide con lo dicho en relación a la sintomatología reportada y los antecedentes médicos generales, como una forma

culturalmente determinada de percibir el propio cuerpo y el vínculo con los demás.

Es una enfermedad psicológica de los grupos sociales que manejan una información cercana al discurso médico preponderante. Lo segundo, es probable que esté relacionado con el lugar que ocupa, la "razón", en cuanto a funciones intelectuales. Frente a un síndrome depresivo, no es raro que las personas acostumbradas a pensar en términos de lógica y racionalidad, se vean particularmente sensibilizadas por la pérdida de funciones cognoscitivas. Pudiera decirse que, en mayor o menor medida, la pseudodemencia, guarda relación con una actitud social "intelectualizada".

4. Las condiciones socioeconómicas de vida previas al periodo de la senectud, fueron la principal determinante para ingresar a un asilo público o privado. Aquellos que a lo largo de su vida no acumularon un cierto grado de riqueza material, y cuyas familias tampoco contaban con este tipo de recursos, tuvieron que acudir (en la mayoría de los casos por voluntad propia) a la beneficencia, en el momento en que se encontraron viejos, enfermos, solos y socialmente desamparados. Para ellos el asilo consistía, más que una alternativa para vivir los últimos años, una necesidad de supervivencia inmediata. De ahí que su percepción de la institución, por muy pobre que ésta fuera, no dejaba de ser un sitio que los había acogido en un momento y en condiciones muy

críticas de su existencia.

5. En ambos asilos fue notoria el grado de suspicacia de los ancianos deprimidos. A pesar de que popularmente se dice que los viejos se vuelven desconfiados, esto tiene que ver con una incapacidad progresiva para confiar en sus órganos de los sentidos y el grado de seguridad o peligro que el mundo les refleja. En los dos asilos visitados prevalecía la falta de comunicación, y la desconfianza entre los internos. En un principio mostraban esa misma suspicacia para con el entrevistador, pero cuando se les manifestaba interés por la situación particular de cada anciano, la situación tendía a invertirse, siendo algunos de ellos sumamente comunicativos y amables. Por este motivo es poco probable que esta sea una manifestación propia de la depresión del anciano. Más bien parece ser un efecto de la falta de actividades, dentro de los asilos, que tiendan a crear una conciencia colectiva, de compañerismo y de apoyo mutuo. La institución los hace sentir más solos y mantiene los signos de competitividad de la sociedad en general.

6. También se observó que en ambos asilos, los ancianos se sentían a disgusto con una parte del personal paramédico que allí labora, siendo mucho más marcada esta queja en el asilo privado. Probablemente este problema tenga que ver con la falta de preparación e interés que tiene la mayor parte del personal que labora en una institución de este tipo. Hace falta un entrenamiento específico encaminado a que las personas que

laboran en los asilos y establecimientos afines, comprendan la naturaleza de la problemática del anciano. Es importante realizar una cuidadosa selección, y por supuesto, mejorar los salarios y prestaciones del personal.

1.5 Comentario final

Los instrumentos de registro utilizados en esta investigación resultaron útiles aunque la información obtenida fue parcial. En el caso de la Entrevista Psiquiátrica Estandarizada de Goldberg se obtuvieron muchos datos clínicos pero se perdió en profundidad de los mismos. La experiencia subjetiva es uno de los elementos más ricos con los que se puede contar para conocer la depresión del anciano, y por lo tanto, es una parte insustituible en su tratamiento. Por otra parte, el cuestionario "Condiciones de vida", elaborado ex profeso para este estudio, es sólo un avance en la sistematización de un método para recabar este tipo de información, tomando en cuenta las características peculiares del anciano en México. Obviamente aquí se hace referencia a factores culturales de manejo de información, creencias y rasgos de personalidad.

La investigación psiquiátrica integral del anciano es un campo de trabajo que está por construirse en nuestro medio. Del interés, grado de conciencia y dedicación por la problemática de la senectud, dependerá en gran medida el éxito de esta tarea.

BIBLIOGRAFIA

1. Anónimo: La vejez como problema social. Crónica de la OMS. 31, 602, 1977.
2. Benitez, R. y Cabrera, G.: Proyecciones de la población de México, 1960-1980. México, Edición del Banco de México, S. A., 1966, pp. 47, 48, 67, 68, 69.
3. Entrevistas publicadas en Uno más Uno, 26 de agosto de 1983.
4. " " " " " " " "
5. Hirschfeld, R. M.; Cross, C. K.: Epidemiology of affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry, 1982, Jan., 35-46.
6. Bann, T. A.: The treatment of depressed geriatric patients. Am. J. Psychother.; 1978:93-104.
7. Krassoievitch, M.: Aspectos clínicos de la depresión del anciano. Psiquiatría, 1976, 6 (1):29-35.
8. Kupfer, D. J.; Frank, E.: Depression in the elderly, in: Depression. Current Concepts, Upjohn Company, 1981, 26-28.
9. Feighner, J. P.: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 26, 57-63.
10. A Psychiatric glossary, American Psychiatric Association, fifth edition, 1980, p. 69.
11. Richard, J.; Droz, P.: Depresiones tardías en: Depresión enmascarada, Coigy (mimeografiado).

12. Libow, L. S.; Sherman, F. T.: FROMAJE in: The core of geriatric medicine, Mosby Company, 1981, St. Louis, 87-90.
13. Osgood, N. J.: Suicide in the elderly: are we heeding the warnings? Postgrad Me, 1982, Aug, 123-130.
14. Murphy, E.: Social origins of depression in old age. British Journal of Psychiatry, 1982, Aug, 135-142.
15. Gillis, L. S.; Zabow, A.: Dysphoria in the elderly. S Afr Med J, 1982, Sep., 410-413.
16. Cameron, I. R.: Special problems in the evaluation and treatment of emotional disorders in the elderly. Conn. Med. 1982, Jun. 305-309.
17. Alvarez-Gutiérrez, R.: Los ancianos, un grupo olvidado, Gaceta Médica de México, Vol. 113, No. 12, Dic. 1977.
18. García, R.: A conceptual framework for the analysis of case studies on "Food Systems and Society" (outline). Mimeógrafo, Ginebra-Agosto, 1979.

CONDICIONES DE VIDA*

1	2	3

Núm. de paciente: _____ Asilo: _____

Paciente: _____
Nombre Apellidos

Edad: _____ Sexo: _____

4	5

Fecha de entrevista: _____

6

1. Lugar de origen

¿En dónde nació usted?

1. Distrito Federal (zona metropolitana)
2. Otro lugar dentro de la República Mexicana
3. Otro país

7

2. Tiempo de residencia en el Distrito Federal (zona metropolitana)

¿Hace cuánto tiempo que vive usted en el D.F.?

1. Menos de 10 años
2. Más de 10 años

8

3. ¿Por qué motivo vino a vivir al Distrito Federal?

1. Para venir al asilo
2. Para mejorar su situación económica

9

* Antes de iniciar este cuestionario, se le dirá al entrevistado lo siguiente: "Le voy a hacer algunas preguntas en relación con su vida diaria para saber mejor quién es usted y qué es lo que necesita".

3. Para reunirse con su familia
4. Por motivos de salud
5. Porque le gusta la Ciudad de México
6. Otros (especifique) _____

10

4. Estado civil

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Unión libre
5. Divorciado

11

5. Duración de la relación conyugal. Si hubo más de una, se consignará la que más tiempo haya durado, o la última.

1. Menos de 10 años
2. Más de 10 años y menos de 30 años
3. Más de 30 años
4. No aplicable

12

6. ¿Cuántos hijos le viven en la actualidad?

1. Ninguno
2. Menos de cinco
3. Más de cinco
4. No aplicable

13

7. Tiempo de viudez o de haber perdido a la pareja.

¿Hace cuánto tiempo que falleció su esposo(a)?

1. Menos de 10 años
2. Más de 10 años y menos de 20
3. Más de 20 años
4. No aplicable

14

8. Escolaridad.

¿Hasta qué año fue usted a la escuela?

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Educación media Incompleta
4. Educación media completa
5. Educación superior
6. No aplicable

15 16

9. Situación laboral.

En el caso de las mujeres que se hayan dedicado al hogar, consignar la ocupación de su pareja.

¿Cuál fue su principal trabajo entre los 20 y los 50 años de edad?

1. Campesino (asalariado)
2. Campesino (propietario)
3. Hacendado
4. Obrero no calificado

Núm de años: _____

17

5. Obrero calificado
6. Pequeño comerciante
7. Mediano y gran comerciante
8. Industrial (propietario)
9. Empleado asalariado
10. Profesionista
11. Dedicada al hogar
12. Otro (especifique): _____

18

10. ¿Hace cuánto tiempo que dejó de realizar un trabajo remunerado, antes de entrar en el asilo?

1. Menos de 10 años
2. Más de 10 años
3. No aplicable

19

11. ¿Cuál fue el motivo principal por el que dejó de trabajar, antes de entrar al asilo?

1. Jubilación
2. Enfermedad física
3. Propia voluntad
4. Decisión de los familiares
5. Quiebra económica
6. Incapacidad mental

7. Desempleo

8. Otro (especifique): _____

--	--

20 21

12. En su último trabajo (anterior al asilo), ¿cuántas horas al día acostumbraba trabajar?: _____

¿Le parecen muchas horas de trabajo, pocas, regular?

¿Cómo se siente en relación a esto?

--

22

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Le daba igual
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
6. No aplicable

--

23

13. Interés en el trabajo.

Su trabajo le parecía...

1. Muy interesante
2. Interesante
3. Le daba igual
4. Muy poco interesante
5. Nada interesante
6. No aplicable

24

14. Estabilidad en el trabajo.

¿Qué tan seguro se sentía de poder conservar su trabajo?

1. Muy seguro
2. Seguro
3. Le daba igual
4. Inseguro
5. Muy inseguro
6. No aplicable

25

15. Nivel de satisfacción económica.

¿Con el dinero que usted ganaba se sentía...?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Le daba igual
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho
6. No aplicable

26

16. Problemas en el trabajo.

¿Cuál considera usted que haya sido el principal problema en el trabajo?

1. Económico
2. Insatisfacción personal porque no le gustaba

3

3. Malas relaciones con los compañeros de trabajo
4. Malas relaciones con los jefes
5. Mala higiene en el lugar de trabajo
6. Peligrosidad en el trabajo
7. Problemas de transportación
8. Otro (especifique): _____

17. Servicios de atención para la salud.

27

¿Antes de venir al asilo, en caso de enfermedad acudía a...?

1. Médico particular
2. Alguna institución de seguridad social
3. Se automedicaba
4. Curandero
5. Otro (especifique): _____

18. Vivienda.

28

¿Antes de vivir en el asilo, vivía usted en...?

1. Casa
2. Departamento
3. Cuarto redondo
4. Otro (especifique): _____

29 19. ¿Pagaba usted renta?

1. Si

2. No

3. Otro (especifique): _____

30 20. ¿Cómo se sentía hacia su vivienda en general?

1. Muy satisfecho

2. Satisfecho

3. Le daba igual

4. Insatisfecho

5. Muy insatisfecho

6. No aplicable

31 21. Situación dentro del asilo.

¿Cómo se siente de vivir en el asilo?

1. Muy satisfecho

2. Satisfecho

3. Le da igual

4. Insatisfecho

5. Muy insatisfecho

6. No aplicable

32 22. ¿Quién decidió que viniera usted a vivir al asilo?

1. Voluntad propia
2. Hijo (s)
3. Otro familiar (es)
4. Institucional

33 23. ¿Cuál fue el motivo principal para tomar la decisión de vivir en el asilo?

1. Viudez
2. Problemas económicos
3. Problemas de salud física
4. Dificultades en las relaciones con otras personas
5. Incapacidad para valerse por sí mismo
6. Falta de vivienda
7. Otro: _____

34 24. ¿Cuál considera usted que es su principal problema dentro del asilo?

1. Comida
2. Vestido
3. Instalaciones (habitación, higiene, comodidad, etc.)
4. Falta de dinero
5. Relaciones con otros asilados
6. Relaciones con el personal médico y paramédico

7. Relaciones con el resto del personal

8. Otro: _____

Explicar brevemente por qué: _____

25. ¿Cuál es el principal tipo de ayuda que recibe por parte de sus familiares, amistades o alguna otra persona que vive fuera del asilo?

1. Económica (dinero)

2. En especie (comida, vestido, regalos, etc.)

3. Emocional (cariño, compañía, confianza, etc.)

4. Ninguna

5. No aplicable

6. Otro: _____

Dr. Moisés Rozanes Tassler

Junio 1983.