

# Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado

Analía Verónica Losada<sup>1</sup>  
Marina Alvarez Strauch<sup>2</sup>

**Se** evaluó la sintomatología depresiva en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina y se investigó si el hecho de vivir solo o acompañado influía o no en el nivel de depresión de los mismos. Para ello, se valoró el nivel de depresión de 75 personas. De ellas, 37 (30 mujeres y 7 varones) vivían solas y 38 (19 mujeres y 19 varones) vivían acompañadas. Todos los sujetos participantes del estudio respondieron al Inventario de Depresión de Beck, estableciendo, en función de las respuestas, 5 niveles de depresión. Los resultados mostraron que el nivel de depresión de las personas mayores de 65 años que vivían solos es mayor que el de los que vivían acompañados.

**Palabras Clave:** *Adultos Mayores. Vejez. Depresión. Vivir solos o acompañados.*

## ABSTRACT

depressive symptomatology was assessed in adults 65 and older residing in Buenos Aires, Argentina and investigated whether the fact of living alone or with non influenced the level of depression thereof. For this, the level of depression was assessed 75 people. Of these, 37 (30 women and 7 men) lived alone and 38 (19 women and 19 men) lived accompanied. All subjects in the study responded to the Beck Depression Inventory, setting, depending on the answers, 5 levels of depression. The results showed that the level of depression in people over 65 living alone is greater than that of living accompanied.

Keywords: Aging. Aging. Depression. Living alone or accompanied.

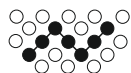
## INTRODUCCIÓN

En pos a los progresos de la medicina y a las mejoras en las condiciones sociales y económicas en muchas regiones del mundo, hoy en día podemos hablar de una gran disminución de la tasa de natalidad, del aumento de la expectativa de vida y del crecimiento demográfico de la población. Como creció la población, también creció proporcionalmente la población anciana y los ancianos pasaron de ser una población marginal a estar en el centro económico y social (Chong, 2012; García Pintos, 2003; Juan Pablo II, 1999), lo que llevó a que se den nuevas situaciones de convivencia familiar y a un proceso de envejecimiento en el marco de la familia (Vidal y Clemente.1999).,

N°1 ISSUE  
JUNIO 2014

Recibido:  
16/05/2014

Aceptado:  
23/05/2014



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

Aunque las familias con ancianos tienen distintas alternativas: incorporar al anciano al hogar de uno de los hijos, llevarlo a un hogar o residencia e institucionalizarlo, conseguir alguien que conviva con él y que lo atienda o que viva solo (García Pintos, 2005), el envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad, propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar (Aguilar Navarro y Ávila Funesa, 2007).

En Argentina, según el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2010, hay 4.104.648 adultos mayores de 65 años. El 41% de ellos son hombres y el 59% son mujeres. Esto representa el 10% de la población total (INDEC, 2010).

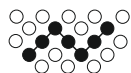
Según Osorio, García de Lózar, Ramos y Agüera (2009) la enfermedad psiquiátrica y física más frecuente en ancianos es la depresión. Calvo Aguirre (1989) explica que esto puede deberse a que todas las especificidades de la vejez favorecen la aparición de síntomas depresivos. Por lo tanto, la depresión es uno de los trastornos psicológicos de mayor importancia y prevalencia en población gerontológica (Riquelme Marín, Buendía Vidal y López Navas, 2006). Según Díaz, de la Torre, Heissenberg y Gatti (2011) y Aguilar Navarro y Ávila Funesa (2007), esta causa sufrimiento en el anciano y una considerable disminución de la calidad de vida. Además es un factor psicológico potenciador del comportamiento suicida (Odalys y Peña-Caballero, 2011), es decir que el suicidio entre ancianos constituye una significativa causa de muerte y la depresión es un factor de riesgo suicida en la vejez (Péres Barrero, 2012).

En la presente investigación se estudiaron los síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, y se investigó si el hecho de vivir solo o acompañado influye o no en el nivel de depresión.

## **VEJEZ**

Envejecer es un acontecer de la vida misma, un proceso que se da a lo largo del tiempo, un proceso continuo y sostenido de crecimiento, madurez, despliegue y evolución. La vejez es una crisis en el curso vital de la historia de un individuo (García Pintos, 2003) que se inicia, aproximadamente, a los sesenta años (Craig y Baucum, 2001).

El envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental, lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco. Es un fenómeno universal progresivo que se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social (Chong, 2012).



Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch

Según Guardini (1977), la entrada a la ancianidad se da luego de la crisis del desasimiento, la cual está unida al envejecimiento, a la conciencia del fin y la transitoriedad. Es propia de aquella persona que sabe del final y lo acepta, pero que también toma conciencia de lo eterno, de lo que no pasa. A esta persona, Guardini la llama *hombre sabio*. Luego habla del *hombre senil* y dice que es el hombre que pierde originalidad e intensidad en todas las áreas de su conducta, que al disminuir sus capacidades, depende de los demás y conserva resabios de la fase del hombre sabio. Su deseo es estar en paz aunque a veces vivencie amenazas, y tiene la justa orientación hacia la muerte.

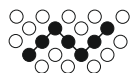
Erikson (1974) en su teoría epigenética, describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de su adecuación a ciertas variables psicosociales. En la vejez o madurez, el conflicto principal que plantea es el de *"integridad vs desesperación"*. La integridad hace referencia al sentimiento de coherencia y totalidad frente a las distintas limitaciones que van apareciendo y la desesperación es cuando la persona quiere seguir siendo joven o se deja estar.

Salvarezza (2002) sostiene que en la vejez hay un aumento de la interioridad y la persona se conecta con sus recuerdos. Según como se conecte con ellos, la interioridad puede llegar a tomar dos formas: estilo reminiscencia o estilo nostalgia. En el estilo reminiscencia, la persona se conecta con su pasado, sin malestar y sin irritación. La reminiscencia es una actividad mental completa y organizada, una construcción psíquica que se correspondería con la integridad de Erikson, es decir con la salud. En cambio, en el estilo nostalgia, la persona tiene una actitud de melancolía, teñida de enojo y de fastidio. En la que hay un permanente malestar. La persona pone el acento en lo que perdió y en lo que no pudo hacer. Por lo tanto, la persona está más propensa a cuestiones psicopatológicas. Este estilo se correspondería con la desesperación de Erikson, es decir con la patología.

## DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

En el DMS-IV existe una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos, siendo el común denominador en todos ellos la modificación profunda del estado anímico, el predominio de la tristeza y el sufrimiento, o la preocupación excesiva (Mella, González, Dappolonio, Maldonado, Fuenzalida, y Díaz, 2004).

El síntoma principal de la depresión es el estado de ánimo deprimido pero este suele estar acompañado también por tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción,



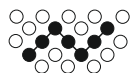
*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

culpa, expectativas de castigo, autodesprecio, autoacusación, ideas suicidas, episodios de llanto, irritabilidad, retirada social, indecisión, cambios en la imagen corporal, enlentecimiento, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y bajo nivel de energía (Beck, Steer y Brown, 2006).

En la persona que padece síntomas depresivos se pueden observar tres patrones cognitivos principales a los que se los denomina triada cognitiva. El primero es la visión negativa acerca de sí mismo. La persona se considera deficiente, inadecuada, inútil, con poca valía. Se orienta a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, ya sea de tipo psíquico, moral o físico. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos, tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán. El segundo componente es la interpretación negativa de sus experiencias. Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas y percibe al mundo como sumamente exigente y causante de obstáculos para el logro de sus objetivos. El tercer componente se centra en la visión negativa acerca del futuro. Este provoca que la persona suponga que todo lo que proyecte y realice será conflictivo y que se irán agregando males cada vez mayores. Siguiendo el modelo cognitivo, estos patrones negativos serían el foco de la patología y explicarían el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo, sean estos síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1983).

Que la prevalencia de la depresión en la vejez sea alta, puede deberse a que todas las especificidades de la vejez favorecen la aparición de síntomas depresivos. Siguiendo a Calvo Aguirre (1989) podemos decir que en la vejez, la sensación de inseguridad aumenta, se presentan dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, hay restricción del entorno social y aislamiento, muertes de familiares y amigos, menor autonomía psico-física, etc. Todos estos hechos pueden generar vivencias angustiantes, que se pueden traducir en manifestaciones psicológicas como: rigidez, desconfianza, dogmatismo, desconfianza, egoísmo, etc. Además en el entorno social del anciano se producen cambios importantes que pueden llegar a afectar las relaciones conyugales, las relaciones entre padres e hijos y las relaciones sociales en general. Las dificultades de adaptación a todos estos cambios que suelen ocurrir en la vejez, pueden provocar abatimiento psicológico y pueden llegar a originar una enfermedad depresiva. También podría provocarla la cercanía de la muerte.

También Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007) afirman que el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años la depresión, especialmente en las mujeres (Chong, 2012) y que los aspectos sociales suelen ser



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

muy importantes en la etiología de la misma.

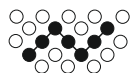
Los ancianos deprimidos pueden expresar su enfermedad de muy diferentes maneras. En el aspecto funcional, pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc. En el aspecto cognoscitivo, se pueden producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, etc. En el aspecto físico, pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, etc. En el aspecto volitivo, pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad. Los movimientos son lentos y gesticulan poco. La marcha es lenta y torpe. En casos graves, pueden llegar al mutismo y al estupor. En ocasiones están agitados, se retuercen las manos, tienen lesiones de rascado en la piel y una marcha incesante. A veces el comportamiento se vuelve anormal y la persona presenta intentos de suicidio, negativismo, brotes de agresividad y caídas hacia atrás (Calvo Aguirre, 1989).

## **FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ**

Los principales factores de riesgo para la depresión en la vejez son pertenecer a grupos sociales de muy avanzada edad, bajos ingresos, bajo nivel educativo, soledad y ausencia de cuidadores (López Oblaré, 2011). Pero el principal factor de riesgo para que se de la depresión en la vejez es la soledad (Álvarez Rodríguez, 2001; Tiesca-Molina, Fierro Herrera, Molinares Sosa, Oviedo Martínez, Arjona, Cueto y Sierra Manrique, 2003; Vidal y Clemente, 1999), ya que especialmente en la senectud, como así también en la infancia, el ser humano precisa ayuda de sus semejantes. El medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en esta edad es la familia ya que ésta constituye la institución base de la sociedad, es el medio natural para el desarrollo de sus miembros y es un fenómeno universal; para el anciano presenta además la posibilidad de permanencia en un grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido (Domínguez González, Espín Andrade & Bayorre, 2001).

García Pintos (2005) explica que las familias con ancianos tienen distintas alternativas: incorporar al anciano al hogar de uno de los hijos, llevarlo a un hogar o residencia e institucionalizarlo, conseguir alguien que conviva con él y que lo atienda o que viva solo. Al tomar alguna de estas alternativas, la familia debe tener en cuenta: la situación del anciano, si el anciano desea vivir solo para no ser una carga, si el anciano no quiere vivir solo y desea depender de la familia, si el anciano no quiere abandonar su casa u otras circunstancias.

Según Juan Pablo II (1999) lo ideal es que los ancianos vivan con sus familias, es decir la permanencia del anciano en la familia ya que el lugar más natural para vivir la condición de anci



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

anidad es el ambiente en el que él se sienta en casa y donde puede realizar todavía algún servicio.

Sin embargo, hoy en día ha aumentado el número de hogares unipersonales de personas de edad, especialmente en el caso de las mujeres que suelen vivir más años que los hombres (Arias, 2008; Menéndez Jiménez, González Pico y Guevara González, 2005).

## **ESTADO DEL ARTE**

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre la depresión en ancianos compara la sintomatología depresiva en ancianos domiciliados y ancianos institucionalizados. Por ejemplo en una investigación realizada en Cuba en el año 2001 se comprobó que el 27,1% de los ancianos domiciliados presentaba sintomatología de depresión leve; el 16,6%, depresión moderada y el 14,7%, depresión grave. Y que el 37,3% de los jubilados institucionalizados sufría de depresión moderada-grave; el 20,7%, depresión grave y el 4,9 % padecía sintomatología de depresión leve-moderada (González Ceinos, 2001). Otra investigación afirmó que las personas ancianas, que se ven obligadas a salir de su entorno familiar y viven en una residencia, presentan una prevalencia mayor de depresión que las que siguen viviendo en su propio domicilio (Latorre Postigo y Montañez Rodríguez, 1997). Lo mismo afirma una investigación de Vargas Prats (2008).

Existen muy pocas investigaciones que comparan la depresión en ancianos domiciliados que viven solos y que viven acompañados. La realizada por Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007) concluye que vivir solo o con personas no cercanas a la familia es un factor que está íntimamente relacionado con la depresión. Otra investigación asegura que aquellos sujetos que viven en su casa en compañía sufren un menor número de síntomas depresivos que aquellos que o bien no viven en su domicilio particular o bien viven solos y que hay una correlación positiva entre vivir solo y sufrir un mayor número de síntomas depresivos (Vargas Prats, 2008).

Otras investigaciones comparan la depresión en hombres y en mujeres y la mayoría concluye que existe asociación entre sexo femenino y depresión (García Serrano y Ferrer, 2001; Latorre Postigo y Montañez Rodríguez, 1997; Martínez-Mendoza y cols., 2007; Ocegueda-Azpeitia y Pichardo-Fuster, 2003; Pando Moreno, Aranda Beltrán, Alfaro Alfaro, y Mendoza Roaf, 2001).

En la presente investigación se investigó a los adultos mayores de 65 años, domiciliados en Buenos Aires, Argentina, que viven solos o acompañados y se estudió si esto influye o no en la sintomatología depresiva, ya que la enfermedad psiquiátrica más

*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

frecuente en ancianos es la depresión (Chong Daniel, 2012; Osorio, García de Lózar, Ramos y Agüera, 2009) y son ancianos de riesgo los que viven en soledad (Álvarez Rodríguez, 2001; López Oblaré, 2011; Tiesca-Molina, Fierro Herrera, Molinares Sosa, Oviedo Martínez, Arjona, Cueto y Sierra Manrique, 2003; Vidal y Clemente, 1999).

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

**Objetivos:** Evaluar la sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina e investigar si el hecho de vivir solo o acompañado influye en el nivel de depresión.

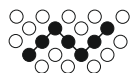
**Hipótesis:** El nivel de depresión de las personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, que viven solos es mayor que la de los que viven acompañados.

**Método:** En la presente investigación, se llevó a cabo un estudio cuantitativo no experimental de corte transversal descriptivo, en el que se estudió la sintomatología depresiva en adultos mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina, que vivían solos o acompañados. Luego un estudio de comparación de grupos en el que se comparó la sintomatología depresiva de los ancianos que vivían solos y de los que vivían acompañados, y se estudió si existía una asociación entre estas variables.

**Participantes:** Para conformar la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, ya que el investigador por accesibilidad y proximidad seleccionó directa e intencionalmente a los individuos de la población que conformaron la muestra. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: que tengan 65 años o más, que estén domiciliados en Buenos Aires, Argentina y que vivan solos o acompañados. Participaron en total 80 sujetos, de los cuales 75 fueron casos válidos y 5 fueron casos perdidos ya que no contestaron correctamente el Inventario de Depresión de Beck, por lo cual la muestra fue de 75 sujetos. Con respecto a la muestra, el 65.3% (n = 49) de las personas eran de sexo femenino y el 34.7% (n = 26) de sexo masculino. El rango de edad de los sujetos era de 65 a 97, presentando una media de 75.95 (DE = 7.843). El 49.33% (n = 37) vivían solos y el 50.66% (n = 38) vivían acompañados. En relación al nivel educativo de los participantes se observó que el 30.7% (n = 23) recibió educación primaria completa, el 1.3% (n = 1) secundaria incompleta, el 26.7% (n = 20) secundaria completa, el 20% (n = 15) terciaria completa, el 1.3% (n = 1) universitaria incompleta y el 20% (n = 15) universitaria completa. Con respecto al estado civil, el 9.3% (n = 7) eran solteros, el 45.3% (n = 34) casados, el 2.7% (n = 2) divorciados, el 41.3% (n = 31) viudos y el 1.3% (n = 1) separados. Por último, en referencia a la ocupación, el 88% (n = 66) eran jubilados y el 12% (n = 9) seguían en actividad.

**Instrumentos de recolección de datos:** En la presente investigación los participantes





*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

tuvieron que consignar su nombre, estado civil, edad, sexo, ocupación, educación y si vivían solos o acompañados y firmar el Consentimiento Informado. Los que vivían acompañados, tuvieron que indicar con quién/es vivían. Luego se les administró la adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BBD-II). El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) es una escala autoaplicada que consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la escala que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta ya que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Bobes García, Portilla, Bascarán Fernández, Sáiz Martínez y Bousoño García, 2002). La adaptación que se administró reúne los requisitos psicométricos para su utilización en forma válida en nuestro medio (Beck, Steer, y Brown, 2006). Aunque el BDI-II no es suficiente para establecer el diagnóstico de depresión, es un instrumento válido para analizar el nivel de depresión de un sujeto (González Ceinos, 2001). La puntuación del DBI II se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es valuado según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, y el puntaje directo oscila entre 0 y 63 puntos. La puntuación total determina el rango de severidad: de 0-13 puntos, nivel mínimo; 14-19 puntos, nivel leve; 20-28 puntos, nivel moderado y 29-63 puntos, nivel severo.

**Procedimientos:** La administración del Inventario fue realizada en el año 2012 de manera auto administrada. En los casos en los que se presentó alguna dificultad, la administración fue de forma oral e individual. Se solicitó previo consentimiento y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos. Posteriormente se realizó un análisis cuantitativo de los datos obtenidos como así también una comparación de grupos: síntomas depresivos en las personas que viven solas y síntomas depresivos en las personas que viven acompañadas. Para analizar los datos se utilizó el programa de procesamiento estadístico SPSS 20.0 (Statistical Package For The Social Sciences).

**Resultados:** En relación a evaluar la sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina e investigar si el hecho de vivir solo o acompañado influye en el nivel de depresión, se calculó el nivel de depresión de las personas que vivían solas y de las que vivían acompañadas, y se realizó una prueba t para muestras independientes

Con respecto al grupo de los que vivían solos, el 54.1% (n = 20) presentó un nivel mínimo de depresión, el 32.4% (n = 12) nivel leve, el 10.8% (n = 4) nivel moderado y el 2.7% (n = 1) un nivel severo de depresión.



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

**Tabla 1. Nivel de depresión en las personas que vivían solas.**

|        |          | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|--------|----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Valido | Mínimo   | 20         | 54,1       | 54,1                 | 54,1                    |
|        | Leve     | 12         | 32,4       | 32,4                 | 86,5                    |
|        | Moderado | 4          | 10,8       | 10,8                 | 97,3                    |
|        | Severo   | 1          | 2,7        | 2,7                  | 100,0                   |
|        | Total    | 37         | 100,0      | 100,0                |                         |

Y respecto al grupo de los que vivían acompañados, el 78.9% (n = 30) presentó un nivel mínimo de depresión, el 10.5% (n = 4) nivel leve, el 7.9% (n = 3) nivel moderado y el 2.6% (n = 1) un nivel severo de depresión.

**Tabla 2. Nivel de depresión en las personas que vivían acompañadas.**

|        |          | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|--------|----------|------------|------------|----------------------|-------------------------|
| Valido | Mínimo   | 30         | 78,9       | 78,9                 | 78,9                    |
|        | Leve     | 4          | 10,5       | 10,5                 | 89,5                    |
|        | Moderado | 3          | 7,9        | 7,9                  | 97,4                    |
|        | Severo   | 1          | 2,6        | 2,6                  | 100,0                   |
|        | Total    | 38         | 100,0      | 100,0                |                         |

Los resultados de la prueba t para muestras independientes, mostraron que había diferencias significativas en las medias (prueba t = 2.098, p = 0.039), por lo que podemos afirmar que el hecho de vivir solo o acompañado influye en el nivel de depresión de las personas mayores de 65 años domiciliadas en Buenos Aires, Argentina y que el nivel de depresión de las personas que viven solas es mayor que la de los que viven acompañadas.

**Tabla 3. Prueba t - BDI-II y Convivencia.**

*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

Tabla 3. Prueba t - BDI-II y Convivencia.

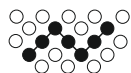
|       |                   | Prueba de Levene para    |      | Prueba T para la igualdad de medias |        |                  |                      | 95% Intervalo de            |                   |
|-------|-------------------|--------------------------|------|-------------------------------------|--------|------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------|
|       |                   | la igualdad de varianzas |      |                                     |        |                  |                      | confianza para la           |                   |
|       |                   | F                        | Sig. | T                                   | Gl     | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Error tip. de la diferencia |                   |
|       |                   |                          |      |                                     |        |                  |                      |                             | Inferior Superior |
| total | Se han asumido    | ,616                     | ,435 | 2,098                               | 73     | ,039             | 3,270                | 1,558                       | ,164 6,376        |
| bdi   | varianzas iguales |                          |      |                                     |        |                  |                      |                             |                   |
|       | No se han asumido |                          |      | 2,094                               | 71,071 | ,040             | 3,270                | 1,561                       | ,156 6,383        |
|       | varianzas iguales |                          |      |                                     |        |                  |                      |                             |                   |

## DISCUSIÓN

Con respecto al objetivo planteado, cabe destacar que se pudo determinar la ausencia de sintomatología depresiva en la muestra seleccionada: sólo dos personas no presentaron síntomas depresivos, lo que equivale al 2.7% del total de la muestra. Por lo tanto, podemos decir que el 97.3% restante sí presentó síntomas depresivos. Esto podría estar relacionado con el hecho de que la depresión es el trastorno psicológico con mayor prevalencia en los adultos mayores (Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez, 2007; Osorio, García de Lózar, Ramos & Agüera, 2009; Riquelme Marín, Buendía Vidal y López Navas, 2006) que causa sufrimiento en el anciano y una considerable disminución de su calidad de vida (Aguilar Navarro y Ávila Funesa, 2007; Díaz, de la Torre, Heissenberg y Gatti, 2011).

En relación a la presencia de sintomatología depresiva, se pudo evaluar el nivel de depresión de la misma. El 66.7% (n = 50) de los casos presentó un nivel mínimo de depresión, el 21.3% (n = 16) nivel leve, el 9.3% (n = 7) nivel moderado y el 2.7% (n = 2) restante presentó un nivel severo de depresión.

En referencia a los niveles de depresión, es de suma importancia señalar que el mayor número de sujetos presentó un nivel mínimo de depresión (n = 50). Del grupo de los que vivían solos, el 54.1% (n = 20) y de los que vivían acompañados, el 78.9% (n = 30). Esto demuestra que es de vital importancia el diagnóstico temprano de la depresión en los adultos mayores para que ésta no evolucione en un nivel de mayor severidad y termine en suicidio. Recordemos que la depresión es uno de los principales factores de riesgo para el suicidio (Odalys Peña-Caballero, 2011; Péres Barrero, 2012).



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

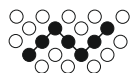
Retomando los objetivos, también se pudo dar cuenta acerca de la relación existente en personas mayores de 65 años domiciliados en Buenos Aires, Argentina entre la sintomatología depresiva y el hecho de vivir solo o acompañado, y se pudo corroborar la hipótesis planteada en un principio: el nivel de depresión de los que vivían solos fue mayor que el de los que vivían acompañados. Para llegar a esta conclusión, no se buscó establecer un diagnóstico de depresión, ya que en el DMS-IV existe una gran variedad de síndromes que cursan con síntomas depresivos (Mella, González, Dappolonio, Maldonado, Fuenzalida, y Díaz, 2004). Lo que sí se hizo fue analizar el nivel de depresión de los sujetos evaluados. Para ello, se administró el BDI-II que es un instrumento válido para tal fin (González Ceinos, 2001).

Que haya mayor prevalencia de síntomas depresivos en los sujetos que vivían solos, nos confirma además que en la senectud, el ser humano precisa de sus semejantes, de su familia (Domínguez González, Espín Andrade y Bayorre, 2001) y que si bien la vejez es una crisis en el curso vital de la historia de un individuo (García Pintos, 2003) que se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual y social (Chong, 2012) y que sus especificidades favorecen la aparición de síntomas depresivos (Calvo Aguirre, 1989), la soledad es uno de los principales factores de riesgo de la depresión (Álvarez Rodríguez, 2001; Tiesca-Molina, Fierro Herrera, Molineros Sosa, Oviedo Martínez, Arjona, Cueto y Sierra Manrique, 2003; Vidal y Clemente, 1999).

Dado que se pudo corroborar la relación positiva existente entre la sintomatología depresiva y el hecho de vivir solo o acompañado, la presente investigación coincide con las conclusiones de los estudios de Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina y Velasco-Rodríguez (2007) y Vargas Prats, (2008) citados en el marco teórico.

Algo que llamó la atención es que el nivel de depresión de las personas que vivían acompañadas no varió según con quien conviva la persona, ya sea que ésta viva con su pareja, con su pareja e hijos, con sus hijos y sus familias, con un/a hermano/a o familiar o con cuidador.

Con respecto a las investigaciones que comparan la depresión en hombres y en mujeres (García Serrano y Ferrer, 2001; Latorre Postigo y Montañez Rodríguez, 1997; Martínez-Mendoza y cols., 2007; Ocegueda-Azpeitia y Pichardo-Fuster, 2003; Pando Moreno, Aranda Beltrán, Alfaro Alfaro, y Mendoza Roaf, 2001), se puede decir que no se llegó a la misma conclusión, ya que en esta investigación no se encontraron diferencias significativas en el nivel de depresión según el sexo. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el nivel de depresión según el estado civil y la ocupación de los participantes. Pero sí hubo correlación



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

positiva entre el nivel de depresión y la edad (a mayor edad, mayor nivel de depresión) y entre el nivel de depresión y la educación (a mayor nivel educativo, menor nivel de depresión).

Tal como sucede en la población argentina (INDEC, 2010), en la muestra seleccionada había más mujeres que hombres. El 65.3% (n = 49) de los sujetos eran de sexo femenino y el 34.7% (n = 26) de sexo masculino. Esto podría relacionarse con el hecho de que las mujeres viven más años que los hombres (Arias, 2008; Menéndez Jiménez, González Pico y Guevara González, 2005).

## **FUTURAS LÍNEAS DE ESTUDIO**

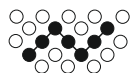
Los resultados de este trabajo al dar cuenta de la relación existente entre la sintomatología depresiva y el hecho de vivir solo o acompañado, podrían contribuir para llevar a cabo investigaciones futuras. Principalmente se considera importante ampliar este trabajo aumentando la extensión de la muestra en número y en lugar de residencia para que no sólo se estudien casos de la ciudad de Buenos Aires, sino que también se estudien casos del Conurbano Bonaerense. Se recomienda también extender la muestra a ancianos institucionalizados en algún hogar o residencia y que el estudio no sólo incluya a ancianos domiciliados.

También se considera importante ampliar la investigación con estudios interdisciplinarios, estableciendo acciones conjuntas con psiquiatras y médicos, para así evaluar el estado de salud general de los sujetos participantes.

Finalmente, si consideramos a la familia la fuente primordial de sostén y apoyo, que juega un papel importante en la vida del adulto mayor, debería investigarse también cómo está compuesta la familia del anciano, qué tipo de relación tiene con los integrantes de la misma, si recibe cuidados, si hay maltrato, cómo es el clima familiar, entre otras variables.

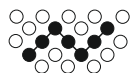
## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aguilar Navarro, S. y Ávila Funesa, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*, 143 (2).



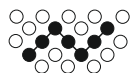
*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

- Álvarez Rodríguez, A. (2001). Adulto mayor y depresión. Criterios a través de grupos focales. Trabajo presentado en el Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis, Febrero.
- Arias, J. C. (2008). El apoyo social en la vejez: alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en psicología: revista de psicología y ciencias afines*, 5(2), 54-61.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006) *BDI-II: Inventario de depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.
- Bobes García, J., G.-Portilla, M. P., Bascarán Fernández, M. T., Sáiz Martínez, P. A. & Bousoño García, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Ars Medica.
- Calvo Aguirre, J. J. (1989). Depresión en la vejez. *Revista de servicios sociales*, 7.
- Chong, D. A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 28(2).
- Craig, G. J. y Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson Educación.
- Díaz, A., de la Torre, A., Heissenberg, D. & Gatti, G. (2011). Asociación entre depresión y religiosidad en ancianos institucionalizados. *Alcmeon*, 17(2), 129-135.
- Domínguez González, T.B., Espín Andrade, A.M. & Bayorre, V.H. (2001). Caracterización de las relaciones familiares del anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 418-22.
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Libros del zorzal.
- García Pintos, C. (2003). *Cita a ciegas*. Buenos Aires: San Pablo.



*Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado*

- García Pintos, C. (2005). *La familia del anciano también necesita sentido. Sobre la orientación psicogerontológica familiar*. Buenos Aires: San Pablo.
- García Serrano, M. J., & Tobías Ferrer, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo. *Atención primaria*, 27(7), 484-488.
- González Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4).
- Guardini, R. (1977). *Las edades de la vida*. Madrid: Cristiandad.
- INDEC (2010). Censo nacional de población, hogares y vivienda. Argentina.
- Juan Pablo II (1999). *Carta a los ancianos*. Buenos Aires: San Pablo.
- Latorre Postigo, J. M., & Montañez Rodríguez, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 2(3), 243-264.
- López Oblaré, B. (2011). El anciano frágil. *Infogeriatría*, 1(9).
- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista médica del IMSS*, 45(1), 21-28.
- Martínez-Mendoza, J., Martínez-Ordaz, V., Esquivel-Molina, C., & Velasco-Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista médica del IMSS*, 45(1), 21-28.
- Mella, R., González, L., Dappolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Menéndez Jiménez, J., González Pico, J., & Guevara González, A. (2005). ¿Por qué las mujeres viven más si tienen peor salud? Una aproximación desde la perspectiva de género. *Geroinfo*, 1(1).



*Analía Verónica Losada y Marina Alvarez Strauch*

- Ocegueda-Azpeitia, G., & Pichardo-Fuster, A. (2003). Prevalencia de la depresión en ancianos mexicanos. *Archivo geriátrico*, 6(3), 78-81.
- Odalys Peña & Caballero. (2011). Factores potenciadores del comportamiento suicida en adultos mayores. *Ciencia en su PC*, 2, 45-58.
- Osorio, R. R., García de Lózar, B. B., Ramos, I. I., & Agüera, L. L. (2009). Disfunción ejecutiva en pacientes con depresión de inicio tardío. *Actas españolas de psiquiatría*, 37(4), 196-199.
- Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N., & Mendoza Roaf, P. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista española de geriatría y gerontología*, 36(3), 140-144.
- Pérez Barrero, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8).
- Riquelme Marín, A., Buendía Vidal, J., & López Navas, A. I. (2006). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos. *Psicothema*, 18(2), 288-292.
- Salvarezza, L. (2002). *Psicogeriatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Tuesca-Molina, R., Fierro Herrera, N., Molinares Sosa, A., Oviedo Martínez, F., Arjona, Y. P., Cueto, J. P., & Sierra Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista española de salud pública*, 77(5).
- Vargas Prats, A. (2008). *Síntomas depresivos en personas mayores*. Tesis de maestría en intervención en calidad de vida en personas mayores. Universidad nacional de educación a distancia de Madrid.
- Vidal, M. A., & Clemente, M. (1999). Familia y tercera edad: variables predictoras del abandono del anciano. *Estud interdiscip envelhec*, 2, 49-65.