

VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 2007.

Causas de Depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en una Población de Veracruz - México.

Anel Alfaro-Alvarado, Lorenzo Pozos-Guzmán, David Israel Padilla, Ramón C. Rocha-Manilla, Paola Sosa-Andrade y Nora E. Valderrama-Abrego.

Cita:

Anel Alfaro-Alvarado, Lorenzo Pozos-Guzmán, David Israel Padilla, Ramón C. Rocha-Manilla, Paola Sosa-Andrade y Nora E. Valderrama-Abrego (2007). *Causas de Depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en una Población de Veracruz - México. VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/24>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eCzH/Otz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MIRADAS ANTROPOLÓGICAS DEL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA

COORDINADOR: RAMÓN ROCHA MANILLA



Causas de Depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en una Población de Veracruz - México

Anel Alfaro-Alvarado*, Lorenzo Pozos-Guzmán**, David Israel Padilla***, Ramón C. Rocha-Manilla****, Paola Sosa-Andrade**, Nora E. Valderrama-Abrego*****

Resumen

El medio hospitalario contiene una estructura y funcionalidad deprimente para el adulto mayor; los factores socio-culturales acompañantes en las personas mayores influyen en la depresión de los mismos y su enfrentamiento ante la enfermedad cuando se encuentran hospitalizados. Nuestro objetivo es determinar la prevalencia y los factores socio-culturales que deprimen a los adultos mayores hospitalizados en la clínica hospital ISSSTE Orizaba. Se aplicaron encuestas, test de Yesavage, revisión de expedientes, entrevistas y observación antropológica realizada en la primera mitad del año 2007. Los resultados evidencian depresión en el adulto mayor hospitalizado y muestran los factores socioculturales que le influyen.

Palabras Claves: Depresión, adulto mayor, hospitalización.

Abstract

The hospitable means contain a structure and depressing functionality for the greater adult. The social and cultural factors that accompany to the people in the third age influence such in the depression of and its confrontation before the disease when they are hospitalized. To determine the sociocultural prevalence and factors that get depressed to the hospitalized greater adults in clinical hospital ISSSTE Orizaba. Application of surveys, test of Yesavage, consultation of clinic files, interviews and anthropological observation made in first half of year 2007. Consultation of clinical files. the results evidence depression in the old age people hospitalized and show the sociocultural factors that influence.

Keywords: Depression, greater adult, hospitalization.

* Médico cirujano, Facultad de medicina U.V. Campus Mendoza – México/ Fac. Sociología SEA U.V.

** Médico Interno de Pregrado, Clínica hospital ISSSTE Orizaba – México.

*** Estudiante de la Lic. en Psicología U.G.M. – Córdoba – México.

**** Doctorado en antropología física IIA-UNAM; Coord. Enseñanza Clínica Hospital ISSSTE Orizaba. ramonrocha72@yahoo.com.mx.

***** Pasante de la carrera de Psicología, Instituto Tehuacán – México.

I. Introducción

El presente es un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo por medio del cual se determinó la prevalencia y el tipo más frecuente de depresión en los adultos mayores hospitalizados en la Clínica Hospital ISSSTE 300700 Orizaba, Veracruz-México estudiados en la primera mitad del año 2007. Esta unidad médica ofrece servicios de salud a aproximadamente 30,000 derechohabientes distribuidos en diversas localidades urbanas y rurales de la zona centro del estado de Veracruz – México, al sureste del país. Por ser una institución de seguridad social para trabajadores al servicio del gobierno federal, los derechohabientes adultos mayores son jubilados del magisterio, de la policía, de la administración pública, de los hospitales del Estado, de telégrafos y de correos y otras para estatales ligadas con el gobierno federal, los cuales, por la naturaleza laboral vivieron diversos estados de estrés y distrés laboral y estilos de vida relacionados con alimentaciones dispersas, aceleradas dinámicas familiares, capitalización económica, sedentarismo y un sentido burócrata del deber social. El estudio busca los factores funcionales y estructurales contenidos en una unidad hospitalaria y su influencia en la depresión del adulto mayor. Para tal estudio se midió la depresión a una muestra poblacional hospitalizada mayor de 65 años de edad, por medio de la encuesta de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. También se realizaron entrevistas, historias clínicas e historias de vida y de enfermedad a pacientes, entrevistas a médicos y administrativos durante el periodo evaluado. Este estudio ofrece un acercamiento a un tema poco diagnosticado en las estancias médicas hospitalarias: la depresión. Se revisarán los significados sociales en los pacientes con respecto al hospital, el significado de un campus hospitalario y las implicaciones a los hábitos, no solo de los pacientes, sino también de sus familiares. El trabajo ofrece información sobre la contribución de la estructura del hospital para la depresión del enfermo y la contribución del funcionamiento del mismo para acrecentar la imagen depresiva y motivadora de duelo del hospital ante los enfermos crónicos degenerativos en edades mayores bajo la visión de la teoría de la práctica de Pierre Bordieu y bajo la visión cualitativa de el test de Yesavage.

II. Marco teórico

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento

significativo de la población mayor de 65 años, tanto en países desarrollados, donde el aumento es del 12 al 15%, como de los países en vías de desarrollo. El siglo XX fue testigo de un sorprendente crecimiento en la población mundial, paralelamente con un descenso en la fecundidad en algunas regiones, el incremento absoluto de la población mayor de 65 años se hizo evidente. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) plantea que este grupo poblacional asciende a 600'000,000 y aumentará hasta 1,100'000,000 en el año 2025 (Varela 2002:37). De igual manera la esperanza de vida aumenta y es por ello que garantizar una vida saludable a los ancianos es un desafío para los servicios de salud.

La población de América Latina está envejeciendo a ritmo acelerado. Las tasas de fecundidad, combinadas con las mejoras constantes en la esperanza de vida, han dado lugar a un notable aumento del envejecimiento de la población y uno de los problemas más frecuentes del aumento de la edad es la depresión.

La depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual (Martínez, 2002). El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Existen evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología (Hernández, 2002:893).

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales

Actualmente con los cambios en el estilo de vida los índices de depresión van en aumento afectando indiscriminadamente a todos los grupos de edad. Según datos de la OMS la depresión en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados (Olmos, 2004:2). El sistema de seguridad en el adulto mayor en México es mejor que el de hace 50 años, sin embargo, mantiene limitada a esta población, que aunado con los sistemas de vida capitalista, hacen presa al adulto mayor de la depresión por desvalorización de sus diversos capitales, los cuales no son motivados por el sistema social contemporáneo.

Los adultos mayores por su vulnerabilidad, presentan 4 discapacidades predominantes: la motriz, la visual, la auditiva y la mental. De las discapacidades mencionadas, la mental está llamando la atención de todos los sectores. La depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores (Bello 2005: 11).

Se calcula que entre el 10 y el 45% de las personas de más de 65 años tendrán en algún momento al menos un síntoma depresivo. Las cifras de prevalencia en el anciano son alrededor del 13 al 15%, aumentan hasta dos o tres veces en el caso de enfermedad médica asociada e incluso mayor en pacientes hospitalizados hasta alcanzar un 26%.

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. La depresión en el anciano también puede ser efecto directo de distintos medicamentos necesarios para el alivio de otras enfermedades. En el caso de enfermedades crónicas que requieren numerosos internamientos hospitalarios y la depresión es el resultado del clima emocional negativo del hospital así como del sentimiento de ser solo una «carga» para los familiares.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de sus sentimientos de tristeza y desesperanza (González, 2001: 318).

Otro factor importante es la construcción cultural que se tenga de la vejez, pues en el entorno neoliberal y capitalista se considere al adulto mayor como un «es-

torbo» al no participar en los sistemas de producción actuales y que se convierte en un punto de inversión económica para la familia.

El diagnóstico de la depresión es clínico, teniendo como base la historia clínica completa y minuciosa, para detectar el inicio y tipo de los síntomas, si estos se habían presentado con anterioridad, si había recibido tratamiento y de que tipo. Se debe indagar sobre el consumo de drogas y/o alcohol, y, si algún familiar ha tenido depresión. Inicialmente se deben descartar causas orgánicas, tóxicas y medicamentosas.

De acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), el sujeto debe experimentar al menos cuatro síntomas en el episodio depresivo mayor, en un periodo de al menos dos semanas, en las cuales estos deben mantenerse la mayor parte del día, durante el cual presenta un decaimiento del ánimo o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Existen diversos tipos de test o cuestionarios estandarizados que son una valiosa ayuda para determinar si existe o no un cuadro de depresión, entre los más utilizados encontramos los siguientes: Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.

III. Planteamiento del problema: El hospital y la depresión del adulto mayor

El interés por este estudio surge ante la experiencia de 3 de sus autores cuando realizamos el Internado Médico de Pregrado en la clínica hospital ISSSTE Orizaba, pero en diversos tiempos. Durante esos periodos (años 2000, 2006 y 2007) realizamos, como actividad muy frecuente ante el paciente, historias clínicas de los enfermos al ingreso a hospital, gracias a ello, pudimos darnos cuenta durante el interrogatorio a través de una guía médica y tribuna libre del paciente, de los múltiples problemas que trae consigo cada persona, en algunas ocasiones relacionados con la misma enfermedad, pero en otras muy independiente de ella; confirmamos lo anterior al explorar su hábitus exterior, principalmente observamos un estado de ánimo decaído y

un duelo social y cultural. Los pacientes adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas que recibimos no tenían en el diagnóstico clínico el término depresión, por lo que nos preguntamos ¿acaso la depresión en esta clínica hospital es un problema subdiagnosticado? Una médico especialista y profesora de nosotros nos dijo ...*aquí todos los pacientes están deprimidos...* ¿Realmente todos los pacientes mayores de 65 años de edad hospitalizados en esta unidad médica están deprimidos?, y si es así ¿Por qué no hay medidas preventivas o terapéutica alguna en las hojas de indicaciones médicas? Indagando sobre investigaciones a nivel nacional sobre la prevalencia de la depresión en el adulto mayor hospitalizado, nos dimos cuenta de la poca literatura al respecto.

Por lo anterior realizamos esta investigación con el fin de determinar la prevalencia de adultos mayores hospitalizados deprimidos y con ello recomendar la aplicación de medidas terapéuticas y, mejor aún preventivas, considerando los aspectos culturales y sociales que la condicionan.

Objetivo

Determinar la prevalencia, el tipo más frecuente y los factores sociales y culturales que promueven la depresión en adultos mayores hospitalizados en la Clínica Hospital ISSSTE 300700 Orizaba, Veracruz durante el período comprendido entre el 1 de marzo y el 30 de junio del año 2007.

IV. Metodología

Es un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Llevado a cabo en la Clínica Hospital ISSSTE 300700, en Orizaba, Ver., durante el primer semestre del año 2007. Se realizó barrido bibliográfico en literatura médica, así como en Internet para conocer los trabajos relacionados con el tema. Se tomo una muestra de pacientes adultos mayores hospitalizados en esta clínica hospital, tomados aleatoriamente durante el periodo marzo-junio de 2007, tomando como criterios de inclusión los siguientes:

- 1 Pacientes mayores de 65 años o más que ingresaron al hospital durante el tiempo de estudio
- 2 Ser voluntarios.
- 3 Se su estado de conciencia le permitiera responder al test.

Previo consentimiento informado y aceptado se aplicó a 153 adultos mayores, una encuesta que incluye la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, validada

y con una sensibilidad del 80%-84% y especificidad del 95-100%, que consta de 30 ítems de respuesta dicotómicas, útil para diagnosticar un trastorno depresivo.

Se consideró una muestra mínima de 138 personas, en base a la fórmula $n=(z^2 \cdot p \cdot q)/d^2$; donde z, es una constante igual a 1.96; p, es la prevalencia expresada en decimales; q, la diferencia al 100% de la prevalencia en decimales; y d, la constante de error estadístico igual a 0.05.

Se entrevistó a los pacientes siguiendo como eje temático los significados de la enfermedad, la relación de la familia, los capitales simbólicos, sociales y económicos que representa el estar hospitalizado y parte de la historia de vida.

En el análisis y organización de los resultados se realizó mediante pruebas de estadística descriptiva a través de relaciones porcentuales de las variables a investigar. Primero se hizo un análisis comparativo entre la población deprimida (puntuación mayor de 14) y la que no lo estaba (puntuación menor de 14); posteriormente se analizaron únicamente los datos de la población deprimida, mediante medidas de frecuencia y de tendencia central, para análisis de la información; estimador ORP, que mide el factor de riesgo; IC 95%, que nos habla del índice de confiabilidad de las variables; X^2 , para establecer diferencias entre variables; y $P < 0.05$, que nos habla de la significancia o importancia estadística.

Las entrevistas realizadas a los pacientes fue a cargo de estudiantes y pasantes de la carrera de psicología quienes llevan a cabo actividades del programa de socioantropología médica en las actividades de risoterapia, que consiste en visitar pacientes hospitalizados crónico degenerativos para dar terapia con animación sociocultural, terapia de juego y etnoterapia. Durante las entrevistas se vinculó la información para conocer las disposiciones mentales de los pacientes sobre la estructura y funcionamiento del hospital, sobre su autoestima y los significados simbólicos que ofrece una estancia hospitalaria y su propia enfermedad. Los familiares aportaron información. También se realizaron historias de vida obteniendo datos relacionados a la construcción e su depresión.

V. Resultados

De los 153 adultos mayores evaluados con la escala geriátrica de Yesavage, se encontró que el 50% cursaban con un problema de depresión. El grupo de edad

con mayor porcentaje de depresión (25%) oscilaba entre los 65 y 69 años, y el de menor porcentaje (3%) entre los 90 y 94 años; siendo la media de 75.94, la mediana de 76 y la moda de 70. La depresión es mas frecuente en la población femenina con un 54%.

El tipo más frecuente de depresión encontrado fue el Trastorno Depresivo Mayor con un 54%; seguido con un 21% de trastornos depresivos debidos a enfermedad médica; el trastorno distímico presento un 18% de prevalencia y el trastorno depresivo debido a una sustancia fue de un 7%.

En base al test aplicado, la mayor frecuencia en los adultos mayores hospitalizados se dio en los parámetros depresivos como insatisfacción sobre la satisfacción del paciente; la renuncia a su vida social y sus costumbres contra una escasa no renuncia a las mismas por el hecho de enfermarse y hospitalizarse; el vacío personal también fue frecuente en una proporción muy alta, al igual que el aburrimiento por el entorno hospitalario; fue escasa la esperanza ante la alta desesperanza, siendo frecuente la molestia por estar dentro del hospital contra la no molestia que fue mínima. El desánimo se valoró muy frecuente, al igual que el miedo, la infelicidad y el abandono los cuales presentaron prevalencias altas; los pacientes se mostraron intranquilos, aislados, preocupados y en el olvido en contraposición de otro tipo de sentimiento (tabla A).

VARIABLE	ORP	VARIABLE	ORP
Satisfacción		Miedo	
SI	0.1	SI	12.35
NO	10.06	NO	0.08
Renuncia		Felicidad	
SI	7.418	SI	0.03
NO	0.06	NO	33.13
Vacio		Abandono	
SI	81.25	SI	69.78
NO	0.01	NO	0.01
Aburrimiento		Intranquilidad	
SI	40.74	SI	22.53
NO	0.02	NO	0.04
Esperanza		Aislamiento	
SI	0.03	SI	20.03
NO	31.2	NO	0.05
Molestia		Preocupación	
SI	14.01	SI	5.46
NO	0.07	NO	0.18
Animo		Olvido	
SI	0.02	SI	21.77
NO	47.80	NO	0.05

Tabla A *Análisis bivariado. Factores asociados a depresión en ancianos hospitalizados*

Los sentimientos observados relacionados con depresión fueron frecuentes en los adultos hospitalizados. Fue frecuente encontrar preocupación, llanto y distracción en los internamientos. La vitalidad se observó disminuida y la actitud antisocial aumentada; los encuestados presentaban poco sentido de decisión y escasa claridad mental; los pacientes se encontraban altamente con melancolía, alto sentido de inutilidad, alto sentido de inferioridad y con baja estimulación personal. Se mostraron además indecisos, con falta de energía y con sentimientos de desesperación en la mayoría (Tabla B)

VARIABLE	ORP	VARIABLE	ORP
Preocupación		Melancolía	
SI	23.14	SI	247.9
NO	0.04	NO	0.00
Llanto		Inutilidad	
SI	10.27	SI	63.11
NO	0.10	NO	0.02
Distracción		Inferioridad	
SI	41.85	SI	21.81
NO	0.02	NO	0.05
Vitalidad		Estimulación	
SI	0.03	SI	0.02
NO	32.34	NO	60.55
Antisocial		Indecisión	
SI	32.49	SI	16.88
NO	0.03	NO	0.06
Decisión		Energía	
SI	0.09	SI	0.03
NO	11.71	NO	36.11
Claridad Mental		Desesperación	
SI	0.05	SI	21.16
NO	19.18	NO	0.05

Tabla B *Análisis bivariado. Factores asociados a depresión en ancianos hospitalizados*

Los datos obtenidos nos revelan que los adultos mayores hospitalizados se encuentran sub-diagnosticados; y con una prevalencia de depresión mayor (50%) que lo reportado por la literatura nacional (10-20%).

Se encontró que el ambiente hospitalario muestra varios factores socio-culturales que deprimen al adulto mayor hospitalizado, como el trato del médico, los modos de organización intrahospitalaria que incluye la restricción hacia el paciente, el rompimiento de la dinámica social establecida rutinariamente en los enfermos que incluye la familia, el trabajo y el medio recreativo; el encerramiento deprime al paciente y este comparte la depresión con los familiares; los diferimientos tanto quirúrgicos como de auxiliares diagnósticos repercuten negativamente en el estado emocional.

Una de las causas directas que se pudo relacionar con la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus II, hospitalizados en proceso de diálisis peritoneal, fue la desnutrición e inmunodepresión, y finalmente la muerte.

El medio intrahospitalario tiene factores estructurales y funcionales que deprimen a sus pacientes. Los internamientos largos y frecuentes generan rompimientos en las dinámicas sociales y culturales de sus enfermos incidiendo en su depresión. La depresión se expresa no solo en los pacientes, sino también en su cuidador. En base a las entrevistas, hemos diferenciado diversos factores funcional – estructurales que ofrece el sistema médico intrahospitalario al paciente contribuyendo a su depresión:

a) Ideología sobre la enfermedad del médico y del paciente.- Las ideas contenidas sobre la enfermedad ofrecen información sobre diversas etapas de la vida; hay enfermedades propias de los viejos y hay etapas de la enfermedad que son propias de la antesala de la muerte...*yo no quiero dializarme por que ese ya es el último paso antes de morirme... pero la dinámica médica institucional genera resentimientos y culpas en los pacientes incidiendo en su depresión; hay médicos que no consideran otra alternativa de tratamiento por reforzar la idea cultural de que el médico es portador de la verdad en medicina. El consejo médico desde este enfoque es unilateral y tajante con respecto a los pasos a seguir: si el paciente no sigue sus consejos, no podrá tener la salud. El determinismo de lo que considera un bien el médico en el tratamiento, está alejado de la disposición mental de los pacientes, ignora las construcciones culturales de los enfermos y los significados que encierra el encuentro enfermo – enfermedad – médico... la doctora dice que si no estoy convencida de la diálisis, no me la va a realizar...*

b) Reglamento y restricción social del enfermo.- el aislamiento del enfermo ofrece un duelo entre este y su medio social. Las actividades rutinarias generan la idea al enfermo que las cosas están bien, es mejor para un adulto mayor pasar su enfermedad en la casa que en el hospital, pues en su casa tiene la disponibilidad de continuar con su dinámica y mantener su tejido social, por el acceso de la comunidad al domicilio, tanto geográfico como reglamentario... *me gustaría que mis familiares me visitaran mas continuamente...* el entrar al hospital ofrece un rompimiento momentáneo entre el afuera y el adentro, desde el momento en que la familia decide quien acompañará al paciente y como distribuirán los roles de guardia y compañía. En la práctica hemos notado como muchas familias burlan o simpati-

zan con el guardia de hospital para lograr el acceso de más familiares que acompañen a su paciente; una ocasión se metieron 6 familiares y un sacerdote. Los pacientes en sus entrevistas refieren su deseo de estar en su casa, pues hay familiares, vecinos, amigos que los rondan ...*el simple hecho de escuchar el ruido de los camiones que pasan afuera de la casa me da tranquilidad.*

c) La estructura hospitalaria.- Los cuartos de las unidades médicas de seguridad social mantienen sobriedad y limitación de recursos culturales que los vistan. Los adultos mayores hospitalizados refieren tristeza por las condiciones de los cubículos para enfermos... *el color del cuarto deprime... sin embargo, las autoridades hospitalarias, por requerimientos del cumplimiento en los procesos de certificación de calidad, no se arriesgan a darles mas atractivo cultural a los cubículos para enfermos. Para los médicos, no consideran importante darles motivos culturales populares a los espacios para enfermos, ya que se requiere de absoluta sobriedad y limpieza. Los pacientes se quejan y desean ver otras cosas ...no hay nada aquí que lo anime a uno. Los pacientes quieren ver en el cuarto de hospital, lo que ven en su cotidianeidad, pero la cotidianeidad no es evaluada en los procesos de valoración de calidad. Los médicos y directivos consideran que el hospital debe de ser distinto a la casa ...el paciente debe de comprender que esta no es su casa, este es un hospital donde debe de tener una actitud distinta. Algunos pacientes se quejan de la incomodidad del hospital, consideran indignas algunas circunstancias como que sus cuidadores duerman en bancas ...me deprime que mi hija duerma en el suelo por cuidarme... la depresión aumenta en los pacientes al verse en incomodidades, refieren que no les gustan las condiciones en las que están sus familiares acompañándolosestas bancas son bien incómodas, ya me dio tortícolis, es el colmo que en un hospital haya estas condiciones...* Otro elemento que deprime a los adultos mayores es la falta de insumos en algunos aspectos; en ocasiones, los hospitales del sector público se ven limitados en su cuadro básico de medicamentos por lo que los pacientes deben de comprarlos de su propio bolsillo, devengando una cantidad de dinero que influye en su capital económico, aunque el costo de este no sea elevado... *no hay del medicamento que necesita mi mamá y nosotros lo tenemos que comprar y cuesta más de \$1,000.00M/N así como otros medicamentos que necesita y no es la primera vez que nos pasa.*

d) Funcionalidad hospitalaria.- La dinámica en el servicio hospitalario suele deprimir a los pacientes, quienes perciben que el ingresar a un nosocomio deben de recibir numerosas atenciones. La mayoría de los pacientes consideran que la atención es lo primero que deben de recibir, que deben de ser atendidos por médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, sin embargo, en base a las entrevistas, se observa la saturación en los servicios, la poca atención de algunos médicos por atender con suficiente tiempo a los pacientes, el ausentismo y otros factores hacen no atender suficientemente al adulto mayor, influyendo esto para su depresión... *la tarde de ayer, ningún doctor me vino a ver... se pidió una interconsulta con neurología desde hace 2 días y no ha llegado el doctor...* Otros factores que deprimen al adulto mayor es la poca funcionalidad de algunos servicios, como es el caso del baño, la luz, las cortinas, los muebles de hospital, entre otros. Las entrevistas coincidieron que, aunque algunos pacientes tienen pocas comodidades en sus casas, ellos esperan encontrar comodidades de servicios en el hospital en la comida, el baño, el cuarto, en la ropa de cama o en las batas para enfermos, perciben la falta de almohada para cama, entre otras cosas. Un fenómeno parecido ocurre en el diferimiento quirúrgico, el cual hace deprimir a los pacientes el tenerse que esperar a la realización de una cirugía, sobre todo en los adultos mayores con fractura de cadera, en medio de todo el tiempo pre operatorio, la incertidumbre y las opiniones familiares y vecinales sobre la operación para la prótesis de cadera son diversas, deprimiendo algunas al adulto mayor hospitalizado. El diferimiento deprimente también se da por los auxiliares diagnósticos, los cuales, en ocasiones por la capacidad resolutive de las unidades médicas, no se pueden dar; el hecho de esperar varios días para recibir algún estudio de gabinete deprime al enfermo ...*Según quedaron de mandarme a hacer una endoscopia a México o Veracruz desde el lunes, es viernes y sigo aquí...*

e) Recursos familiares del enfermo.- El hecho de continuar con un procedimiento terapéutico que involucre la intervención familiar deprime al adulto mayor, cuando no cuenta con los recursos humanos familiares para ello. En el caso específico de los pacientes que deben de ser sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) cuando padecen insuficiencia renal crónica, los deprime la idea de no tener un cuidador o cuidadores suficientes para ello ...*no quiero la diálisis por que soy yo sola, por que mis hijos trabajan y están lejos además de que mi mamá tuvo diálisis y sufrió mucho y al final terminó muriéndose...* La idea cul-

tural sobre ciertas enfermedades y ciertos tratamientos en los que intervienen cuidadores ocasionan estrés en los enfermos y con ello su depresión.

VI. Conclusiones

La sub diagnóstico de depresión del adulto mayor hospitalizado es un tema que debe de integrarse a las acciones intrahospitalarias de diagnóstico y tratamiento. Es importante incluir en los sistemas hospitalarios, más apoyo psico terapéutico para estimular la depresión en los adultos mayores hospitalizados. Las estructuras de las unidades médicas deben de vincularse mas hacia la animación sociocultural, que a cumplir lineamientos fríos de los procesos de certificación; es cierto que estos lineamientos obedecen a restricciones de tipo ascéptico, sin embargo no incluyen aspectos emocionales y de las culturas locales. Los hospitales deben de ser diseñados desde el fundamento cultural local, manteniendo la restricción biológica universal para evitar las infecciones nosocomiales, y permitir el buen desempeño terapéutico occidental, sin embargo, deben de incluir elementos del recurso cultural que en las comunidades grandes o pequeñas dan significados inmuno estimulantes a los enfermos y sus cuidados. La probabilidad de tener espacios hospitalarios mas generosos para el aspecto emocional en base al uso de elementos culturales y de organización social está lejos, sin embargo existen experiencias contemporáneas en algunas otras partes del mundo que proporcionan espacios de salud para pacientes de todo tipo, aprovechando los recursos naturales y culturales posibles, como en la antigüedad se dio en algunas culturas como las griegas o las pre hispánicas.

En la unidad médica de Orizaba - México emprendemos un proyecto de estimulación inmunológica a pacientes crónico degenerativos, en los que se contemplan adultos mayores. Este proyecto incluye actividades de estimulación socio cultural, risoterapia, etnoterapia, huerto y jardín terapéutico, sin embargo el proceso de convencimiento a la ideología médica biologicista es complicado, además algunos paradigmas establecidos en el orden médico y administrativo que dificulta un flujo rápido en el desarrollo de estas ideas.

Bibliografía

ARANDA, Carolina. 2001. «Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco» *Revista de Psiquiatría, Fac. de Medicina Barna* pp 69-74

BELLO, Mariana. 2005 *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. Salud Pública de México. PP S4-11
CATRO-Lizárraga, Marcos. 2006. «Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor». *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. Pp 132-7
GONZÁLEZ-CEINOS, Martha. 2001. «Depresión en ancianos, un problema de todos». *Revista Cubana de Medicina General. Integr.* Pp 316-20
HERNÁNDEZ, E., LASTRA, S., URBINA, M., CARREIRA, I. 2002. «Serotonin, 5-hidroxiindoleacetic

acid and serotonin transporter in blood peripheral lymphocytes of patients with generalized anxiety disorder». *J. Int. Immunopharmacol.* 2(7), 893-900.
MARTÍNEZ, María J. 2002. *Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría*.
OLMOS, Azucena. 2004. «Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste veracruzano». *Epidemiología* pp 37-42.
VARELA, Luis. 2004. «Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional». *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* pp 37-42.

Percepciones en torno al Envejecimiento en Jóvenes Universitarios: Apuntes en torno a la Profecía Autocumplida

Florencia Jensen* y Natalia Vogel**

Resumen

El presente trabajo aborda la temática de la vejez y el envejecimiento pero no es el proceso de envejecimiento en sí mismo lo que nos convoca, sino más bien la relación, las imágenes, las comunicaciones que se establecen en torno al envejecimiento, a los adultos mayores, ancianos, viejos, sea cual sea su denominación, y en particular cuáles son las imágenes que los jóvenes en Chile, construyen sobre su propio futuro, como entienden esta etapa vital, cómo la construyen simbólicamente, y cómo puede convertirse esas imágenes en su profecía autocumplida.

Palabras Claves: Envejecimiento, Vejez, Imágenes, Percepciones, Jóvenes, Profecía Autocumplida.

Abstract

This paper is an approach to the aging and old age subject, but not to the aging process itself, but to the relationship, the images, the communications that emerge about the aging process, about the older people, the señor citizens, or whatever can be called, specially, Which ones are the images that younger people in Chile builds about their own future, How do they understand that phase of life, How do they build it symbolically, and

How can this images turn into their own self committed prophecy.

Keywords: Aging, Images, Perceptions, Younger people, Self committed Prophecy.

I. Envejecimiento demográfico

El progresivo envejecimiento de las sociedades, se ha convertido en uno de los fenómenos sociales que más llama la atención desde diversos ámbitos, y que es necesario estudiar a fin de prever las consecuencias no deseadas para las personas. Este se explica principalmente por una baja en la tasa de natalidad y un aumento en la esperanza de vida de la población.

El aumento de la esperanza de vida, los avances científicos en torno a la salud, las bajas tasas de natalidad, las migraciones, etcétera, son todos factores que nos enfrentan, como sociedad global, a situaciones singulares, que desde las ciencias sociales como así también desde los estados, es necesario abordar. Todos estos factores a los que hacemos referencia, tienen como consecuencia el proceso de envejecimiento progresivo de las poblaciones, el cual es el tema que nos convoca.

* Socióloga, Universidad de Buenos Aires. Candidata a Magíster en Antropología y Desarrollo. florencijensen@gmail.com

** Socióloga, Universidad de Concepción. Candidata a Magíster en Antropología y Desarrollo. Natalia.vogel@gmail.com