

Medicentro 2001;5(3)

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## Influencia del círculo de abuelos en la afectividad del adulto mayor

Por:

MSc. Zoila Estela Gómez Ramos<sup>1</sup> y Dr. MSc. Edgar F. Romero Monteagudo<sup>2</sup>

1. Master en Psicología Médica. Asistente del Dpto. de Salud. ISCM-VC.
2. Profesor Consultante. ISCM-VC.

### RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo valorar la influencia del círculo de abuelos en la afectividad de los adultos mayores que asisten al mismo. Se hizo especial énfasis en la depresión, por ser la alteración que mayor incidencia tiene en la población adulta mayor. Fueron estudiados 137 adultos mayores que pertenecen a consultorios del policlínico "Chiqui Gómez" de Santa Clara, a quienes se les aplicaron entrevistas y escala de depresión geriátrica. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS para Windows. Los resultados mostraron la conveniencia de continuar incorporando mayor cantidad de adultos mayores a dicha actividad.

**Descriptor DeCS:** CUIDADOS PARA PROLONGAR LA VIDA, ANCIANO, AFECTO

### SUMMARY

The present study was aimed at assessing the influence of the third age club in the affectivity of old adults attending this club. Special emphasis was given to depression as the disorder with the highest incidence in the old population. One hundred and thirty-seven old adults from the medical offices of the polyclinic "Chiqui Gómez" of Santa Clara were studied; interviews and geriatric depression rate were used. Data were processed using the SPSS program for Windows. Results showed the utility of bringing a higher number of old adults to such activity.

**Subject headings:** LIFE SUPPORT CARE, AGED, AFFECT

### INTRODUCCIÓN

Con el inicio del nuevo milenio, en nuestro país se continúa un fenómeno demográfico sin precedentes en la historia: Se trata de los cambios en la pirámide poblacional. Específicamente en nuestra provincia, las personas de 60 años y más ocupan el 16 % de la población, según fue

expresado en conferencia magistral dictada por un funcionario de la Dirección Nacional de Estadística en Gericentro' 99, evento científico celebrado en Cienfuegos.

El Ministerio de Salud pública de Cuba labora en esta dirección. Por citar algunos ejemplos, en la atención primaria se trabaja en el cumplimiento del subprograma de atención al adulto mayor; fueron creados, a nivel de policlínico, los equipos multidisciplinares de atención geriátrica (EMAG), compuesto por un médico, una enfermera, una trabajadora social y un psicólogo, quienes de forma directa trabajan con este grupo poblacional en la comunidad.

Los actuales adultos mayores fueron los nacidos hasta alrededor del año 1940, y su niñez, adolescencia y juventud, transcurrieron en la época prerrevolucionaria que, como todos sabemos, tuvo características bien diferentes a las nuestras en lo económico, político y social. Con el triunfo de la Revolución las transformaciones sociales han provocado modificación en los patrones de conducta. Con relación al envejecimiento también se operan cambios importantes, ya que nuestros trabajadores no tienen temores cuando van envejeciendo, pues no existe el propietario que lo sustituya por uno más joven, más enérgico o con mayor capacidad de trabajo. Por el contrario, son los obreros que gozan de mayor respecto, consideración y se jubilan cuando así lo consideran.

Es de señalar, como plantea Viguera<sup>1</sup>, que en nuestra comunidad los adultos mayores son protagonistas de un cambio en el modelo de envejecer, pues el tradicional está permeado de prejuicios y constituye un modelo de envejecimiento deficitario que habla sólo de deterioro, pérdidas, declive, enfermedad e incapacidades varias, incluyendo incapacidad intelectual y disminución de la memoria.

Es criterio de los autores que la educación que recibieron a principios del siglo XX tenía fuertes componentes represivos; ellos nacieron en los años 10, 20 y 30, crecieron también en las consecuencias de la gran crisis del 30 y la segunda guerra mundial, y sus padres les imprimieron los patrones de la época.

Sin embargo, los estudios actuales demuestran que no es así; que se puede aprender durante toda la vida, que nuestro sistema nervioso tiene una plasticidad suficiente como para compensar pérdidas, con nuevas asociaciones sinápticas de neuronas, y esto proporciona al adulto mayor una flexibilidad suficiente para continuar una actividad, tanto intelectual como física y social.

La depresión es frecuente en el adulto mayor. Según Warner<sup>2</sup> ella afecta a un 10 % de los individuos mayores de 65 años; en la persona mayor, la relación entre dependencia funcional, social y calidad de vida es compleja. A pesar de los esfuerzos que se realizan desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, el fenómeno de la depresión repercute en la calidad de vida y su funcionamiento en la comunidad.

Se plantea que las causas de la depresión en esta edad son multifactoriales. Calcedo<sup>3</sup> señala factores biológicos, de personalidad y de tipo social, entre los que se destacan: situaciones conflictivas desde el punto de vista familiar, pérdidas, determinados tipos de personalidad en los que predominan alteraciones del ánimo, cambios cognitivos y en los acontecimientos vitales, sexo, pérdida de soporte social, cambios de estilo de vida, déficit de habilidades sociales, entre otros.

También Al-Shamannari<sup>4</sup> señaló los siguientes factores adversos: educación pobre, desempleo, divorcio o viudez, edad, privacidad limitada, viviendas con dificultades y aisladas; a estos dos últimos elementos se le confiere mucha importancia en la aparición de la depresión.

Leyna<sup>5</sup> plantea que la actitud de la familia asociada a la jubilación tiene gran importancia en la aparición de la depresión. Estos autores encontraron que los más deprimidos eran rechazados por sus familiares. Le siguieron en orden aquellos cuyo trato era diferente, pues eran ayudados, aunque con poca disposición y cierto desagrado; sin embargo, los menos deprimidos eran los aceptados, los que recibían el sentimiento de afecto, eran ayudados con agrado y vivenciaban el

estado agradable. Por tanto, se encuentran en riesgo, según el citado estudio, personas con baja escolaridad, antecedentes de divorcios, separación o viudez.

Por otra parte, Parkatti<sup>6</sup> y Conrad<sup>7</sup> demostraron que la actividad física repercute positivamente en el autoíndice de salud y, por tanto, sugieren elevar la autoeficacia física.

Varios autores asocian la depresión con la polifarmacia y la polipatía, y también con procesos fisiopatológicos en enfermedades.

Taragano<sup>8</sup> plantea que la depresión es un predictor pronóstico de mortalidad por infarto del miocardio (IMA); un paciente que desarrolla una depresión clínica en los 18 meses posteriores a un infarto, acelera significativamente el riesgo de mortalidad, y añade que casi el 66 % de éstos padecen algún desorden mental, principalmente depresión.

En Cuba, el subprograma de atención comunitaria contempla la realización de los círculos de abuelos a nivel de consultorio, como vía importante para fomentar las relaciones interpersonales y la participación activa en la comunidad; mediante los ejercicios se ayuda a compensar los efectos del proceso de envejecimiento.

Fue de interés valorar el comportamiento depresivo en los adultos mayores de nuestra comunidad, para lo que nos planteamos como objetivos determinar el comportamiento de edad, sexo, estado civil y ocupación de los que asisten al círculo de abuelos, describir los argumentos por los cuales asisten o no al mismo y caracterizar cómo es la depresión en los que participan.

## MÉTODOS

La investigación fue realizada con una muestra de 137 adultos mayores, de los cuales 51 asisten al círculo de abuelos y 86 no asisten. Todos residen en el área del Policlínico "Chiqui Gómez" de Santa Clara, y los consultorios fueron seleccionados aleatoriamente.

Se excluyeron de la muestra los adultos mayores que presentaron: incapacidad física, enfermedad neurológica o psiquiátrica, e institucionalización (semiinternos).

A la muestra seleccionada le fueron aplicados los siguientes instrumentos:

- Entrevista y escala de depresión geriátrica (GDS).

En la guía de entrevista se realiza una pregunta sobre las razones por las que el adulto mayor asiste o no al círculo.

Para el que no asiste se consideraron tres categorías: interferencia, invalidez y desagrado.

Interferencia: cuando no asiste al círculo porque debe cumplir otras tareas dentro o fuera del hogar.

Invalidez: cuando refiere que su estado de salud le impide asistir.

Desagrado: expresión de no aceptación de la actividad.

Para los que asisten al círculo se tomaron cuatro categorías: disciplina, agrado, salud y ventaja.

Disciplina: Cuando es enviado por alguien.

Agrado: Por el placer que siente al asistir.

Salud: Cuando expresa el beneficio que le proporciona para su salud.

Ventajas: Cuando los argumentos del beneficio que le reporta asistir no están relacionados con la salud, ni con el agrado por la actividad.

Los datos fueron recogidos en un protocolo confeccionado al efecto durante el período comprendido entre diciembre de 1999 y abril del año 2000. Los datos y las tablas fueron procesados en SPSS para MS Windows.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se demuestran las razones por las que los adultos mayores asisten al círculo de abuelos.

**Tabla 1** Distribución de criterios para asistir al círculo.

Criterio	Asistencia	
	Frecuencia	%
Por disciplina	4	7,8
Ventajas	29	56,9
Agrado	13	25,5
Salud	5	9,8
TOTAL	51	100

Fuente: Entrevista.

La razón que predominó fue la de ventaja, con 29 respuestas que representan el 56,9 %, continúa la de agrado con 13 (25,5 %), y después, salud y disciplina que se comportaron de forma baja similarmente.

La tabla 2 muestra las causas por las cuales los adultos mayores no asisten al círculo de abuelos. En este caso, 48 (55,8 %) no lo hacen por interferencia; por desagrado 21 (24,4 %), y por invalidez 17 (19,8 %). Como se observa la mayoría no asiste porque prioriza la realización de otras actividades. Reiteramos que el criterio de invalidez es el resultado de su autopercepción, pues fueron excluidos en este estudio los que presentaban limitaciones objetivas para asistir.

**Tabla 2** Distribución de criterios para no asistir al círculo.

Criterios	Inasistencia	
	Frecuencia	%
Invalidez	17	19,8
Desagrado	21	24,4
Interferencia	48	55,8
TOTAL	86	100

Fuente: Escala de depresión geriátrica.

La tabla 3 refleja cómo se comportó la depresión en los grupos estudiados: 20 (39,2 %) de los que asisten al círculo no padecían depresión. Sólo 19, que representa el 22,1 % de los que no asisten, presentaban estado afectivo normal. Esto indica las ventajas de la asistencia al círculo para mantener adecuadamente la esfera afectiva del adulto mayor. En ambos grupos hubo un comportamiento similar con relación a la depresión leve. En cuanto a los que presentaron depresión moderada o severa, 15 (17,4 %) no asistían al círculo de abuelos y sólo uno (2 %) sí participaba, lo que demuestra que la asistencia al círculo contribuye a evitar estados más severos en la afectividad.

**Tabla 3** Comportamiento de la depresión en adultos mayores.

Escala	Círculo de abuelos			
	No asisten		Sí asisten	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Normal	19	22,1	20	39,2
Leve	52	60,5	30	58,8
Moderada	15	17,4	1	2,0
TOTAL	86	100	51	100

Fuente: Entrevista.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los adultos mayores pertenecen al sexo femenino; también se destacó este sexo dentro de los que asisten al círculo. Debemos enfatizar en la necesidad de intensificar las acciones de incorporación con el sexo masculino, pues sólo fue de un 29 % contra un 43 % de no incorporados. En la distribución por edades encontramos resultados similares en ambos grupos; los más jóvenes son los que más asisten al círculo. La mayor diferencia por grupo de asistencia se encuentra en las edades comprendidas entre 65 y 69 años. El comportamiento del estado civil es diferente entre los que asisten y los que no asisten. En orden, los que más asisten son los viudos, seguidos por los divorciados, los solteros y, finalmente, los casados. En los que no asisten el comportamiento es como sigue: casados, divorciados, viudos y solteros. La ausencia de pareja eleva la participación.

Consideramos positiva la incorporación de los adultos mayores al círculo de abuelos, dado su estado civil, ya que asisten precisamente los más necesitados de mantener relaciones extrafamiliares.

En los resultados encontrados destacamos que 53 (61,7 %) no conviven con su pareja, por lo que son propensos a experimentar soledad. En este sentido coinciden nuestros resultados con los de Casanova, quien encontró predominio del estado de soledad. (Casanova H. La tercera edad. Estudio de algunos factores que repercuten en su estado biopsicosocial en el municipio Santa Clara. /Tesis/ 1992).

En la convivencia no se observaron diferencias en los grupos estudiados que tenían predominio de núcleos entre dos y cuatro personas. Esto, a juicio nuestro, es un aspecto favorable, pues mientras más numerosa es la familia, las relaciones familiares se hacen más complejas.

En relación con el nivel de escolaridad de los grupos estudiados, hubo predominio del nivel primario; cuando se compararon ambos grupos se encontró que en la medida en que el nivel escolar aumentó, la asistencia al círculo fue menor. En relación con el nivel escolar de la muestra estudiada, nuestros resultados coinciden con Casanova, y consideramos interesante profundizar en este aspecto, a fin de evaluar la conveniencia de introducir nuevas estrategias de intervención en la atención primaria.

La ocupación se comportó de forma similar en ambos grupos; los jubilados fueron los que predominaron; 68 (79,1 %) no asisten al círculo, y 38 (74,5 %) sí participan en el mismo. Señalamos positivamente el hecho de que la mayoría tienen recursos económicos propios, lo que evita la total dependencia de los familiares; resultados que coinciden con los informados por Casanova.

El círculo contribuye a mantener un estado afectivo favorable. En este aspecto pensamos como Ferrer<sup>9</sup>, que en su estudio expresó cómo las personas mayores que no participan en las

actividades suelen ser las más necesitadas de ayuda y las que más problemas presentan en diversas áreas de la vida.

Asimismo coincidimos con Monforte<sup>10</sup> que encontró en su estudio la existencia de la depresión en el 30 % de sus casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Viguera G. Promoción de salud mental en los adultos mayores. Aprender a vivir. I Congreso Virtual de Psiquiatría. España 2000. 13-CI-A.
2. Warner JP. Quality of live and social issues in older depressed patients. Int Clin Psicofarmacol 1998;13(5):19-24.
3. Calcedo B. ¿Qué papel juegan los factores psicosociales en la aparición de la depresión en el anciano? México: Editoras Mejicanas; 1996.
4. Al-Shammari SA, Al-Subale A. Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. Int J Geriatr Psychiatry 1999;14(9):739-747.
5. Leyna F, Mota G, Salas M. Medicina social. Depresión en jubilados no activos. Rev Med del INSS 1995;33(1):51-54.
6. Parkatti T, Deeg DI, Bosscher RI, Launer LI. Physical activity and self-rated health among 55 to 89 years old Dutch people. J Aging Health 1998;10(3):311-326.
7. Canard J, Reinick SI, Htz HM, Luepke L, Jackson J, Fischer LR, et al. Gerontology. A Biol Sci Med Sci 1998;53(2):92-101.
8. Taragano F. Correlatos vasculares en la depresión. I Congreso Virtual de Psiquiatría. España 2000. 13-CI-H.
9. Ferrer R, Ribera D, Reig A. Diferencias psicosociales y de salud en personas mayores según el modo de participación en un estudio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33(1):5-12.
10. Monforte J, Fernández C, Díaz J, Toranzo I, Alfonso M, Franco M. Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998;33(1):13-20.