



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

**DEPRESIÓN, DESESPERANZA Y RIESGO SUICIDA EN UNA MUESTRA DE
ADULTOS MAYORES DE LA GRAN CARACAS**

TUTORA:
CARMEN LILIANA CUBILLOS

AUTORA:
DANIELA ROJAS

CARACAS, JULIO DE 2019



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

**Depresión, desesperanza y riesgo suicida en una muestra de adultos mayores de la
Gran Caracas**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial
para optar al título de licenciada en Psicología)

Tutora:
Carmen Cubillos

Autora:
Daniela Rojas¹

Caracas, julio de 2019

¹ Daniela Rojas, estudiante de la mención Psicología Clínica Dinámica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.

Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: d.ern03x@gmail.com

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas involucradas en este proceso de formación: desde mis inicios hasta el presente, en la culminación de esta etapa. En principio, a la Universidad Central de Venezuela, por permitirme formar parte de esta casa de estudio, en la cual deseé prepararme como profesional desde la primera vez que la pisé.

A Eduardo Santoro, quien formó parte esencial en mi primera etapa de la carrera, y cuyo afecto se conserva en cada encuentro de pasillo. Por su amor y dedicación a la Escuela de Psicología. A todos los profesores que, a pesar de las adversidades, siguen asistiendo a las aulas, estimulando el aprendizaje y el crecimiento en los estudiantes.

A la profesora Liliana Cubillos, quien fungió como tutora de este trabajo, por su disposición, sus aportes y apoyo al momento de sacar adelante este proyecto, el cual acompañó con su característico cariño.

Al departamento de Clínica Dinámica, por sus conocimientos en esta disciplina sobre la cual deseé formarme desde un inicio de la carrera. En especial a la profesora Giovanna Paván, quien con su calidez y temple ha sostenido al departamento; y al profesor Antonio Pignatiello, por su paciencia y su integridad, dentro como fuera del aula. A sus esfuerzos conjuntos por hacer de la enseñanza un espacio constructivo y comprensivo.

A aquellos compañeros con quienes pude compartir experiencias y conocimientos, inclusive desde otra mención, y que hicieron todo un poco más llevadero.

A mi familia, quienes no han dudado de mí y han respetado mis tiempos y elecciones. Especialmente a mi madre, cuyo amor incondicional ha estado presente en todos los aspectos de mi vida.

A mis amigos, quienes han extendido su mano desde lo que han podido aportar, por estar presentes -incluso en la distancia-, por su comprensión en los momentos difíciles y por reimpulsarme una vez más.

A todas aquellas personas que compartieron su sentir en torno a este tema tan importante y poco atendido de forma académica e institucional, cuya colaboración fue significativa en este esfuerzo por plasmar la situación actual por la que atraviesa el país y de la cual se dice mucho, pero se comprueba poco.

A todo aquel genuinamente interesado por este proyecto.

Depresión, desesperanza y riesgo suicida en una muestra de adultos mayores de la Gran Caracas

Daniela Rojas

d.ern03x@gmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

Resumen

En la vejez, los individuos se enfrentan a cambios biológicos, psicológicos y sociales, en el que las capacidades de unos pueden ser potenciadas y en las de otros, limitadas. En Venezuela, durante los últimos años se han presentado condiciones socioeconómicas que han llevado a que exista un deterioro de la calidad de vida en general, y los ancianos conforman una población vulnerable dentro de esta situación. Se ha reportado que, en este contexto, han surgido diversas repercusiones psíquicas negativas: como la desesperanza y el aumento en los casos de depresión y suicidio en la población venezolana. Sin embargo, no se han hallado estudios objetivos al respecto realizados en el país para el momento actual. Es por ello que se exploró los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida en una muestra de adultos mayores de 60 años ($n=75$), residentes en la ciudad de Caracas y que no se encontraran institucionalizados. Fueron utilizadas la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Este fue un estudio descriptivo y correlacional, no experimental y al ser este un problema multifactorial, se tomaron en cuenta factores sociodemográficos y de salud, que complementen los datos obtenidos y permitan establecer correlaciones entre los mismos. Para establecer tales asociaciones se utilizó tanto el coeficiente de Pearson y de Spearman. No se encontraron diferencias significativas entre las variables principales con el sexo y estrato socioeconómico de los participantes. Sin embargo, se confirmaron asociaciones estadísticamente significativas entre los niveles de depresión con los jefes de familia, el estatus laboral y antecedentes de alteraciones psicológicas; y los niveles de desesperanza con la profesión y el diagnóstico previo de una condición mental. Se concluyó que esta investigación sirvió como un acercamiento inicial y objetivo al estudio de estos constructos psicológicos en el país.

Palabras Clave: depresión, desesperanza, riesgo suicida, adultos mayores

Depression, Hopelessness and Suicide Risk in a sample of Elderly in Caracas

Abstract

The elderly face a series of biologic, psychologic and social changes, in which the capacities of some can be and for other, restricted. During the last years in Venezuela, there have been socioeconomically conditions that have led to a decline in the quality of live, and the elderly are a vulnerable population in this situation. It has been reported that, in this context, negative psychological repercussions have come up: as it is hopelessness and the rise of depression and suicidal cases in the Venezuelan population. However, there weren't found objective and empirical studies addressing this issue in the country for the current moment. This is why the levels of depression, hopelessness and suicidal risk were explored in a sample of people older than 60 years old (n=75), living in the city of Caracas and who weren't institutionalized. It was used Yesavage's Geriatric Depression Scale, Beck's Depression Inventory, Beck's Hopelessness Scale and Plutchik's Suicidal Risk Scale. This is a descriptive, non-experimental study, and since this is a multifactorial issue, socio-demographical and health factors were taken into consideration for complimentary and correlational purposes. To stablish said associations, it was used both Pearson and Spearman correlations methods. There were not found significant differences between the main variables with sex and socioeconomic status. However, it was confirmed statistically significant associations between levels of depression with family's earners, work status and history of psychological disorders; and between levels of hopelessness with profession and previous diagnosis of a mental condition. It was concluded that this research served as an initial and objective approach to the study of these psychological constructs in the country.

Keywords: depression, hopelessness, suicidal risk, elderly

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
I. Introducción.....	0
II. Marco Teórico.....	4
2.1. El Adulto Mayor: visiones sobre la vejez.....	4
2.1.1 <i>Transiciones en la vejez.</i>	<i>8</i>
2.1.2 <i>La vejez y la muerte.....</i>	<i>12</i>
2.1.3 <i>Salud Mental en el Adulto Mayor: Depresión.....</i>	<i>14</i>
2.2. Suicidio.....	17
2.2.1 <i>Teorías explicativas.....</i>	<i>20</i>
2.2.2 <i>Factores de riesgo.</i>	<i>27</i>
2.2.3 <i>Vejez y suicidio.....</i>	<i>28</i>
2.3. Desesperanza	29
2.3.1 <i>El modelo de “desesperanza aprendida”.</i>	<i>32</i>
2.3.2 <i>Teoría de la desesperanza de la depresión.</i>	<i>34</i>
2.3.3 <i>Desesperanza, depresión y riesgo suicida.</i>	<i>37</i>
2.4. Contexto socioeconómico de Venezuela (2016-2018)	38
2.4.1 <i>El Adulto Mayor y las políticas públicas en Venezuela.</i>	<i>41</i>
2.4.2 <i>Repercusiones psicosociales actuales en la población venezolana.</i>	<i>44</i>
III. Planteamiento del problema.....	48
3.1 Justificación	52
3.2 Hipótesis	55
IV. Objetivos.....	57
V. Método.....	58
5.1 Variables en estudio	58

5.1.1 Variables predictoras.....	58
5.1.2 Variables predichas.....	59
5.1.3 Variables extrañas no controladas.....	60
5.2 Tipo de Investigación	60
5.3 Diseño de Investigación.....	61
5.4 Participantes	61
5.4.1 Población.....	61
5.4.2 Muestra y tipo de muestreo.	62
5.5 Materiales.....	65
5.6 Procedimiento.	66
5.6.1 Fase Preparatoria.	67
5.6.2 Fase de Evaluación.	67
5.6.3 Fase de análisis.	68
VI. Resultados	70
6.1 Descriptivos.....	70
6.1.1 Depresión, desesperanza y riesgo suicida (variables predichas).	71
6.1.3 Ítems complementarios.....	78
6.2 Inferenciales	80
6.2.1 Sexo.	80
6.2.2 Estrato socioeconómico.	81
6.2.3 Otras variables sociodemográficas.....	81
VII. Discusión.....	84
VIII. Conclusiones.....	93
IX. Limitaciones y Recomendaciones.....	95
Referencias	100
Anexos	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Límites y promedios de edad de la muestra.....	62
Tabla 2. Distribución de la muestra en función de las variables sociodemográficas	63
Tabla 3. Nivel de Depresión obtenido en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	71
Tabla 4. Nivel de Depresión obtenido por el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	72
Tabla 5. Niveles de depresión en base a sexo y estrato socioeconómico	73
Tabla 6. Nivel de Desesperanza obtenido por la Escala de Desesperanza (HS)	74
Tabla 7. Niveles de desesperanza en base a sexo y estrato socioeconómico	76
Tabla 8. Puntajes obtenidos en la Escala de Riesgo Suicida (RS)	77
Tabla 9. Riesgo suicida en base a sexo y estrato socioeconómico	78
Tabla 10. Intentos de suicidio en familiares	79
Tabla 11. Correlación entre el sexo y las variables predictoras	80
Tabla 12. Correlación entre el estrato socioeconómico y las variables predictoras	81
Tabla 13. Correlaciones de Spearman con otras variables sociodemográficas	82

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Histograma de la distribución de edad de la muestra.	63
<i>Figura 2.</i> Porcentaje de depresión, según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	71
<i>Figura 3.</i> Frecuencia en los niveles de depresión obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	72
<i>Figura 4.</i> Porcentajes de los niveles de desesperanza	75
<i>Figura 5.</i> Porcentaje de puntajes respecto al riesgo suicida identificado	77
<i>Figura 6.</i> Intentos de suicidio en familiares	79

I. Introducción

La salud mental es un tema que cada vez ha ido tomando más auge en las personas a nivel mundial. En comparación con épocas anteriores, se puede notar que existe mayor preocupación por conocer y comprender el malestar interno que pueden sobrellevar las personas. La salud mental se configura en un principio de equilibrio, en el que se busca explorar e indagar en aquellos factores que resultan “no tan” positivos de los individuos, para poder trabajar en ellos y superarlos posteriormente, haciendo uso de las capacidades y potencialidades de cada quien. Como bien dice C. Jung, *“uno no alcanza la iluminación fantaseando sobre la luz sino haciendo consciente la oscuridad”*. Uno no puede transformar la oscuridad a la luz sin haberla reconocido primero.

Muchas investigaciones en el campo de la psicología se han enfocado en el estudio de los pacientes mentales, pero los abordajes científicos a la población común han llegado a quedar un tanto marginados, en cuanto a que son catalogados bajo la etiqueta de “normalidad”. A pesar de ello, resulta importante destacar que el malestar psíquico no es exclusivo a la aparición de una patología; el mismo puede aparecer en cualquier persona, inclusive cuando se haya considerado previamente como mentalmente sana. Tampoco se hallan limitantes en sexo, edad o ubicación, por mencionar algunas características básicas de las personas. Si existen condiciones que propicien y sobrepasen las capacidades del individuo: surgirá.

En una sociedad, donde muchas personas confluyen entre sí, se pueden encontrar diversidad de personas que comparten características y eventos pertenecientes a la realidad de cada quién. Por su parte, las personas mayores se están convirtiendo en un sector de la población cada vez más influyente desde el punto de vista social, político, económico y sanitario, demostrado en el aumento en la expectativa de vida y en el aumento demográfico de este grupo etario, tanto a nivel mundial como en el país. Se ha reportado que esta población va en crecimiento en una medida más rápida que los de personas más jóvenes.

La vejez es una etapa que presenta sus propios cambios particulares, no sólo en lo físico, sino también en sus dinámicas de funcionamiento y en sus formas de relacionarse con su entorno. Esta es un periodo que se espera que pueda llevarse con calma, en el que se pueda descansar y disfrutar de aquello y aquellos en los que no se pudo invertir mucho

tiempo y energía previamente, contando ahora con una seguridad económica obtenida mediante el cobro de la pensión, luego de haber cumplido con muchos años de trabajo, y de sus propiedades adquiridas. A pesar de esto, las condiciones en Venezuela no han permitido que esta etapa sea vivida del todo serena.

Debido a factores políticos y económicos, principalmente, el país ha presentado una denominada “crisis” en la que las condiciones de vida se han visto alteradas. Hechos como la inaccesibilidad de alimentos y medicinas, deficiencia de servicios básicos como la electricidad, el agua, el transporte y la salud, pensiones insuficientes que no van al paso de la hiperinflación económica, la delincuencia e inseguridad, entre otros, han provocado que la vida cotidiana resulte más difícil de sobrellevar. Ante estas condiciones lleva a preguntarse, ¿cómo está envejeciendo Venezuela?

Frente a situaciones de crisis, los ancianos se han identificado como una población vulnerable, esto por la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades perceptivas y habilidades motrices de la persona, la pérdida del rol social, la aparición de alguna enfermedad y/o los bajos ingresos, que los lleva a depender de otros miembros de su familia para su cuidado y resguardo.

Se dice que este contexto socioeconómico ha llevado al país a un “colapso”, presentando repercusiones psíquicas en la población como angustia, miedo, ansiedad, agresividad, enfermedades psicosomáticas y depresión. Además, se ha dicho que ha aumentado una atmósfera de inseguridad ante el futuro y de desesperanza entre la población, una expectativa negativa en la cual la persona siente que no puede hacer nada para cambiar su destino y lo percibe como poco prometedor. Ante esto, los venezolanos han recurrido a distintas maneras de afrontar un contexto tan estresante, mediante la reinención de sus posibilidades o, en gran medida, al escape: ya sea aventurándose a otras oportunidades producto de la emigración y otros, en casos más extremos y menos favorecedores, han llegado a finalizar con su propia vida.

Sin embargo, la mayoría de estas aseveraciones se han dado a conocer a partir de experiencias de personas cercanas, divulgadas por el boca a boca, y por algunas denuncias contenidas en reportajes, en su mayoría independientes y publicados en la web, siendo inadvertidas por otros medios de comunicación. Muy poco se ha hablado de este hecho de forma oficial o gubernamental, ni se ha dado con datos que reflejen en cifras tales

afirmaciones hechas; sólo se cuentan con estimaciones, en su mayoría, ya que el acceso a datos manejados por entes autorizados ha sido restringido a la población.

Tomando este contexto social, junto a las pocas investigaciones formales en el país en base a esta población y a este periodo histórico, cabe preguntarse ¿los adultos mayores, residentes en Caracas, muestran depresión, desesperanza y, por ende, riesgo suicida? ¿En qué medida? ¿Es esto un fenómeno que ciertamente se está haciendo cada vez más presente en esta población? ¿Cuáles son las características comunes que se relacionan con la presencia de los mismos? Si bien se estiman que existan limitaciones en cuanto al alcance que pueda tener, se buscará responder puntualmente a las inquietudes planteadas.

El presente trabajo de investigación pretenderá identificar si estos factores se hallan presentes en una muestra de esta población, con el fin de realizar un acercamiento objetivo y cuantificable ante fenómenos que son graves para la vida de las personas que lo experimentan. Se partirá desde un modelo socioindividual, en el que distintos aspectos de la persona (psicológico, psicosociológico, biológico y social) confluyen para que se den estas manifestaciones, las cuales se consideran que no surgen de forma aislada. Es por esto que también se pretenderá establecer relaciones a partir de las mediciones obtenidas y los datos sociodemográficos recabados.

En estos tiempos, el indagar en asuntos que pueden ser incómodos para muchos, pero reales para otros, resultan pertinentes para poder sustentar y respaldar el panorama negativo que se ha estado elaborando durante los últimos años en el país y sus habitantes, más cuando se ha podido observar que se ha agravado cada día más. Es agri dulce la expectativa que se pueda tener frente a los efectos de este estudio, pero a pesar de ello, se espera que los resultados puedan servir de referencia para la descripción actual de la población seleccionada, contribuyendo al saber histórico y científico de las variables involucradas.

La presente investigación se inició con una exhaustiva revisión teórica en cuanto a los ejes temáticos de la misma: la vejez, la depresión y el suicidio en esta etapa, la desesperanza y el contexto socioeconómico de Venezuela, constituyendo así el marco referencial presentado en el Capítulo II. Seguidamente, en el Capítulo III, se encuentra el problema a desarrollar y la justificación y relevancia del mismo, además de las hipótesis a contrastar, correspondientes a los objetivos planteados en el Capítulo IV. La descripción de

la metodología empleada es presentada en el Capítulo V, donde se especifican las variables a medir, el tipo y diseño de investigación, la población y muestra seleccionada, los materiales e instrumentos utilizados, junto a cómo se realizó el procedimiento de preparación, medición y análisis de los datos, con el fin de delinear los pasos que muestran cómo se realizó la recolección de los datos. Seguidamente, en el Capítulo VI se muestran los resultados, iniciando con los descriptivos, donde se muestran las frecuencias y porcentajes de los puntajes en niveles de depresión, desesperanza y la presencia de riesgo suicida, primero en toda la muestra y luego divididos en los principales factores sociodemográficos a considerar como lo es el sexo y el estrato socioeconómico, junto a demás factores medidos; para luego presentar los análisis de correlación entre variables, a modo de demostrar si están vinculadas o si su asociación se debe al azar. En el Capítulo VII, en la discusión se contrastan tales resultados con algunos planteamientos teóricos y resultados obtenidos por otras investigaciones empíricas. Para finalizar, en el Capítulo VIII se encuentran las conclusiones finales de esta investigación, acompañadas con las limitaciones del estudio y recomendaciones elaboradas a partir de las mismas, expresadas en el Capítulo IX. Se cierra con el conjunto de referencias utilizadas para los basamentos teóricos y los anexos, los cuales incluyen los instrumentos de medición que fueron utilizados.

II. Marco Teórico

2.1.El Adulto Mayor: visiones sobre la vejez

El interés por el proceso de envejecimiento en general surgió a mediados del siglo pasado, cuando los científicos retornaban de la Segunda Guerra Mundial y se enfrentaban a una población cada vez mayor (Carbajo, 2008). Una vez superadas muchas enfermedades, padecimientos y limitaciones, gracias a los múltiples avances en las ciencias médicas, farmacéuticas y afines, por primera vez se enfoca la mirada en las personas que arribaban a edades avanzadas. Empezaron a surgir instituciones y sociedades gerontológicas, acompañadas de organizaciones de psicólogos que se interesaron por este grupo etario. Dentro de estos, surge la Psicología del Envejecimiento, que a su vez se deriva del enfoque de la Psicología del Desarrollo Humano.

Aunque parezca extraño, el esfuerzo por analizar científicamente la conducta de la vejez, es relativamente reciente, si se compara con el estudio del desarrollo infantil o del adolescente. Los psicólogos que se especializan en la vejez han venido desarrollando sus propios conceptos teóricos, sus métodos de trabajo y sus múltiples estudios, todos dentro de la Psicología, lo que se ve reflejado en las muchas publicaciones que surgen día a día, pero esta amplitud y vitalidad va acompañada de cierta limitación: la Psicología del Envejecimiento mantiene como objetivo central la exploración del deterioro relacionado con la edad (Belsky, 2001). Impera el estereotipo que equipara vejez y pérdida.

Es frecuente, por tanto, encontrarnos con estudiosos de la vejez, desde una perspectiva de bienestar, otros que aun cuando insisten en la vejez como un periodo de logros, se dejan llevar por las pérdidas y los más, se centran en la vejez como un periodo de involución. Las diversas formas de enfocar el estudio de la vejez, hace complicado definirla, no se ha podido dar con un concepto claro ni mucho menos con uno integrado y multidisciplinario de lo que la vejez significa. Cornachione (2008) lo considera como un proceso caracterizado por un conjunto de cambios graduales en el que intervienen un número considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales entre las personas de una misma edad cronológica. En general, la vejez ha sido definida a partir de cuatro perspectivas (Cornachione, 2008):

- **Edad cronológica:** Hace referencia a los años transcurridos desde el nacimiento de una persona. García, Benito, Martínez, Lidón, Sánchez y Pedrero (2002) añaden que el período de la vejez ha llegado a subdividirse en la tercera edad (jubilados o jóvenes viejos de menos de 75 años), la cuarta edad (de más de 75 años) y adultos “muy viejos” (mayores de 85 años). Belando (1999) considera que existe una idea implícita de la disminución de la expectativa de vida, que le quedan pocos años de vida a quien se encuentra en la vejez.
- **Edad biológica:** toma en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas; y en la cual existen muchas limitaciones en base a las diferencias de ritmo interpersonales e intrapersonales
- **Edad psicológica:** la vejez es definida en función de cambios cognitivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital, a su capacidad de adaptación. Belando (1999) hace énfasis en que el crecimiento psicológico no cesa en el proceso de envejecimiento (en cuanto a la capacidad de aprendizaje, rendimiento intelectual, creatividad, crecimiento personal, entre otros).
- **Edad social:** involucra la utilidad social, la capacidad de contribuir al trabajo y a la protección del grupo o grupos a los que pertenece, los roles y status que la persona asume. Varía dependiendo de las sociedades, las leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos. Se dice que también es un concepto socioeconómico cuando se utiliza a la edad de jubilación como referencia, y no se considera el estado individual del sujeto (Belando, 1999).

Ante el concepto de adulto mayor, la Organización Mundial de la Salud (2015) remite en primer lugar a un factor biológico que se caracteriza por la "acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo". El envejecimiento ha sido definido como un proceso progresivo de cambios metabólicos y fisiológicos común a todos los organismos, el cual se puede asociar a la "pérdida de capacidad adaptativa cualquier cambio que permita desarrollar la vida de un modo normal" (Portellano, 2005, p.

319). Este autor señala que estos cambios metabólicos y fisiológicos se observan en el envejecimiento cerebral a través de las siguientes manifestaciones:

- Disminución del peso cerebral
- Cambios neuroquímicos similares a los observados en la enfermedad de alzheimer.
- Degeneración de los microfilamentos en el citoplasma neuronal.
- Atrofia axonal, reducción del número de sinapsis y del árbol dendrítico.
- Alteraciones metabólicas producto de la degeneración celular.
- Hipertrofia e hiperplasia de neuroglías.
- Degeneración de la vaina de mielina.
- Atrofia en el cuerpo estriado por disminución del riego sanguíneo.
- Modificaciones neuroquímicas consistentes con la pérdida de núcleos colinérgicos.
- Alteración de la modulación de los niveles colinérgicos
- Alteración en funciones cognitivas debido a la disminución de estrógenos en la mujer.
- Disminución del metabolismo cerebral.

En esta misma línea, se puede decir que se ha asociado la vejez con el deterioro cognitivo. Alrededor del 25% de los adultos mayores presenta demencia a nivel mundial, mientras que en América Latina se ha identificado una prevalencia de 7,1%, muy similar a la de los países desarrollados, siendo el Alzheimer el más frecuente (Portellano, 2005; Custodio, 2014).

En base a este modelo biológico, el médico Mark Williams señaló que el envejecimiento normal es un proceso benigno, y el desgaste producido con la edad es observable sólo en situaciones de gran esfuerzo o agotamiento; la enfermedad, la incapacidad grave o la pérdida de funciones aparecen sólo un poco antes de la muerte (Belando, 1999). Por su parte, el psicoanalista L.V. Thomas (1992 c.p. Belando, 1999) considera que las personas que se conservan bien llegan a las etapas más tardías de su vida. Es así como entran otras posturas en las que el envejecimiento no significa sinónimo de enfermedad, a pesar de que exista una disminución paulatina de las capacidades y funciones en el organismo.

Hasta hace pocos años se creía que el envejecimiento era implacable, inmodificable y unidireccional frente a la expectativa de observar crecientes déficits en la cognición y procesos cerebrales a lo largo de la vida adulta. Sin embargo, recientemente ha sido evidente que una variedad de factores pueden influenciar, tanto de forma positiva como negativa, la trayectoria de la mente y cerebro del adulto, entre ellos se nombran: el compromiso intelectual, las interacciones sociales, la actividad física, dieta y estrés (Kramer, 1999). Del mismo modo, este autor comenta que se ha demostrado que con la realización de ejercicio aeróbico es posible mejorar el rendimiento en procesos de control ejecutivo, tales como planeación, programación, inhibición y memoria de trabajo

Ahora bien, Ballesteros (2004) advierte que puede existir una concepción en la psicología de heredar desde la ciencia biológica y médica una visión acerca del adulto mayor basada en la involución del organismo. Si bien el deterioro biológico es una realidad, ello no es necesariamente sinónimo de un proceso involutivo, dado que el desarrollo puede continuar en las demás áreas cognitivas, emocional y sociocultural. ¿Es totalmente certero afirmar que la vejez es un estado de involución o de estancamiento en el desarrollo humano? Latorre y Montañés (2005) afirman que el desarrollo no está relacionado solamente con la edad, sino también con otros factores como el momento histórico en que vive cada persona y las circunstancias personales que concurren en cada individuo (como factores generacionales o históricos y factores individuales o no-normativos).

Ballesteros (2004) señala que en la vejez el desarrollo, en efecto, continúa dándose, con la particularidad de que su aceleración está disminuida en comparación a etapas más tempranas. Dentro de esta perspectiva, esta autora hace énfasis en la capacidad de la vejez de otorgar experticia acerca de las tareas realizadas rutinariamente a lo largo de la vida. En este mismo orden de ideas, Portellano (2005) rescata que en la edad de adultez mayor se producen mecanismos de plasticidad compensatoria que evitan que el deterioro cognitivo progrese más activamente en el cerebro de los ancianos. Estos mecanismos de plasticidad se concentran en las estructuras, responsables de la adquisición de nuevos conocimientos, intensidad de los aprendizajes, cantidad de estimulaciones sensoriales y motoras y la práctica de ejercicio físico aeróbico.

2.1.1 Transiciones en la vejez.

Por otro lado, esta es una etapa evolutiva del desarrollo humano determinada también por “transiciones vitales tales como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja” (OMS, 2015). En la misma, se distinguen diferencias en cuanto al apego a los roles, sensación de control de las situaciones, expectativas de futuro, estrategias de afrontamiento, motivación, estilos en la consecución de los objetivos y en la expresión de emociones (De la Serna, 2015). La percepción de la sensación de control es un proceso cognitivo que va a repercutir mucho en el bienestar mental de las personas mayores.

Como consecuencia del proceso natural de envejecimiento y de impedimentos culturales, el adulto mayor sufre limitaciones en su autonomía. Cornachione (2008) comenta que los adultos mayores terminan considerando que es mejor dejar que sus hijos tomen las decisiones más y menos importantes, afianzando una relación de dependencia con sus familiares a medida que pasa el tiempo y disminuyendo el apoyo que sentían anteriormente por parte de la familia. En otros casos pueden existir otras limitaciones como realizar viajes o salir a socializar por su cuenta, ya que los familiares consideran que es peligroso para su salud y seguridad. En otros más, los mayores se ven privados de la autonomía cuando dejan de realizar sus quehaceres por sí mismos –incluida la higiene-, cuando tienen que cambiar de su lugar de residencia a la de algún familiar o son enviados, sin consultarles, a hogares geriátricos. Es importante destacar que no todos los adultos mayores pasan por esto, y también hay otros que siguen realizando sus labores habituales, le son consultados sus deseos y conservan su poder de decisión en su entorno.

El aspecto social también es importante en la vejez. Latorre y Montañés (2005) identifican las circunstancias sociales que marcan, condicionan y a veces alteran el proceso del envejecimiento tanto social como afectivo y cognitivo, siendo estos la marginación social, la jubilación y la pérdida de seres queridos, la estima que la sociedad tenga de sus mayores, las alternativas que la sociedad ofrezca para su ocio y salud física y mental y el tipo de estructura familiar que tengan en su momento. En esta misma línea, García et. al. (2002) apuntan que la calidad de apoyo social y familiar son determinantes de las desventajas sociales que pueden tener los ancianos, junto a la falta de actividades sociales y

el vivir solo. Igualmente, se insta que no todas las personas mayores pasan por estas alteraciones, ni bajo la misma intensidad.

Latorres y Montañés (2005) explican que la marginación familiar, social y laboral son una de las quejas recurrentes por parte de los adultos mayores; pierden el contacto con sus familiares e iguales y sienten que son infravalorados por su entorno. Cuando llega el momento de la jubilación, ocurre un cambio en la estructura de la vida personal, donde no se cuentan con los mismos horarios, hábitos, estatus y relaciones sociales, por lo que habrá que transformar, en algunos casos de forma drástica, la rutina que venía viviendo la persona durante muchos años. Unos utilizan este tiempo libre para enfocarse en lo que no pudieron hacer antes, descubrir y/o dedicarse a otros aspectos que son de su interés, otros encuentran seguridad económica en las pensiones y se dedican al ocio como forma de realizar actividades alternativas, y otros más pueden desarrollar conductas desadaptativas y depresivas, sintiéndose improductivos y aburridos luego de ser removidos de la actividad laboral. En muchos casos se considera a la jubilación como acelerador del envejecimiento.

Estos autores continúan desarrollando en otros episodios de vida característicos de esta etapa, como lo es la viudez y la movilidad. La viudez implica soledad, luego de pasar años de vida al lado de su pareja, y requieren de un proceso de adaptación que no todos consiguen lograr, aunque se ha identificado un mejor pronóstico en las mujeres viudas. García et al. (2002) añaden que en las mujeres mayores se han añadido cambios específicos que les afectan, como la reducción de la media numérica de hijos, el aligeramiento del trabajo doméstico y el incremento de su participación laboral. En cuanto a la pérdida de la movilidad, esta interfiere con la integración social en la comunidad y genera dificultad para cubrir necesidades básicas por sí mismos.

En general, puede afirmarse que la vejez lleva consigo experiencias de pérdida. Pérdida de amigos y familiares que provocan que la red social se reduzca, pérdida de autoestima cuando se compara lo que se tenía y lo que se podía hacer y ya no, lo que pudiera dañar el autoconcepto de esa persona (Delgado, 2014). Todos estos cambios han tenido repercusiones en el plano afectivo, en la vejez es normal que la persona experimente angustia y desesperación asociada a problemas de salud, económicos, de adaptación, de soledad, de autocontrol, y de autoevaluación y evaluación negativa (Latorre y Montañés, 2005).

De manera análoga, existe una calma emocional, regocijo en la contemplación y el pensamiento constructivo, ampliando el entendimiento del mundo en el cual se vive y esto es considerado como un logro psicológico, al cual Erikson (1950 c.p. Pierucci, 2004) denomina como sabiduría. Esta autora alude a la madurez adquirida con la experiencia de vida, capacidad reflexiva y de entendimiento al ver los problemas desde distintas perspectivas y de sopesar pros y contras de forma imparcial, desarrollando la capacidad de juicio y la cautela.

El envejecimiento es vivido a partir de las actitudes que tenga la propia persona como el entorno familiar y social del mismo. Esto orienta a cómo se establezcan las condiciones y el trato dirigido hacia el adulto mayor. El modelo biológico ha guiado la creencia de que la vejez es sinónimo de deterioro, y esto se ha visto reproducido en los mitos, prejuicios y estereotipos culturales, otorgándole un sentido peyorativo. El concepto de tercera edad ha traído consigo una imagen negativa, asociada a la enfermedad incurable. La tercera edad, analizada sobre una base demográfica, es un dato tanto colectivo como personal, concerniente a la nación y al individuo, donde se da un marco de cambios en la vida económica, cultural e intelectual de las personas (Laslett, 1987 c.p. García et al., 2002).

También se han elaborado creencias positivas respecto a la vejez, asociando a estas personas con cualidades como la sabiduría y la experiencia, el respeto, fuentes de confianza al momento de pedir consejos, se ha creído en su capacidad de gobierno y en sus opiniones (Latorre y Montañés, 2005). Estos autores comparten la idea de que en esta época existen tanto pérdidas como ganancias, constantes como en cualquier etapa de la vida.

Ante esto, Cornachione (2008) afirma que, en definitiva, el medio social es el que crea la imagen de la gente vieja a partir de sus normas y de los ideales y valores que persisten en cada época. Y es a partir de estos que los ancianos orientarán sus modos de actuar, ya que son cosas que se esperan de ellos y buscan cumplir con el rol que se les ha asignado, no sólo por su entorno más cercano, sino también por las visiones emitidas por las instituciones, profesionales, medios de comunicación y por la opinión general.

Montañés y Latorre (2004 c.p. Latorre y Montañés, 2005) realizaron una investigación con jóvenes para conocer sobre sus actitudes frente a la vejez. Encontraron un equilibrio entre los estereotipos, en el cual consideran que en la vejez se mantiene la

capacidad de aprendizaje y de desarrollo de la memoria si es ejercitada, las habilidades sociales ayudan a no marginarse y los adultos mayores muestran capacidad para realizar tareas como alguien más joven; en el otro polo, destacan las creencias compartidas de que en la vejez se pierde la memoria inmediata, pueden tener comportamientos infantiles y se relaciona la jubilación con la aparición de diversos trastornos psicológicos. En el contexto venezolano, en un estudio realizado en el año 2016 se buscó explorar las actitudes de los adultos venezolanos frente a la vejez. Como resultados, en general se obtuvieron respuestas ligeramente positivas en todas las categorías de edad (físico, cognitivo y socioemocional). Más en específico, la actitud frente al componente cognitivo es neutra; mientras que las actitudes frente los componentes: afectivo y conductual resultaron ser ligeramente positivos, siendo los adultos mayores quienes tuvieron una actitud más positiva frente al componente conductual que los adultos medios y jóvenes (Árraga, Sánchez, Pirela y Mariotti, 2016).

La influencia del contexto, de la cultura y de las relaciones interpersonales de la persona en el desarrollo y comportamiento humano ha sido también elaborado por el psicoanálisis culturalista (Fromm, Horney y Sullivan), dando importancia a la relación entre el hombre y su medio (Cornachione, 2008). Latorre y Montañés (2005) añaden que desde la perspectiva psicodinámica existen estereotipos sociales de edad que son negativos, referidos a características de personalidad como el autoritarismo, la agresividad o el determinismo; mientras que la perspectiva sociocognitiva intenta proporcionar claves para el entendimiento de los estereotipos de edad y los impactos que tienen en nuestra percepción, los cuales son contruidos a partir de las diversas culturas.

De acuerdo con la perspectiva de Yela (1992 c.p. Belando, 1999) el ser humano vive en un tiempo personal y en un tiempo biofísico, presentándose así dos caras en la vejez: una de disminución y declive y otra como una inversión personal que culmina en la vejez, al contar con más recursos biográficos para dar un sentido personal a la vida. A pesar de esto, realiza una aclaratoria de que todavía en esta etapa la persona puede proyectar su futuro y seguir construyendo su vida personal.

Si bien los aportes de las ciencias biológicas han planteado que los cambios dados después de la madurez implican deterioro, son las ciencias sociales que dan un sentido más consolador en el que la persona puede continuar progresando en sus capacidades y

habilidades, siendo este un camino diferente al desgaste (Cornachione, 2008). A pesar de esto, no hay que dejar a un lado que tanto los factores biológicos y culturales ejercen influencias distintas en cada individuo. La vejez es un hecho no sólo natural sino cultural, cuyo significado variará a través de las épocas y lugares.

2.1.2 La vejez y la muerte.

Al llegar a la tercera edad, el individuo puede estar consciente de su deterioro físico y progresivo, ante lo cual Pierucci (2004) plantea que el morir, el llegar a la desintegración final, constituye el principal desafío en la vejez. En general, muy pocas personas se acercan al tema de la muerte, más que todo porque no se sabe con certeza qué es, qué hay detrás de ella. Cuello (2002) considera que la muerte sigue silenciada en el discurso, y el tema es tratado por la filosofía, la religión y el arte, más que por la psicología y el psicoanálisis.

La muerte es aceptada como uno de los procesos más naturales y certeros en la existencia de cualquier ser vivo, aunque suele no ser muy placentero el hablar de la misma. Esta puede darse por enfermedad, un accidente o por la edad avanzada y el deterioro físico que esto conlleva. Es una realidad que, por un tema cronológico, suele encontrarse más próxima a los ancianos que a los más jóvenes. Cuello (2002) afirma que, para todos, la muerte se "personaliza", y aunque siga conservando su carácter enigmático y misterioso ya no es una abstracción lejana.

En estas etapas tardías de la vida, existen muchos cambios y pérdidas que asedian a la persona, como la de sus padres, el cuerpo de la mediana edad (y la adquisición de una nueva representación de sí, esquema e imagen corporal), el rol de trabajador (para ingresar en la categoría de 'pasivo'), por mencionar algunos (Cuello, 2002). Además de esto, los desafíos graves de salud también moldean cómo los adultos lidian con las pérdidas. Los mayores pueden enfrentarse ante múltiples pérdidas y el duelo se torna complicado, al ser difícil procesar más de una pérdida a la vez (McCoyd y Walter, 2015).

Desde la psicología, más en específico el psicoanálisis, Freud observa en 1915 que “nuestro inconsciente es inaccesible a la representación de nuestra propia muerte, para soportar la vida hay que estar dispuesto a soportar la muerte” y afirma que el deseo de vivir procura imponerse a los deseos de muerte (Cornachione, 2008). En la vejez se instaura una nueva temporalidad, una medida diferente del tiempo: lo que resta por hacer, junto a una revisión del proyecto de vida construido en las etapas anteriores (Cuello, 2002). Hernández, Oñate, Rodríguez, Sánchez, Bezanilla y Campos (2011) indican que lo más angustiante para el viejo es la pérdida y la muerte; comentan que la pérdida está determinada por el monto de pertenencias afectivas involucradas, tanto sociales como familiares, y que pueden tener repercusión en la satisfacción de necesidades objetivas y subjetivas del anciano. Además, el trabajo emocional que implica que los mayores puedan enorgullecerse de sus logros mientras que revisan aquellas metas personales que aún no han cumplido, orientan la perspectiva que pueda tener la persona sobre la muerte (McCoyd y Walter, 2015).

McCoyd y Walter (2015) afirman que los adultos mayores han meditado más sobre la muerte y la suelen esperar con serenidad. Es esperable que exista una actitud hacia la muerte donde la ansiedad asociada a ella está disminuida, siendo un signo de buena salud mental el aceptar la propia mortalidad (Stassen, 2008). Esto puede verse en actos como la escritura de testamentos, designación de apoderados, reconciliación con miembros de la familia y una búsqueda general por completar aquellas tareas inconclusas de la juventud; aunque no necesariamente signifiquen una resignación a la vida. Sin embargo, McCoyd y Walter (2015) instan que la tendencia cultural de dejar a un lado el impacto de las pérdidas en los adultos mayores sólo porque han experimentado más muertes y cambio que las demás personas hace que los mismos simplifiquen o minimicen su propia experiencia sentida.

Por otra parte, el anciano también puede presentar un gran monto de ansiedad frente la muerte, esta es susceptible de ser intensificada y al llegar a ser favorecida por el contexto social adverso, muchas veces no encuentra un camino adecuado para manifestarse (Cuello, 2002). Russ (1986 c.p. Hernández et. al., 2011) expone que es común ver comportamientos negativos como:

- Cambiar el tema de conversación

- Callar o alejarse como si no se le hubiera oído
- Restar importancia a aquello que le angustia o preocupa, pero sin afrontarlo
- Adoptar más o menos cínicamente posturas fatalistas
- Trasladar la respuesta a otros
- Negar la situación que el interesado tiene objetivamente clara
- Contestar con evasivas, más o menos negativas, a la cuestión, pero sin comprometerse
- Adoptar actitudes moralizadoras, ejemplarizantes y/o paternalistas

La actitud frente a la muerte en la adultez tardía está matizada por un sin fin de factores psicológicos y culturales. En palabras de Rodríguez (1989), la muerte no sólo es una realidad biológica, sino también existencial y la manera de afrontarla, sea aceptando o rechazándola, tiene que ver con la personalidad, el estilo de vida, la cultura en la que se está inmerso y las creencias religiosas. No obstante, la aceptación natural o la resignación ante la muerte suelen ser actitudes bastante generalizadas. Ahora bien, otras circunstancias de la tercera edad de tipo familiar, social e institucional son elementos que pueden contribuir a que esta actitud frente a la muerte se dé de forma distinta en cada individuo: algunas veces como un mal inevitable y otras como una liberación.

2.1.3 Salud Mental en el Adulto Mayor: Depresión.

En la vejez, como en cualquier etapa de la vida, no sólo debe tenerse cuidado en preservar el bienestar del cuerpo, de la salud física, si no también es importante velar por la salud mental. Pierucci (2004) indica que los problemas tanto psicológicos como psiquiátricos del anciano se deben a la relación entre los siguientes aspectos:

- a. *Integración y madurez de su personalidad*, de haber soportado, superado y elaborado tensiones emocionales sin deterioro de la personalidad. Ha podido enfrentar de forma eficaz los problemas de la realidad y los retos de su edad, reflejándose en la adaptabilidad que ha tenido en los cambios planteados en su vejez.

- b. *Cambios de naturaleza endógena*, los cuales son resultados del propio proceso involutivo en el funcionamiento psicológico, biológico y fisiológico.
- c. *Cambios de origen exógeno*, aquellos originados por las influencias socioculturales, económicas y políticas, como la pérdida del papel social, las implicaciones de la viudez, la discriminación, el retiro de la actividad laboral, la disminución del ingreso económico, los problemas de vivienda y aislamiento, los cambios de estructura y dinámica familiar, la carencia de asistencia social adecuada, entre otros.

En base a los datos expuestos por la OMS (2015), el crecimiento de la población del adulto mayor ha traído consigo un aumento de enfermedades, como lo son la demencia y la depresión, siendo considerada esta última el principal problema de salud mental para este grupo etario. Tanto Custodio (2014) como Portellano (2005) comentan, en relación a la comorbilidad entre depresión y demencia, que es difícil distinguir si los síntomas depresivos son secundarios a un posible problema de demencia, si los síntomas depresivos coexisten con los síntomas cognitivos, o bien, si los síntomas depresivos constituyen por sí mismos un síndrome, y son síntomas primarios acompañados de quejas de memoria. Así pues, la depresión constituye, en la práctica diaria, uno de los principales y más frecuentes problemas de diagnóstico diferencial con el síndrome de demencia, en especial en sus fases iniciales.

Los efectos de la depresión se experimentan en lo físico, lo emocional y en lo mental, como bien lo menciona LaHaye (1990). El Manual de Psicodiagnóstico DSM-5 (APA, 2014), establece en sus criterios para el diagnóstico de un trastorno de depresión mayor a los siguientes síntomas (p. 160):

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

En una exhaustiva investigación bibliográfica, Peña, Herazo y Calvo (2009) establecen que la depresión es una enfermedad frecuente en los adultos mayores, con una presencia que oscila entre 1,2 y 9,4%; y si se incluyen también los individuos con síntomas depresivos que no satisfacen criterios para depresión mayor, la prevalencia podría aumentar hasta un 49%. Ésta puede aparecer como enfermedad principal pero también puede ser fruto de una situación estresante, consecuencia de una enfermedad o de una experiencia traumática (Delgado, 2014).

Se ha comentado que la depresión en adultos mayores tiene características y manifestaciones distintas a las que se pueden observar en otras etapas del desarrollo; por esta razón la estimación de este trastorno en la población mayor puede ser impreciso si se utilizan escalas de medición que no tomen en cuenta las particularidades de la depresión en los adultos mayores (Fountoulakis, Tsolaki, Iacovides, O'Hara, Kazis y Ierodiakonou, 1999). Esta diferencia en las manifestaciones de la depresión se centran principalmente en la forma en que se expresa el ánimo triste.

En la vejez, la depresión tiende a presentarse con más características melancólicas y en general parece ser más severa; pudiendo inclusive aparentar ser una pérdida de funciones intelectuales (Portellano, 2005). No obstante, en las escalas que miden la apreciación subjetiva de la depresión de los pacientes, se han encontrado puntuaciones menores que en los jóvenes (Peña et. al., 2009). Los autores comentan que probablemente esto se deba a la tendencia que tienen los ancianos a aceptar los síntomas depresivos como “normales” y a la menor propensión a tener afecto triste. Además, añaden que los pacientes ancianos presentan con mayor frecuencia insomnio medio y terminal, mayor pérdida de apetito, más sintomatología psicótica, menos irritabilidad y menor somnolencia diurna que los pacientes jóvenes

Aunado a esto, Rodríguez (1989) pese a que le atribuye una etiología orgánica a este síndrome patológico de la vejez, reconoce el papel modulador de los cambios psicosociales en la expresión de estos síntomas. Entre estos destaca la presencia de ideas de ruina personal, culpabilidad y de ausencia de sentido en la vida, ante lo cual pudieran presentarse graves riesgos para la propia salud que en ocasiones pueden conducir a la muerte. Además de estos factores, se pueden sumar algunos cambios propios de la vejez que generan cambios en el sistema nervioso, como lo es la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico), decremento de neurotransmisores e incremento de su catabolia por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros (Sotelo, Rojas, Sánchez e Irigoyen, 2012).

Otros trastornos psicológicos que pueden presentarse comúnmente en la vejez son la ansiedad, la agresividad, la agitación psicomotriz, la deambulación errática, los trastornos alimentarios, las alteraciones del sueño y los trastornos de personalidad (Delgado, 2014).

2.2. Suicidio

El suicidio es un tema que ha sido controversial desde sus inicios y ha sido estudiado desde una amplia variedad de disciplinas y perspectivas, no obstante, es frecuente encontrar que en los criterios de estas investigaciones no se defina explícitamente el suicidio. Suele hablarse de conducta suicida, la cual está compuesta por la ideación, el

intento y el acto consumado. Dentro del espectro suicida, se distingue al suicidio consumado como un acto suicida exitoso, mientras que está el intento suicida el cual es el acto suicida que fracasa (Goncalvez y Matheus, 1987). También se circunscribe al intento de suicidio una implicación consciente de acabar con su vida, aunque en su mayoría no sean exitosos (Maris, 2001).

Clemente y González (2008) advierten que, si bien tras el primer intento de suicidio no tiene por qué seguir otro, es posible que igual pueda acontecer posteriormente. Sin embargo, las tentativas de suicidio significan una razón de consulta al ser un peligro que se encuentra subyacente. García et. al. (1984 c.p. Clemente y González, 2008) distinguen tres tipos de las tentativas de suicidio:

- *tipo síntoma* (el intento como síntoma de enfermedad mental)
- *tipo estrés* (aquellos de menor cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente)
- *tipo crisis* (de mayor cronicidad en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución).

El suicidio puede derivarse de una incapacidad o rechazo de aceptar los “términos de la condición humana”, convirtiéndose en una conducta de resolución de problemas (Maris, 2001). Otero (2014) explica que tales pensamientos suicidas son la expresión de un escape: “para evitar el sentimiento de desesperación hay que desprenderse de lo viejo doloroso, y la fantasía de que surgirá algo nuevo renovador” (p. 397); y esta noción facilita que se supere el miedo a la muerte, el cual es natural. Sin embargo, investigaciones empíricas han señalado la dificultad de poder conocer las motivaciones detrás de un intento suicida, ante lo cual se requiere de exploración profunda en cada caso particular (Goncalvez y Matheus, 1987).

En pocas palabras, los anteriores autores definen al acto suicida como toda conducta autoagresiva que se realiza con el fin consciente de causarse la muerte. Dentro de todos los aspectos que abarca la conducta suicida, se pueden identificar otras características, por lo que Schneidman (c.p. Maris, 2001) distingue que muchos suicidas:

- Desean cesar su consciencia
- Desean reducir el dolor psicológico que les resulta intolerable

- Sus necesidades psicológicas han sido frustradas
- Se sienten impotentes, indefensos y/o desesperanzados
- Son ambivalentes ante la muerte
- Son perceptualmente constreñidos
- Sienten una necesidad de fuga o escape
- Comunican, de forma interpersonal, sus ideas de suicidio
- Usan la autodestrucción como un modo de afrontamiento a lo largo de sus vidas.

Generalmente, previo al acto o al intento, ha ocurrido un detonante de pérdida, tanto real o fantaseado por el sujeto; fantaseado si se toma en cuenta que la experiencia subjetiva de la persona suicida está en extremo desmoralizada, y el pesimismo vivido distorsiona las percepciones (Otero, 2014).

Villardón (1993 c.p. Clemente y González, 2008) se enfocó en el estudio del pensamiento suicida, siendo éste un estado mental caracterizado por la desesperanza, la baja autoestima y la autoimagen deteriorada, por predicciones de fracaso, depresión e instrumentalización del suicidio como medio de resolver las dificultades. La autora parte que no es una situación aislada de la persona, sino que surge de su desarrollo como persona, de sus relaciones sociales, y de su situación social, tanto como contexto micro (entorno y ambientes más próximos al sujeto), como macro social (sociedad en la que vive, forma y socialización de la persona). Por lo que plantea tres hipótesis:

- a. El grado de ideación suicida está en función del nivel de estrés a que esté sujeto el individuo y el uso que haga de su capacidad de afrontamiento
- b. Diferentes niveles de estrés y afrontamiento, y la interacción de los mismos, pueden provocar diversos grados de pensamiento suicida, independiente del efecto del estado mental suicida
- c. El suicidio es predecible a partir de ciertas variables sociales, psicológicas y psicosociales, principalmente: la soledad, el apoyo social, el autoconcepto y la autoestima, la depresión, el estrés y el afrontamiento.

A partir de esto, Villardón pudo concluir que: el pensamiento suicida aparece ante la presencia del estrés y se relaciona con el modo como se enfrente el sujeto al mismo, el sexo

puede distinguir factores de vulnerabilidad, el suicidio es percibido como una solución real de los problemas, altos niveles de estrés se relacionan con depresiones más intensas, con mayor desesperanza, soledad, deterioro de la autoimagen y pocas motivaciones para vivir (Clemente y González, 2008).

2.2.1 Teorías explicativas.

Como se habrá podido notar, el comportamiento suicida, por sí mismo, puede ser comprendido y explicado desde diversos puntos de vistas, atendiendo cuestiones diferentes del mismo fenómeno, dependiendo del punto de vista con el que se acerque el autor a este objeto de estudio. A modo de ampliar el entendimiento del mismo, se apuntan a distintas formulaciones que se consideran de interés para los fines de esta investigación.

2.2.1.1 La perspectiva socio-individual.

Esta teoría se posiciona en un modelo multidimensional del comportamiento, entendiendo que éste lejos de estar condicionado por un factor único, posee múltiples orígenes, integrando los factores individuales, psicosociales y sociales que provocan la conducta suicida. Además, Clemente y González (2008) señalan que sigue el patrón teórico de vulnerabilidad al estrés, y comprende que las variables que incitan al suicidio se reparten entre el sujeto, su entorno inmediato y la sociedad en la que se encuentra circunscrito. Factores como una mala relación entre el sujeto y su ambiente, una mala adaptación cultural, déficits cognitivos en la resolución de problemas y carencias en las relaciones personales, que hacen que el sujeto no posea, no pueda utilizar o no utilice el apoyo social de su entorno, son algunas de las principales teorías que explican la vulnerabilidad ante este fenómeno.

La teoría socio-individual cuenta con las siguientes ventajas sobre las teorías más tradicionales: Integra variables sociales, biológicas, psicológicas y psicosociales en un marco más amplio; analiza la conducta en función de unos factores determinados; se asume que las variables interactúan, al influirse de forma recíproca, y, especialmente, no hay un número determinado de variables intervinientes (Clemente y González, 2008). Atendiendo

estas consideraciones, la conducta suicida no necesita de la presencia de todos los factores para que esta ocurra, sino que unos cuantos, en función de su naturaleza, son suficientes. En definitiva, es un modelo abierto y flexible que procura analizar el mayor número de factores para explicar cada suicidio como una conducta concreta. .

2.2.1.2 La perspectiva fenomenológica de Shneidman.

Esta teoría supone una de las aportaciones más actuales a la cuestión del suicidio, y se guía por cuatro elementos básicos: la hostilidad, la perturbación, la constricción y el cese. Plantea que la tendencia autodestructiva (hostilidad) está provocada por estados emocionales negativos (perturbación). A ello se sumarían las distorsiones en la percepción y valoración de la realidad (constricción). Estos tres elementos suponen un alto riesgo de suicidio que es el cese (Shneidman, 1976, c.p. Clemente y González, 2008).

Estos autores comentan que, desde esta perspectiva, todo suicidio tiene como objetivo lograr el fin de una situación cognitiva de sufrimiento, provocada por un estresor cuyo origen está en las necesidades frustradas. Como resultado de ello el sujeto se estanca en una situación de indefensión y desesperanza, viendo mermadas su capacidad de decisión y resolución por una situación de ambivalencia y desorientación cognitiva. También su capacidad de percepción se ve restringida, subrayando lo negativo. La forma de afrontar la situación es la huida, y el suicidio en este contexto es congruente con el estilo de afrontamiento general utilizado por el sujeto (Shneidman, 1988 c.p. Clemente y González, 2008). La línea propuesta por Shneidman destaca al mostrar que cada vez se tiende a construir teorías multidisciplinarias y multifactoriales, en donde entran elementos más allá de los que son frecuentes (sociedad, individuo y/o patología).

2.2.1.3 La perspectiva sociológica.

Para Durkheim (1897), el suicidio es ante todo un fenómeno social, y es explicable en función de variables sociales. Es la estructura de la sociedad la que determina en función de sus características el que los individuos sean más o menos susceptibles al suicidio. La sociedad es el marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o

indirectamente orienta a los mismos hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de vincular a los sujetos con la vida, dentro de un marco social determinado (Clemente y González, 2008).

El hombre es ante todo un ser social y, por tanto, la configuración de la estructura de la sociedad influirá sobre el individuo, tanto en su manera de percibir la sociedad, como en su manera de proyectarse socialmente (Durkheim, 1897). Establece que las circunstancias sociales influyen al provocar un estado de “ánimo colectivo”, que presiona a los individuos, aunque el individuo tenga la última palabra sobre el destino de su vida. Los factores sociales influyen en tanto el individuo es susceptible a ellos, y existe una población de riesgo más sensible a los factores y cambios sociales. Basándose en esta última idea construye una tipología de los suicidios en función de las diferentes características y/o circunstancias sociales (Clemente y González, 2008; Durkheim, 1897):

- *Suicidio egoísta*: se da en sociedades disgregadas, con poca cohesión, o cuando el individuo está poco integrado en el ámbito social. La característica principal de estas sociedades es la excesiva individualización y el egoísmo. Al hombre sentir que cuando no está debidamente integrado socialmente, o cuando la sociedad se muestra difusa e incapaz de “expresarlo”, siente ésta como algo ajeno a sí mismo, perdiendo su razón de ser en ella, lo que se traduce en apatía y un “desencanto” generalizado, así como en una mayor vulnerabilidad a las dificultades de la vida y los cambios sociales, al no percibir un nexo que los una.
- *Suicidio altruista*: es propio de individuos excesivamente integrados y subordinados a la voluntad colectiva. Durkheim advierte que son los ancianos, las viudas y aquellos sujetos que sufren una relación servil, las principales categorías sociales que lo realizan.
- *Suicidio anómico*: se daría en función de la reglamentación social, en cuanto modo de asignar expectativas y medios de logro sociales, por lo que está íntimamente relacionado con la necesidad de bienestar y realización de los individuos, y los “límites” socialmente impuestos a cada grupo social; éstos al nivel de expectativas que varían principalmente en función del estatus socioeconómico y a la accesibilidad de los sujetos a ciertos valores. Así, sus expectativas no exceden de lo reglamentado o reconocido socialmente, sino de los determinantes de su propia

realidad. Surgiría un conflicto entre los deseos individuales y las reglas sociales que le impiden realizarlos, desanimándose y perdiendo el interés por una vida que no coincide con la que desea. Este se produce, por una parte, en sociedades donde al hombre le falta proyección social, por cómo está instituida la sociedad; y, por otra, en aquellas situaciones en las que cambios sociales bruscos alteren tanto las situaciones como para deteriorar la autoridad social y hacer que la reglamentación social sea inoperante, perdiendo el sujeto los modelos de conducta y expectativas que encarrilan su motivación. Durkheim (1897) afirma que, solamente cuando la sociedad está perturbada, ya sea por crisis dolorosas o felices, por numerosas y súbitas transformaciones, es incapaz de ejercer esta acción; y he de aquí de donde vienen estas bruscas ascensiones de la curva de suicidios.

- *Suicidio fatalista*: el individuo se suicidaría por serle imposible substraerse al determinismo de la autoridad social. La anomia es una cualidad de la sociedad que se produce por la falta o exceso de reglamentación, de manera que o bien el sujeto carece de parámetros estables por los que guiar su conducta, o éstos son tan crueles que le impiden realizarse.

Desde este presupuesto, Durkheim establece que, en función del grado de integración social, reglamentación y capacidad persuasiva de la autoridad, cada sociedad provoca en sus miembros una mayor tendencia al suicidio en cuanto que es incapaz de motivarle para vivir, y haciéndole más vulnerable a las dificultades que se le planteen en el desarrollo de su vida (Clemente y González, 2008).

Clemente y González (2008) señalan que Durkheim también propuso el estudio del suicidio desde una base científica mediante el análisis estadístico-comparativo de diferentes variables y categorías sociales, tales como el sexo, la edad, el estado civil, la religión, los meses del año, el país, los valores sociales, entre otros, así como la comprobación de la incidencia de distintos hechos en la variación de las estadísticas, como las guerras y las crisis económicas, en su condición de desestabilizadores sociales. Como contraparte, el sociólogo Baechler considera que el estudio del suicidio deberá ser más cualitativo, basándose más en las situaciones concretas que en las estadísticas, ya que los suicidios individuales no son equiparables los unos a los otros, proponiendo nuevas variables a partir

de las cuales estudiarlo: senilidad, juvenilidad, masculinidad y feminidad. Estas variables no sólo conllevan una edad numérica o un sexo concreto, sino que también implican un estatus, unos roles, un estilo de vida, etc., que son en última instancia los factores determinantes del suicidio y los elementos que mejor definen la realidad suicida.

Baechler parte del presupuesto que el suicidio es una conducta orientada a resolver un problema, es decir, con el suicidio el sujeto supera una situación que lo presiona, que le provoca gran tensión. Piensa que se suicidan aquellos sujetos que no pueden asumir las reglas sociales necesarias para vivir, o bien aquellos que sufren una gran alteración en su vida que trastoca todos sus esquemas, por lo que se ve inmiscuido un conflicto existencial en el individuo (Clemente y González, 2008).

2.2.1.4 La perspectiva psicoanalítica.

El psicoanálisis, como disciplina que se enfoca en la subjetividad del individuo, ha realizado sus propias presunciones respecto al origen y explicación del suicidio.

Para Otto Rank (1959), el suicidio es el resultado de un conflicto dentro del ego, entre el miedo de vivir y el miedo de morir; en el cual la vida se inhibe, en tanto que se mata lentamente para evitar su muerte (Ferreyra, 2017). Glover parte de la teoría de la pulsión para explicar el suicidio en términos de sobrecarga: el sujeto sufre un exceso de energía psíquica ante la cual se ve incapaz de actuar, siendo el suicidio una estrategia de escape a la misma (Clemente y González, 2008). Esto coincide con la perspectiva de afrontamiento del suicidio como modo de escape ante situaciones estresantes.

Por su parte, Freud se basó en la teoría de los instintos, en la cual se distingue al instinto de muerte (Thanatos) y el de vida (Eros). Propone el suicidio como un proceso que es ocasionado por la oposición de los impulsos de vida y muerte, al existir un deseo de matar a otro, principalmente a un ser amado y previamente introyectado. Esto provocaría un sentimiento de culpabilidad que llevaría al individuo a dirigir hacia sí mismo su agresividad, matándose a sí mismo., y estando el sujeto imposibilitado para orientar hacia otro tal impulso destructivo por la acción de los mecanismos de defensa (proyección, sublimación e introyección), puestos en funcionamiento por la acción del ego y del superego (Clemente y González, 2008). De la Cruz (2007) añade que la pérdida del objeto

en la melancolía priva al sujeto de eso que le da cuerpo a su Yo y de ahí la fórmula de Freud: matándose mata al objeto, pero a su vez nunca fue otra cosa que ese objeto.

En esta misma línea, Klein (1935) considera que la incapacidad del sujeto de manejar el dolor característico de la posición depresiva se ve relacionado con la melancolía, y el suicidio una posibilidad para poner fin a aquella dolencia. Esta conducta traería consigo las fantasías de destrucción de los objetos introyectados que resultan hostiles y de aspectos no deseados del self (Ferreira, 2017). El self, para Jung, es un componente pseudoinconsciente de la personalidad, que enlaza ésta con el medio social del sujeto, y éste tiene una faceta positiva y otra negativa. Esta última, caracterizada por el desprecio a la vida, aparece principalmente cuando no existe correlación entre el yo (que representa la realidad) y el self (que representa las expectativas que tiene de sí el sujeto en la sociedad). Esta incongruencia motivaría en el sujeto un “anhelo de renacimiento espiritual” y lo llevaría a su muerte (Clemente y González, 2008). Ferreira (2017) añade que esta sería la muerte del ego, que ha perdido contacto con el self y, por lo tanto, con el significado de la vida. Además, Jung plantea que el acto suicida ocurre cuando: prevalece una situación a la que sólo podría poner fin la muerte; en el momento en que el ego se ve envuelto en el conflicto; al alcanzar el resentimiento proporciones asesinas dirigidas a la persona responsable; y cuando la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión. La teoría jungiana sobre el suicidio se completa con la proposición de cuatro dimensiones fenomenológicas (colectivos-individuales, activo-pasivo, sincero-llamar la atención y planeado-impulsivo), y una tipología en la que el acto suicida se da por (Clemente y González, 2008):

- a. La provocación por un ideal (el suicidio del héroe o mártir)
- b. Dolor irreducible o angustia mental. La vida es insoportable, planteándose la muerte como una liberación.
- c. Reacción contrafóbica a la muerte. La muerte es tan temida, que la persona se la proporciona para no soportar más el temor a la misma.
- d. Búsqueda de libertad.
- e. Reunión con la persona amada.
- f. Deseo de reclusión. La persona se suicida con la intención de poner un “broche a la vida”.

Menninger (1938), discípulo de Freud, revela que las causas del suicidio responden a impulsos internos principalmente, siendo los factores externos refuerzos y justificaciones que el sujeto inconscientemente se crea congruentes con los primeros. De ello resulta que el individuo se crea un ambiente negativo, que excuse al exterior las intenciones de su inconsciente (Clemente y González, 2008). También reconoce cierta influencia social en la decisión que toma el individuo, considerando actitudes sociales, pautas familiares, costumbres de la comunidad, y aquellas “distorsiones de la realidad” que se dan cuando existe, lo que llama él, un desarrollo incompleto de la sociedad. También incluye aquí a la locura, la enfermedad o la ruina económica. Ferreyra (2017) desarrolla que este autor plantea que hay tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir. En primer lugar, el deseo de matar son impulsos derivados de la agresividad primaria y se encadenan a una frustración originada por un ser querido, hacia el que suelen existir vínculos de identidad. En segundo lugar, el deseo de ser matado es determinado por impulsos modificados por los sentimientos de culpabilidad y la justicia de castigo; se produce cuando la conciencia actúa, alejándolo en un estado melancólico o depresivo. El tercero, el deseo de morir, se traduce a menudo en las ansias de reposo y en la voluntad de alejar o rehuir los conflictos, aquí hay conciencia de situación en consonancia con lo inconsciente.

Wilhelm Stekel consideraba que el principio de retaliación jugaba un rol decisivo, “nadie quien nunca antes haya deseado matar, o al menos desear la muerte de otro, termina acabando con su vida” (Hale, 2008). Este autor comenta que de esta forma se concibe al suicidio como un acto con un significado y un sentido, tanto manifiesto como inconsciente. Mientras tanto, Clemente y González (2008) mencionan que Bowlby ve en el suicidio una reacción a la frustración, exteriorizada mediante la hostilidad, sin que por ello haya que suponer la existencia o acción del impulso de muerte. Este autor haya similitudes entre la teoría de la melancolía con la del suicidio, como la culpabilidad, el deseo de ser castigado, regresión y represión de los instintos, introyección, etc., como elementos facilitadores del suicidio (aislamiento, actitud hostil).

2.2.2 Factores de riesgo.

Para comprender el origen de la conducta suicida, resulta necesario tomar en consideración los factores biopsicosociales que engloban a los sujetos. Bonner (1990 c.p. Villardón, 2009) sugiere la evaluación del estado mental, afectivo y el contexto psicosocial del individuo. Esto es porque en cada aspecto pueden surgir distintos elementos que pueden influir en la prevalencia de la conducta suicida. En el estado mental, se deben tomar en cuenta la existencia de pensamientos suicidas, las esperanzas respecto al futuro y las razones para vivir. En cuanto al estado afectivo, habrá que rescatar si la persona sufre un desorden del estado de ánimo y si ha sido diagnosticado con un trastorno depresivo o bipolar. Además, habrá que tomar en cuenta el contexto psicosocial del individuo y los estresores a los que está expuesta, además de un posible aislamiento social.

García-Maciá y cols (1984 c.p. Clemente y González, 2008) enumeraron las causas del suicidio en base a los resultados de su propia investigación, los cuales se equiparan con los de otros países. Estos son:

<i>Desencadenantes psicosociales del suicidio</i>	<i>Porcentaje</i>
Problemas de pareja	39%
Problemas familiares	20.4%
Enfermedad psíquica (predominando la depresión)	24.5%
Dificultades personales	19%
Problemas laborales	12.8%
Problemas económicos	11.5%
Enfermedad física	3.8%
Problemas escolares	2.8%
Otros problemas	12.8%

Clemente y González (2008) afirman que la aparición de una enfermedad concreta, salvo en casos límites, no provoca por sí misma el suicidio; es la situación y las

circunstancias psicosociales propias del sujeto las que actúan como agentes inductores, ya sea al rechazo a la vida o al empobrecimiento personal.

2.2.3 Vejez y suicidio

El fenómeno del suicidio no se limita a un sólo momento histórico de la vida humana, éste puede surgir en cualquier etapa evolutiva de la vida humana, incluyendo desde las más jóvenes hasta las más avanzadas. Por lo que, en la vejez, el riesgo no pasa inadvertido, sino que es incluso mayor. En el anciano, la conducta suicida es activa y premeditada, se realiza con una firme convicción y se utilizan métodos más letales y eficaces para concretarla (Vidal, 1999). Este autor comenta que los “avisos presuicidas” suelen darse de forma indirecta, manifestándose en la necesidad que presenten en poner los asuntos familiares en orden o el interés por despedirse de amigos o familiares con los cuales hace tiempo que no se ven, e inclusive con el médico con el que se estén consultando. Este mismo autor señala que, especialmente en los adultos mayores, se presentan “conductas suicidas encubiertas”, como lo son el abandono progresivo, el rechazo de la alimentación y de toda medicación o tratamiento médico; y el descuido marcado en estas conductas suelen terminar en la muerte, dándose así un suicidio pasivo.

Peña et al. (2009) exponen que el suicidio en ancianos se caracteriza por estar antecedido de un menor número de amenazas, y otros factores de riesgo asociados a este fenómeno son: ser viudo o divorciado, vivir solo, el abuso de sustancias y pasar por eventos vitales estresantes de índole financiera o interpersonal. Por ello el porcentaje de suicidios intentados/suicidios consumados, es para el anciano de 2 a 1, mientras entre los adultos jóvenes es de 7 a 1 (Vidal, 1999).

En los adultos mayores, no psicóticos, y que han esperado a que su depresión haya aminorado, muestran un deseo de morir consistente a lo largo del tiempo y llegan a cometer lo que se llama un suicidio “racional” (Maris, 2001). Este autor indica que éste término puede aplicar en personas que usualmente se encuentran en condiciones físicas irreversibles, dolorosas y desesperanzadoras, y que pueden haberse predispuesto y preparado ya a la muerte.

Destaca que en un estudio de Cattel y Jolley (1995), se encontró que sólo un 14% de los ancianos que consumaron suicidio recibían atención psiquiátrica. Este bajo porcentaje de ancianos suicidas con asistencia psiquiátrica especializada también podría influir en el bajo porcentaje que se les acredita en comunicar su intención de suicidarse.

2.3.Desesperanza

La depresión tiene como una de sus características la “visión de túnel”, del cual no se puede ver una salida. La misma analogía se relaciona con la desesperanza, constructo que se menciona como un factor muy común dentro de un cuadro depresivo. La desesperanza per se, se define como aquel estado subjetivo en el cual el individuo percibe pocas o ninguna alternativa disponible sobre las que el individuo pueda tomar decisiones, y es incapaz de movilizar energía por su propio bienestar (Ralph y Taylor, 2014). Beck et al. (1974) definen a la desesperanza como un deseo de escapar de algo que uno considera que es un problema sin solución y no tiene esperanza de que el alivio del mismo sea posible en el futuro.

En los inicios de la conceptualización formal de este noción, Stotland (1969 c.p. Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) concibió a la desesperanza como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca de la propia persona y su futuro, sea este inmediato o el más remoto. Del mismo modo, este autor listó que una persona que se siente desesperanzada cree: que nunca podrá salir adelante por sí mismo, que nunca tendrá éxito en lo que ella intente; que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; y que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida.

Soria, Otamendi, Berrocal, Caño y Rodríguez (2004 c.p. García, Gallego y Pérez, 2009) observaron que la atribución de los acontecimientos vitales negativos a causas incontrolables se asociaba de manera notable a la generación de expectativas de desesperanza. Por lo que en este sentido, la desesperanza tiene que ver con un sistema de esquemas cognitivos que parte del elemento común de las expectativas negativas, hasta que lleva a un sentimiento general de desesperación y de falta de atención de vivir (Granados y Reyes, 2014).

Otero (2014) señala que la desesperanza va de la mano con el pesimismo, ya que el individuo se va convenciendo de que no existe más razón para vivir y no ve luz alguna en el camino. Además, particulariza la experiencia de aquel que experimenta la desesperanza de la siguiente forma:

Y así, invadido por la indolencia, el desocupado externo (jubilación o incapacidad de insertarse) o interno (decisión de abandonar la actividad), el solitario (por incapacidad de amar), o aquel que no quiere enfrentar las vicisitudes cotidianas con sus cambios, se excluirá cada vez más, cargándose de inferioridad al abandonar sin miramientos la misión: es entonces cuando la frustración existencial (fracaso patológico) lo conducirá a realizar el acto lapidario. (p. 396).

Por su parte, Pereyra (1997, p. 107 c.p. Oblitas, 2010) analizó al constructo desesperanza y lo calificó como polifacético, al verse involucrado en él seis áreas psicológicas (cognitiva, emocional, conductual, interrelacional, axiológica y trascendente); además, lo precisó en siete dimensiones, las cuales son:

1. Sentido retrospectivo
 - ”mirar hacia atrás”
 - sin objetivos de vida
2. Esperar lo peor
 - expectativas generales negativas
 - pesimismo
3. Repetición
 - rutina, compulsión, “juego sin fin”
 - idea de tiempo circular
4. Fatalismo
 - predestinación, ideas de fracaso
 - control externo
5. Derrotismo
 - “síndrome de renuncia”
 - desamparo o indefensión
6. Desconfianza

- inseguridad, temor, escepticismo
- menor apoyo social y moral

7. Orientación destructiva

- simbiosis, narcisismo
- “síndrome de decadencia”

Ralph y Taylor (2014) plantean que las personas que estén sintiendo altos niveles de desesperanza suelen manifestar conductas características como: disminución del afecto, a la respuesta al estímulo y a la verbalización; alteraciones en el sueño y poco apetito; poca participación en su cuidado propio; además de pasividad y falta de iniciativa. Además, con la desesperanza se relacionan factores como el abandono, el deterioro de la condición física o estrés crónico, pérdida en la creencia del poder personal y el aislamiento social (Ralph y Taylor, 2014). En base a este último aspecto que se menciona, desde la postura psicodinámica, De la Serna (2015) comenta que “C. Jung pensaba que las personas que consideran la muerte como carente de sentido y como simple complemento final de la vida, ellos mismos se alienan”, alejándose así de obtener cualquier apoyo social al que pueda acceder.

Los estilos de atribuciones de las personas pueden jugar un rol determinante en el desarrollo de este fenómeno. Granados y Reyes (2014) resaltan la importancia de identificar la clase de atribuciones que hacen las personas a los sucesos y el grado de importancia que les confieren, ya que no sólo involucra la misma desesperanza, sino también la probabilidad de evolución de la depresión. Esta perspectiva sugiere que la forma en la que un individuo da explicación a los eventos ayuda a determinar si desarrollarán o no la desesperanza aprendida (Cherry, 2019). Esta autora explica que los individuos con un estilo de atribución pesimista se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar desesperanza aprendida, al existir una tendencia de ver a los eventos negativos como inevitables y ante los cuales la internalidad se da paso, es decir, los sujetos asumen responsabilidad personal por los eventos negativos que acontecen.

A la par, Abramson (c.p, Granados y Reyes, 2014) explica la importancia de la información situacional para determinar el tipo de atribuciones que hacen las personas. Ante esto, explica que si la información situacional sugiere que un suceso negativo es bajo en consenso, es decir, que una situación le sucede a pocas personas, entonces una persona

con desesperanza lo interpretaría bajo un pensamiento de alta consistencia (“me pasa lo mismo a menudo”), y bajo en distintividad (“no sólo me pasa en esta circunstancia sino en muchas otras”). Cuando el sujeto no alcanza distinguir la diferencias de los sucesos y generalmente lo atribuye a la misma causa, favorece a una explicación atribucional que lo conducirá a la desesperanza.

Para Otero (2014), existen personas que tienen una tendencia hacia la desesperanza: aquellas que han vivido historias lamentables, que se tornan poco optimistas y muestran un escepticismo exagerado de que todo les saldrá mal; y otras, con historias menos dolorosas, que prefieren pensar que les irá mal a modo de anticipar los hechos adversos, con un escepticismo más moderado. Además, Gabbard (2002) menciona que la desesperanza puede estar vinculada a una visión rígida del self, la cual resulta difícil de cambiar debido a las desilusiones repetidas a partir de las expectativas de lo que el self debería ser.

2.3.1 El modelo de “desesperanza aprendida”.

También conocido como el modelo de indefensión aprendida, es una de las teorías cognitivas que va de la mano con la depresión. Martin Seligman explica que los individuos creen, de manera correcta o no, que no pueden controlar situaciones futuras que son importantes para ellos (Gerrig y Zimbardo, 2005). Este modelo fue elaborado a mediados de los años 60, a partir de un experimento con perros y ratas, en el que participaron tanto Seligman como Steven Mainer. En los mismos, sometían a los animales a estímulos aversivos (choques eléctricos) que no podían controlar (lo hacían los experimentadores) y de los cuales no podían escapar (estaban encerrados), y hallaron que estos animales pudieron desarrollar una incapacidad para iniciar recurrir a conductas alternativas y/o para aprender conductas nuevas; inclusive cuando se les presentaban opciones que les permitirían evadir el dolor, no realizaban algún intento de seguirla (Ackerman, 2018; Cherry, 2019; Minici, Rivadeneira y Dahab, 2010).

El fenómeno de indefensión se encuadra dentro del condicionamiento operante descrito por Skinner, es un proceso básico de aprendizaje que comparten los seres vivos en el cual se adquieren o eliminan conductas según las consecuencias que siguen a las mismas (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2010). En base al experimento mencionado, Seligman

(1972), expuso los tres efectos principales del trauma incontrolable que observó sobre el proceso de aprendizaje: (1) en cuanto a la iniciativa por dar una respuesta, la misma se ve reducida porque parte del incentivo que obtienen al no hacerlo es que recibirán alivio, luego de haber aprendido que sus respuestas no tienen efecto alguno en el evento traumático; (2) existirá retraso en el aprendizaje de nuevos modos de respuesta en el sujeto, luego de que el mismo haya adquirido en su esquema cognitivo que plantee que cualquier acción que emita será irrelevante; (3) luego de haber aceptado que la situación traumática es incontrolable, se produce un gran aumento en el estrés emocional, lo que interfiere en el aprendizaje de respuestas que sí permitan el control de la situación.

A diferencia de los animales, Minici, Rivadeneira y Dahab (2010) afirman que los humanos poseemos la cualidad de concientizar las relaciones que establecemos entre nuestras conductas y sus consecuencias: podemos verbalizarlas, planificarlas y jugar con nuestro imaginario las posibles relaciones de conducta-consecuencia. Esto se relacionaría directamente con la formación consciente de las expectativas, donde esperamos que ciertos actos lleven a determinados resultados. Sin embargo, al haber incorporado la desesperanza o indefensión aprendida, la formación de expectativas de los sujetos se ve afectada.

Castañeda (1998) señala que suele observarse un patrón estable de atribución de muchos elementos a causas incontrolables, en el cual el individuo no se ve inmerso: la persona toma un rol pasivo y se inhibe de cualquier acción en un contexto. Esto llevó a conceptualizar a la incontrabilidad como un elemento causal del aprendizaje de relaciones de independencia, buscando demostrar así que la desesperanza aprendida no era accidental sino más bien como el producto de procesos básicos y normales de aprendizaje en circunstancias ambientales especiales, pero no poco comunes (Overmier, 1986)

Al aprenderse que las consecuencias, no solo son incontrolables, sino impredecibles también, se produce una inadecuación personal, general y crónica. Seligman pudo determinar que la desesperanza aprendida está marcada por tres tipos de déficit: motivacional, emocional, y cognoscitivo (Gerrig y Zimbardo, 2005). A partir de esto, Overmier (1986) desarrolló la idea de que cada uno de los déficits del síndrome puede tener una estructura causal separada: el déficit motivacional en la iniciación de respuestas emergiendo de la incontrabilidad experimentada, el déficit asociativo emergiendo de la impredecibilidad experimentada, y el déficit emocional del nivel de stress experimentado

que en sí mismo es determinado por los eventos experimentos modulados por su predictibilidad y controlabilidad. Sin embargo, esta es una respuesta de “adaptación psicológica” a la que recurren muchas personas que se someten ante procesos y vivencias que les resultan de gran angustia.

Ackerman (2018) indica que la desesperanza aprendida está relacionada con una serie de síntomas, rasgos y tendencias negativas, incluyendo la edad (a mayor edad, es más probable que una persona se enfrente al cambio o a la pérdida de roles), el estrés (especialmente aquel relacionado con la carencia de recursos), a las respuestas negativas que buscan anticipar el dolor, a la ansiedad y a la preocupación. Por su parte, Dweck y Wortman (1982 c.p. Overmier, 1986) han relacionado el estilo cognoscitivo con una variedad de situaciones a las estrategias de afrontamiento utilizadas, donde se incluyen constructos como la motivación de logro y ansiedad de prueba, que eran ignorados.

Además, Seligman (1972) extendió esta teoría a una variedad de tipos de experiencias humanas, entre ellas, sobresalía el desorden psiquiátrico de la depresión. Como se mencionó previamente, Seligman se refirió a tres tipos de déficits que se presentaban en el fenómeno de la desesperanza, entre ellos el emocional. Éste se refería a que el estado depresivo que aumenta cuando el sujeto está en una situación negativa que él siente que está fuera de su control, ante lo cual este mismo autor halló un vínculo entre la desesperanza y la depresión (Ackerman, 2018). Dicho autor encontró que las personas pesimistas, quienes funcionan bajo un estilo de pensamiento muy desesperanzado, tienen un riesgo mayor de padecer depresión. Además, sugirió que la desesperanza aprendida podría ser o bien una forma de depresión o al menos un excelente modelo de ella con respecto a causas, síntomas, prevención y tratamiento (Miller y cols, 1977 c.p. Overmier, 1986).

2.3.2 Teoría de la desesperanza de la depresión.

A finales de los años 80, surgió una teoría complementaria en la que se describe la etiología de un subtipo de depresión. Esta es la llamada teoría de desesperanza de la depresión, la cual es un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés, es decir, propone una asociación entre las vulnerabilidades cognitivas y la ocurrencia de eventos negativos

(Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Estos autores especifican que no incluyen afectos negativos en su definición de la desesperanza, sino que se centran en la expectativa negativa sobre diversas áreas en la vida de un sujeto.

Estos factores son el núcleo del desarrollo de una depresión por desesperanza. En cuanto a los eventos, ni los sucesos negativos ni positivos son condiciones suficientes para establecer una depresión por desesperanza, pero son importantes contribuyentes que pueden facilitar o impedir el desarrollo de la etiología, al igual que pueden ejercer gran influencia en el camino a la recuperación (Zhou y Chen, 2017). Estos eventos significarían el inicio de la hipótesis causal de la desesperanza por depresión, formulada por Abramson et. al. (1989). La misma toma como inicio la percepción de un acontecimiento vital negativo (o la no ocurrencia de eventos positivos), más que los mismos sean de carácter incontrolable como en la desesperanza aprendida. A raíz de esto, el tipo de inferencia causal que una persona realice y el grado de importancia que la persona confiera a estos eventos, llevará o no al desarrollo de los síntomas.

Abramson et. al. (1997) detallan que la vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: (1) la tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos; (2) la tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y (3) la tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos. A partir de estos estipulados se asume que la vulnerabilidad cognitiva es una causa que incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en presencia, pero no en ausencia, de sucesos vitales negativos (o estresantes).

Si se sigue la misma lógica que con las atribuciones causales, las consecuencias de las inferencias negativas deberían de orientar hacia la desesperanza cuando la consecuencia negativa es vista como algo importante, sin remedio, sin capacidad de cambio, y que afecta a diversas áreas de la vida. Cuando la consecuencia negativa se ve que afecta sólo a un área muy limitada en la esfera de la vida, se podría hablar de pesimismo más que de una desesperanza percibida.

Zhou y Chen (2017) comentan que varios investigadores han definido los síntomas de la depresión por desesperanza, donde se incluyen la iniciación retardada de respuestas

voluntarias, tristeza, ideación e intentos suicidas, falta de energía, perturbación en el sueño, dificultad para concentrarse, baja autoestima, y estilos cognitivos negativos. Abramson et. al. (1997) indican que a partir de diversos estudios se ha comprobado que los individuos que manifiestan vulnerabilidad cognitiva poseen mayor tendencia a desarrollar estados de ánimo depresivo y/o síntomas depresivos cuando experimentan sucesos vitales negativos, incluso después de haber sido controlado el efecto de los síntomas depresivos iniciales.

Por otra parte, Burns (1989) detalla que las personas que presentan depresión por desesperanza padecen de las siguientes distorsiones cognitivas: (1) un pensamiento de todo o nada (si una situación no es perfecta, la pueden concebir como un fracaso); (2) sobre-generalización (observan un suceso negativo único como parte de un patrón sin fin de derrotas); (3) un filtro mental (hacen hincapié exclusivamente en los detalles negativos, nublando su visión de la realidad); (4) descartan lo positivo (ante sus acciones positivas, se dicen que no fue suficiente o que los demás pudieron haberlo hecho igual); (5) saltar a las conclusiones (interpretan las cosas de forma negativa cuando no hay hechos que apoyen tal cosa); (6) exageración (exageran la importancia de sus problemas y defectos, o minimizan la importancia de sus cualidades deseables); (7) los “debería” (las personas se dicen que las cosas deberían ser de la manera en la que ellos esperaban que fueran, lo que lleva a desarrollar culpa y frustración); (8) personalización y culpa (cuando las personas se asumen responsables por un evento que no estaba bajo su control, o al contrario, cuando culpan a otras personas o a las circunstancias por sus problemas).

Respecto a la duración de un episodio de depresión por desesperanza, el mismo dependería del tiempo en el que se halle presente la expectativa negativa (Abramson et. al., 1989). Se presume que mientras más estable sea la atribución hacia un suceso vital negativo, la persona estará desesperanzada por más tiempo y, en consecuencia, desarrollará los síntomas. De igual manera, estos autores revelan que la duración de la desesperanza también estará influida por la estabilidad de las atribuciones que se hagan sobre nuevos eventos negativos de vida. Para concluir, estos autores señalan que de que existe la posibilidad de que, una vez que un individuo se torne desesperanzado, existen otros procesos biológicos o psicológicos que no pueden disiparse de forma tan rápida como pudiera esperarse. Tales factores pudieran mantener un cuadro de depresión por desesperanza, inclusive si la desesperanza per se es remitida.

2.3.3 Desesperanza, depresión y riesgo suicida.

Es importante distinguir que no todos los depresivos se suicidan, ni todos los suicidas son depresivos; por lo que es necesario tomar en cuenta otros factores que pueden resultar como mediadores en esta relación. De las personas que padecen de depresión, se conoce que un 15% fallece por suicidio, y el 85% de los casos se relacionan a una muerte no-suicida, no autoinflingida (Friedman y Katz, 1977). No obstante, es posible determinar factores que pueden estar asociados a la depresión y que den cuenta de un riesgo suicida, siendo la desesperanza uno de los factores más importantes para esta estimación.

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol (Schoevers, Geerlings, Deeg, Holwerda, Jonker y Beekman, 2009). Además, luego de un seguimiento realizado durante 10 años, estos autores encontraron que el riesgo de muerte aumenta especialmente en síndromes depresivos mayores.

Tanto Gabbard (2002) como Granados y Reyes (2014) afirman que la desesperanza ha demostrado ser muchas veces un mejor predictor de riesgo suicida que la depresión. Se ha confirmado que la desesperanza es un factor clave tanto en la ideación como en los intentos suicidas, los cuales, a su vez, son síntomas de la desesperanza por depresión (Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Abramson, 1989). García et. al., (2009) indican que la desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, por cuanto forma parte de las distorsiones cognitivas características de personas que presentan tales alteraciones. En el estudio que realizaron estos autores, los mismos descubrieron también que el sentido o vacío de la vida serían un indicador del riesgo suicida, contribuyendo empíricamente con esta asociación. Igualmente, Calvete, Villardón, Estéves y Espina (2007) afirman que la desesperanza es un aspecto intrínseco en muchas depresiones, y se ha visto relacionado también con el suicidio, tanto en población adulta como en población joven y adolescente.

Del mismo modo, Toro, Grajales y Sarmiento (2016) encontraron mediante el estudio de una muestra colombiana que las conductas suicidas están estrechamente

vinculadas con la depresión clínica, y se constituye como evidencia para la evaluación de un elevado riesgo suicida. Oblitas (2010) refiere que en la investigación realizada por Gómez et al. (1990) encontraron que, a mayor desesperanza que presentaban las personas con intento suicida, las mismas expresaban mayor frustración por continuar viviendo y una actitud generalizada de decepción por la vida.

Además, se ha comprobado que los intentos de suicidio en pacientes con depresión han estado fuertemente asociados con un aumento de los sucesos estresantes en la vida de estos sujetos (Slater y Depue, 1981 c.p. Villardón, 2009), como lo puede ser la pérdida de apoyo social, en tanto que este ayuda a mitigar el impacto de tales eventos. Otros factores que modulan tanto la depresión como a la desesperanza y el riesgo suicida son los problemas en la dinámica familiar, la hostilidad, la presencia de violencia psicológica y maltrato, y factores impulsivos o de ansiedad intrínsecos a la persona (Rondón y Angelucci, 2018).

2.4. Contexto socioeconómico de Venezuela (2016-2018)

En Venezuela, se han presentado acontecimientos referentes a lo económico que han influido de diversas maneras en la calidad de vida de los ciudadanos, la cual ha agravado notoriamente, especialmente a partir del año 2016. Tras una revisión de los temas que causan mayor afectación, destacan: el desabastecimiento de los productos de la cesta básica y de medicinas, el índice inflacionario y el control cambiario.

La característica principal de todos estos eventos ha sido económica, siendo esta una situación confirmada, inclusive, por la sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, al haber afirmado la constitucionalidad del Decreto N°2.184, en el cual se declara el Estado de Emergencia Económica en todo el territorio nacional, esto de conformidad con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y su ordenamiento jurídico, por un lapso de 60 días, el cual fue publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela en enero del 2016 (Telesur, 2016). Esto ha sido prorrogado durante los siguientes años, siendo la última sentencia (hasta la fecha) la N°0638, promulgado el 10 de septiembre de 2018, por otro lapso de 60 días (Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela, 2018).

Ante el fenómeno que se ha estado viviendo durante los últimos años, el presidente del Consejo de Economía Nacional, Efraín Velásquez, declaró que:

Lo que estamos viendo es que en la economía existe un desbalance muy importante, entre las necesidades y demanda de la sociedad y las posibilidades que tiene la economía para generar una oferta, esto es lo que al final del día produce los niveles de inflación que estamos observando y los niveles de desabastecimiento que se han mantenido muy altos, y no vemos que estos escenarios vayan a cambiar en el corto plazo. (El Impulso, 2014)

La opinión anterior resalta las condiciones de inflación, desabastecimiento, necesidades y demanda que tienen gran relevancia para el venezolano común. Como ya se mencionó, el desabastecimiento es uno de los factores que más alarman al venezolano. Con respecto a esto, el Banco Central de Venezuela (BCV) en su informe del tercer trimestre del 2015 indicó que el desabastecimiento de algunos productos es percibido por la población como uno de los principales problemas que aquejan al país, junto a la especulación y el acaparamiento. Esto resulta en ser uno de los mayores problemas que ha tenido que afrontar el venezolano, al haberse reconocido, para el momento, un 85% de desabastecimiento en los productos de primera necesidad (Panorama, 2016).

Rondón y Angelucci (2018) plantean dos crisis evidentes: una económica y una política, ya que desde el año 2014, la economía venezolana se ha caracterizado por: alta inflación, desabastecimiento de productos, bajas en los precios del petróleo y crecimiento económico negativo, donde se proyectó que para el año 2019 existiría una inflación de 10.000.000%. Ante el contexto económico que se ha estado viviendo, la psicóloga social Fátima Dos Santos relata que la gran mayoría de los trabajadores mantienen sus empleos por los beneficios de jubilación y, en ciertos casos, por los seguros de vida que algunos poseen, pero saben que su empleo no les produce para vivir, es por eso que desde hace algunos años se han visto en la necesidad de hacer trabajos alternativos, con la finalidad de obtener ganancias extras que producen más que un sueldo mínimo (Rojas, 2018). A esto se le suma la dificultad de acceso al dinero en efectivo, la escasez de repuestos automotrices y de maquinaria de todo tipo, incluyendo de los equipos médicos de clínicas y hospitales (Fernández, 2018). Paralelamente, ha surgido un mercado negro en el que se consiguen

fácilmente todos los bienes que escasean, pero en precios que pueden doblar, triplicar, o hasta más, del monto original (Lafuente, 2016; Fernández, 2018).

Frente a esta situación, unos han buscado darle la responsabilidad de estas repercusiones económicas al sector privado, y otros al sector público. En base al Barómetro de las Américas en el año 2014, correspondiente al Proyecto de Opinión Pública de América Latina (LAPOP), se obtuvo que para la fecha 90,7% de los entrevistados venezolanos reportaron que la corrupción es generalizada o muy generalizada entre funcionarios públicos. Además, estos resultados indican que existe un descontento con Nicolás Maduro, mandatario que sigue en el poder gubernamental hasta la fecha, y dicho descontento se ve agravado por la preocupación de los venezolanos por la escasez de alimentos y la percepción de deficientes servicios de salud pública (Rodríguez, 2016).

En julio del 2019, la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD) publicó el Estudio Mundial sobre Homicidios en el año 2017, en el cual indica que el continente americano resultó ser aquel con mayor tasa de asesinatos al registrar 17,2 por cada 100.000 mil habitantes, siendo un 42% por homicidios. Suramérica ha tenido fluctuaciones en los incrementos, pero se ubicó que Venezuela, junto a Colombia y Brasil han presentado tasas altas de homicidio persistentemente; en especial, la República Bolivariana de Venezuela ha presentado el incremento más dramático para el 2017, al pasar de una tasa de 13 (en el año 2011) a 57 por cada 100.000 habitantes (ONUDD, 2019).

Tal situación ha generado insatisfacción y disconformidad en los habitantes, ya que la calidad de vida se ha visto deteriorada, ha aumentado el delito, la violencia y la inseguridad, acentuando la morbilidad y mortalidad de la población venezolana, llevando al surgimiento de numerosas protestas y a la alta movilidad de venezolanos a otros países (Ramos, 2016; Watson, 2018; Freite, 2019). Esta ha sido una migración forzada, ya que se ve la salida del territorio como una alternativa para resolver los problemas de sobrevivencia de los venezolanos (Freite, 2019). Esta autora añade que, según estimaciones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y las Naciones Unidas (ONU), los venezolanos en el exterior superan la cifra de los tres millones.

La psicóloga Dos Santos (Rojas, 2018) puntualiza la importancia de lo necesario que es que cada venezolano reconozca que estamos viviendo una etapa bastante difícil para

así psicológicamente saber enfrentarlo con una mejor actitud que nos afecte lo menos posible.

2.4.1 El Adulto Mayor y las políticas públicas en Venezuela.

El contexto venezolano ha sido foco de interés y ha causado revuelo, tanto entre los propios habitantes como a nivel internacional, por el colapso social que ha implicado, y en la que los ancianos también han sido perjudicados. De por sí, el Estado mantiene estrecha relación con las condiciones de bienestar de la población a la que ampara, ante lo cual elabora políticas sociales que favorezcan a los mismos y a la sociedad en colectivo. Árraga (2011) destaca la importancia de las políticas públicas y del Sistema de Seguridad Social, al ser el medio mediante el cual el Estado hace frente a las necesidades y demandas de los ciudadanos, a través de programas y servicios que los benefician, reforzando de este modo la relación Estado-sociedad.

En efecto, Méndez (2004 c.p. Rivas y Silva, 2017) define la política social como “el conjunto de decisiones y medidas de tipo legislativo, programático y administrativo, de carácter general o particular, definidas y ejecutadas por el Estado, orientadas al desarrollo multilateral tanto del individuo como de la sociedad globalmente considerada” (p. 154). Esto involucra a un conjunto de medidas de carácter legislativo (donde se involucra la Constitución, leyes, reglamentos, decretos y resoluciones), de carácter programático (incluye las planificaciones de programas, proyectos y acciones), y de carácter administrativo (donde se da el desarrollo de acciones para proporcionar bienes y servicios en favor de los programas planteados) (Rivas y Silva, 2017).

En Venezuela, el marco jurídico ha ofrecido garantías y beneficios económicos como medidas de protección para los abuelos, sin discriminación, otorgándoles sus derechos sociales estipulados en la Constitución (Álvarez, 2019). Las pensiones por vejez ya existían para el año 1967, pero estaban limitadas únicamente a los trabajadores que hubiesen cotizado ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y aquellos que se nutrían de las contribuciones ligadas a los salarios. A partir de 1999, se producen y promueven distintas medidas a favor de la atención a las personas de la tercera edad, siendo

estos tomados en cuenta en lo que se refiere a la producción y avance del país, yendo acorde a lo planteado por la ola política del momento.

Lo anterior se vio reflejado en el artículo 80 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual dicta: “El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantizará atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida”. Con esta ley se incorporó a las personas de la tercera edad al Sistema de Seguridad Social venezolano, de modo que se redujera los problemas de exclusión e injusticia social que eran denunciados en años anteriores (López Maya, 2004 c.p. Árraga, 2011).

De los Sistemas Prestacionales que conforman al Sistema de Seguridad Social, dentro del marco de Previsión Social es donde se haya tanto las pensiones como los servicios sociales al adulto mayor (Artículo 21 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social). Con esto, se considera al adulto mayor como actor social, al ser reconocidas sus características y necesidades particulares, propias de la edad (Árraga, 2011). Para poder realizar la solicitud y formar parte de este programa, es necesario cumplir una edad mínima de 55 años para las mujeres y de 60 años para los hombres, para ser considerados como personas de tercera edad en Venezuela, y haber estado activos laboralmente durante 25 años (Álvarez, 2019). Hay que mencionar, además, que el monto de las pensiones y jubilaciones otorgadas deberán corresponder al salario mínimo urbano, y no menos, ya que antes del año 2012 los montos eran equivalentes a un 60% del mismo (Morazzani y Salazar, 2015).

Tiempo después, en el año 2003, se crea el Sistema Nacional de Misiones. Entre ellas surgió la misión Amor Mayor Venezuela, es una política del gobierno, creada con la finalidad de asegurar la máxima protección, inclusión, igualdad, respeto, solidaridad y justicia social para las personas adultas mayores, especialmente para quienes viven en hogares cuyos ingresos son inferiores al salario mínimo nacional (art 1, Decreto 8694), aplicable a los adultos mayores residentes en cualquier sitio del territorio nacional. Esta misión contempla una serie de programas a favor de las personas adultas mayores,

contando entre ellos aquellos que se encargan de la distribución de alimentos, medicinas, bienes o servicios, recreativos y turísticos (Rivas y Silva, 2017).

Morazzani y Salazar (2015) complementan que, con el lanzamiento de este Decreto, se logró universalizar a nivel formal la cobertura económica del adulto mayor venezolano, al otorgar pensiones por vejez a todos los adultos mayores y no sólo a aquellos que hubiesen sido asalariados y cotizado en su día ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS); lo cual consideran que constituye un acto de justicia social a favor de los más necesitados y ha sido la razón de que han aumentado el número de pensionados, por lo que reporta el IVSS. Para el mes de junio del 2019, se reportó que 4.362.514 adultos mayores contaban con el beneficio de las pensiones (VTV, 2019).

Sin embargo, no es sólo regocijarse de la amplia receptividad que se tiene para acceder a ellas ni la cantidad de personas que se cubre actualmente, la realidad es que, hoy en día, el gobierno no tiene una vía adecuada para financiar ese gasto ya que la emisión del dinero proviene del Banco Central de Venezuela (BCV) y esto sería viable en un contexto de estabilidad macroeconómica, el cual no cuenta Venezuela actualmente (Montes, 2018). Rivas y Silva (2017) subrayan que, a pesar de que la seguridad social constituye un pilar fundamental de la acción del Estado, su situación deja mucho que desear, si se tiene presente los efectos de la inviabilidad económica, el incremento de la burocracia, y la corrupción que han conspirado negativamente para alcanzar el éxito en la meta propuesta, sobre todo porque son leyes que al momento de llevarla la práctica se hace inviable, en especial porque la política económica no concuerda con la política del subsidio. Por tanto, estos autores consideran que es de vital importancia desarrollar revisiones críticas del sistema de pensiones en estos tiempos, así como de las otras políticas implementadas por el gobierno.

La realidad que viven los ancianos no se escapa de la violación de sus derechos fundamentales, ya que actualmente la pensión que cobra un adulto mayor no cubre sino un porcentaje mínimo de la canasta alimentaria y, a su vez, se someten a filas extensas, durante largas horas (generalmente desde la madrugada), para cobrar los bajos montos que les son asignados (Buada, 2017; El Espectador, 2018). De forma similar, el profesor Armando León Rojas expresó que la ausencia de reformas que impidieran que los trabajadores jubilados fuesen arrastrados a la pobreza crítica, ha llevado a que los venezolanos tengan

que reclamar permanentemente para que sus pensiones sean canceladas a tiempo (Montes, 2018). Sumado a esto, Buada (2017) reconoce que es propicio recordar que el Estado todavía no ha aprobado la Ley de Bono de Salud y Alimentación aprobada por la Asamblea Nacional (AN) y tampoco ha cumplido con la promesa hecha desde 2014 de cancelar la bonificación alimentaria.

Una encuesta realizada en el portal Nueva Prensa Digital, el 100% de los encuestados opinó que el adulto mayor en Venezuela no cuenta con las suficientes garantías que le permitan disfrutar su vejez (Álvarez, 2019). Esto en base a la vulnerabilidad que implica el ingreso insuficiente que reciben si no se encuentran laboralmente activos, junto a las condiciones ya conocidas como el restringido acceso y adquisición de medicinas, alimentos y sin contar con dinero suficiente para poder adquirir la totalidad de productos de primera necesidad, al precio del mercado. Fernández (2018) reseña que en septiembre del 2018 los ancianos lideraron las principales protestas en el país, solicitando respuesta ante el pago de las pensiones, soluciones a la crisis económica y al difícil acceso a los medicamentos para las personas de la tercera edad.

Como se ha mostrado, los elevados niveles inflacionarios registrados en la economía venezolana en los últimos años, producto de una economía que no produce los bienes y los servicios suficientes para satisfacer la demanda interna y altamente dependiente del exterior, junto al descontrol de precios, el incremento de la población, el deterioro del sistema de salud pública, el retraso en la incorporación en el sistema de pensiones de muchos adultos mayores en situación de pobreza, etc. (Morazzani y Salazar, 2015), han puesto en evidencia la necesidad de conocer en qué condiciones se encuentra la seguridad, no sólo económica sino también psicológica, de los adultos mayores venezolanos en la actualidad. Como se publicó en el informe anual de Victimización, realizado por Convite en agosto de 2018, "hoy los venezolanos, y, en especial, las personas mayores, se encuentran en una constante lucha por su supervivencia" y a la fecha no hay acciones adaptadas al acelerado envejecimiento de la población venezolana (Fernández, 2018).

2.4.2. Repercusiones psicosociales actuales en la población venezolana.

En el año 2011, de acuerdo al último censo registrado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se contó con una cantidad de 1.620.499 de adultos mayores de 60 años a nivel nacional, perteneciendo 159.585 al Distrito Capital. Esto significaría un 6% de la población, en comparación con años anteriores, como 2011 y 1990, donde conformaban un 4.9% y 4% respectivamente.

Actualmente poco se sabe de la cantidad de habitantes que conforman dicha población, y mucho menos del estado de bienestar o malestar subjetivo bajo el que se encuentran actualmente. Como referencia, se encontró que para el año 2009, en un estudio realizado en Maracaibo por Árraga y Sánchez (2010), se pudo afirmar que gran parte de la muestra de los adultos mayores seleccionados (633 participantes) mostraron un bienestar subjetivo positivo: presentando una alta satisfacción por la vida, un sentido positivo de la vida y alegría de vivir. A pesar de esto, las condiciones del país no son las mismas que para ese entonces, tomando en cuenta que la crisis socioeconómica venezolana se ha intensificado desde el 2014 hasta la fecha vigente. Lozada (2016) afirma que el escenario actual de Venezuela se considera que es lo suficientemente grave, al haber un constante estado de incertidumbre y anomia, impactando en la salud física y mental de todos sus habitantes.

El conjunto de eventos estresantes sucedidos en los últimos tiempos estarían alimentando a lo que Martín-Baró (1998) designó como “trauma psicosocial”, lo cual implica una herida que ha sido producida socialmente, es decir, que sus raíces no se encuentran en el individuo sino en su sociedad, y que su misma naturaleza se alimenta y mantiene en la relación entre el individuo y la sociedad, a través de diversas mediaciones institucionales, grupales e incluso individuales. Este autor hace énfasis en el uso del término trauma, al ser una huella desfavorable para la vida de una persona que ha sido ocasionada por un proceso histórico o una experiencia difícil o excepcional, y destaca que esto no tiene algún efecto uniforme a toda la población, sino que el nivel en el que el individuo se verá afectado dependerá de su vivencia peculiar, su grado de participación y a características como su personalidad y experiencia.

Ante las difíciles condiciones económicas, institucionales que rigen la vida cotidiana, a lo que se le suma el aumento de la criminalidad, violencia social e institucional, la corrupción y la constante conflictividad socio-política; la Federación de Psicólogos de

Venezuela y la Red de Apoyo Psicológico realizaron un pronunciamiento en el año 2015 manifestando preocupación por los efectos psicológicos que la crisis económica, política y social en Venezuela. En él, se enumeran numerosos síntomas que incluyen a la angustia, miedo, ansiedad, depresión, indignación, enfermedades psicosomáticas, inseguridad ante el futuro, agresividad, desesperanza, apatía, repliegue individual y reducción de actividades en espacios compartidos. Estas manifestaciones tienen expresiones a nivel individual, familiar y social, con cambios en los comportamientos y emociones, por lo que se consideran que esto es un problema de salud pública (Acosta, 2015).

El psicólogo Roberto Andueza declaró al portal informativo Zócalo (2016) que ahora el venezolano es una “persona triste y angustiada”, y que tal estado de ánimo ha sido determinado por los factores ya mencionados como la falta de alimentos y medicinas, la inseguridad, y el saber que el dinero es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas. Andueza también esboza que la población más vulnerable son las mujeres venezolanas, ya que tienen que enfrentarse a los problemas de no conseguir alimentos y medicinas, así como también lidiar con el hecho de perder a un ser querido en manos de la delincuencia.

Andueza afirma que “mantenerse en un estado de angustia y tristeza prolongado puede transformarse en un trastorno psicológico como la depresión, que se manifiesta con una pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba, ausentismo laboral y alteración del sueño” (Zócalo, 2016). En la misma línea, el psiquiatra Edgar Benítez diría que los venezolanos están padeciendo de estrés crónico sostenido, lo cual genera repercusiones bioquímicas por la segregación de sustancias con efecto neurotóxico, lo que puede afectar otros órganos y empeorar las condiciones de salud física y mental de las personas (Massiah, 2016).

Al conjunto de los síntomas ya mencionados, se le pueden sumar los ataques de pánico e irritabilidad sentidos. Andueza menciona que, a raíz de unas encuestas realizadas por universidades venezolanas, se halló que un 29.4% de la población se siente angustiada, mientras que un 22.9% se encuentra sumida en la tristeza (Zócalo, 2016). Ante el predominio de emociones negativas que ha podido observarse, la psicóloga Yorelis Acosta declaró que el venezolano se siente mal, agotado, en un vaivén emocional, que sube y baja de acuerdo con las expectativas de cambio, lo que termina agotando el cuerpo y la mente (Peñaloza, 2018).

Rondón y Angelucci (2018) acuerdan que la situación actual, estresante en ciertos niveles para todos, ha surgido también debido al comportamiento de cada venezolano: es una realidad socio-histórica que se ha construido mediante la interacción simbólica entre los venezolanos. Indican que esta construcción de lo que sería el “trauma psicosocial” venezolano se incluyen actos como el “bachaqueo”, participaciones violentas que ocasionan daños materiales y humanos, insolencias con las instituciones, la verbalización de mensajes de desesperanza y las agresiones que se realizan a otros por no pertenecer a su misma posición política, entre otros comportamientos, que han incidido en el malestar vivido.

Tomando en cuenta la mención del movimiento socio-político en Venezuela, en el que se circunscribe la polarización política, se ha podido observar que la misma ha provocado un fuerte impacto en el psiquismo individual y subjetividad social –al generar sufrimiento colectivo y personal-, el tejido social se ha visto fracturado, el conflicto ha sido característico y distintivo en los diversos estados, ciudades y regiones, y prolonga y profundiza el conflicto sin ofrecer perspectivas de solución a corto o mediano plazo (Lozada, 2016).

El psiquiatra Robert Lespinnasse, afirmó que “la situación se hace cada vez más tensa, cada vez más complicada desde el punto de vista emocional, vivimos un sobresalto y una constante tensión (...) vivimos, hoy en día, una situación nueva durante todos los días, todo el tiempo, esto mantiene los sistemas de alarma del organismo en constante funcionamiento, produciendo un inmenso desgaste” (Vargas, 2018). Asimismo, en agosto del 2018, Acosta (Peñaloza, 2008) declara que la tragedia está magnificada, y esto está haciendo que los venezolanos estén enfermos psicosocialmente. Por muchas aristas, el clima emocional que se vive en Venezuela es negativo.

III. Planteamiento del problema

Cada día, inclusive de forma desapercibida, nos vemos inmerso en una cultura de muerte y de violencia que va aumentando cada vez más. En los espacios sociales que compartimos regularmente se ha observado cómo la respuesta violenta prevalece como una solución ante los conflictos, lo que implica las muertes violentas ocasionadas tanto por homicidios como por suicidios. El comportamiento suicida incluye todo aquel acto realizado voluntariamente por una persona con la finalidad de terminar con su propia vida (Reinares et.al. 2004, c.p. Quintanar, 2007), esto abarca un conjunto de actos que van desde la amenaza o gesto que no ocasiona ninguna lesión al sujeto hasta el acto consumado. Por cada suicidio, le han precedido otros intentos, y la ideación suicida es un factor importante de riesgo y prevención para futuros intentos que pueden ser exitosos.

El suicidio no supone una solución placentera, sino que busca concluir con un sufrimiento ante el cual no pueden ver otras alternativas de solución. Este es un problema multifactorial, dando así con un amplio grupo de elementos que propician que la persona llegue a atentar contra su propia vida, como lo son los factores demográficos y sociales, factores ambientales, factores histórico-políticos, de salud y antecedentes psiquiátricos, por mencionar algunos (Quintanar, 2007). Una enfermedad psiquiátrica que resulta primordial en la detección de la conducta suicida es la depresión, la cual se ha hallado presente en la mayor cantidad de muertes por suicidio, convirtiéndose en un aspecto clave al momento de detectar riesgo en una persona (Observatorio Venezolano de Violencia -OVV-, 2018; Organización Mundial de la Salud –OMS–, s/f; Quintanar, 2007).

Por otra parte, también existe gran cantidad de suicidios que se producen en otras condiciones que no necesariamente se atribuyen esencialmente a algún trastorno mental, sino que más bien los podemos encontrar en nuestro día a día, como el enfrentarse a las tensiones de la vida, problemas financieros, rupturas de relaciones o enfermedades crónicas (OMS, 2018), además de casos de violencia, la sensación de pérdida y la influencia de diversos entornos culturales y sociales (OMS, s/f). A pesar de que el suceso del suicidio se dé de forma individual, no es un acto que ocurre de forma aislada a su contexto.

Rodríguez, de Rivera y Revuelta, Gracia y Montes (1990) señalan que, para Durkheim, la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales, sin

tomar en cuenta los hechos sociales como realidades exteriores que median en el individuo. Igualmente, Durkheim (1897) sostiene que los fenómenos mentales dependen necesariamente de fuentes sociales y son por ello fenómenos colectivos, ya que las causas se encuentran en las tendencias de la colectividad, que permean a los individuos. Afirmaría que son perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad; es decir, no son los individuos los que se suicidan o adolecen, sino que es la misma sociedad que se manifiesta a través de ciertos individuos. ¿Cuál es el tipo de predisposiciones que se están manejando entre los venezolanos? ¿Cuál es el nivel de gravedad de las percepciones negativas de los individuos que forman parte de la presente sociedad? ¿Qué tan mal pueden estar los ciudadanos, que no están percibiendo otras alternativas de acción menos determinantes y rotundas para sobrellevar su situación de vida?

El suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes en todas las edades a nivel mundial, sumándose cada año casi un millón (800.000) de personas en las cifras (OMS, s/f). En la última tasa dada por la OMS en el año 2016, se concluyó que de cada 100.000 individuos, 10.5 fallecían por suicidio en todo el mundo (Rosati, 2018); ubicándose más del 79% de los suicidios en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018). En América Latina, Avendaño (2018) reseña que, en general, la tasa de suicidios es de tres o de cuatro por cada cien mil habitantes, a diferencia del sureste asiático o en el norte de Europa donde es de 19 o 20. Además, por cada suicidio que se comete en Latinoamérica, se da un promedio de 6.3 intentos fallidos (OVV, 2018).

A lo largo de la historia Venezuela no ha sido un país que destaque por la concurrencia de suicidios; no obstante, a medida que se ha agudizado la crisis humanitaria que caracteriza la actual “situación país”, se ha reportado que en los últimos años los casos de suicidio han ido incrementando notoriamente (Avendaño, 2018; Rosati, 2018; OVV, 2018). Esto ha llamado la atención de diversos profesionales, ya que estos casos han permitido mostrar una “nueva dimensión de la violencia” (Martín, 2018).

El último reporte estadístico en Venezuela dado por un ente gubernamental de forma oficial ocurrió en el año 2012 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el que a nivel nacional se reportó 788 casos de suicidios. El abogado Fermín Mármol García afirma que en el país se han estado dando cerca de 900 a 1.000 suicidios anuales (Avendaño, 2018), siendo este un aumento notorio en comparación con la frecuencia

encontrada en años anteriores. En la primera mitad del año 2018, sólo en la gran Caracas se reportaron 786 suicidios, siendo 131 de ellos acaecidos entre los meses de junio y julio, de acuerdo con un documento policial de investigación obtenido por Bloomberg (Rosati, 2018), asemejándose a la misma proporción obtenida a nivel nacional en el año 2012, de la cual 158 de los casos se ubicó en Distrito Capital para ese momento (INE, s/f). Siete años han pasado desde esta recolección de datos, y aún se desconocen las cifras totales actuales y oficiales de todo el país; los números que suelen aparecer en reportajes deberán ser tomados como supuestos planteados, al no reportarse estudios sistemáticos al respecto.

Recientemente, en diversos casos de suicidio consumado en Venezuela, al tomar en cuenta tanto las últimas cartas que han dejado a sus familiares como las condiciones en las que se encontraban estos individuos, se han podido identificar ciertos elementos que son frecuentes en este conjunto. Se hace referencia a agentes problemáticos como: el diagnóstico de enfermedades crónicas, dificultades para adquirir medicamentos para tratar las mismas, problemas para sostenerse económicamente en su día a día, disminución del acceso a alimentos, deterioro de la calidad de vida en general; a lo que se le añaden núcleos familiares segregados por la diáspora y cuadros depresivos, siendo todos estos fenómenos característicos de la “situación país” que nos abarca a todos los ciudadanos (Avendaño, 2018; Martín, 2018).

Las palabras “situación país” se asocian casi inmediatamente a un sentimiento de malestar, desánimo y agotamiento. Es un día a día que se caracteriza por ser hostil, preocupante, angustioso y desesperante (Barrios, 2018). El Observatorio Venezolano de Violencia [OVV] (2018) informa que los casos de pacientes con depresión han aumentado en los últimos seis años. En el reporte emitido por la OMS (2017), el cual se centró en la depresión, se da a conocer que para el año 2015 alrededor de 322 millones de personas a nivel mundial presentaron tener depresión, siendo éste un 4,4% de la población de los cinco continentes. Además, se encontró que 1.270.099 de venezolanos padecían de depresión, representando un 4,2% del país, siendo de las tasas más bajas en las Américas, en comparación a Estados Unidos (5,9%), Brasil (5,8%) y Cuba (5,5%).

En unas declaraciones realizadas por el psicólogo Roberto Andueza (Zócalo, 2016), éste afirma que un 60% de las personas que atiende en su consulta psicológica, acuden por problemas asociados a la depresión; expresan estar desanimados, cansados y “sin ganas” de

levantarse de la cama, por temor a enfrentarse a la realidad que vive el país. Además, afirma que los habitantes se están manteniendo en un estado de angustia y tristeza prolongado y esto ha podido, o puede, evolucionar en un trastorno psicológico como la depresión, que se caracteriza por una pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba, ausentismo laboral y alteraciones del sueño. De un modo similar con las tasas de suicidio, no se cuentan con mediciones objetivas a nivel colectivo y actualizado para conocer la prevalencia de este trastorno en los años más recientes.

En agosto del 2018, Acosta (Peñaloza, 2018) afirmó que existe un predominio de emociones negativas en los participantes de su estudio, lo que hace que las personas no tengan la percepción más adecuada sobre el presente y el futuro, ligándose así a una sensación de desesperanza en la población. Este término se ha encontrado frecuentemente como manera de describir parte de las emociones que están viviendo los venezolanos en estos tiempos (Monagas, 2018; Pérez, 2018), pero ¿es correcto poder afirmar que gran parte de la población está experimentando esto? Entendiendo a la desesperanza como una visión negativa del futuro, el cual se cree que no va a mejorar (Beck, 1973 c.p. Villardón, 2009), resulta de gran importancia medir si en efecto los venezolanos no están contemplando la llegada de un porvenir grato en sus vidas; en especial los adultos mayores, al encontrarse en una de las etapas más avanzadas de la vida

Entre las poblaciones más vulnerables ante estas dificultades tenemos a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, los niños y los ancianos. Los ancianos venezolanos no sólo se encuentran con las problemáticas ya mencionadas (en las que resalta la salud al ser esta una etapa de la vida en el que este aspecto es más delicado); sino también a otras situaciones como horas de espera para el cobro de una pensión que no cubre gran parte de sus necesidades, abandono por parte de familiares y de su entorno, y a la soledad frente la diáspora, la cual se siente aún más ya que no poseen las condiciones para someterse al proceso migratorio también. Esto ha resultado en que cada día más ancianos experimentan depresión y violencia, reflejándose en los registros y análisis de la organización sin fines de lucro Convite en los que los asesinatos y suicidios de personas mayores han aumentado. En los reportes realizados por Convite, en el 2017 se reflejó un

aumento del 67% en los suicidios de personas mayores, en comparación con los resultados obtenidos el año anterior (Rosati, 2018).

Los registros que se han podido obtener mediante notas de prensa y entrevistas, reseñan a los profesionales que se encuentran de lleno con este fenómeno en su día a día (como psicólogos, psiquiatras y abogados), los cuales advierten que el suicidio, la desesperanza y depresión están presentes cada día, y vienen siendo un problema actual y real que padece un grueso importante de la sociedad venezolana. La poca difusión pública por parte de instituciones nacionales también significa, por sí misma, otra fuente de preocupación.

En una Venezuela donde la inflación, la migración masiva, el hambre y la enfermedad van aumentando más cada día, y tomando en cuenta lo vulnerable de la población señalada, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Los adultos mayores que se encuentran en Caracas están reportando tener depresión para el momento vigente? ¿En qué nivel?
- ¿Cuáles son los niveles de desesperanza que están presentado los mismos?
- ¿Actualmente existe riesgo suicida en los adultos mayores que residen en la Gran Caracas?

3.1 Justificación

Para el presente, Venezuela se haya en un contexto donde las condiciones socioeconómicas han regido casi todo aspecto de las dinámicas de funcionamiento de vida de sus habitantes. Ya de una forma habitual, aspectos básicos como lo son los alimentos, el transporte y servicios sanitarios y de salud, resultan ser de difícil acceso para los venezolanos; y pueden llegar a serlo aún más para los sectores vulnerables. Ha existido deterioro en diversos aspectos y, como bien lo indica Reyes (2016), “si usted le pregunta a un venezolano cómo están las cosas, contestará invariablemente: cada vez peor”.

Ha estado creciendo una percepción negativa respecto al país y a la situación vivida por los venezolanos (Reyes, 2016), en la que predominan los sentimientos negativos de tristeza, rabia y miedo de acuerdo al estudio llevado por la psicóloga social Yorelis Acosta

(2016), quien elaboró un mapa emocional en base a la pregunta “¿qué emoción predomina en usted hoy?”. Obtuvieron un total de 3102 respuestas por diversas personas en diez estados del país (Anzoátegui, Amazonas, Carabobo, Distrito Capital, Cojedes, Lara, Nueva Esparta, Portuguesa, Sucre, Yaracuy, Zulia), entre junio y diciembre de 2015. También se dice que los mismos están experimentando incertidumbre, desánimo, rencor, rabia, ansiedad, frustración, abatimiento y desesperanza (Barrios, 2018; Davies, 2017; Martín, 2018; Monagas, 2018;); aunque no se han encontrado muchas investigaciones formales y recientes que puedan servir de respaldo objetivo ante tales afirmaciones. Gran parte de la base referencial actual se ha encontrado, no sólo en las conversaciones con los pares en la experiencia personal, sino también en reportajes, entrevistas y opiniones públicas elaboradas por profesionales de la salud y del ámbito social y legal. En ellos, la psicóloga Josefina Fernández ha dicho que “la sociedad venezolana está sumergida en la desesperanza” (Pérez, 2018), llevando a la población a un “colapso” y resultando en un incremento en el número de casos de depresión y suicidio, como lo reporta el Observatorio Venezolano de Violencia (2018).

Ante esto último, la tendencia al aumento de estos casos ha llamado la atención y hace preguntar sobre la gravedad del malestar subjetivo, aparentemente compartido, entre los ciudadanos; y que el mismo sea traducido en conductas suicidas, depresivas y sin ver otras salidas. La Organización Mundial de la Salud (s/f) indica que “a pesar de que hay muchos tabús y estigmas en todo lo que rodea al suicidio y que impiden discutir sobre ello, cada vez hay más conciencia de que se trata de un grave problema de salud pública”, por lo que significa un tema relevante para la sociedad.

Existen vacíos importantes respecto a esta temática en nuestro país, más que todo en lo que concierne a los años más recientes: al no existir estadísticas oficiales por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE) desde el año 2012, y sin haberse dado comunicados o publicaciones de este fenómeno por parte de la Institución Pública, ni siquiera por aquellas pertenecientes a la rama de la salud. Este vacío también se extiende a la de falta de investigaciones nacionales que describan y puedan dar respuesta, de forma sistematizada, a las incógnitas concernientes a esta problemática, sus causas, factores y procesos mediadores, y sus consecuencias resultantes.

Cualquier persona puede ser propenso de experimentar estos padecimientos; sin embargo, para intereses del presente estudio, se ha escogido a enfocarse en personas de tercera edad, al ser una de las poblaciones vulnerable en situaciones críticas, especialmente en Latinoamérica (OVV, 2018). Además, Vidal (1999) señala que en la vejez, la conducta suicida alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación.

Respecto a esto, se desea abordar una muestra no clínica, conformada por el ciudadano común de tercera edad: aquel que no se encuentra bajo atenciones y supervisión rigurosa de un cuidador, y se maneja de forma independiente en su día a día. Llama la atención que, en estudios previos, se ha detectado que las tentativas de suicidio son más frecuentes en adultos mayores que se encuentran en sus domicilios particulares o en sus casas de familia, a diferencia en aquellos que se encuentran institucionalizados, los cuales han reportado tener menores intenciones (Vidal, 1999), siendo esto de gran interés para los fines de la investigación.

Si bien, no se busca establecer ni afirmar que la crisis socioeconómica es un factor determinante para la presencia de riesgo suicida, desesperanza y depresión, es importante no pasar desapercibido que la tranquilidad de los venezolanos se ha visto afectada por la actual situación económica que atraviesa el país (Acosta c.p. Tovar, 2018). Con base a la situación descrita, se ha delineado un panorama gris en las condiciones actuales de los venezolanos. Es por ello que resulta necesario formular, recabar y divulgar datos que sean más precisos; siendo estos indicadores que puedan servir de sustento para poder declarar y ratificar que ciertamente se puede estar hablando de un incremento en la concurrencia del riesgo suicida, desesperanza y depresión en este período histórico. Y, más que un incremento, se pueda decir que en efecto tales factores se hallan presentes.

El poder describir de forma empírica y objetiva, con la ayuda de instrumentos de medición, la prevalencia y la proporción de los elementos centrales de la investigación; además de identificar factores de riesgo que puedan correlacionarse, o no, con los mismos, permitirá generar mayor conciencia sobre el malestar psicológico hallado en el adulto mayor de la Venezuela actual. Con base a lo expuesto, el riesgo suicida, la desesperanza y la depresión son, sin duda, problemáticas concernientes a la salud mental.

Para efectos del estudio, no se realizará un acercamiento a la totalidad población seleccionada, sólo con una muestra de la misma, lo que se plantea es describir una parte de

la realidad actual que no está siendo visibilizada por los órganos pertinentes, y establecer relación entre los distintos factores a partir de la información obtenida por los participantes. Se espera que, no sólo los resultados, si no la investigación por sí misma signifique un llamado de atención a los miembros del sector salud, económico, educativo, laboral, político y social en el país, para que exista un registro legal de estos fenómenos a nivel nacional.

Del mismo modo, se proyecta que tales datos puedan ser considerados al momento de plantear, planificar, diseñar y elaborar posibles planes de acción y atención que puedan servir de apoyo, tanto psicológico como social, ante este tipo de aflicciones que puede estar viviendo un individuo. En especial con los adultos mayores, en quienes se ha enfocado esta investigación, perteneciendo a una parte de la población que se presume que representa la mitad de los casos de suicidio (Avendaño, 2018), en los registros llevados de forma no oficial.

Teóricamente, se podrá corroborar si la vinculación establecida (por previas investigaciones) entre la desesperanza y la depresión como mediadoras y facilitadoras del riesgo suicida, junto a otros factores demográficos, es adecuada y compartida con los individuos que puedan presentar riesgo en la sociedad venezolana. Esta investigación busca ser uno de los primeros abordajes realizados desde la academia sobre esta materia, especialmente en la actualidad nacional. Basando su muestra en la Gran Caracas, siendo esta la ciudad capital, puede impulsar a que se den registros similares en otras regiones del país. Además, los resultados obtenidos pueden servir como referencia para futuras investigaciones en las que se pueda profundizar respecto a este tema.

3.2 Hipótesis

Es posible establecer un sistema de hipótesis de diferencias de grupos entre cada una de las variables planteadas, y su confirmación no supone un modelo explicativo del comportamiento de ellas, sino una descripción a mayor profundidad de la asociación o grado de relación que existe entre todas las variables estudiadas (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). De esta manera la matriz de hipótesis establecida en la presente

investigación, a partir de las preguntas de investigación y de los objetivos planteados, es la siguiente:

H1: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida en base al sexo de los participantes.

H01: No existirán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida en base al sexo de los participantes.

H2: Los distintos estratos socioeconómicos presentarán diferencias estadísticamente significativas con los niveles de depresión, de desesperanza y riesgo suicida manifestados.

H02: Los distintos estratos socioeconómicos no presentarán diferencias estadísticamente significativas con los niveles de depresión, de desesperanza y riesgo suicida manifestados.

IV. Objetivos

General

Determinar la incidencia de los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida en una muestra de adultos mayores residentes en la Gran Caracas en el contexto venezolano actual.

Específicos

- Examinar las variables sociodemográficas que presentan los adultos mayores residentes en la Gran Caracas en el contexto venezolano actual.
- Caracterizar la incidencia de los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida en una muestra de adultos mayores residentes en la Gran Caracas en el contexto venezolano actual.
- Relacionar la presencia de riesgo suicida, desesperanza y niveles de depresión en los adultos mayores con el sexo de la muestra y otras variables sociodemográficas de interés.
- Caracterizar la relación existente entre el riesgo suicida, la desesperanza y los niveles de depresión con el estrato socioeconómico manifestados por los participantes en el contexto venezolano actual.

V. Método

5.1 Variables en estudio

Como lo indica Namakforoosh (2005), las variables son presentaciones de los conceptos de la investigación que deben expresarse en forma de hipótesis y son considerados dentro de una serie de valores.

5.1.1 Variables predictoras.

Definición operacional: Respuestas en hoja de registro elaborada con la finalidad de vaciar los datos pertinentes. Estas variables han sido operacionalizadas en el Cuestionario Sociodemográfico construido por la investigadora de la siguiente manera:

Edad cronológica: Son tomadas en cuenta personas mayores de 60 años de vida para la investigación. Esto considerando que tal es el límite de edad que forma parte del umbral de la etapa de la vejez (Stuart, 2002).

Sexo: Femenino, Masculino.

Estado civil: Soltero, Casado, Unión Libre, Separado, Viudo.

Municipio de residencia: Baruta, Chacao, El Hatillo, Libertador, Sucre.

Diagnóstico de enfermedad:

- ¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad?: Sí, No.
- ¿Cuál?: Hipertensión arterial, Diabetes, Enfermedad Renal, Cáncer, Condición Neurológica, Otra.

Diagnóstico previo de una condición psiquiátrica o psicológica:

- ¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad?: Sí, No.
- ¿Cuál?:

Estatus laboral: Desempleado, Jubilado, Laboralmente activo.

Profesión (del participante): Universitaria o de alta gerencia, Técnico Superior, Empleado sin profesión universitaria, Obrero especializado, Obrero no especializado.

Nivel socioeconómico: Alto, Medio-alto, Medio, Medio-bajo, Obrero, Pobreza extrema, a partir del método de estratificación Graffar-Méndez Castellano. El cálculo del

mismo se hace a partir de cuatro factores: la profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción del cónyuge del/la jefe del hogar, principal fuente de ingresos del hogar, y condiciones de alojamiento.

5.1.2 Variables predichas.

5.1.2.1 Depresión.

- *Definición nominal:* Presencia y gravedad de síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión, tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, sentimientos de infravaloración o culpa, falta de energía, pesimismo, alteraciones del apetito, peso, sueño y de la actividad psicomotora, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas (DSM 5, 2014; Sanz, Perdigón y Vásquez, 2003)
- *Definición operacional:* Puntaje obtenido en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), cuyas valoraciones son Normal y Depresión; y en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el cual estratifica los niveles de depresión en Ausente o Mínima, Leve, Moderada y Grave.

5.1.2.2 Desesperanza.

- *Definición nominal:* Sistema de expectativas negativas en torno a sí mismo y su vida futura (Beck et. al., 1974).
- *Definición operacional:* Puntaje obtenido en la Escala de Desesperanza de Beck (HS), y la misma abarca tres factores: sentimientos sobre el futuro, pérdida de la motivación, y expectativas futuras. Los rangos de puntuación que se pueden obtener respecto a los niveles de desesperanza son: nulo-mínimo, leve, moderado y alto.

5.1.2.3 Riesgo suicida.

- *Definición nominal:* El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar terminar con su vida (Martínez, 2000).

- *Definición operacional:* Puntaje obtenido en la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), cuyos resultados diferencian la existencia o ausencia del riesgo suicida.

5.1.3 Variables extrañas no controladas.

- *Deseabilidad social:* Es la tendencia a atribuirse valoraciones socialmente apetecibles (Seisdedos, 1997). Al recolectar la información mediante el autoreporte, las respuestas pudieran verse afectadas por dicha variable. Esta variable está relacionada con la necesidad del individuo de autoprotección, evitación de la crítica, conformidad social y aprobación social (Crowne y Marlowe, 1960 c.p. De las Cuevas y González, 1992). Tal tendencia no necesariamente indica un engaño o fraude deliberado por parte del que responde.
- *Aquiescencia:* Es la inclinación a asentir o negar frecuentemente el contenido de los elementos (Seisdedos, 1997). Existe una posibilidad de que sin reflexionar sobre lo que plantean los ítems, los sujetos hayan respondido

5.2 Tipo de Investigación

El enfoque a ser utilizado en la presente investigación es el *cuantitativo*, el cual caracteriza a la realidad de forma objetiva y tangible; de manera que el investigador realice un abordaje neutral en el que el mismo se ubica fuera de la realidad estudiada (Pinedo, 2008). Hernández, Fernández y Baptista (2014) señalan que la misma evidencia es la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación. Estos autores exponen que esta aproximación se vale del razonamiento deductivo, la cual parte de la teoría y de ésta se derivan las hipótesis que el investigador somete a prueba.

Además, entra en la categoría de una investigación *descriptiva y correlacional*. Hernández et. al. (2014) indican que en las investigaciones descriptivas se busca recoger información y medir las variables de interés para el estudio, de forma que se puedan detallar las propiedades, características y perfiles de las personas, situaciones, contextos y fenómenos que se sometan al análisis. Del mismo modo, exponen que los estudios

correlacionales se caracterizan por buscar conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables en una muestra o contexto en particular.

5.3 Diseño de Investigación

El diseño de una investigación se refiere al “plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema” (p. 128, Hernández et. al., 2014). La presente investigación tiene un diseño *no experimental*, el cual estos autores definen como aquel donde no se manipulan las variables deliberadamente y en el que se analizan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural. El mismo es de carácter *transversal*, definido por Ortiz (2004) como un tipo de diseño en el que se plantea la relación entre diversas variables de estudio, en un solo momento temporal. Esto es la descripción de la existencia, o no, de riesgo suicida, desesperanza y depresión en la población mayor residente en la Gran Caracas en el año 2019.

5.4 Participantes

5.4.1 Población.

De acuerdo con Tamayo y Tamayo (2003), la población es la “totalidad de un fenómeno de estudio, incluyendo la totalidad de unidades de análisis o entidades de población donde integran dicho fenómeno y que deben de cuantificarse para determinado estudio integrado por un conjunto de entidades que participan de una determinada característica” (p. 176). Por lo tanto, se identifica que la población de interés para el presente estudio está compuesta por los adultos mayores: personas mayores de 60 años de edad, tanto hombres como mujeres, residentes de la Gran Caracas, ubicada en la República Bolivariana de Venezuela. Para el presente estudio, no se tomaron en cuenta pacientes hospitalarios ni aquellos que residieran en hogares geriátricos.

A partir de los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística, en su último censo realizado en el año 2011, en el Distrito Capital se contó con una población de

159.585 personas mayores de 65 años; y en base a estos datos, en el año 2013 se realizó una estimación en la cual se esperaba que para el año 2019 existieran 197.544 personas mayores, de entre 65 a 80 años. No se cuentan con datos estadísticos oficiales que puedan confirmar la cantidad exacta y actual de la población de estudio, por lo que se tomará en cuenta la estimación realizada por el INE como referencia de dicho conjunto.

5.4.2 Muestra y tipo de muestreo.

Para la selección de la porción de la población a estudiar, ésta se realizó mediante un muestreo no probabilístico, ya que tomando en cuenta los recursos disponibles, no se buscaba dar representatividad en los resultados. En este tipo de muestras, Hernández et al. (2010) señalan que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (siendo en este caso, la edad).

La estrategia de muestreo realizado fue de carácter mixto: es decir, se acudió tanto al muestreo por oportunidad (casos que de manera fortuita se presentaron justo cuando los necesita) como por conveniencia (casos disponibles a los cuales se tuvo acceso) y por cadena (a partir de la identificación de participantes clave, se les preguntó si conocían a otras personas que pudieran proporcionar sus datos) (Hernández et. al., 2014).

Para definir el tamaño muestral, se tomó en cuenta la recomendación hecha por Hernández et. al. (2014), donde se consideran 64 casos mínimo para los análisis de correlación de una cola. En total, participaron setenta y cinco (75) personas, de ambos sexos, entre los 60 y 86 años de edad, que accedieron a responder de forma voluntaria los instrumentos dados por la investigadora.

Tabla 1

Límites y promedios de edad de la muestra

N	Válidos	75
	Perdidos	0

Media	67.8
Mediana	66
Moda	68
Desv. típ.	6.262
Mínimo	60
Máximo	86

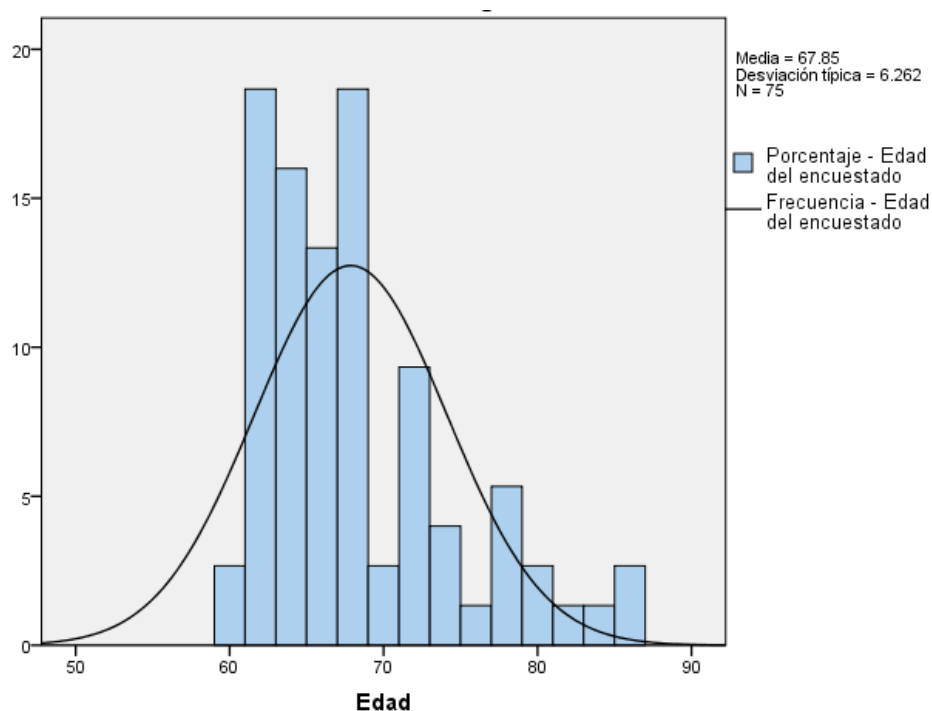


Figura 1. Histograma de la distribución de edad de la muestra.

Como lo muestra la Tabla 1 y la Figura 1, las edades de la muestra (n=75) variaron en un rango que iba desde los 60 años de edad hasta los 86 años como máximo. Se estipuló que el promedio de edades de la muestra fueron los 68 años de edad, misma edad que compartieron la mayoría de los individuos de estudios.

Tabla 2.

Distribución de la muestra en función de las variables sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo del encuestado	Masculino	33	44.0%

	Femenino	42	56.0%
Estrato Socioeconómico	Estrato I – Alto	8	10.7%
	Estrato II - Medio Alto	18	24.0%
	Estrato III - Medio Bajo	37	49.3%
	Estrato IV – Obrero	11	14.7%
	Estrato V - Pobreza extrema	1	1.3%
Municipio en el que reside	Baruta	10	13.3%
	Chacao	10	13.3%
	El Hatillo	0	.0%
	Libertador	29	38.7%
	Sucre	26	34.7%
Profesión	Universitaria o alta gerencia	39	52.0%
	Técnica superior, medianos comerciantes o productores	10	13.3%
	Empleados sin profesión universitaria	12	16.0%
	Obrero especializado	10	13.3%
	Obrero no especializado	4	5.3%
Estatus laboral	Desempleado	18	24.0%
	Jubilado	34	45.3%
	Laboralmente activo	23	30.7%
Jefe de Familia	Participante	49	65.3%
	Cónyuge o Pareja	12	16.0%
	Hermanos u otros familiares	3	4.0%
	Hijos	11	14.7%
	Otros	0	.0%
Diagnóstico de enfermedad	Hipertensión arterial	19	25.3%
	Diabetes	8	10.7%
	Enfermedad renal	2	2.7%
	Cáncer	3	4.0%
	Condición Neurológica	1	1.3%
	Otra	15	20.0%
	Ninguna	27	36.0%
Antecedentes de condición psiquiátrica o psicológica	No	68	91.9%
	Si	6	8.1%

En cuanto al sexo de la muestra, de 75 participantes en total, se identificó que 42 individuos fueron del sexo femenino (56%) mientras que 33 personas fueron del sexo masculino (44%). Respecto al estrato socioeconómico de los participantes, se pudo

observar que el Estrato V sólo estuvo conformado por 1 persona de las 75 que conformaron la muestra. El Estrato I, fue el segundo con menor cantidad de participantes (6 – 10%). En mayor medida los participantes se ubicaron tanto en el Estrato IV (11 personas – 15%) como en el Estrato II (18 personas – 24%). En base a esto, la mitad de la muestra (49% - 37 sujetos) se ubicaron en el estrato Medio Bajo.

Los participantes se ubicaron en los siguientes municipios: Libertador (38,67%), Sucre (34,67%), Chacao (13,33%) y Baruta (13,33%). No se contó con individuos que residieran en el municipio El Hatillo. Un poco más de la mitad (52%) de la muestra estuvo conformada por personas con estudios universitarios o de alta gerencia, seguidos por los empleados sin estudios superiores (16%), aquellos con un grado de técnico superior o especialización en un oficio (13,3% cada uno) y un 5,3% eran obreros no especializados. Casi la mitad de los sujetos se encontraban jubilados (45,3%), siguiendo con una cantidad notable de personas laboralmente activas (30,7%) y el resto indicó estar desempleado (24%). La mayoría de los participantes se identificó como los jefes de familia (65,3%), mientras que en otros casos el cónyuge (16%), los hijos (14,7%) y los hermanos (4%) se encuentran a cargo del hogar.

Respecto al diagnóstico de enfermedad médica, 19 participantes indicaron padecer de hipertensión arterial, 8 sujetos padecen de diabetes, 3 de cáncer, 2 individuos se encontraron con una enfermedad renal, 1 participante indicó tener una condición neurológica, 15 revelaron tener otras condiciones médicas y 27 no reportaron alguna enfermedad significativa. Respecto a alguna condición psiquiátrica o psicológica, 68 personas expresaron que no habían recibido algún diagnóstico previo en ese aspecto, mientras que 6 participantes sí tuvieron una alteración psicológica.

5.5 Materiales.

- **Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15):** Es la única escala de depresión específicamente construida para ancianos, y busca detectar la posible presencia de depresión. Se utilizó la versión abreviada de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986), la cual se encuentra disponible en español. Se piden respuestas de sí y no y es heteroaplicable, es decir, ha de ser administrada por parte de un clínico. El marco temporal de referencia es de las últimas dos semanas (Bobes et. al., 2015).

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** Evalúa la gravedad del cuadro depresivo, mediante 21 afirmaciones que toman en cuenta los síntomas clínicos y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Puede ser autoaplicado, y toma en cuenta cómo se ha sentido la persona durante las últimas dos semanas. Ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Usereos (Bobes et. al., 2015).
- **Escala de Desesperanza de Beck (HS) (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974):** Este instrumento ha sido diseñado para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Es autoaplicable y está compuesto por 20 ítems de respuestas dicotómicas verdadero - falso (Bobes et. al., 2015).
- **Evaluación de Riesgo Suicida de Plutchik (RS):** Esta es una escala que se encarga de evaluar la presencia de riesgo suicida. Consta de 15 ítems cuyas respuestas son de sí o no, y es autoaplicable. Incluye aspectos relacionados con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas (Bobes, Paz, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2015).
- **Cuestionario sociodemográfico:** Es un cuestionario desarrollado por la investigadora, que busca obtener información de los individuos que se considera pertinente para los fines del estudio. Se solicitan los datos sobre los siguientes aspectos: edad, sexo, municipio de residencia, estado civil, estatus laboral, profesión, diagnóstico de enfermedad, diagnóstico de condición psicológica o psiquiátrica previo y nivel socioeconómico. Para la evaluación de este último se incluyó el Método de Estrato Socioeconómico de Graffar, adaptado para población venezolana por Méndez-Castellano (1994), el cual contempla la profesión del jefe y de la madre de familia, junto a la principal fuente de ingresos económicos y las condiciones de la vivienda en la que residían los sujetos de estudio.
- Lápices para anotación

5.6 Procedimiento.

5.6.1 Fase Preparatoria.

En la primera etapa, la fase preparatoria, se consignó tanto el cronograma de trabajo para el cumplimiento de los distintos aspectos de la investigación como los materiales necesarios para la recolección de información en los futuros participantes además de seleccionar el diseño de investigación, la elaboración de las hipótesis a contrastar, los instrumentos de medición (Ver Apéndice A, Apéndice B, Apéndice C, Apéndice D, Apéndice E) y el tipo de muestreo respecto a la población de estudio.

Cuando estuvieron disponibles estos materiales y luego de haber sido aprobados, se dio inicio al trabajo de campo.

5.6.2 Fase de Evaluación.

Para el abordaje, se realizó de manera tanto intencional como imprevista y aleatoria a diversos adultos mayores, tomando en cuenta los criterios de residencia dentro de la Gran Caracas y de edad. Basándose en las diversas modalidades de muestreo, se puede puntualizar a los mismos: fue por oportunidad al acudir a participantes que se encontraban en espacios públicos, como boulevards y plazas, y transporte público en zonas comunes en el día a día de la investigadora, fue un muestreo por conveniencia al solicitar la información a personas de la tercera edad ya conocidas, y también se dio un muestreo en cadena, al solicitar tanto a los participantes como a otras personas, que pudieran extender los instrumentos a otros sujetos que reunieran los requisitos solicitados (que fueran mayores de 60 años y que residieran en la ciudad capital del país).

La aplicación de los instrumentos fue tanto de forma presencial como digital (haciendo uso de Google Forms), y en dos modalidades: auto-administrada, en la que los participantes respondían a medida que iban leyendo los ítems, y hetero-administrada, cuando era necesario que la investigadora fuese leyendo en voz alta las preguntas a los participantes, por razones como la ausencia de lentes al momento de la aplicación, dificultad para leer y entender las preguntas por su parte, por no contar con el espacio adecuado para que la persona pudiera contestar cómodamente por sí misma y por una

preferencia manifiesta de esta modalidad, las cuales fueron expresadas por iniciativa propia de los sujetos.

Previamente a serles presentados los instrumentos, se les informó a los sujetos de estudio la finalidad de recabar tal información, la cual era con un fin meramente de investigación académica, y se solicitaría el consentimiento de los individuos para responder los cuestionados provistos por la investigadora. Se les aclaró que era un estudio confidencial, y no requería de datos de identificación como su nombre, cédula o dirección detallada de residencia. Se incluirían en la investigación aquellos que aceptaran participar de manera voluntaria y se descartaría a quienes no desearan formar parte del estudio.

Los sujetos de estudio procedieron a responder el Cuestionario Sociodemográfico, la Escala de Depresión Geriátrica, el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, y se les proveyó lápices para el llenado de los mismos. Se estimó que este proceso tendría una duración no mayor a 20 minutos por persona. Se contó con la presencia de la investigadora para la entrega y recolección de los cuestionarios, disponible para la indicación de instrucciones y para aclarar cualquier duda que surgiera en los participantes. Al culminar, se les agradeció por su tiempo e información. Al lograr cumplir con la cantidad de recaudos en base al tamaño mínimo sugerido por la literatura y considerando el tiempo estipulado para la clausura de la investigación, se dio por terminada la etapa de recolección de datos.

5.6.3 Fase de análisis.

Al haberse recolectado los datos mediante las distintas escalas, estos fueron vaciados en una base de datos creada el software SPSS versión 21. Mediante dicho programa, se hizo en primera instancia un análisis descriptivo (frecuencia y porcentajes) de las variables predichas (depresión, desesperanza y riesgo suicida), para luego analizar las variables sociodemográficas como la edad (media, máximo, mínimo y desviación típica), sexo, municipio, profesión, estatus laboral, estrato socioeconómico, y diagnóstico de enfermedad y de condiciones psiquiátricas o psicológicas.

En una segunda fase, se realizó el análisis de correlaciones entre variables predictoras y predichas, mediante el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson y de Spearman, al ser en su mayoría variables nominales y ordinales. Todos los resultados estuvieron acompañados de sus respectivas tablas, junto a gráficos si eran pertinentes, para ser observados con mayor facilidad los análisis de las variables planteadas.

VI. Resultados

En este apartado, se desplegará la información recolectada de los diversos instrumentos de medición seleccionados para el presente estudio. Inicialmente se mostrarán los datos correspondientes a un orden descriptivo, con el fin de conocer cuáles fueron los resultados de las variables principales de interés. Seguidamente, se procederá a la descripción de las variables predictoras, las cuales abarcan condiciones que ya poseían los distintos sujetos, y que permiten la comprensión en cuanto a cómo estaba conformada la muestra. Para esta primera división se presentarán tablas con las frecuencias y porcentajes representativos de cada sub-apartado que sean de relevancia, junto a gráficos como los de barras, de torta e histograma, que faciliten la visibilidad de tales resultados.

Seguido de esto, en una segunda parte, en base a los datos descriptivos arrojados por la muestra, se procederá al uso de estadísticos que permitirán analizar la correlación entre las variables predictoras y predichas de esta investigación, de modo que puedan confirmarse o rechazarse las hipótesis planteadas, en cuanto a la influencia que tienen entre ellas mismas.

6.1 Descriptivos

Para iniciar con la descripción de los datos obtenidos y en virtud del objetivo general de la investigación, en primera instancia se presentarán los niveles reportados de depresión, desesperanza y riesgo suicida de la muestra. Posteriormente, se presentarán los datos obtenidos diferenciados principalmente por sexo y estrato socioeconómico, mientras que se tomarán como complementarios los resultados por estado civil, profesión, estatus laboral, jefes de familia, diagnóstico de enfermedad médica y condiciones psiquiátricas o psicológicas (variables predichas). De modo que puedan quedar plasmadas las características de los individuos que accedieron a formar parte del estudio. Al ser las variables de carácter nominal y ordinal, se estarán expresando las frecuencias de respuesta en porcentajes y proporciones.

6.1.1 Depresión, desesperanza y riesgo suicida (variables predichas).

En esta división, se exhibirán los diversos rangos de puntaje de la muestra en cuanto a las variables predichas se refiere, procedentes del cálculo de los cuatro instrumentos psicométricos previamente seleccionados: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Desesperanza de Beck (HS) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS). Se plasmarán las frecuencias de los puntajes obtenidos y el porcentaje que representan en la totalidad de la muestra y en base a las variables consideradas para los objetivos específicos del estudio. Al finalizar este apartado, se incluirán las frecuencias obtenidas

6.1.1.1 Depresión.

Tabla 3

Nivel de Depresión obtenido en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal	63	84.0	84.0
	Depresión leve	9	12.0	96.0
	Depresión severa	3	4.0	100.0
	Total	75	100.0	

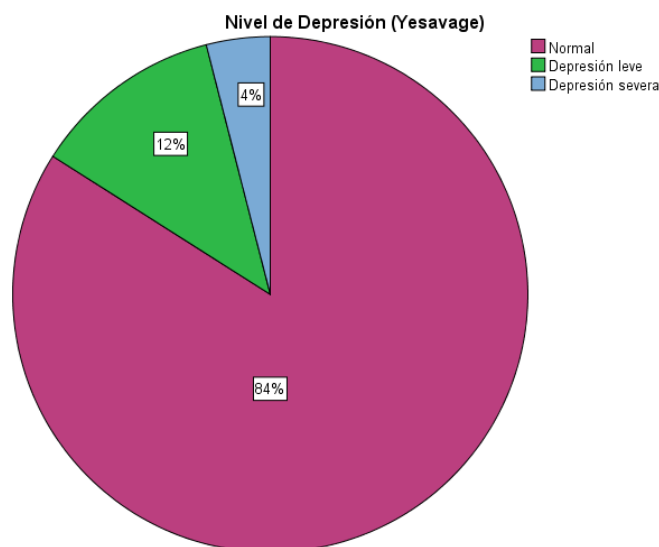


Figura 2. Porcentaje de depresión, según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

En la tabla 3 y figura 2, se pueden observar los niveles de depresión que reportó la muestra obtenida, en base a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Se identifica que un 84% no presenta depresión, mientras que un 16% sí, distribuido mayormente en los niveles de depresión leve (12%) y severa (4%).

Tabla 4.

Nivel de Depresión obtenido por el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Mínima	62	82.7	84.9
	Leve	4	5.3	90.4
	Moderado	5	6.7	97.3
	Grave	2	2.7	100.0
	Total	73	97.3	
Perdidos	Perdidos	2	2.7	
Total		75	100.0	

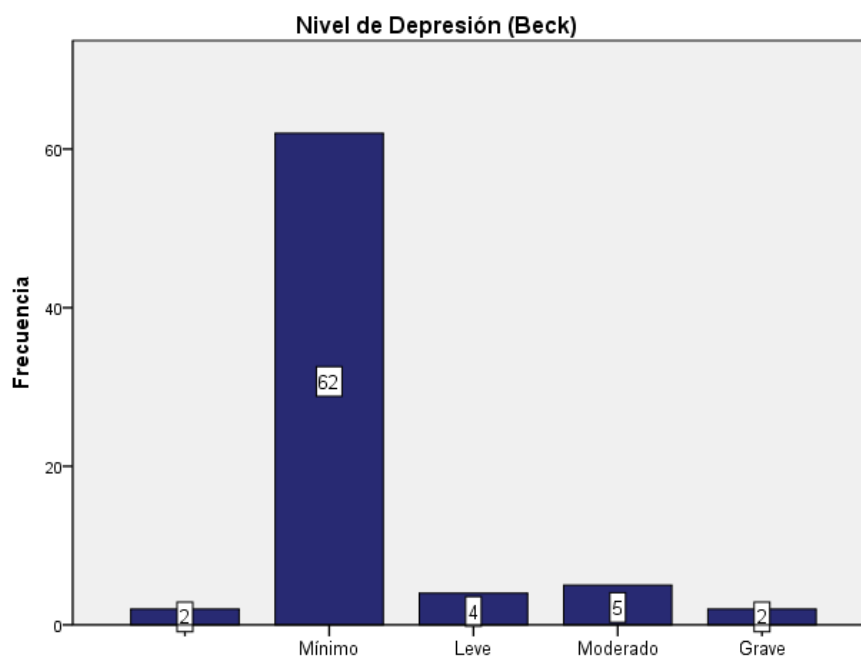


Figura 3. Frecuencia en los niveles de depresión obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

De forma similar, a partir del puntaje obtenido por el Inventario de Depresión de Beck, en la Tabla 4 y Figura 3 se refleja que el 15% de la muestra presentó diversos niveles de depresión, siendo el mayor el nivel “moderado” con un 6,7% de la totalidad de la muestra. Esto implica que un 85% (62 participantes) expresó no presentar síntomas característicos de un cuadro depresivo. Del conjunto completo, se presentaron 2 casos perdidos o inválidos para esta variable, debido a que no respondieron a la mayoría de los ítems del instrumento, lo que imposibilitó el cálculo del mismo.

Tabla 5.

Niveles de depresión en base a sexo y estrato socioeconómico.

		Nivel de Depresión (GDS)						Nivel de Depresión (BDI-II)							
		Normal		Leve		Severa		Mínima		Leve		Moderado		Grave	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo	Masculino	29	38.7%	4	5.3%	0	.0%	30	41.1%	1	1.4%	0	.0%	1	1.4%
	Femenino	34	45.3%	5	6.7%	3	4.0%	32	43.8%	3	4.1%	5	6.8%	1	1.4%
Estrato Socioeconómico	Estrato I - Alto	6	8.0%	0	.0%	2	2.7%	6	8.2%	0	.0%	2	2.7%	0	.0%
	Estrato II - Medio	15	20.0%	2	2.7%	1	1.3%	15	20.5%	1	1.4%	1	1.4%	1	1.4%
	Alto														
	Estrato III - Medio	32	42.7%	5	6.7%	0	.0%	32	43.8%	3	4.1%	2	2.7%	0	.0%
	Bajo														
	Estrato IV - Obrero	9	12.0%	2	2.7%	0	.0%	9	12.3%	0	.0%	0	.0%	0	.0%
	Estrato V - Pobreza extrema	1	1.3%	0	.0%	0	.0%	0	.0%	0	.0%	0	.0%	1	1.4%

En la Tabla 5, se pueden observar los niveles de depresión obtenidos mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), diferenciados por sexo. Ante los resultados obtenidos por el GDS, se puede señalar que de los participantes masculinos, sólo 5.33% indicaron presentar depresión leve, mientras que 38.67% indicó encontrarse bajo puntajes normales en cuanto a esto. Por su parte, de las participantes del sexo femenino, 6.67% manifestó tener depresión leve, 4% reportó depresión severa, mientras que 45.33% se encontraban dentro de los criterios de normalidad y no son diagnosticados de depresión. En cuanto a los resultados del BDI-II, 30 de los

participantes masculinos presentaron indicadores mínimos de depresión, mientras que sólo 1 sujeto se ubicó tanto en el nivel leve y grave de depresión. Las mujeres presentaron mayores niveles de depresión que los hombres: 5 obtuvieron un nivel moderado de depresión, 3 se encontraron en un nivel leve, y 1 en nivel grave, por lo que 32 participantes presentaron indicadores mínimos de depresión.

En base a los estratos socioeconómicos, en el estrato I se encontraron 6 participantes que no presentaron depresión en ambos instrumentos, y los 2 participantes restantes se ubicaron en un nivel de depresión severa en el GDS mientras que en el BDI-II se encontraban en un nivel moderado. El estrato II, de 18 participantes, 15 no manifestaron tener depresión, mientras que 2 sujetos se encontraron entre los niveles leve y moderado, y 1 sujeto se ubicó en un nivel grave de depresión en ambas mediciones. Del estrato III, 5 participantes se ubicaron entre niveles de depresión leve y moderado, no se halló ninguno en un estado de depresión severo, y 32 indicaron no tener depresión. En el estrato obrero (IV), casi todos no indicaron tener depresión, aunque en el GDS dos (2) participantes reflejaron tener niveles mínimos de depresión, pero estos no se encontraron reflejados en el BDI-II, al no haber respondido la mayoría de los ítems. Del estrato V, el más bajo, llama la atención que participante correspondiente a dicho nivel socioeconómico se ubicó en el GDS en los rangos normales y, posteriormente, en el BDI-II obtuvo un nivel grave de depresión.

6.1.1.2 Desesperanza.

Tabla 6

Nivel de Desesperanza obtenido por la Escala de Desesperanza (HS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Asintomático	40	53.3	53.3
	Leve	29	38.7	92.0
	Moderada	4	5.3	97.3
	Severa	2	2.7	100.0
	Total	75	100.0	

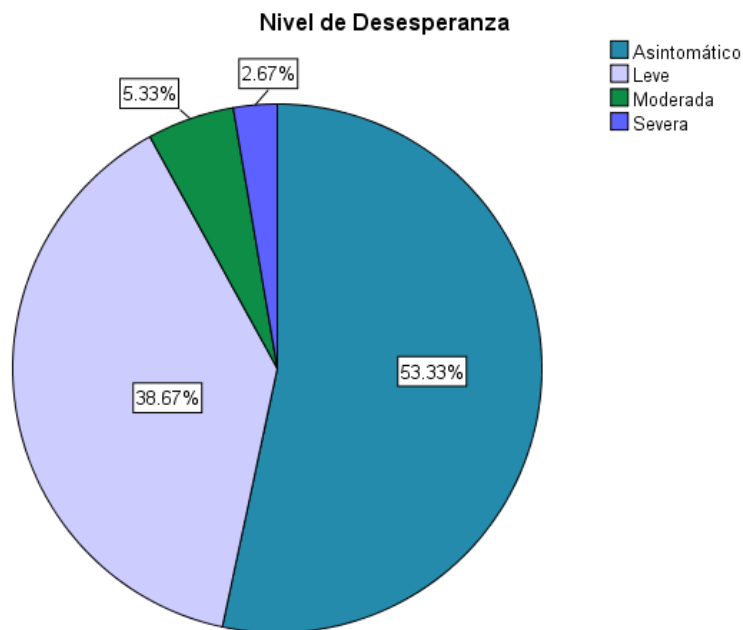


Figura 4. Porcentajes de los niveles de desesperanza

En cuanto a los niveles de desesperanza obtenidos por la Escala de Desesperanza (HS) de Beck, es notorio observar, en la Tabla 6 y Figura 4, que la muestra obtuvo puntuaciones casi iguales para expresar los niveles de desesperanza que estaban experimentando. Como bien se observa, un 53% no siente desesperanza plenamente dicha. De un 46,7% que sí reportaron tener desesperanza, en su mayoría (38,7%) reflejaron índices leves de dicho constructo. Casi el 8% de la muestra indicó tener sintomatología más grave en lo que concierne a la desesperanza.

Tabla 7.

Niveles de desesperanza en base a sexo y estrato socioeconómico

		Nivel de Desesperanza									
		Asintomático		Leve		Moderada		Severa		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sexo	Masculino	16	21.3%	16	21.3%	0	.0%	1	1.3%	33	44.0%
	Femenino	24	32.0%	13	17.3%	4	5.3%	1	1.3%	42	56.0%
Estrato Socioeconómico	Estrato I - Alto	5	6.7%	1	1.3%	2	2.7%	0	.0%	8	10.7%
	Estrato II - Medio Alto	9	12.0%	7	9.3%	1	1.3%	1	1.3%	18	24.0%
	Estrato III - Medio Bajo	18	24.0%	18	24.0%	1	1.3%	0	.0%	37	49.3%
	Estrato IV - Obrero	8	10.7%	3	4.0%	0	.0%	0	.0%	11	14.7%
	Estrato V - Pobreza extrema	0	.0%	0	.0%	0	.0%	1	1.3%	1	1.3%
	Total	40	53.3%	29	38.7%	4	5.3%	2	2.7%	75	100.0%

Tomando como referencia a la Tabla 7, se puede decir respecto a los niveles de desesperanza encontrados, que tanto un participante de ambos sexos expresó tener desesperanza severa. 4 de los sujetos femeninos manifestaron un nivel moderado, mientras que 13 mujeres indicaron un nivel leve de desesperanza y 24 indicaron no tener este tipo de expectativas. En cuanto a los hombres, 16 sujetos no presentaron desesperanza, pero otros 16 indican tener desesperanza leve y ninguno mostró un nivel moderado de dicha variable.

De los estratos socioeconómicos, en el estrato III se presentaron los mayores niveles de desesperanza leve (24%), seguido por el estrato II (9.3%), y en menor medida el estrato IV (4%) y I (1.3%). El nivel de desesperanza moderado se ubicó mayormente entre el estrato I (2.7%), II (1.3%) y III (1.3%). En cuanto a la desesperanza severa, los dos (2) participantes se ubicaron tanto en el estrato II y V. La ausencia de desesperanza representó al 6.7% del estrato I, el 12% del estrato II, el 24% del estrato III y el 10.7% del estrato IV.

6.1.1.3 Riesgo suicida.

Tabla 8.

Puntajes obtenidos en la Escala de Riesgo Suicida (RS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin riesgo	71	94.7	94.7
	Con riesgo suicida	4	5.3	100.0
	Total	75	100.0	

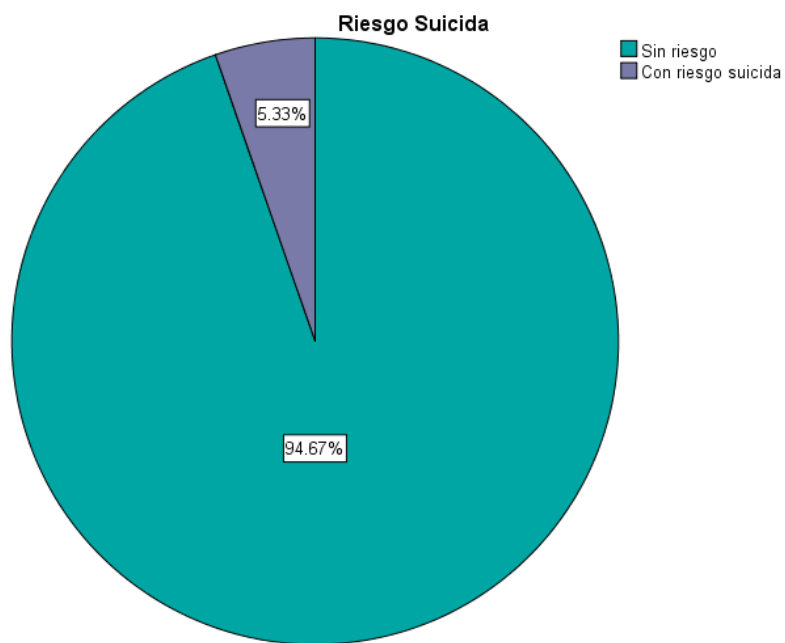


Figura 5. Porcentaje de puntajes respecto al riesgo suicida identificado

En cuanto a la medida de riesgo suicida en la población, observados en la Tabla 8 y Figura 5, un 5% (correspondiente a 4 de 75 participantes) reveló tener indicadores que pueden afirmar de que existe mayor posibilidad de que pueda ocurrir un intento o acto suicida posteriormente.

Tabla 9.

Riesgo suicida en base a sexo y estrato socioeconómico

		Riesgo Suicida					
		Sin riesgo		Con riesgo suicida		Total	
		F	%	F	%	F	%
Sexo del encuestado	Masculino	33	44.0%	0	.0%	33	44.0%
	Femenino	38	50.7%	4	5.3%	42	56.0%
Estrato Socioeconómico	Estrato I - Alto	7	9.3%	1	1.3%	8	10.7%
	Estrato II - Medio Alto	17	22.7%	1	1.3%	18	24.0%
	Estrato III - Medio Bajo	35	46.7%	2	2.7%	37	49.3%
	Estrato IV - Obrero	11	14.7%	0	.0%	11	14.7%
	Estrato V - Pobreza extrema	1	1.3%	0	.0%	1	1.3%
	Total	71	94.7%	4	5.3%	75	100.0%

A partir de los resultados obtenidos en la Tabla 9, se ubicaron a 4 participantes, del sexo femenino, que presentaron indicadores de riesgo suicida, representando a un 5.3% de la población. No existieron participantes masculinos que indicaran dicho riesgo.

De los individuos con riesgo, 2 se ubicaron en el estrato III, correspondiente al nivel socioeconómico Medio Bajo, 1 persona en el estrato Medio Alto y 1 persona en el estrato Alto. En los demás estratos no se contaron con los indicadores de riesgo suicida.

6.1.3 Ítems complementarios.

En este apartado se deseó ampliar la descripción de la muestra de estudio al insertarse otras variables sociodemográficas que fueron recolectadas, como lo es el estado civil, la profesión de los participantes, el estatus laboral, los jefes de familia, y diagnósticos previos de alguna enfermedad y de condiciones psiquiátricas o psicológicas. Esto con el fin

de describir a la muestra en su totalidad y a los resultados obtenidos en desesperanza, desesperanza y riesgo suicida.

6.1.3.1 Suicidio reportado en familiares.

Para poder realizar mayores aportaciones frente al fenómeno del suicidio, se decidió extraer los resultados obtenidos en uno de los ítems que compone a la Escala de Riesgo Suicida (RS), el cual indica si los participantes han tenido algún familiar que haya realizado un intento suicida previamente.

Tabla 10.

Intentos de suicidio en familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	12	16.0	16.0
	No	63	84.0	100.0
	Total	75	100.0	

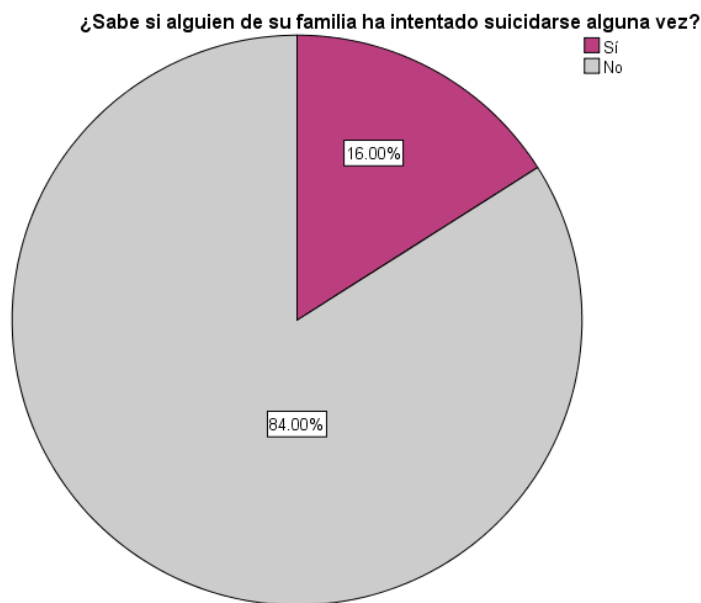


Figura 6. Intentos de suicidio en familiares

Atañendo a las respuestas recibidas en el ítem 11 de la Escala de Riesgo Suicida, la Tabla 11 y la Figura 6 muestran que 16% de los participantes expresaron que es de su conocimiento que algún familiar ha intentado suicidarse.

6.2 Inferenciales

Para poder dar respuesta ante los objetivos planteados, se realizó un análisis entre la relación de las variables predictoras, como lo es sexo y estrato socioeconómico, y las predichas (depresión, desesperanza y riesgo suicida). Inicialmente se presentarán gráficos que permitan visualizar la distribución de los participantes en los niveles percibidos, en base a las variables ya mencionadas. Para poder afirmar si estas disposiciones implican un tipo de relación significativa, se empleará el estadístico de correlación de Pearson para la relación con el sexo (al ser una variable nominal) y el coeficiente de Spearman para las relaciones con el estrato socioeconómico, al tratar con variables ordinales (niveles). Posteriormente, se corroborará si otras variables medidas, no mencionadas en los objetivos planteados, muestran relación significativa con las variables principales de investigación mediante el coeficiente de Spearman.

6.2.1 Sexo.

Tabla 11.

Correlación entre el sexo y las variables predictoras

		Nivel de Depresión (GDS)	Nivel de Depresión (BDI-II)	Nivel de Desesperanza	Riesgo Suicida
Sexo del encuestado	Correlación de Pearson	.143	.186	-.003	.210
	Sig. (bilateral)	.222	.115	.980	.070
	N	75	73	75	75

En la Tabla 11, se pueden observar los puntajes obtenidos por el coeficiente de correlación de Pearson. No se encontró alguna relación lineal estadísticamente significativa

(Sig. $>0,01$) entre el sexo de los participantes y las variables predichas (Depresión, Desesperanza y Riesgo Suicida). Tales resultados indican que no hay diferencias estadísticamente significativas, rechazando la primera hipótesis alternativa planteada.

6.2.2 Estrato socioeconómico.

Tabla 12.

Correlación entre el estrato socioeconómico y las variables predictoras

			Nivel de Depresión (GDS)	Nivel de Depresión (BDI-II)	Nivel de Desesperanza	Riesgo Suicida
Rho de Spearman	Estrato Socioeconómico	Coeficiente de correlación	-.080	-.094	-.061	-.118
		Sig. (bilateral)	.496	.430	.604	.313
		N	75	73	75	75

En la Tabla 12, podemos observar los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos. Los mismos establecen que no hay relación significativa (>0.01) al momento de comparar el estrato socioeconómico con los niveles de Depresión, Desesperanza y Riesgo Suicida. Esto confirmaría la segunda hipótesis nula, rechazando la hipótesis alternativa (H2).

6.2.3 Otras variables sociodemográficas.

Tomando en cuenta que se recolectaron otros datos concernientes a la descripción sociodemográfica de la muestra, se buscará explorar si otros aspectos de los sujetos se encuentran relacionados con los niveles de depresión, desesperanza y riesgo suicida reportados. Para ello, se presentarán los puntajes de correlación arrojados en cuanto a: el estado civil, el nivel de profesión de los participantes, el estatus laboral en el que se encuentran actualmente, quienes asumen el rol de jefe de familia, junto a los diagnósticos previos de enfermedad física o de alguna condición psiquiátrica o psicológica.

Tabla 13.

Correlaciones de Spearman con otras variables sociodemográficas

			Nivel de Depresión (GDS)	Nivel de Depresión (BDI-II)	Nivel de Desesperanza	Riesgo Suicida
Rho de Spearman	Estado Civil	Coeficiente de correlación	.137	.136	.112	-.118
		Sig. (bilateral)	.245	.254	.341	.315
		N	74	72	74	74
	Profesión	Coeficiente de correlación	-.075	.144	-.257*	-.055
		Sig. (bilateral)	.523	.224	.026	.639
		N	75	73	75	75
	Estatus laboral	Coeficiente de correlación	-.089	-.293*	-.180	-.175
		Sig. (bilateral)	.450	.012	.121	.132
		N	75	73	75	75
	Jefes de Familia	Coeficiente de correlación	.312**	.269*	.079	.222
		Sig. (bilateral)	.006	.021	.503	.055
		N	75	73	75	75
	Enfermedad	Coeficiente de correlación	.015	-.066	-.096	.071
		Sig. (bilateral)	.898	.581	.413	.544
		N	75	73	75	75
	Diagnóstico previo de condición psiquiátrica o psicológica	Coeficiente de correlación	.127	.249*	.266*	-.071
		Sig. (bilateral)	.282	.035	.022	.548
		N	74	72	74	74

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 13, se condensan todas las variables sociodemográficas restantes y los puntajes de correlación obtenidos. En base a la misma, se puede afirmar que existen

relaciones significativas ($<0,05$), tanto de forma negativa como positiva. En cuanto a las diferencias negativas, el estatus laboral se encuentra vinculado con la depresión, específicamente con la reportada por el BDI-II ($r=-0.293$, Sig 0.012), lo que implica que a mayor desempleo o menor actividad económica, mayores serán los niveles de depresión. De forma positiva, correlaciona los niveles de depresión con los jefes de familia ($r=0.312$ y 0.269 , Sig 0.006) y el diagnóstico previo de una condición psiquiátrica o psicológica ($r=0.249$, Sig 0.035). Esto indica que mientras la responsabilidad del hogar recaiga en otras personas y a medida que existan antecedentes previos de alteraciones mentales, mayor será la propensión a desarrollar depresión.

De forma similar, respecto a la variable de desesperanza, se encontró que existe una relación positiva con el diagnóstico previo de una condición psiquiátrica o psicológica ($r=0.266$, Sig 0.022), lo que indica que tales antecedentes pueden orientar al desarrollo de desesperanza en los sujetos. La profesión muestra una relación que tiende hacia el polo negativo ($r=-0.257$, Sig 0.026), lo que indicaría que, a mayor especialización tengan los individuos, existe mayor propensión a desarrollar expectativas y atribuciones negativas respecto a su futuro (desesperanza).

VII. Discusión

En base a los resultados anteriormente presentados, se pudo contar que de los 75 participantes quienes respondieron voluntariamente a este estudio, se encontraron indicadores suficientes para poder afirmar que, para el momento dado, un 16% está padeciendo de depresión, cerca de la mitad de los sujetos reporta desesperanza (46%), y, en menor medida, riesgo suicida (5.3%). Es importante mencionar que no se encontraron investigaciones venezolanas y recientes con los cuales contrastar los resultados obtenidos, resaltando el carácter descriptivo del conjunto de participantes de la presente investigación, siendo el objetivo principal de la misma.

Respecto al constructo de depresión se hizo uso de dos instrumentos: la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), con el fin de que pudiera tenerse una medición más acertada respecto a este fenómeno. Esto se debe a que el GDS se enfoca en los factores emocionales, descartando a los biológicos, ya que éstos pudieran estar más relacionados con el deterioro biológico del anciano, que con los síntomas depresivos. En ambos, se obtuvieron resultados que afirmaban la presencia de depresión en alrededor del 16% de la muestra, por lo que no hubo una diferencia notoria en los puntajes. En cuanto a los niveles de depresión, la mayoría se ubicó en los niveles leve y moderado.

Frente a las diferencias por sexo, no existieron diferencias altas ni estadísticamente significativas entre los mismos. Al realizar una comparación de los participantes de la muestra masculina con las participantes femeninas, estas últimas presentaron mayor porcentaje de depresión en ambos instrumentos. En el GDS, un 5.33% de los hombres del conjunto de estudio presentó depresión (leve únicamente) mientras que un 6.67% de las mujeres presentó depresión leve y un 4% depresión severa, conformando un 10% de la muestra. Por su parte, en el BDI-II se vio una tendencia similar a la mostrada con el instrumento anterior: un 2.74% de los hombres presentó depresión entre leve y grave, mientras que en las mujeres hubo un 4.1% que reportó depresión leve, un 6.85% depresión moderada y un 1.37% depresión grave; siendo un total de 12.32%.

A pesar de que esa relación no es significativa, es importante señalar que estos hallazgos concuerdan con los datos de la Organización Mundial de la Salud (2018), que

demuestra que las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión, la cual es una de las problemáticas de salud mental más comunes en las mujeres, junto a la ansiedad y las quejas somáticas. Igualmente, coinciden con los datos obtenidos en otras investigaciones empíricas realizadas en Latinoamérica, cuyos resultados indicaron que existe mayor prevalencia en las mujeres, en especial aquellas mayores de 60 años, a presentar depresión en Colombia (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz, 2004), Costa Rica (Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004), Cuba (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015) y México (Pando, Aranda, Alfaro, Mendoza, 2001; De los Santos y Carmona, 2018).

Santander (2005) afirma que pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, el cual, claramente, no es modificable. Las mujeres presentan ciertas determinaciones biológicas, como: mayores niveles de monoaminooxidasa, cambios hormonales bruscos que provocan disforia y mayor vulnerabilidad a nivel tiroideo de padecer síntomas depresivos (García, Rodríguez, de Vos, y Van der Stuyft, 2012). Los factores de riesgo para los trastornos de salud mental que afectan a las mujeres en específico incluyen a la violencia, a los bajos ingresos económicos y desigualdad de los mismos, estatus social bajo, desventaja socioeconómica y la responsabilidad de cuidar a otros (OMS, s.f.).

Schimelpfening (2019) añade que otras investigaciones han identificado que las diferencias en la socialización (desde niñas se ha enseñado a las mujeres a ser más cuidadosas y más sensibles a las opiniones de los demás, por lo que buscan validación desde afuera), en estilos de afrontamiento (más enfocado a las emociones, con un estilo rumiativo), a la conflictividad en la atribución que se hace a los roles sociales femeninos (discriminación en el trabajo, la percepción devaluada por la sociedad respecto al ser amas de casa y madres) y a que en lo largo de la vida las mujeres experimentan más sucesos vitales estresantes, desarrollando mayor sensibilidad que los hombres; por lo que todos estos factores contribuyen a que haya mayor vulnerabilidad a desarrollar depresión.

Si bien en esta muestra se reportó que más mujeres que hombres presentan depresión, no se pudo corroborar una correlación estadísticamente significativa para afirmar que estas variables se encuentran interrelacionadas, ante lo cual se afirma que la diferencia en base al sexo se debe al azar. Esto coincide con la afirmación de

Schimelpfening (2019) en cuanto a que no habría una diferencia en la prevalencia de hombres y mujeres, sugiriendo que pudiera ser que las mujeres suelen buscar más ayuda que los hombres o que reportan sus síntomas de manera diferente, por lo que el diagnóstico es mayor.

Respecto al estrato socioeconómico, se observó que quienes manifestaron depresión leve (12% en el GDS), en su mayoría estaba conformada por personas del estrato medio-bajo, seguidas de quienes se encontraban en un estrato medio-alto y en el estrato obrero. Llama la atención que quienes reportaron depresión severa (4%), estaba comprendido por personas del estrato alto (2.67%) y medio-alto (1.33%). A pesar de esto, no se reportó que hubiera alguna diferencia estadísticamente significativa, por lo que la tendencia anteriormente mencionada se debe al azar. Esto difiere de lo planteado en investigaciones empíricas, quienes afirmaron que la depresión es más frecuente en quienes pertenecen en un estrato socioeconómico bajo o desfavorable, tomando en cuenta sus ingresos y condiciones de vivienda (Xu, Qin, Wang, Liang, Luo, Hu, Li, Xiao, 2016; Rodríguez y Puerta, 1997; OMS, 2017). Sin embargo, los resultados obtenidos si van acorde a los hallazgos de Zimmerman y Katon (2005), quienes no encontraron una disparidad robusta en los resultados y el estrato socioeconómico, y sugieren que otras variables como el estatus laboral son mejores predictores para la depresión.

Tomando en cuenta lo anterior, se procedió a la descripción y a la prueba de correlaciones entre otras variables sociodemográficas que fueron recolectadas de igual manera. En cuanto al estatus laboral de los participantes, se encontró la presencia de correlación significativa con los niveles de depresión, específicamente con los puntajes arrojados por el Inventario de Beck. Si bien es una correlación baja, la misma orienta que a mayor desempleo, mayor va a ser la depresión. Resultados similares se hallan en la investigación de Pando et al. (2001) y Gómez et. al. (2004), donde los adultos mayores desempleados manifestaron las tasas más altas de depresión.

El estado civil es otro de los factores de riesgo que se han identificado en cuanto a la depresión en el adulto mayor. En investigaciones, se han obtenido resultados que indican que las personas que se encuentran solas (separados/divorciados, solteros y viudos) tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión (Conde-Sala, 2000; Pando et al., 2001; Agudelo, Posada y Meneses, 2015; Llanes et. al., 2015; De los Santos y Carmona, 2018).

En la presente muestra, tanto personas que indicaron no tener una relación para el momento como aquellos que sí contaban con pareja, manifestaron presentar depresión. Al comparar porcentajes, se obtiene que: en el GDS, de un 16% con depresión, las personas casadas conformaron un 6.75% y las solteras, separadas y viudas un 8%; mientras que en el BDI-II, de un 15%, las personas con pareja significaron un 4% y aquellos que no tenían pareja un 7%. La diferencia en porcentajes no aparenta ser muy grande y tampoco se halló alguna correlación significativa entre variables, por lo que no existe correspondencia entre las características de la muestra con las afirmaciones planteadas por la literatura.

Por otro lado, se halló correlación de depresión respecto a quienes asumen el rol de jefes de familia. Es decir, mientras el jefe de familia recaiga en otras personas del conjunto familiar (como la pareja e hijos), mayor será la depresión. Este resultado surgió en ambos instrumentos de depresión, en el cual se observó que la depresión apareció en aquellos donde su núcleo familiar era económicamente sostenido por sus hijos –mayormente- y por la pareja. Esto concuerda con lo que plantean Wong, González y López (2014), al comentar que las personas, en esta etapa de sus vidas, tienen que aceptar su condición de dependencia económica frente a otros miembros de su familia y asumir su vulnerabilidad al no contar con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas.

Otro factor asociado ha sido la presencia de alguna enfermedad médica (Conde-Sala, 2000; Llanes et. al., 2015). Sin embargo, tampoco muestra relación alguna con la prevalencia de depresión. Esto pudiera estar vinculado con que las opciones presentadas por los participantes no involucraban aquellas que fueran incapacitantes y significaran un deterioro drástico y súbito o que fueran sumamente dolorosas (OPS, s.f.).

Para cerrar en cuanto a los factores que predisponen el surgimiento de depresión, otro elemento importante es contar con antecedentes previos de salud mental, en especial si es de depresión, tomando en cuenta la historia recurrente de la misma (Santander, 2005; Llanes et al., 2015). En base a los puntajes del BDI-II, los datos estadísticos arrojaron una correlación baja, pero significativa, apoyando tal afirmación.

Por otra parte, ha sido comprobado que uno de los más importantes síntomas psicológicos asociados a la depresión, es la desesperanza (Llanes et. al., 2015). Ante la medición hecha por la Escala de Desesperanza de Beck, se obtuvo que un 47% de la muestra de adultos mayores afirmó estar percibiendo este fenómeno. Esta está conformada

mayormente por un nivel de desesperanza leve (38.7%), lo cual pudiera dar expectativa de poderse intervenir en esta alteración, antes de que agrave.

En base a la teoría de desesperanza aprendida de Seligman (1972), esto no es una condición innata, sino que es aprendida: se desarrolla luego de estar sometidos bajo una serie de acontecimientos vitales negativos, incontrolables e inesperados, de las que se cree que no se hallará solución para cambiar tal situación. Es por ello que, si bien tomamos el contexto venezolano actual, en el que los individuos han sido sometidos a experiencias negativas y cambiantes en el desenvolvimiento de su día a día, por un tiempo prolongado, luego de varios años pudieran haber aprendido a esperar lo peor de una situación.

En base al sexo, los porcentajes de desesperanza obtenidas por hombres (22.6%) y mujeres (23.9%) son bastante similares, y por lo mismo no se confirmó que hubiera alguna vinculación significativa entre variables; coincidiendo con los resultados de Haatainen, Tanskanen, Kylmä, Honkalampi, Koivumaa, Hintikka y Viinamäki (2004). Tales estudios, inclusive el presente, apuntarían a que el desarrollo de desesperanza se debería a otras condiciones, como bajas condiciones financieras o reducida capacidad de trabajar, en especial durante la vejez.

En cuanto al estrato socioeconómico, quienes percibieron mayor desesperanza eran aquellos que pertenecen al estrato medio-bajo y medio-alto. Llama la atención que la proporción de participantes del estrato V, el más bajo, arrojó tener una depresión severa. Si bien no existe correlación significativa de esto, coincide con el estudio de Kim, Linton y Cho (2016), el cual también sugirió que la dificultad económica es una de las causas que llevan al desarrollo de la desesperanza.

De los factores sociodemográficos que indicaron mantener relación con los niveles de desesperanza, se encontró que la profesión y un diagnóstico previo de alguna condición psiquiátrica o psicológica están vinculadas. La correlación manifestada no es fuerte, pero la misma orientaría a que mientras más especializada sea la profesión de un individuo, desarrollará mayor desesperanza; y que algún antecedente de salud mental apuntaría a que el individuo tiene mayor probabilidad de mostrar expectativas negativas respecto a su futuro.

Por otro lado, un poco más de la mitad de la población manifestó ausencia de desesperanza, lo cual pudiera coincidir con el estudio de Árraga y Sánchez realizado en el

año 2010, donde encontraron que, en su muestra de adultos mayores en el Zulia, revelaron un alto sentido positivo de la vida. Además de esto, se contaron con verbatums hechos por las personas en las que decían, “yo soy positivo”, “tengo fe de que todo va a cambiar para bien”, “no me voy a dejar derrotar”, “el país lo echa adelante la gente” y “no pierdo las esperanzas de que Venezuela volverá a renacer”. Por lo que el malestar y desánimo que pudiera ser percibido en el entorno y que es denunciado en distintos reportajes, pudiera aludir más a un pesimismo que a una desesperanza percibida, al ver que las consecuencias negativas afectan sólo a un área limitada de sus vidas (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). En esta misma línea, López, Echavarría y Galeano (2017) señalan que también puede ser una incongruencia no poco común, si también incluimos la proporción de desesperanza de la muestra; en la que esperar es cuestión de fe, mientras que en el escenario tangible se trata de resignación, lo que hace pensar que esta es parte de una desesperanza enmascarada e infeliz, que ciertos adultos mayores se esfuerzan por ocultar a toda costa.

La desesperanza no es un aspecto que sólo se encuentra relacionado con la depresión, sino también con el suicidio (Calvete, Villardón, Estéves y Espina, 2007; Guibert y Del Cueto, 2003). Es por ello que habrá que estar prevenidos frente los sujetos que reportaron un nivel de desesperanza de moderado a grave, quienes representaron a un 8% de la muestra total. Como bien se sabe, la desesperanza es influida directamente por los acontecimientos negativos, interviniendo de manera positiva sobre el riesgo de cometer actos suicidas (Assari y Lankarani, 2015; Jaiswal, Faye, Gore, Shah y Kamath, 2016; Toro et. al., 2016).

En cuanto al riesgo suicida presentado en la muestra, de los 75 individuos, 4 presentaron indicadores que les colocaba en riesgo. Esto pudiera ir de la mano con la baja tasa de mortalidad que reportó el Ministerio del Poder Popular para la Salud para el año 2014, en el que se dio el fallecimiento por suicidio de 165 personas (0.45%) a nivel nacional, de ambos sexos y de entre 45-65 años, por lo que abarca sólo una parte de la tercera edad. Sin embargo, en este anuario no se registró Capital, por lo que no se cuentan con estimaciones más precisas en cuanto a la frecuencia y la edad.

En base a los datos registrados, se puede caracterizar a estos participantes como aquellos pertenecientes al sexo femenino, de los primeros tres estratos (alto, medio-alto y medio-bajo); tanto solteras, casadas y separadas, en su mayoría con una profesión

universitaria y desempleadas para el momento. El que esta porción esté conformada por mujeres, coincide con los resultados de Guibert y Del Cueto (2003), explicando que esto pudiera deberse por la tendencia de las mujeres de pedir ayuda, inclusive mediante los propios intentos.

El pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, con indicadores de pobreza, se ha asociado con el riesgo e intento suicida (Bagadia, Ghadiali y Shah, 1976; Kar, 2010). Sin embargo, en la muestra obtenida por este estudio, este no sería el caso y sería todo lo contrario: aquellos de estratos altos son quienes reportaron tener riesgo suicida. De este modo, concuerdan los resultados con los de la investigación de Xu et. al. (2016), donde los mismos encontraron que el pertenecer a un determinado estrato o nivel socioeconómico es un factor de riesgo que es independiente al riesgo e ideación suicida, al haber estudiado a individuos de una zona rural. Este valor en la presente investigación pudiera ser tanto porque la participación de sujetos pertenecientes a estratos bajos fue reducida, o porque aquellos en estratos altos pudieran tener importantes fuentes de estrés en sus vidas, que no se relacionan necesariamente con los ingresos económicos o condiciones de vivienda.

Otro de los factores asociados al suicidio en ancianos es el estado civil, en especial si la persona es viuda o divorciada (Andala, 1993; Peña et al., 2009; Conejero, Olié, Courtet y Calati, 2018), esto es por la soledad y falta de apoyo experimentados que pudiera desencadenar un proceso suicida, ante la posibilidad de que el sujeto no se sienta valorado en el grupo social (Guibert y Del Cueto, 2003). Sin embargo, como ya se mencionó, igualmente se contaron con personas casadas en el conjunto de personas que manifestaron indicar riesgo, por lo que habría que indagar en otro momento respecto a las percepciones y vivencias que se tienen sobre estos aspectos (soledad y apoyo social).

En cuanto al estatus laboral, el desempleo es un factor conocido del riesgo suicida (Bagadia et. al., 1973; Platt, 1984). Si bien se debe al azar el que los individuos que indicaron estar en el rango de riesgo se encontraban desempleados (al no haber correlación estadísticamente significativa), no es concluyente tal afirmación, ya que la inseguridad financiera que pudieran estar viviendo significarían un suceso estresor importante, considerando el conflicto económico de Venezuela actualmente.

Coincide con la afirmación que hacen Clemente y González (2008): la presencia de alguna enfermedad determinada no provoca por sí misma el suicidio; en cambio, son las

circunstancias psicosociales propias de las cuales incitarían. Las variables sociodemográficas recolectadas no se relacionan directamente con el riesgo suicida, por lo que las características de los participantes serían azarosas. Conejero et. al. (2018), afirman que existen diversas implicaciones clínicas que se relacionan directamente con el riesgo suicida, como los trastornos mentales (como la demencia, la depresión y la ansiedad) y neurocognitivos, el deterioro cognitivo y la alteración en su capacidad de decisión, las enfermedades físicas crónicas y que generen dolor recurrente, junto al dolor psicológico, el aislamiento social, el duelo y la soledad.

A modo de cierre respecto a este fenómeno, vale la pena destacar que, en base a uno de los ítems de la Escala de Riesgo Suicida, un 15% reportó que alguno de sus familiares ha realizado algún intento de suicidio previamente. Esto es una proporción mayor en comparación con el riesgo manifestado por los propios participantes, asomando así que este fenómeno pudiera tener dimensiones mayores a las que se obtuvieron con este estudio. Habrá que resaltar que, del mismo modo en cómo se interpretan los datos recolectados, no es una información con la que se pueda generalizar a la población caraqueña.

Tomando en cuenta las puntuaciones totales, en esta muestra de una población no clínica ni institucionalizada, la mayoría de las puntuaciones en depresión, desesperanza y riesgo suicida apuntaron a la normalidad o a ausencia de síntomas que permitieran realizar un diagnóstico de tales fenómenos en personas de la tercera edad en Caracas. La tendencia de estos resultados pudiera verse mediada por factores tanto internos como socio-culturales de los individuos. En un aspecto más intra-personal, los estilos de afrontamiento, el sistema de apoyo con el que cuenta una persona y las actividades sociales a las que se circunscribe, por mencionar algunos, pudiera mediar en estos resultados (Guibert y Del Cueto, 2003; De la Serna, 2015; De los Santos y Carmona, 2018). Además de estos, la pérdida de los roles sociales, la presencia de violencia psicológica y maltrato, problemas en la dinámica familiar, y la presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad son otros elementos que modulan la depresión, desesperanza y riesgo suicida (Pando et. al., 2001; Guibert y Del Cueto, 2003; Gómez et. al., 2004; Llanes et al., 2015; Rondón y Angelucci, 2018), los cuales no fueron recogidos en este estudio.

Las características de las experiencias propias y de personalidad de los individuos también influyen en cómo alguien percibe un trauma psicosocial (Martín-Baró, 1998),

Tanto Abramson (1989 c.p. Granados y Reyes, 2014) como Durkheim (1897) han hecho referencia a la influencia que tienen las causas sociales y situacionales donde se inserta la persona respecto al desarrollo de los fenómenos mentales, dándole un carácter colectivo. Si bien en este estudio no se analizaron los factores etiológicos de la depresión, desesperanza y riesgo suicida de la muestra seleccionada, resulta pertinente algunas reacciones y comentarios adicionales que hicieron algunos de los participantes, como “¿malestar? Está en todos lados, todos estamos sintiendo malestar”, “la situación país es lo que hace sentirme que pierdo el control”, “con las cosas como están uno se limita de hacer cosas” y “con el país destruido en lo social, económico, ambiental, político, los adultos mayores estamos indefensos y temerosos”. Tomando esto en cuenta, se puede observar que varios participantes expresaron su descontento con respecto a su entorno y el impacto que ha tenido el mismo en la psique de las personas. Sin embargo, no se hizo una recolección sistemática que pudiera evidenciar con más detalle aquellos factores del entorno social y de sucesos vitales estresantes que pudieran involucrarse directamente con su sentir.

Los datos de este estudio son apenas datos iniciales para poder dar un ligero esbozo de estos fenómenos en la ciudad de Caracas: se pretendió brindar información preliminar al respecto -en especial al no contar con referencias objetivas en el contexto actual- pero no de forma concluyente. Las proporciones obtenidas no son capaces de dar explicación, ni buscan darla, a la prevalencia de los mismos en los habitantes mayores de 60 años en general, si no que se limitan a describir a la muestra a la que se obtuvo acceso y la cual participó voluntariamente. Inclusive, se pudiera decir que estos datos pudieran haber sido influenciados por el tipo de muestreo realizado o por la administración de los instrumentos, la cual se realizó tanto de forma escrita y verbal.

VIII. Conclusiones

A raíz de la situación de crisis socioeconómica por la cual ha atravesado el país durante los últimos años, en la que han confluído distintas circunstancias como la disminución del poder adquisitivo, el desabastecimiento, el deterioro de los servicios básicos como el de salud, agua potable, electricidad y transporte, la criminalidad, la polarización han llevado a un “sufrimiento social”, lo que a su vez ha orientado al aumento notorio de las alteraciones psicológicas. Entre ellos, de los más mencionados han sido la depresión, la desesperanza y el suicidio. Se han realizado diversas conjeturas en base a tales alteraciones, a partir de la experiencia en consulta psicológica y a partir de los reportes verbales que hacen las personas en su día a día, pero no se realizaron mediciones puntuales que puedan dar vista de la magnitud de estos fenómenos.

Es por ello que, a pesar de que no se hizo una aproximación a una muestra lo suficientemente grande y representativa que pudiera dar una respuesta general a la situación planteado, se considera que el propósito principal se cumplió: el de poder dar una visión más objetiva de la ocurrencia de estos constructos. En este conjunto, bastante pequeño tomando en cuenta la amplitud de la población, se encontró que casi la mitad de los participantes poseen una expectativa negativa de su futuro, una sexta parte presentó depresión de leve a grave, y en una porción mínima de los individuos se encontraron indicativos para afirmar la presencia de riesgo suicida.

Por otra parte, no se pudieron establecer correlaciones significativas que sustentaran la tendencia al desarrollo positivo o negativo de tales alteraciones, al poseer ciertas características como lo es el sexo y el estrato socioeconómico. Sin embargo, al examinar otras variables recolectadas como lo es el estado civil, el estatuto laboral, los jefes de familia, el diagnóstico de enfermedad médica o de una condición psicológica previa, pudieron aportar mayor información respecto a los fenómenos medidos; unas coincidiendo o diferenciándose de afirmaciones planteadas por la literatura.

La vejez puede ser una etapa en la que se viven muchas pérdidas, desde lo macro-social hasta lo individual, como pudieran serlo las limitaciones en cuanto a los ingresos económicos, el acceso a servicios básicos y de salud, reducción de sus actividades sociales, cambios en los roles y en las condiciones de vida, diferentes a las que estarían

acostumbrados. Es por ello que resulta necesario que se vayan generando acciones de protección, cuidado y prevención frente a los problemas de salud mental. No sólo para concientizar y dejar registro de la diversidad de repercusiones psicológicas que se están experimentando en el momento, en especial en esta etapa del desarrollo humano, sino también al conjunto de valores positivos que pueden surgir en un contexto de crisis. Si bien se ha hablado de un panorama gris, ante contextos socioeconómicos que no han sido fáciles, es necesario rescatar que, al menos en los participantes de este estudio, sí existe todavía esperanza de que las situaciones de cada quien mejoren.

También se considera importante acentuar la necesidad de realizar investigaciones formales de los fenómenos psicológicos, en especial en los tiempos actuales. Esto se debe a que muchas de las aseveraciones que se hacen son conclusiones formadas a partir de la consulta privada, de casos particulares, o en base a la opinión propia, y el error que se pudiera estar cometiendo es de buscar extrapolarlo a la población en general. Es importante destacar que ni las características, ni condiciones de unos pocos son generalizables, y que los criterios clínicos de las alteraciones psicológicas a las que se hace alusión deben ser tomados en consideración. Además, se puede ver que comúnmente se hacen tanto publicaciones en medios como en comunicaciones informales, en los que se utilizan términos clínicos relativos a la psicología, como lo es la depresión y la desesperanza, con el desconocimiento de las implicaciones que cada uno conlleva. La salud mental no debe ser tomada a la ligera, y va más allá de sólo haber experimentado un mal día.

Hay que hacer énfasis la importancia de poder educar en cuanto a la salud mental, en especial ante los signos de depresión en la vejez, la cual puede pasar desapercibida, y en la apertura de espacios terapéuticos para que los mismos puedan ser tratados. De igual modo, es necesario que existe un acompañamiento y preparación no sólo psicológica, en especial para aquellos que soliciten ayuda en cuanto a malestar psicológico, sino también en la promoción complementaria de centros sociales, recreativos y de salud para las personas de la tercera edad. Esta es una etapa de la vida que implica muchos cambios, y si bien estas personas han pasado por una diversa cantidad de experiencias a lo largo de su vida, es necesario proveer las condiciones y soportes para que puedan seguir viviendo de forma satisfactoria, y que no sea un decremento en la calidad de vida.

IX. Limitaciones y Recomendaciones

En una sociedad es significativo que puedan generarse investigaciones que sean relevantes al contexto de los tiempos vividos, no sólo con un fin de poder visibilizar las circunstancias y las repercusiones, si no para que puedan ejercerse futuros planes que puedan beneficiar a distintos niveles de la sociedad venezolana. La investigación planteada representa un aporte significativo en cuanto al estudio objetivo de la depresión, desesperanza y riesgo suicida en Venezuela. Estos son fenómenos renombrados pero poco trabajados en el país, ante lo cual se buscó que sirviera como un elemento referencial reciente desde la academia, por lo que se busca alentar a que se vayan generando y en ampliar los estudios, especialmente aquellos concernientes a los adultos mayores en el país, los cuales también conforman una cantidad reducida.

No obstante, no hay que negar que la presente investigación contó con un conjunto de limitaciones que influyeron en los resultados finales, las cuales se pueden enumerar de la siguiente manera:

- En primer lugar, el tamaño de la muestra es una cantidad notoriamente inferior en comparación con el tamaño de la población total estimada. Esto se debe a una serie de inconvenientes en cuanto a tiempo y recursos se refiere, ocasionados por factores sociales, políticos y administrativos que interfirieron con el tiempo inicialmente estipulado para llevar a cabo la investigación, incluyéndose también la administración de los instrumentos.
- La actitud defensiva de diversas personas al momento de realizarse el acercamiento a los posibles sujetos de estudio. Esto pudiera tener que ver con una mirada prejuiciosa frente a los profesionales de salud mental, las implicaciones de mostrarse psicológicamente agradables y posibles sospechas elaboradas a partir de la naturaleza de estudio; a pesar de haberse afirmado a todos los individuos con los que se tuvo contacto que sus datos serían de uso confidencial y académico. Este aspecto fue reduciendo la posibilidad de haber recolectado mayor información en el tiempo previsto. Al ser un requisito la participación voluntaria de los individuos, no se buscó insistir al respecto.
- El cuestionamiento de varios participantes al momento de responder los instrumentos de medición, manifestando estar en “desacuerdo” con la redacción de las afirmaciones y/o preguntas presentadas, buscando dar otras alternativas de respuesta no

presentadas, además de la omisión de respuesta ante determinados ítems por parte de algunos casos.

- En la distribución de la muestra, se contó con que la mitad de los participantes pertenecía a un estrato socioeconómico medio-bajo. No se tuvo acceso a más sujetos que se encontraran en estratos inferiores (IV y V), ante lo cual no fue equitativo desde esta perspectiva, reduciendo la diversidad de condiciones.

- No se pudo conseguir validaciones y normalizaciones de los instrumentos seleccionados en Venezuela, lo que pudo implicar ciertas discordancias en cuanto a las traducciones se refiere.

- No se tomaron en cuenta otras variables predictoras como la religión y el apoyo social percibido, elementos que surgieron luego en comentarios realizados por algunos participantes. Los mismos pudieran influenciar en la percepción y creencias que se tienen frente a las experiencias de vida junto a ciertos aspectos psicológicos, en especial en lo que respecta al riesgo suicida.

Ahora bien, con respecto a las limitaciones encontradas y con miras a realizar aportes más ricos en el campo del saber científico, se mencionan las siguientes recomendaciones:

- En futuras investigaciones, procurar el abordaje de muestras más amplias. Esto con el fin de que puedan servir como referencia más representativa de los fenómenos en la población seleccionada.

- Fomentar el desarrollo de investigaciones académicas que traten la vejez en Venezuela, y que las mismas no se limiten a revisiones legales y de políticas públicas con un enfoque histórico. Si bien las mismas son una referencia oportuna, se debe dar más cabida al aspecto psicológico de la vejez: se cuentan con muy pocos estudios que versen al respecto y esta etapa de la vida cuenta con su propio conjunto de características biopsicosociales que pueden ser de interés de estudio.

- Explorar las variables planteadas en otros nichos de la sociedad venezolana, especialmente en poblaciones no clínicas, y poder realizar comparaciones en base a la edad.

- Medir y profundizar en otros aspectos comórbidos que puedan ser integrados en investigaciones en esta materia, como lo puede ser la ansiedad, la resiliencia y estilos de afrontamiento.

- Evaluar el impacto directo que ha ejercido la situación de crisis socioeconómica en las condiciones de vida de los sujetos, con el fin de observar si estos o no se correlacionan con la presencia de alguna alteración psicológica, o si se deben a otros factores propios de la persona.

- Explorar aspectos subjetivos de las repercusiones psicológicas, que se pudieran haber visto exacerbadas por los cambios psicosociales de la vejez en Venezuela.

- Desarrollar programas de contención, intervención y prevención que aborden los síntomas nocivos que pudieran evolucionar en trastornos más graves, como lo pudiera ser el caso de la desesperanza sentida. Esto también con especial atención a la población estudiada, fomentando al bienestar en la vejez.

- La formulación de criterios etarios más precisos en cuanto a la delimitación de las etapas del desarrollo humano, en especial cuando se habla de la vejez. Se han podido encontrar diversas referencias que varían desde los 60, 65 hasta 70 años como edades mínimas para identificar que una persona pertenece a dicha etapa, realizando diferencias dentro de este conjunto. Inclusive en la sociedad, existen disparidades de los criterios para identificar a alguien como “adulto mayor” o “viejo”, existiendo diferencias también entre ambas conceptualizaciones.

- El surgimiento de investigaciones, de carácter cualitativo, que permitan explorar los significados que se han construido en base a las alteraciones psicológicas, como lo es la depresión y la desesperanza. Esto se debe a que tales términos se han naturalizado, junto a otros como ansiedad y bipolaridad, sin necesariamente corresponder a la conceptualización y síntomas consolidados por la psicología clínica.

Para finalizar, es importante destacar que se formalicen alianzas entre la psicología clínica y social, o comunitaria, en cuanto a la intervención y tratamiento de los individuos. Es necesario que los servicios clínicos sean sensibles y apropiados al entorno social y cultural para que sean efectivos y benéficos para quienes los reciben. Al tomar una actitud abierta respecto a estos aspectos, al poder ser honesto e identificar nuestras limitaciones ideológicas, se pueden superar las barreras culturales en beneficio del establecimiento de una relación franca entre el psicólogo y el paciente. Esto se puede potenciar al realizar intervenciones a grupos, donde la participación de las personas que los conforman ayudará

a determinar los problemas que viven y cómo pueden generar cambios que visualicen su bienestar, sirviendo también como método de prevención de un número de trastornos mentales ocasionados por las presiones del entorno social que los rodea.

Referencias

- Abdala, N. (1993) Sobre el suicidio: algunas consideraciones clínicas. *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex* 4(11), 25-35.
- Abramson, L.; Alloy, L.; Metalsky, G.; Jolner, T., y Sandín, B. (1997) Teoría de la Depresión por Desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2(3), 211-222.
- Abramson, L.; Metalsky, G. y Alloy, L. (1989) Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review* 96(2), 358-372.
- Ackerman, C. (24 de marzo de 2018) Learned Helplessness: Seligman's Theory of Depression. *Positive Psychology*. Recuperado de: <https://positivepsychology.com/learned-helplessness-seligman-theory-depression-cure/>
- Acosta, Y. (2015) Pronunciamiento de la FPV y RAP: Sobre los efectos psicosociales de la crisis. *Solidaridad Social* 775, 226-227.
- Acosta, Y. (2016) Emociones y política: la fuerza de la esperanza. *Comunicación* (174), 75-90.
- Agudelo, A.; Posada, A., y Meneses, E. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* 32(4), 701-708.
- Álvarez, L. (19 de junio de 2019) Maltrato en la vejez, más allá de la violencia. Recuperado de: <https://soynuevaprensadigital.com/npd/maltrato-en-la-vejez-mas-alla-de-la-violencia/>

- Árraga, M. (2011) Seguridad social para adultos mayores en Venezuela: características, bondades y limitaciones del Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas. *Gaceta Laboral* 17(2), 191-211.
- Árraga, M. y Sánchez, M. (2010) Bienestar subjetivo en Adultos Mayores Venezolanos. *Interamerican Journal of Psychology* 44(1), 12-18.
- Árraga, M.; Sánchez, M.; Pirela, L., y Mariotti, L. (2016) Actitud de los adultos venezolanos hacia la vejez. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología* 25(4), 299-313.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014) *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª ed). D.F., México: Panamericana.
- Assari, S., y Lankarani, M. (2015) Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities* 2(3), 1-8.
- Avendaño, E. (10 de septiembre de 2018) Suicidios, lo único que no escasea en Venezuela. *El Estímulo*. Recuperado de: <http://elestimulo.com/climax/suicidios-lo-unico-que-no-escasea-en-venezuela/>
- Barrios, L. (23 de febrero de 2018) La situación país. *Contrapunto*. Recuperado de: <http://contrapunto.com/noticia/la-situacion-pais-187937/>
- Bagadia, V.; Ghadiali, H., y Shah, L. (1976). Unemployment and attempted suicide. *Indian Journal of Psychiatry* 18, 131-139.
- BCV: Inflación hasta septiembre de 2015 fue de 108,7%. (15 de enero de 2016). *Panorama*. Recuperado de: <https://www.panorama.com.ve/politicayeconomia/BCV-Inflacion-hasta-septiembre-de-2015-fue-de-1087-20160115-0048.html>

- Beck, A.; Weissman, A.; Lester, D. y Trexler, L. (1974) Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 42(6), 861-865.
- Belando, M. (1999) Currículum, educación para la salud y vejez. Algunas reflexiones y propuestas. En J. Argos y M. Ezquierra (Eds.), *Principios del currículum: IV Jornadas de teorías e instituciones educativas contemporáneas* (177-192). Santander, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- Bobes, J.; Paz, M.; Bascarán, M.; Sáiz, P. y Bousoño, M. (2002). *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica* (2ª ed.). Barcelona, España: Psiquiatría Editores.
- Buada, G. (23 de junio de 2017). Para la gran mayoría de las personas mayores vivir en Venezuela significa un gran sufrimiento. *Amnistía Internacional*. Recuperado de: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2017/06/2916/para-las-personas-mayores-vivir-en-venezuela-significa-un-gran-sufrimiento>
- Burns, D. (1989). Patterns of Cognitive Distortions. *The Pennsylvania Child Welfare Resource Center*. Recuperado de: http://www.pacwrc.pitt.edu/curriculum/313_MngngImpctTrmtcStrssChldWlfrPrfssn/hndts/HO15_ThnkngAbtThnkng.pdf
- Calvete, E.; Villardón, L.; Estévez, A., y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés* 13, 215-227.
- Castañeda, S. (1998). *Evaluación y foment del desarrollo intelectual en la enseñanza de ciencias, artes y técnicas*. D.F., México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Cattell, H., y Jolley, D. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *The British Journal of Psychiatry*, 166(4), 451-457.
- Cherry, K. (15 de marzo de 2019) What is learned helplessness and why does it happen? *Verywell Mind*. Recuperado de: <https://www.verywellmind.com/what-is-learned-helplessness-2795326>
- Clemente, M. y González, A. (2008) *Suicidio: una alternativa social*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Conde-Sala, J. (2000). *Psicopatología asociada a la vejez*. Barcelona, España: Paidós.
- Conejero, I., Olié, E., Courtet, P., y Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical interventions in aging* 13, 691–699.
- Cornachione, M. (2008) *Vejez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- Cuello, C. (2002) *La vejez y la muerte*. Recuperado de: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro4/celica_cuello.htm
- Davies, V. (3 de octubre de 2017). Yorelis Acosta: "Hay que dejar de ver el país en blanco y negro como si nada sirviera". *Contrapunto*. Recuperado de: <http://www.contrapunto.com/noticia/yorelis-acosta-hay-que-dejar-de-ver-el-pais-en-blanco-y-negro-como-si-nada-sirviera-162198/>
- De la Cruz, J. (2007) *Psicopatología y Psicoanálisis: una perspectiva desde Lakatos*. Córdoba, España: Brujas.
- De la Serna, I. (2015). *La vejez desconocida: una mirada desde la biología a la cultura*. Madrid, España: Diaz de Santos.

- De las Cuevas, C. y González, J. (1992) Autoinformes y respuestas sesgadas. *Anales de Psiquiatría* 8(9), 362-366.
- De los Santos, P. y Carmona, S. (2018) Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica* 15(2), 95-119.
- Delgado, I. (2014) *Atención y apoyo psicosocial*. Madrid, España: Paraninfo.
- Durkheim, E. (1897) *El suicidio*. D.F., México: Grupo Editorial Tomo.
- Economía atraviesa por un proceso recesivo importante (5 de septiembre de 2014). *El Impulso*. Recuperado de: <https://www.elimpulso.com/2014/09/05/economia-atraviesa-por-un-proceso-recesivo-importante/>
- ¿En qué consiste el Decreto de Emergencia Económica? (15 de enero de 2016). *Telesur*. Recuperado de: <https://www.telesurtv.net/news/En-que-consiste-el-Estado-de-Emergencia-Economica-en-Venezuela-20160115-0041.html>
- Fernández, H. (26 de septiembre de 2018). El viacrucis de ser viejo en Venezuela. *France24*. Recuperado de: <https://www.france24.com/es/20180925-ancianos-venezuela-maduro-migracion>
- Fernández, R. (2004). *La Psicología de la Vejez*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ferreira, L. (2017) Suicidios y Freud: conceptualizaciones sobre el suicidio en ensayos freudianos. *Anuario de Investigaciones* 3(2), 488-506.

- Freite, A. (08 de abril de 2019) Indicadores de la situación social actual en Venezuela. *CPAL Social*. Recuperado de: <https://cpalsocial.org/indicadores-de-la-situacion-social-actual-en-venezuela-2784>
- Friedman, R y Katz, M. (1977) The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research. *Psychological Medicine* 6(4), 686-686.
- Fountoulakis, K.; Tsolaki, M.; Iacovides, A.; O'Hara, R.; Kazis, A., y Ierodiakonou, C. (1999) The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging* 11(6), 367-72.
- Gabbard, G. (2002) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- García, A.; Benito, J.; Martínez, R.; Lidón, B.; Sánchez, A., y Pedrero, E. (2002) *Las personas mayores desde la perspectiva educativa para la salud*. Murcia, España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.
- García, J.; Gallego, J., y Pérez, E. (2009) Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica* 8(2), 447-454.
- García, R.; Rodríguez, A.; de Vos, P., y Van der Stuyft, P. (2012). Utilización de los servicios del nivel primario de atención por los ancianos en tres policlínicos de Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* 50(3), 320-329.
- Gerrig, R. y Zimbardo, P. (2005) *Psicología y vida*. D.F., México: Pearson Educación.
- Gómez, C.; Bohórquez, A.; Pinto, D.; Gil, J.; Rondón, M., y Díaz, N. (2004) Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública* 16(6), 78-86.

- Goncalvez, G y Matheus, I. (1987). *Factores asociados al suicidio y estimación del riesgo suicida*. Trabajo especial para optar al título de licenciado en Psicología, UCV. Caracas, Venezuela.
- Granados, O. y Reyes, Z. (2014) *La desesperanza y la dificultad en la regulación emocional como factores de riesgo en la ideación o riesgo suicida en adolescentes de una escuela de nivel medio superior dentro del D.F.* (Tesina para obtener el diplomado de Tanatología). Asociación Mexicana de Tanatología. D.F., México.
- Guibert, W. y Del Cueto, E. (2003) Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 19(5).
- Haatainen, K.; Tanskanen, A.; Kylmä, J.; Honkalampi, K.; Koivumaa-Honkanen, H.; Hintikka, J.; Viinamäki, H. (2004) Factors associated with hopelessness: A population study. *International Journal of Social Psychiatry* 50, 142–152.
- Hale, R. (2008) Psychoanalysis and suicide: process and typology. En S. Briggs, A. Lemma y W. Crouch (Eds.), *Relating to self-harm and suicide: psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*, 13-24. Nueva York, USA: Routledge.
- Hankin, B. L., y Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127 (6), 773-796.
- Hernández, R.; Fernández, C.; y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). D.F., México: McGraw Hill Education.
- Hernández, M.; Oñate, D.; Rodríguez, D.; Sánchez, L.; Bezanilla, J. y Campos, J. (2011) El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México. *Revista de Psicología GEPU*, 2 (1), 64 - 78.

Incorporan a 25 mil nuevos pensionados gracias al último despliegue del Movimiento Somos Venezuela. (11 de junio de 2019) VTV. Recuperado de: <http://vtv.gob.ve/movimiento-somos-venezuela-pensionados-despliegue/>

Instituto Nacional de Estadística [INE] (s/f) Demográficos: Estadísticas Vitales. Caracas, Venezuela. Recuperado de http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=96&Itemid=50

Jaiswal, S.; Faye, A.; Gore, S.; Shah, H., y Kamath, R. (2016) Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. *Journal of Postgraduate Medicine* 62(2), 102-104.

Kar, N. (2010) Profile of risk factors associated with suicide attempts: A study from Orissa, India. *Indian Journal of Psychiatry* 52(1), 48-56.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002) *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en Ciencias Sociales* (4ª ED.). D.F., México: McGraw-Hill.

Kim B, Linton K, Cho S, et al. The relationship between neuroticism, hopelessness, and depression in older korean immigrants. *PLoS One* 11(1), 45–52.

Lafuente, J. (23 de mayo de 2016) ‘Bachaqueo’: el negocio más rentable de Venezuela. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/internacional/2016/05/22/america/1463947040_019429.html

LaHaye, T. (1990). *Cómo vencer la depresión*. Deerfield, EEUU: Vida.

Latorre, J. y Montañes, J. (2005) La vejez desde una perspectiva psicosocial. En F. García (coord.), *Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI*, 223-262. Cuenca, España: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

- Llanes, H.; López, Y., Vázquez, J., y Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74.
- López, E., Echavarría, L. y Galeano, N. (2017). Desesperanza y vulnerabilidad en el adulto mayor. *Revista Reflexiones y Saberes* 4(7), 34-52.
- Lozada, M. (2016) Despolarización y procesos de reparación social: los desafíos de la convivencia en Venezuela. Recuperado de <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/caracas/12628.pdf>
- Maris, R. (2001) Suicide. En H. Friedman (Ed): *The Disorders: Specialty Articles from the Encyclopedia of Mental Health* 177-186. San Diego, EEUU: Academic Press.
- Martín, S. (2 de mayo de 2018) Hecho en Socialismo: en Venezuela, como en Cuba, aumentan los suicidios. *Panam Post*. Recuperado de <https://es.panampost.com/sabrina-martin/2018/05/02/hecho-en-socialismo-en-venezuela-como-en-cuba-aumentan-los-suicidios/?cn-reloaded=1>
- Martín-Baró, I. (1998) La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador* 7(28), 123-141.
- Martínez G, (2000). *Evaluación del Riesgo de Suicidio*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- McCoyd, J. y Walter, C. (2015) Developmental perspectives on death and dying, and maturational losses. En J. Stillion y T. Attig (Eds.), *Death, dying, and bereavement: contemporary perspectives, institutions, and practices*, 121-134. Nueva York, USA: Springer.

- Minici, A., Rivadeneria, C. y Dahab, J. (2010). Desesperanza aprendida, un modelo experimental de la depresión. *Revista de terapia cognitiva conductual* 19, 1-5.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (2018). *República Bolivariana de Venezuela: Anuario de Mortalidad 2014*. Recuperado de: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2014.pdf>
- Monagas, A. (20 de mayo de 2018). Arrebatos de desesperanza. *Efecto Cocuyo*. Recuperado de: <http://efectococuyo.com/opinion/arrebatos-de-desesperanza/>
- Montes, S. (21 de diciembre de 2018) El monto de las pensiones que se otorga en Venezuela no cubre el salario mínimo. *La República*. Recuperado de: <https://www.larepublica.co/especiales/anuario-ripe-2018/el-monto-de-las-pensiones-que-se-otorga-en-venezuela-no-cubre-el-salario-minimo-2808610>
- Mora, M.; Villalobos, D.; Araya, G.; y Ozols, A. (2004) Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. *Revista MH Salud* 1(1), 1-12.
- Morazzani, H. y Salazar, G. (2015) Seguridad Económica del Adulto Mayor Venezolano (Período 2000 – 2014). *Tribuna del Investigador* 16(1). Recuperado de: <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2015/1-2/art-6/>
- Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la Investigación*. (2ª ed.). D.F., México: Limusa.
- Observatorio Venezolano de Violencia [OVV] (12 de julio de 2018) A esto ha llegado la crisis en Venezuela: la tasa de suicidios sobrepasa la media mundial. Recuperado de <https://observatoriodeviolencia.org.ve/a-esto-ha-llegado-la-crisis-en-venezuela-la-tasa-de-suicidios-sobrepasa-la-media-mundial/>

Oblitas, L. (2010) *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3ª ed). D.F., México: Cengage Learning.

Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [ONUDD] (2019) *Global Study on Homicide: Homicide trends, patterns and criminal justice response*. Recuperado de: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet2.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017) *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015) *Envejecimiento y Salud*. Recuperado de: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017) *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (24 de agosto de 2018) *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.) *Prevención del suicidio*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/prevention/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.) *Gender and women's mental health*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.

- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (s.f.) Guía de Diagnóstico y Manejo. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia08.pdf>
- Ortiz, F. (2004). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. D.F., México: Editorial Limusa.
- Otero, R. (2014) *Depresión: ¿enfermedad o indolencia?* Buenos Aires, Argentina: Bubok.
- Overmier, B. (1986) Lecciones estratégicas de la desesperanza aprendida. *Revista Latinoamericana de Psicología* 18(3), 387-404.
- Pando, M.; Aranda, C.; Alfaro, N. y Mendoza, P. (2001) Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Especial de Geriátría y Gerontología* 36(3), 140-144.
- Peña, D.; Herazo, M., y Calvo, J. (2009) Depresión en ancianos. *Revista de la Facultad de Medicina* 57(4), 347-355.
- Peñaloza, P. (31 de agosto de 2018) Vivir hoy en Venezuela tiene un costo psicológico muy alto. *Diario Las Américas*. Recuperado de: <https://www.diariolasamericas.com/america-latina/vivir-hoy-venezuela-tiene-un-costo-psicologico-muy-alto-n4161386>
- Pérez, G. (24 de mayo de 2018). Reducir la desesperanza es esencial. *El Universal*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com/estilo-de-vida/10282/reducir-la-desesperanza-es-esencial>
- Pierucci, N. (2004) Personalidad y vida afectiva en la vejez. En N. Asili (Ed.), *Vida plena en la vejez*, 166-187. D.F., México: Paz México.

- Pinedo, G. (2008). *El Proyecto de Investigación: una lógica para su elaboración*. Ciudad Guayana, Venezuela: Fondo Editorial UNEG.
- Platt, S. (1984) Unemployment and suicidal behaviour: A review of the literature. *Social Science & Medicine* 9, 93-115.
- ¿Por qué los ancianos venezolanos hacen tantas filas para cobrar la pensión?. (3 de septiembre de 2018). *El Espectador*. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/por-que-los-ancianos-venezolanos-hacen-tantas-filas-para-cobrar-la-pension-articulo-810066>
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento* (1ª ed.) D.F., México: Pax México.
- Ralph, S., y Taylor, C. (2014). *Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis Pocket Guide*. (2ª ed.). Philadelphia, EEUU: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reyes, L. (13 de marzo de 2016). Venezuela: la lucha contra la desesperanza. *Efecto Cocuyo*. Recuperado de: <http://efectococuyo.com/politica/venezuela-la-lucha-contra-la-desesperanza/>
- Rivas, F. y Silva, M. (2017) La experiencia en Latinoamérica en el ámbito de las pensiones y jubilaciones como parte del sistema de seguridad social. *Actualidad Contable Faces* 20(34). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/257/25749951008/25749951008.pdf>
- Rodríguez, M. (2016) Perspectivas desde el Barómetro de las Américas: 2016. *Vanderbilt University*. Recuperado de: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/IO928es.pdf>

- Rodríguez, S. (1989) *La vejez: historia y actualidad*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Rodríguez, C. y Puerta, G. (1997) Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no-psiquiátrica. Hospital Samper Mendoza, octubre-noviembre de 1995. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 26(4), 273-88.
- Rodríguez, F.; de Rivera y Revuelta, J.; Gracia, R. y Montes, D. (1990) El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380. Recuperado de http://www.psicoter.es/_arts/90_A077_12.pdf
- Rojas, M. (6 de marzo de 2018). La crisis económica afecta psicológicamente al venezolano. *Fedecamaras Radio*. Recuperado de: <http://www.fedecamarasradio.com/crisis-afecta-psicologicamente/>
- Rondón, J. y Angelucci, L. (2018) El trastorno de depresión en la Venezuela del período 2013-2017: una visión psicosocial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 21(3), 904-922.
- Rosati, A. (24 de octubre de 2018) Suicides Surge in a Hopeless Venezuela. *Bloomberg*. Recuperado de <https://www.bloomberg.com/news/features/2018-10-24/suicides-surge-in-a-hopeless-venezuela>
- Santander, J. (2005) Depresión en el adulto mayor: abordaje diagnóstico. *Medwave* 5(3). Recuperado de: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/655?ver=sindisen>
o
- Sanz, J.; Perdígón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud* 14(3), 249-280.

- Schimelpfening, N. (19 de marzo de 2019) Why Depression is more common in women than in men. *Very Well Mind*. Recuperado de: <https://www.verywellmind.com/why-is-depression-more-common-in-women-1067040>
- Seisdedos, N. (1997). Evaluación de la personalidad normal. En A. Cordero (Coord.), *La Evaluación Psicológica en el año 2000*. Madrid, España: TEA.
- Seligman, M. (1972) *Learned Helplessness*. Recuperado de: <https://ppc.sas.upenn.edu/sites/default/files/learnedhelplessness.pdf>
- Schoevers, R.; Geerlings, M.; Deeg, D.; Holwerda, T.; Jonker, C., y Beekman, A. (2009) Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24(2), 169-176.
- Sotelo, I.; Rojas, J.; Sánchez, C., e Irigoyen, C. (2012) La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos de Medicina Familiar* 14(1), 5-13.
- Stassen, K. (2008). *Psicología del desarrollo: Adulthood y vejez*. D.F., México: Panamericana.
- Stuart, I. (2002) *Psicología del envejecimiento*. Madrid, España: Morata.
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de investigación científica*. D.F., México: Limusa.
- Toro, R.; Grajales, F., y Sarmiento, J. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan* 16(4), 473-486.

- Tovar, F. (28 de junio de 2018). Yorelis Acosta / Encuesta: Nuestra emociones están ligada a la situación de Venezuela. *Costa del Sol 93.1 FM*. Recuperado de: <http://www.costadelsolfm.net/2018/06/28/yorelis-acosta-encuesta-nuestra-emociones-estan-ligada-a-la-situacion-de-venezuela/>
- Vargas, J. (23 de febrero de 2018) El venezolano vive en un estado de estrés permanente. *Fedecámaras Radio*. Recuperado de: <http://www.fedecamarasradio.com/venezolano-estres-permanente/>
- Venezolanos sufren trastornos psicológicos por crisis del país. (2016) *Zócalo*. Recuperado de: <http://www.zocalo.com.mxwwwwww.zocalo.com.mx/seccion/articulo/venezolanos-sufren-trastornos-psicologicos-por-crisis-del-pais-1461078990>
- Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela (24 de septiembre de 2018). TSJ *declara constitucional Decreto de Estado de Excepción y Emergencia Económica*. Recuperado de: <http://www.vicepresidencia.gob.ve/index.php/2018/09/24/tsj-declara-constitucional-decreto-de-estado-de-excepcion-y-emergencia-economica/>
- Vidal, D. (1999) Factores de Riesgo Suicida en el Anciano. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 8(2), 103-112.
- Villardón, L. (2009) *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Vivanco, M. (2005) *Muestreo Estadístico: Diseño y Aplicaciones*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Wong, R.; González, C. y López, M. (2014) Envejecimiento y población en edades avanzadas, 476-512. En Rabell C. (Ed.), *Los mexicanos: un balance del cambio demográfico*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica.

Xu, H.; Qin, L.; Wang, J.; Zhou, L.; Luo, D.; Hu, M.; Li, Z., y Xiao, S. (2016) A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ Open* 6(4), 1-8.

Zhou, L., y Chen, J. (2017) Life events and hopelessness depression: the influence of affective experience. *PLoS One* 12(11). Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187898#abstract0>

Zimmerman, F. y Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics* 14(12), 1197–1215.

Anexos

Apéndice A - Cuestionario sociodemográfico

Iniciales: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** F _____ M _____
Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Unión Libre _____ Separado _____ Viudo _____
 Municipio donde **reside:**
 Baruta _____ Chacao _____ El Hatillo _____ Libertador _____ Sucre _____

¿Ha sido diagnosticado de alguna **enfermedad** durante los últimos dos años?:

Sí _____ No _____

En caso de que la respuesta haya sido **afirmativa**, ¿cuál?:

Hipertensión arterial _____ Diabetes _____ Enfermedad Renal _____ Cáncer _____

Condición Neurológica _____ Otra. _____

¿Ha tenido un diagnóstico previo de una condición psiquiátrica o psicológica?

No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____

Usted **actualmente** se encuentra...:

Desempleado _____ Jubilado _____ Laboralmente activo _____

El **Jefe de Familia** es...:

Usted _____ Cónyuge o Pareja _____ Hermanos u Otros Familiares _____ Hijos _____

Otro (especifique): _____

Profesión del Jefe de Familia: (1) Universitaria, o alta gerencia (2) Técnica Superior (3) Empleado sin Profesión Universitaria (4) Obrero Especializado (5) Obrero no Especializado	Nivel de Instrucción de la Madre: (1) Universitaria (2) Secundaria Completa o Técnica Superior Completa (3) Secundaria Incompleta (4) Primaria o Alfabeto (5) Analfabeta
Principal Fuente de Ingreso de la Familia: (1) Fortuna Heredada o Adquirida (2) Honorarios profesionales (3) Sueldo Mensual (4) Sueldo Semanal (5) Donaciones	Condiciones de la Vivienda: (1) Óptimas con Gran Lujo (2) Óptimas con Lujos sin Exceso (3) Buenas Condiciones Sanitarias (4) Condiciones Sanitarias Deficientes (5) Condiciones Sanitarias Marcadamente Inadecuadas
GRAFFAR	

Apéndice B - Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

	SÍ	NO
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?		
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?		
3- ¿Siente que su vida está vacía?		
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?		
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?		
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?		
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?		
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?		
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?		
13- ¿Se siente lleno/a de energía?		
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		

Apéndice C - Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo la frase correspondiente.

1. a) No me siento triste. b) Me siento triste gran parte del tiempo c) Me siento triste todo el tiempo d) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	2. a) No estoy desalentado respecto del mi futuro. b) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. c) No espero que las cosas funcionen para mi. d) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. a) No me siento como un fracasado. b) He fracasado más de lo que hubiera debido. c) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. d) Siento que como persona soy un fracaso total.	4. a) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. b) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. c) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. d) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. a) No me siento particularmente culpable. b) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. d) Me siento culpable todo el tiempo.	6. a) No siento que este siendo castigado b) Siento que tal vez pueda ser castigado. c) Espero ser castigado. d) Siento que estoy siendo castigado.
7. a) Siento acerca de mí lo mismo que siempre. b) He perdido la confianza en mí mismo. c) Estoy decepcionado conmigo mismo. d) No me gusto a mí mismo.	8. a) No me critico ni me culpo más de lo habitual b) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo c) Me critico a mí mismo por todos mis errores d) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. a) No tengo ningún pensamiento de matarme. b) He tenido pensamientos de matarme,	10. a) No lloro más de lo que solía hacerlo. b) Lloro más de lo que solía hacerlo c) Lloro por cualquier pequeñez.

pero no lo haría c) Querría matarme d) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	d) Siento ganas de llorar pero no puedo.
11 a) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. b) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. c) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto d) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	12 a) No he perdido el interés en otras actividades o personas. b) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. c) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. d) Me es difícil interesarme por algo.
13. a) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. b) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones c) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. d) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	14. a) No siento que yo no sea valioso b) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme c) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. d) Siento que no valgo nada.
15. a) Tengo tanta energía como siempre. b) Tengo menos energía que la que solía tener. No tengo suficiente energía para hacer demasiado c) No tengo energía suficiente para hacer nada.	16. a) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. b) Duermo un poco más que lo habitual. c) Duermo un poco menos que lo habitual. d) Duermo mucho más que lo habitual. e) Duermo mucho menos que lo habitual f) Duermo la mayor parte del día g) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. a) No estoy tan irritable que lo habitual. b) Estoy más irritable que lo habitual. c) Estoy mucho más irritable que lo habitual. d) Estoy irritable todo el tiempo.	18. a) No he experimentado ningún cambio en mi apetito. b) Mi apetito es un poco menor que lo habitual. c) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. d) Mi apetito es mucho menor que antes. e) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

	f) No tengo apetito en absoluto. g) Quiero comer todo el día.
19. a) Puedo concentrarme tan bien como siempre. b) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente c) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. d) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	20. a) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. b) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. c) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. d) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
21. a) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. c) Estoy mucho menos interesado en el sexo. d) He perdido completamente el interés en el sexo.	

Apéndice D - Escala de Desesperanza de Beck (HS)

Instrucciones: Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son verdadero o falso.

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas.		
20. No merece la pena que intente conseguir algo		

Apéndice E - Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SÍ” o “NO”.

	SÍ	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

