

APLICACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES

M^a del Carmen CARBAJO VÉLEZ
Universidad de Valladolid

RESUMEN

En este estudio se ha aplicado la Escala de Depresión de Beck a un grupo de personas mayores palentinas, con edades comprendidas entre los 57 y los 82 años (la media de edad es de 70 años), no con el objetivo de detectar la presencia de depresión, sino de conocer su estado emocional, de cara a su participación en un programa de entrenamiento cognitivo. La explicación está en que se considera a las personas mayores desde un punto de vista bio-psico-social.

Palabras clave: Depresión, personas mayores, envejecimiento saludable, envejecimiento exitoso, envejecimiento activo

ABSTRACT

In this study, the Beck Depression Inventory is applied to a group of old people from Palencia (ages ranging from 57 to 82 years; average 70 years) not with the aim to detect the presence of depression but to know their emotional state before taking part in a cognitive training program. The explanation considering old people from a bio-psico-social point of view.

Key words: Depression, old people, healthy aging, successful aging, active aging.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En este estudio se entiende el envejecimiento como un proceso bio-psico-social. Biológico, porque con la edad y el paso del tiempo se producen cambios en los distintos sistemas biológicos del organismo. Psicológico, porque existen cambios o estabilidad en funciones psicológicas como la atención, la percepción, el aprendizaje y la memoria, la afectividad y la personalidad. Y social, debido a que se producen modificaciones por causa de la edad, relativas a los roles sociales, intercambio y estructura social, y a los que contribuye la cultura.

También, se considera que el envejecimiento debe ser un proceso activo (OMS, 2002), con éxito (Rowe y Kahn, 1987; Baltes y Baltes, 1990), competente (Fernández Ballesteros, 1996) y saludable (OMS, 1990). Cada persona debe ser capaz de realizar su potencial de bienestar físico, social e intelectual a lo largo de toda su vida, y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades.

Se debe extender la calidad, la productividad y la esperanza de vida de las personas mayores. Además de ser activo físicamente, hay que permanecer activo social y mentalmente participando en actividades de todo tipo: recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas.

El envejecimiento activo reconoce los derechos humanos de independencia, participación, dignidad, atención y autodesarrollo de las personas mayores, y depende de una serie de condiciones que pueden agruparse en contextuales (socioeconómicas, culturales, ambientales, sanitarias) y personales (factores individuales y comportamentales) (Fernández Ballesteros, 2005).

Dentro del funcionamiento afectivo de las personas mayores se tienen en cuenta las conductas depresivas, entre las manifestaciones emocionales más usuales (Barret, 1972). Las personas mayores expresan las conductas depresivas mediante autoverbalizaciones negativas con respecto a sí mismos y la vejez, una baja autoestima, un escaso reconocimiento de sus cualidades positivas, una baja participación social, incluso en actividades reforzantes, y deseo de morir.

La población mayor, más que otros grupos de edad, muestra múltiples síntomas de depresión, aunque sin llegar a manifestarse como trastornos completos de depresión. Aunque la depresión es mayor entre los jóvenes, no deja de ser alta entre las personas mayores. Barcia (1988) señala que la depresión es el problema psicosociológico más importante entre las personas mayores. Gatz (2000), tras una revisión de estudios epidemiológicos, encontró que la prevalencia de depresión de las personas mayores variaba entre un 1 % y un 2 %, siendo esta la tasa más baja de todo el ciclo vital. En la misma línea, Guillén, Salgado, Jiménez y Santiago (1986) señalan que la prevalencia de depresión en personas mayores es del 1,5 %. Por otra parte, parece que existen diferencias entre las tasas de depresión en función de variables como el sexo, el estado civil, la salud y la clase socioeconómica.

Los estudios muestran que en España, entre las personas mayores de 65 años, existe un mayor porcentaje de síntomas depresivos que de depresión, y que una gran parte de estas personas no tiene ninguna manifestación depresiva. Entre las personas mayores es frecuente la existencia de comportamientos depresivos transitorios (Slater y Roth, 1977).

La depresión o sintomatología depresiva es más frecuente entre las personas institucionalizadas, que entre aquellas que viven en su domicilio. La preva-

lencia estimada de trastornos depresivos en personas mayores no institucionalizadas varía entre el 4 % y el 6 % (Gallagher y Thompson, 1983). En cambio, entre las personas que viven en residencias públicas, el 23 % presenta un trastorno depresivo, según el Inventario de Depresión de Beck (Moon y Baum, 1987); y un 40 % más manifiestan algún grado de sintomatología de depresión.

Entre los criterios para determinar la existencia de depresión en la vejez está la manifestación continuada de, al menos, cuatro de los siguientes síntomas: aumento o disminución del apetito, sueño, energía, fatiga o cansancio, pérdida de interés o de agrado en actividades cotidianas, sentimientos de reproche a sí mismo, enlentecimiento o agitación psicomotora, quejas o evidencia de disminución en la capacidad de concentración, que suelen durar más de dos semanas y afectan al funcionamiento habitual.

La depresión en la vejez puede aparecer debido a cambios en el sistema endocrino, neurológico y en la fisiología, a la falta de adaptación al incremento de pérdidas sociales y sensoriales, y a un conjunto de sucesos estresantes como la disminución de ingresos y de contactos sociales, la jubilación y cambios en los roles y en las redes sociales. Las implicaciones prácticas y la posibilidad de mejora dependerán del tipo de factores que provocan la depresión.

Las personas mayores son más vulnerables a la depresión porque, con la edad, los neurotransmisores y la respuesta del organismo ante el estrés sufren alteraciones. Algunos fármacos afectan al estado de ánimo de las personas. Además, los mayores pueden ver reducidas las contingencias ambientales relevantes y la participación en actividades reforzantes, debido a circunstancias como la disminución de ingresos, la jubilación, los problemas de salud y la muerte del cónyuge o personas cercanas.

Por otra parte, las personas mayores realizan menos actividades en comparación con las más jóvenes; por ello, en ocasiones, se considera que son parecidas a las personas deprimidas. No obstante, los mayores perciben más actividades potencialmente reforzantes que los depresivos.

Para comprender, evaluar y tratar los factores que intervienen en la depresión, deben tenerse en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales (modelo bio-psico-social).

En la práctica es complicado distinguir en las personas mayores entre un estado normal y uno depresivo, y debe basarse más en criterios cuantitativos que cualitativos. La ocurrencia de síntomas como la pérdida de peso, insomnio, falta de energía y dolores de cabeza puede deberse a la existencia de depresión o a una enfermedad física concreta. Por otra parte, la preocupación por la muerte o la salud pueden ser normales o apropiadas en las personas mayores (Kane y Kane, 1981).

En las personas mayores, la depresión se ha asociado a la salud o a componentes del funcionamiento cognitivo, como la memoria. Existe una relación en la vejez, entre el padecimiento de enfermedades físicas y la aparición de síntomas de depresión. No obstante, variables como la existencia de servicios de cuidado, la integración social, una jubilación satisfactoria y un ambiente enriquecido disminuyen el impacto de la enfermedad sobre el estado de ánimo y las manifestaciones de depresión. La influencia de la depresión sobre la memoria es mayor en personas mayores hospitalizadas, con bajo nivel educativo y socioeconómico y con problemas de salud, y suele ser debido a efectos motivacionales.

La depresión puede ir acompañada de perturbaciones en el funcionamiento (fundamentalmente memoria), por lo que, en ocasiones, se confunde con la demencia. Para diferenciar la demencia de la depresión con problemas cognitivos, deben tenerse en cuenta las quejas de memoria del sujeto, el estado de salud física, el nivel actual del funcionamiento cognitivo y la existencia de cambios recientes en su comportamiento (Gallagher y Thompson, 1983). Mientras que en la demencia se destaca la lentitud en la aparición y el desarrollo, la inconsciencia y una ejecución de tareas baja, en la depresión, sin embargo, se destaca la rapidez, consciencia, malestar y rendimiento variable en la ejecución de las conductas.

No obstante, hay que descartar los estereotipos, tanto positivos como negativos, presentes en nuestra sociedad, que acompañan a las personas mayores y que las muestran como aisladas, inútiles, depresivas o sabias, de edad dorada, etc. La visión negativa y los estereotipos que existen sobre la vejez pueden favorecer la aparición de depresión, confirmándose, de esta forma, la profecía autocumplida.

2. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

1. Procedimiento / Metodología

Se han analizado a 60 personas mayores de la provincia de Palencia, con una media de edad de 70 años, en su mayoría mujeres (71 %) y pertenecientes a la clase social o estatus socioeconómico medio (83,9 %). El estado civil predominante es el de casado (51,6 %), seguido del de viudo (29 %), soltero (16,1 %) y separado (3,2 %). La mayor parte posee estudios primarios (48,4 %), seguido de las personas que no poseen estudios o con estudios secundarios (16,1 % respectivamente) y de aquellas con estudios universitarios (19,4 %). En su mayoría carecen de enfermedad (61,3 %); y, de los que dicen padecer alguna (38,7 %), son en su mayoría de mayor impacto o permanencia (19,4 %), entendiendo como tales las que, debido a la problemática permanente y continua que crea al que las padece, son susceptibles de alterar, de forma constante, las capacidades cognitivas. Algunas personas, aunque señalan que poseen alguna enfermedad, no especifican el tipo (6,5 %). Se trata de personas que no se encuentran institucionalizadas.

El objetivo de este estudio es conocer el estado afectivo emocional de las personas mayores que desean participar en un programa de entrenamiento cognitivo, ya que ha sido demostrado que la afectividad influye en la cognición. Se considera que las personas que poseen un estado afectivo emocional adecuado pueden beneficiarse más de cualquier tipo de entrenamiento.

Para ello, se ha empleado la adaptación de la Escala de Depresión de Beck realizada por Montorio (1990), que consta de 19 apartados, en los que se presentan varias respuestas posibles, y en la que la persona mayor debe señalar la que mejor refleja su situación. También, para ampliar los datos, se ha aplicado una versión más simplificada de la original Escala de Depresión de Beck, que presenta, dentro de una serie de materiales para la evaluación de las personas mayores, el Servicio Andaluz de Salud. Se trata de una escala autoadministrada, en la que se le dan a la persona veinte afirmaciones que debe valorar como verdaderas o falsas en función del ajuste a su situación personal.

Aunque la muestra es muy pequeña (de tan solo 60 personas), y sus resultados no pueden ser generalizados, sí nos sirve para darnos cuenta del estado afectivo emocional de algunas personas mayores.

2. Instrumento

El originario Inventario de Depresión de Beck (1961) es uno de los cuestionarios de depresión más conocidos y extendidos que incluye factores cognitivos. Consta de 21 ítems, que se presentan en tres frases de formulación gradual y son valorados en una escala de 0-3 en función de la gravedad que representa. El sujeto debe escoger la frase que mejor se adapte a su situación personal. Los 21 ítems incorporan los criterios diagnósticos básicos, resaltando la auto-percepción del sujeto frente a aspectos conductuales: humor, pesimismo, sollozos, sentido del fracaso, falta de satisfacción, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-odio, auto-acusación, deseos auto-punitivos, irritabilidad, indecisión, aislamiento social, inhibición en el trabajo, imagen corporal, problemas de sueño, pérdida de peso, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas y pérdida de libido. Por lo tanto, abarca manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas de la depresión.

En este caso, se va a utilizar la adaptación a la población española realizada por Montorio (1990), que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas. Consta de 19 apartados que expresan varias respuestas posibles, y la persona mayor debe señalar la frase que mejor se adapte a su situación. Se trata de un instrumento, válido y fiable, para evaluar la depresión entre personas mayores, aunque presenta algunos problemas, como la exigencia de un nivel de educación medio para entender los ítems y distinguir las alternativas de respuesta, y diferenciar entre los síntomas somáticos debidos a la salud y los ocasionados por el estado afectivo.

También, se emplea una Escala de Depresión de Beck auto-administrada del Servicio Andaluz de Salud en la que se le dan a la persona veinte afirmaciones que debe valorar como verdaderas o falsas, en función del ajuste a su situación personal.

La Escala de Beck habitualmente se utiliza como media pre y post-tratamiento y como criterio para la selección de sujetos de investigación. Además, está basada en la teoría cognitiva que subraya la importancia de los pensamientos del sujeto con respecto a su actividad y estado de ánimo. La depresión consiste en una visión negativa de sí mismo, de las experiencias habituales y del futuro.

3. Análisis estadístico

Se ha realizado un análisis de frecuencia de cada una de las respuestas posibles en cada apartado o afirmación, para conocer el estado afectivo emocional global de las personas mayores, empleando el paquete estadístico SPSS v. 14.0 (SPSS, 2006).

3. RESULTADOS

El análisis detallado de cada uno de los apartados del Cuestionario de Beck adaptado, validado y baremado por Montorio (1990) produce los siguientes resultados.

Con respecto al primer apartado, se extrae que el 77,4 % de las personas mayores encuestadas no se encuentran tristes, seguido de aquellas que consideran que tienen siempre una pena encima que no se la pueden quitar, con un 12,9 % y el 9,7 % que indica que la tristeza que siente le produce verdaderos sufrimientos. Nadie elige la opción de “*Ya no puedo soportar esta pena*”.

Hay que tener en cuenta que, aunque la mayor parte de las personas mayores no se encuentra triste, es normal que algunas personas sientan, en un determinado momento de sus vidas, que tienen siempre una pena encima que no se la pueden quitar o que la tristeza que sienten les produzca verdaderos sufrimientos, dado que puede que se estén enfrentando a situaciones difíciles y estresantes, más habituales en estas edades, como son la viudedad, la pérdida de contactos sociales con los que mantenían un fuerte apego, pérdida de estatus económico, aparición de enfermedades propias o de familiares, etc. Pero estas manifestaciones que pueden ser depresivas cuando se acompañan de otros aspectos desaparecen en cuanto se produzca una asunción de la pérdida o del suceso estresante y no tienen por qué acompañar a las personas durante el resto de su vida.

En el segundo apartado, que hace referencia a las expectativas sobre el futuro, se obtiene que el 74,2 % de las personas mayores no es especialmente pesimista ni siente que las cosas le vayan a ir mal; el 19,4 % se sienten desani-

mados cuando piensan en el futuro, y el 3,2 % no esperan nada bueno de la vida, y no esperan nada, esto no tiene remedio respectivamente.

Las personas que se sienten desanimadas al pensar en el futuro, aquellas que no esperan nada bueno de la vida y las que creen que su situación no tiene remedio, se encuentran en pleno duelo por la muerte de un cónyuge, familiar cercano o amigo íntimo o se están enfrentando a situaciones que pueden resultar fuertemente estresantes como enfermedad, pérdida de contacto social, jubilación, etc. No hay que olvidar que, entre las personas mayores, es habitual describir el estado de ánimo de forma negativa (pesimismo, incapacidad).

El tercer apartado intenta indagar sobre la experiencia vital. El 74,2 % de las personas mayores no se considera fracasada o, dicho de otra forma, creen que han llevado una vida plena y han conseguido muchos de los objetivos y metas que se propusieron en la vida; el 19,4 % siente que ha hecho pocas cosas que valgan la pena, y el 6,5 % considera que ha tenido más fracasos que la mayoría de la gente. Nadie elige las opciones más negativas que son: “*He fracasado totalmente como persona (padre, marido, madre, hijo, profesionalmente)*” y “*Veo mi vida llena de fracasos*”.

Algunas de las personas de la muestra que responden que han hecho pocas cosas que valgan la pena en el trato personal muestran un gran nivel de exigencia, lo que podría indicar que, para ellos, hacer cosas que “*valgan la pena*” implica metas de muy alto alcance y poca conformidad. Parece que, con frecuencia, las personas mayores tienden a infravalorarse.

En el cuarto apartado se analiza la satisfacción personal, resultando que el 58,1 % no está especialmente insatisfecho; el 32,3 % señala que ya no le divierte lo que antes le divertía, y el 9,7 % se encuentra insatisfecho consigo mismo. Ninguna persona responde las opciones “*Ya nada me llena*” ni “*Estoy harto de todo*”.

En relación con el quinto apartado, el 90,3 % no se siente culpable, y el 9,7 % se siente bastante culpable. Nadie contesta las opciones “*A veces me siento despreciable y mala persona*” ni “*Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable*”.

De acuerdo con el sexto apartado, el 83,9 % de las personas mayores está satisfecha de sí mismo. En cambio, el 6,5 % considera que está descontenta consigo misma y no se aprecia respectivamente, y el 3,2 % está asqueado de sí. Nadie responde que se odia (se desprecia).

Según el séptimo apartado, el 74,2 % de los mayores no cree ser peor que otros; el 16,1 % se critica mucho, a causa de sus debilidades y errores; el 6,5 % se acusa a sí mismo de todo lo que va mal; y el 3,2 % siente que tiene muchos y muy graves defectos. Ninguna persona se siente culpable de todo lo malo que ocurre.

Del octavo apartado, que evalúa los sentimientos de autoagresión de las personas mayores, se obtiene que el 90,3 % no tiene pensamientos de hacerse

daño, el 6,5 % siente que su familia estaría mejor si muriera y el 3,2 % se mataría si pudiera. Las opciones de “*Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo*”, “*Siento que estaría mejor muerto*” y “*Tengo planes decididos de suicidarme*” no son elegidas por ninguna de las personas mayores.

En relación con el noveno apartado, el 74,2 % de los mayores no llora más de lo habitual y el 12,9 % señala que antes podía llorar, ahora no llora ni aun queriéndolo y “ahora lloro más de lo normal”, respectivamente. Nadie elige la opción que indica “*Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo*”.

El apartado décimo muestra que al 35,5 % de las personas mayores no les irrita lo que antes les irritaba, el 32,3 % no está más irritable que normalmente, el 29 % se irrita con más facilidad que antes y el 3,2 % se siente irritado todo el tiempo.

El apartado undécimo nos proporciona resultados como que el 80,6 % de las personas mayores no ha perdido el interés por los demás, el 16,1 % se interesa por la gente menos que antes y el 3,2 % ha perdido todo su interés por los demás y no le importan en absoluto.

Con respecto al apartado duodécimo, que se centra en la capacidad de toma de decisiones de las personas mayores, el 71 % toma sus decisiones como siempre, el 16,1 % ya no puede tomar decisiones sin ayuda y el 12,9 % ahora está inseguro de sí mismo y procura evitar el tomar decisiones. Nadie elige la opción “*Ya no puedo tomar decisiones en absoluto*”.

En relación con el apartado decimotercero, hay que destacar que el 6,5 % de las personas mayores no señala ninguna de las opciones propuestas. El 67,7 % considera que no trabaja tan bien como lo hacía antes, el 19,4 % cree que puede trabajar tan bien como antes y el 3,2 % necesita un esfuerzo extra para empezar a hacer algo o señala que no puede trabajar en nada. La opción “*Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa*” no es elegida por ninguna persona.

El apartado decimocuarto se centra en el descanso físico. Mientras que el 32,3 % duerme tan bien como antes, el 19,4 % se despierta temprano todos los días y no duerme más de cinco horas, el 16,1 % se despierta una o dos horas antes de lo normal y le resulta difícil volver a dormir, el 9,7 % tarda una o dos horas en dormirse por la noche, no logra dormir más de tres o cuatro horas o se despierta sin motivo en mitad de la noche y tarda en volver a dormir respectivamente; y el 3,2 % tarda más de dos horas en dormirse y no duerme más de cinco horas. Nadie se despierta más cansado por la mañana.

En el apartado decimoquinto, el 41,9 % de las personas mayores indica que no se cansa más de lo normal, mientras que el 58,1 % señala que se cansa más fácilmente que antes. Nadie considera que cualquier cosa que hace le fatiga o que se cansa tanto que no puede hacer nada.

Con respecto al apartado decimosexto, que hace referencia al apetito, el 71 % de las personas mayores tiene el mismo apetito de siempre, el 19,4 % consi-

dera que ahora es mucho mejor y el 9,7 % que no es tan bueno como antes. Ninguna persona ha perdido totalmente el apetito.

En el apartado decimoséptimo se trata la pérdida de peso, obteniéndose que, mientras que el 77,4 % de las personas mayores no ha perdido peso últimamente, el 12,9 % ha perdido más de dos kilos y medio, el 6,5 % ha perdido más de cinco kilos y el 3,2 % ha perdido más de siete kilos y medio.

En relación con el apartado decimooctavo, que trata las preocupaciones somáticas, los datos logrados son que al 80,6 % de los mayores no le preocupa su salud más de lo normal, el 12,9 % está constantemente pendiente de lo que le sucede y de cómo se encuentra; y el 6,5 % está preocupado por dolores y trastornos. Nadie señala preocuparse por su salud más de lo normal.

Por último, en el apartado decimonoveno, que hace referencia al apetito sexual, se ha hallado que el 51,6 % de las personas mayores está menos interesada por el sexo que antes, el 16,1 % ha perdido todo su interés por el sexo y el 12,9 % no ha notado ningún cambio en su atracción por el sexo y apenas se siente atraído sexualmente respectivamente. Existen dos personas mayores que no han respondido a este apartado por considerar que se trata de un aspecto muy personal e íntimo. De esta forma, se confirma la existencia de cierto recelo por parte de los mayores a la hora de responder al ítem sobre sexualidad ya expuesta por Yesavage (1986)

Los resultados que se extraen de la aplicación de la versión simplificada de la Escala de Depresión de Beck presentada por el Servicio Andaluz de Salud a las personas mayores de la muestra son los siguientes:

- El 78,3 % espera el futuro con esperanza y entusiasmo.
- El 60,9 % no se da por vencido, no renuncia y cree que puede hacer las cosas mejor por sí mismas.
- El 91,3 % considera que, cuando las cosas van mal, les alivia saber que no pueden permanecer tiempo así.
- El 78,3 % no puede imaginarse cómo será su vida dentro de diez años.
- El 73,9 % cree que tiene bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.
- El 69,6 % espera conseguir, en el futuro, lo que le pueda interesar.
- Al 60,9 % el futuro no le parece oscuro.
- El 73,9 % espera más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.
- El 52,2 % cree que es capaz de cambiar las cosas y que existen razones para creer que pueda seguir consiguiéndolo en el futuro.

- El 52,2 % cree que logra hacer que las cosas cambien y que existen razones para creer que pueda en el futuro.
- El 95,7 % señala que sus experiencias pasadas le han preparado bien para el futuro.
- El 73,9 % piensa que todo lo que puede ver delante de él es más agradable que desagradable.
- El 60,9 % espera conseguir lo que realmente desea.
- El 69,6 % cuando mira hacia el futuro espera que será más feliz de lo que es ahora.
- El 60,9 % señala que las cosas marchan como quieren.
- El 87 % tiene una gran confianza en el futuro.
- El 73,9 % siempre consigue lo que desea, por lo que puede desear cualquier cosa.
- Para el 56,5 % de las personas mayores es muy probable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.
- Al 56,5 % el futuro no le parece vago ni incierto.
- El 82,6 % espera más bien épocas buenas que malas.
- El 78,3 % señala que merece la pena intentar conseguir algo que desee, porque probablemente lo logrará.

4. CONCLUSIONES

La primera conclusión lograda es que las personas de la muestra no se encuentran deprimidas, aunque sí que hay que tener en cuenta que un pequeño grupo, en algunas de sus respuestas, tiende a ser un poco menos positivo quizás porque es más realista con su situación actual. La aplicación de las dos versiones de la Escala de Depresión de Beck lleva a considerar que, en general, las personas mayores están animadas y preparadas para participar con éxito, en cualquier tipo de actividad y, por lo tanto, en un entrenamiento cognitivo. A través de los resultados de la Escala de Beck se extrae que las personas mayores de la muestra poseen un estado de ánimo optimista, una gran satisfacción vital y confianza y expectativas positivas de futuro.

En resumen, los resultados procedentes del análisis de la escala de depresión muestran que, en general, las personas mayores no se encuentran tristes, no son especialmente pesimistas ni sienten que las cosas le vayan a ir mal, no se consideran fracasadas, no están especialmente insatisfechas, no se sienten culpables, no creen ser peor que otros, no tienen pensamientos de hacerse daño, no lloran más de lo habitual, no les irrita lo que antes les irritaba, no han perdido el interés por los demás, toman sus decisiones como siempre, consideran que no trabajan tan bien como

lo hacían antes, duermen tan bien como cuando eran jóvenes, no se cansan más de lo normal, no han perdido peso últimamente, no se preocupan por su salud más de lo normal y se encuentran menos interesadas por el sexo que antes.

Estos datos acaban con muchos de los estereotipos negativos que tradicionalmente, y todavía en la actualidad, se asocian a la vejez. La vejez no es una etapa que conlleva inevitablemente depresión. Este trabajo demuestra que la mayoría de las personas no tiene síntomas depresivos y está animada a emprender nuevas actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- BALTES, P. B. & BALTES, M. M. (1990). *Successful Aging*. Cambridge U. K.: Cambridge University Press.
- BARCIA, D. (1988). Depresión senil. Revista Iberoamericana de Geriátrica y Gerontología "Geriatrka", nº 4 (2), 84-89.
- BARRET, S. M. (1972). *Gerontological Psychology*. Springfield, III: Charles C. Thomas.
- BECK, A. T. et al. (1961): An Inventory for Mesuring Depression. *Archieves of General Psychiatry*, nº 4, 53-63.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (2005). Evaluation of "Vital Aging-M": A Psychosocial Program for promoting Optimal Aging. *European Psychologist*, nº 10 (2), 146-156.
- GALLAGHER, D. & Thompson, L. W. (1983): Depression. En P. M. Lewinsohn y L. Teri (Eds.), *Clinical Geropsychology: New Directions in Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- GATZ, M. (2000). Variations on depression in later life. En S. H. Qualls y N. Abeles (Eds.), *Psychology and the Aging Revolution. How we adapt to longer life*. Washington DC: American Psychological Association.
- GUILLÉN, F., SALGADO, A., JIMÉNEZ, F. & SANTIAGO, F. (1986). *El Médico y la Tercera Edad: Libro Blanco*. Madrid: Laboratorios Beecham.
- KANE, R. A. & KANE, R. L. (1981). *Assessing The Elderly. A practical guide to measurement*. Massachusetts: Lexington Books.
- MONTORI, I. (1990). Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Tesis doctoral. Trabajo no publicado.
- MOON, J. R. & BAUM, D. V. (1987). Depression in the elderly. En *Department Aging and Mental Health: Aging and Mental Health Issues: A Training Program*. Tampa: Florida Mental Health Institute. University of South Florida.
- OMS (1990). *Healthy aging*. Copenhagen: WHO.
- OMS (2002). *Active Aging*. Geneva: WHO.
- ROWE, J. W. & KAHN, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, nº 37, 433-440.
- SLATER, E. & ROTH, M. (1977): *Clinical Psychiatry*. Baltimore: William and Wilkins.
- YESAVAGE, J. A. (1986). The use of self-rating depression scales in the elderly. En L. W. Poon (Ed.), *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D. C.: American Psychological Association.