

320825
30
2ej-

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

Plantel Tlalpan

Escuela de Psicología

Con estudios incorporados a la

Universidad Nacional Autónoma de México

* ESTADOS DEPRESIVOS EN LA EDAD SENIL UN ESTUDIO COMPARATIVO *

TESIS

Que para obtener el título de
Licenciado en psicología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRESENTAN

A. Eréndira Méndez Jiménez
Maricela Mendoza Ramos

Director: Lic. Víctor Hugo Dorantes Gutiérrez
Revisor: Lic. José Manuel Pérez y Fariás

México D. F. 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
C A P I T U L O I	
MARCO TEORICO	8
1.1. Vejez.	8
1.2. Depresión	15
1.3. Estudios sobre Depresión.....	37
C A P I T U L O II	
METODOLOGÍA	44
2.1. Planteamiento del problema	44
2.2. Objetivo General.....	44
2.3. Objetivos Especificos	44
2.4. Hipótesis	45
2.5. Variables	45
2.6. Definición de Variables	45
2.7. Población y Muestra	46
2.8. Tipo de Muestreo.....	47
2.9. Instrumento	47
2.10 Diseño y Tipo de Estudio	52
2.11 Procedimiento	52
2.12 Análisis de Datos.....	53
C A P I T U L O III	
3.1. Resultados	55
C A P I T U L O IV	
4.1. Discusión	66
4.2. Conclusiones	67

4.3. Alcances y Limitaciones..... 68

Bibliografía

Anexo (Instrumento)

I N T R O D U C C I O N

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada para esta investigación, se encontró que en años pasados, la sociedad se desentendió de la condición del anciano, no le daba importancia a los problemas de éste, ya que se preocupó más por los niños, los adolescentes, los delincuentes y los minusválidos.

Según Martínez L. (1977) "Actualmente se ha generado un interés en la investigación del anciano, enfocado al campo de las ciencias de la salud, existiendo así ramas de estudio como la Gerontología que estudia los fenómenos y problemas relacionados con la vejez ; la Geriatria que es una parte de la Medicina que estudia las enfermedades propias de la edad avanzada y la Gerontogénia definida como el conjunto de medios o procedimientos científicos, para alcanzar una saludable avanzada longevidad (Citado en: Beauvoir S., 1980).

A pesar de que se han desarrollado estas ramas no se le ha dado importancia al campo psicológico y social, como mencionan Radan A. y Ramirez T. (1985) "Los ancianos constituyen en nuestra sociedad, un grupo con serios problemas; como depresión angustia, sentimientos de inutil-

lidad y dependencia, que transforma los últimos años de su vida, en una etapa difícil, tanto para ellos mismos como para los que los rodean''. Por todo lo anterior se cree que han perdido la capacidad de aprendizaje y no se les estimula para que se sigan desarrollando, al contrario se les margina, así que el anciano lucha con sus propios medios contra el aislamiento y el rechazo.

Rosenfelt L.(1965) dice ''Que se establece un círculo vicioso: al llegar a la vejez se pierden las esperanzas y los ancianos son desesperantes, esta es la mística de la ancianidad.

'Finley T.y Delgado M.(1981) enuncian algunas teorías con el fin de proporcionarle al lector una mayor comprensión del proceso de envejecimiento y su repercusión psicológica.

La primera teoría es la del desligamiento, en la que sostiene que la sociedad se desliga del individuo al quitarle sus roles sociales claves; tal como su rol ocupacional; haciendo que el individuo retire los compromisos afectivos que tiene con la sociedad y los ubique dentro de sí mismo.

La segunda teoría es la de la actividad, en donde dice que la manera de envejecer con mayor satisfacción es manteniéndose activo en los asuntos de la sociedad por el tiempo que física y emocionalmente sea posible.

La tercera, y última teoría es la de la continuidad, la

cual dice , que la mejor manera de envejecer es eliminando las barreras que le impone la sociedad a los viejos; tales como la jubilación obligatoria y permitiendo la elección del máximo número de opciones por parte del individuo que esta envejeciendo (Citado en: Omar G.,1987) .

'' Civita V . (1970), menciona que en el proceso de envejecimiento el hombre y la mujer reaccionan de manera diferente, para el hombre el período crítico ocurre cuando se jubila, pues necesita cambiar totalmente la rutina diaria y su actividad social. Para la mujer hay muchos problemas que exigen nuevos reajustes : la menopausia que marca el fin del período en que se puede tener hijos, la familia que cambia con el casamiento de los hijos y la llegada de los nietos; el marido que se jubila, en general con menos dinero y el comienzo de una relación más íntima con parientes y amigos. Todo esto trae como consecuencia la depresión ''.

Cardenas M. (1986) indica que ''La depresión es una enfermedad tan antigua como la humanidad; es uno de los motivos más frecuentes de consulta médica. Se ha calculado que ésta afecta al 10 % de la población mundial; sin embargo, el diagnóstico de la depresión con frecuencia no es tomado en cuenta, lo que trae consecuencias graves tanto para el enfermo, como para los que lo rodean.

Sosa A. (1989), aborda el tema de la depresión en el

anciano y dice que esta ha sido considerada en ocasiones como una entidad clinica distinta y aparte de las depresiones que se presentan en otras etapas de la vida, por otro lado, también se ha señalado que comparte elementos con trastornos depresivos del adulto, que su única diferencia es la edad de presentación. Estas aseveraciones reflejan la dificultad de la adecuada ubicación de la depresión que aparece en etapas avanzadas de la vida, lo que ha condicionado limitantes en los estudios referentes a dicho padecimiento.

El presente trabajo está encaminado, por un lado a proporcionar una panorámica documental general acerca del anciano y sus problemas, y por otro, presentar un estudio comparativo que muestre las diferencias que existen entre depresión en hombres y mujeres de edad avanzada. Teniendo como hipótesis: existen diferencias en los estados depresivos entre hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad, y, no existen diferencias en los estados depresivos entre hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad ;y como hipótesis alterna a mayor edad mayor depresion, siendo la hipótesis nula a mayor edad menor depresión. Lo cual se realizó utilizando el instrumento G.D.S.(Escala de Depresion Geriátrica), que mide depresión en ancianos; en una población constituida por 140 sujetos pertenecientes a los Clubes de Leones y Clubes de Geriatria.

Existen algunos estudios, en los que comparan los

aspectos clínicos de la depresión en el anciano. Un estudio realizado por Krassolevitch L. (1950-1966) en un hospital de Ginebra Suiza donde estudió a 119 pacientes de 65 años y más, con el diagnóstico de estado depresivo; encontró que la ansiedad fue el síntoma más frecuente (42%), también existían ideas delirantes, melancólicas así como interpretaciones, alucinaciones, y signos de demencia, también se encontraron antecedentes familiares de depresión y menos antecedentes de suicidio.

Gutierrez G. (1979) en un hospital clínico de Madrid desarrollaron una investigación acerca de los factores etiopatogénicos de las depresiones de la tercera edad. El estudio se llevó a cabo con dos muestras de 100, con un promedio de edad entre 43 y 68 años. Los factores desencadenantes que con mayor frecuencia se observaron fueron: situacionales y somáticos. Estos permiten detectar la intervención de estos factores en el desarrollo de las depresiones del sujeto en la edad avanzada.

Omar G. (1987) "Estudió 60 sujetos argentinos, entre 20 y 70 años de edad; con la finalidad de saber su opinión, con respecto a qué edad se inicia la vejez. Los resultados que obtuvo fueron que la edad en el varón estaría entre 58 y 79 años, en tanto que en la mujer se ubicaría entre los 48 y 78 años de edad.

Otra investigación fue realizada por García S.

(1988) en Madrid, la cual se hizo con el objeto de ratificar si la escala GDS era adecuada para evaluar la depresión en ancianos. Lo primero fue reducir la escala a 30 items, la cual se aplicó a 46 sujetos y posteriormente se aplicó esta junto con otras escalas. Como resultado de esto, encontró más poder discriminativo de la escala GDS, en relación con las demás, entre ancianos deprimidos y no deprimidos.

Mendoza V. y Perea H. (1990), hicieron un estudio observacional prospectivo transversal y descriptivo, en ciudad Nezahualcoyotl, en donde se aplicó la escala GDS a 80 sujetos mayores de 60 años, aparentemente sanos, en los cuales encontrarán positivos a 3 o 4 de cada 10 ancianos que, sufren problemas de depresión no diagnosticados.

En relación a la escala GDS, en la ciudad de México se realizó una investigación en el Hospital Fray Bernardino Alvarez S.C., (Sainz M. 1991) con el fin de validar esta escala para la población senil mexicana. Se estudiarán 65 pacientes mayores de 65 años, que acudieron al hospital psiquiátrico mencionado. La mayoría no estaba bajo tratamiento. Se les aplicó el GDS, una entrevista y la escala de Beck, con los resultados se hizo un análisis de varianza el cual resultó significativo ($P < 0.0001$), se obtuvo la sensibilidad y especificidad para la GDS y concluyeron que de acuerdo a los datos obtenidos se puede

afirmar que en la utilización de la escala GDS es un instrumento con una validez adecuada para su empleo en pacientes de la tercera edad.

Por otra parte Rangel L. (1991), analizó 140 familias mexicanas, con integrantes mayores de 60 años. Se estudiarón un total de 517 personas y se concluyó que los ancianos forman parte importante de la familia, y que predomina el sexo femenino y estas no están incorporadas a alguna actividad suficientemente remunerada, permaneciendo al margen las ancianas; en general hay un bajo nivel de escolaridad y ya los hijos y nietos tienen mayor grado, prevaleciendo el estado de marginación para las ancianas.

Finalmente, los resultados obtenidos en esta investigación, confirman las hipótesis dadas anteriormente. Encontrando que las mujeres, presentarán estados depresivos más altos en comparación con los hombres, al igual que a mayor edad mayor depresión.

C A P I T U L O I

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1. VEJEZ

Dentro de la historia de los griegos se habla sobre la disposición que tenían los jóvenes para aprender de los viejos. Para Hipócrates (460-377 a.c.) la vejez se inicia a partir de los 56 años siendo el primero en observar los cambios de tipo físico que se van presentando en los ancianos.

Platón (428-347 o 348 a.c.) decía que los hijos les deben respeto a los viejos así como también que deben poner a su servicio sus riquezas y su persona, se les debe rendir culto a los abuelos.

Aristóteles (384-322 a.c.) tiene una visión más negativa del anciano, opina que el hombre progresa hasta los 50 años.

Por otra parte, en el imperio Romano hasta el siglo II A.C. el gobierno estaba formado por una oligarquía integrada por conservadores que eran ancianos; ellos dirigían la política, el ejército, administraban las fianzas y juzgaban los delitos graves, su voto tenía mas valor que el de los otros ciudadanos y podían llegar a las altas

magistraturas sólo en la edad muy avanzada, encontrándose el senado integrado por estas personas (Citado en: Beauvoir S., 1980).

Séneca (65 a.c.) menciona que " La vejez es una enfermedad incurable "mientras que Galemo de Pergamo (131-201 a.c) comprobó que la vejez si bien no esta libre de achaques, no es una enfermedad, ya que ésta última va siempre contra la naturaleza, rasgo que está ausente en la vejez (Citado en: Beauvoir S. 1980).

Cantón (234-149 a.c.) declara : " La vejez tiene mala fama pero es por causa de prejuicios ".

"Un hombre se mantiene ágil y alerta aún después de los 80 años y considera que esa impotencia de la vejez llamada coloquialmente segunda infancia , no se ve en todos los viejos, sino en aquellos que son por naturaleza pobres de espíritu" (Citado en : Bronich F., 1965).

De Beauvoir S. (1980) " Dice que en el transcurso de la historia humana la sociedad ha ido enfrentando la situación ante la vejez, de muy diversas maneras y esto ha sido según las individualidades de cada una de ellas, en las que han influido las tradiciones, la religión, la política y la economía".

La situación de las personas de edad avanzada difiere en cuanto a civilizaciones, períodos o épocas de la historia. Así tenemos que en algunas culturas como en Grecia y

en México prehispánico se identificaba a la ancianidad con la sabiduría y la grandeza, en otras, los ancianos gobernaban y regían a través de senados y oráculos o se les consideraba líderes de las tribus, profetas, o curanderos, en otras culturas se les consideraba como una carga insoportable abandonándolos a su suerte como era costumbre entre los esquimales y otros pueblos urgidos por las necesidades más elementales.

En el siglo XIX en Europa surgen algunos cambios, los cuales tienen una influencia considerable en relación a la condición del anciano y en la idea que la sociedad se hace de la vejez.

Los progresos de la ciencia hacen posible remplazar los mitos que se tienen, por un verdadero conocimiento, permitiendo esto que la medicina, entre otras disciplinas cuide y cure a las gentes de edad avanzada.

Von Bismark O. (1883-1889) viéndose influido por ésta situación, crea en Alemania el sistema de seguros sociales; el cual se completó y se extendió de 1889 a 1910, este sistema estaba destinado a cubrir los riesgos de accidente de trabajo, protegió también a los asalariados contra la invalidez de la vejez; este régimen se estableció tiempo después en Luxemburgo, Rumania, Suecia, Austria, Hungría y Noruega (citado en: Boumpadre A., 1983).

Fernández C. (1983) indica que, en los países capitalistas, actualmente se ocupan realmente por dar al anciano un modo de vida más honorable como por ejemplo, Suecia, Noruega y Dinamarca, naciones poco pobladas, sin mayores problemas políticos y económicos y con una administración de tipo socialista.

En Suecia la gente de edad avanzada constituye el 12 % de la población, todo ciudadano cobra una pensión a partir de los 57 años, edad fijada para el retiro. La persona que está jubilada cobra las dos terceras partes de su salario medio anual calculado ésto con arreglo a los 15 años en que fue mejor pagado. Esta situación es parecida en Noruega en donde el límite de retiro es de 70 años y en Dinamarca es de 67 años. A pesar de que estas personas que se encuentran en esta edad están protegidas económicamente, Winsted M. (1984) ; ha declarado que " Hay mucha soledad en este país para los ancianos que quieren compañía, solamente pueden encontrarla en los asilos, los cuales son unas casas de desahucio instaladas con todos los adelantos de la técnica, son una especie de jaulas de lujo, para personas que buscan sobre todo una convivencia social no una vejez aislada. Pero esta convivencia es de los que no tienen ninguna actividad útil para la sociedad y se sienten de más. Los ancianos que se sienten así, en muchos casos intentan el suicidio como solución a su aislamiento " (Citado en :Gamieta M.1985).

Por otra parte, en países como Francia y Estados Unidos, cada año crean clínicas, pensiones de ancianos, casas de descanso, residencias, incluso ciudades y aldeas donde se hace pagar lo más caro posible a las personas de edad que tienen los medios necesarios para un confort y una atención que deja a menudo mucho que desear (Boumpadre A., 1983).

En algunos países como Alemania Oriental, el 97 % de la población senescente vive en su casa, muchos de ellos completamente solos, no hay asilos y las pocas instituciones estatales para el cuidado del anciano, tiene una larga lista de espera. Meckinger L. (1978), comunicó que se está estableciendo una red de contactos sociales que ayudará a que los ancianos padezcan menos problemas y no permanezcan tan solos (Citado en: Gonzalez N. 1978).

En Checoslovaquia abundan los clubes de ancianos y jubilados, que retirados de toda actividad por los sindicatos, aprenden nuevas formas de ser útiles en la sociedad. Las personas solas encuentran rápidamente nuevas amistades y parejas, incrementándose los matrimonios de más de 70 años.

Con lo anterior se ha abordado lo que se ha hecho con respecto a los ancianos en las diferentes partes del mundo, ahora se hará referencia a lo que se ha realizado en México ; como por ejemplo Loyola E. (1976), dijo: " En

México la ancianidad está abandonada y más la que no disfruta de una pensión. Por eso va constituyéndose una sociedad de viejos pasivos sin independencia económica, que tiene que replegarse sobre sí misma en una sociedad cuya actitud hacia los ancianos, aún cuando disimulada, es con frecuencia de indiferencia y repulsión. En la misma conferencia se mencionó: son una carga para el Estado'', olvidando los servicios y la aportación económica que hicieron los ancianos durante toda su vida de trabajo. Es necesario que se deje de creer que el anciano es una carga, pues salvo en la decrepitud absoluta, el ser humano que ha revasado los 60 años puede ser utilísimo si se le cuida, se le protege, se le ama y no se le considera como un estorbo .

Actualmente se siguen creando diferentes tipos de instituciones para el cuidado de los ancianos, siendo el objetivo principal, proporcionarles albergues, alimento, atención médica (en la mayoría de los casos deficiente) descuidándose de esta forma la rehabilitación integral del senescente, careciendo de programas encaminados a aminorar sus deficiencias físicas, conductuales y emocionales , de técnicas y de personal especializado en Geriatria (Citado en : Aragonés D. 1986).

En términos generales se trato de mostrar la situación del senescente en diferentes culturas y épocas ,con el propósito de aportar datos, acerca de como ha visto la

historia de la humanidad al anciano a través del tiempo.

1.2. D E P R E S I O N

La depresión es una enfermedad tan antigua como la humanidad, Hipócrates (460-377 a.c.) habló de ella, viendo una afección de los humores y dijo que la locura estaba relacionada con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. La depresión descrita por Hipócrates como melancolía era producida por la bilis negra.

En el siglo I a.c. Asclepiades B. (140-124), recomendó los estímulos intelectuales, la música agradable y la formación de buenas relaciones emocionales como medida para aliviar las depresiones (Citado en: Bleuler E.,1971).

Ya en la edad media hubo un gran número y variedad de formas de la llamada melancolía. Constantino Africano señaló dos tipos distintos de melancolía , uno estaba localizado en el cerebro y el otro en el estomago. También fué el primero en descubrir los síntomas de la melancolía como, el miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos obsesivos y ansiedad (Citado en: Ostow M.1980).

La creencia en influencias espirituales como causa de la depresión ceso a fines de 1630 cuando Burton R. publicó su tratado " Anatomía de la Melancolía " que facilitó apreciablemente la identificación de los estados depresivos (Citado en: Jiménez O. 1986) .

Posteriormente , la primera contribución importante por parte de los psicoanalistas. al problema de la depresión, proviene de Karl A. (1911) quien observó que en los casos neuróticos, algunos abandonaban sus impulsos sexuales sin obtener gratificación. El enfermo se siente poco amado y por lo tanto es incapaz de querer a los demás. También observó que el odio paralizaba la capacidad de amar y este sentimiento producía culpa y reproches, lo cual incrementaba la depresión.

Habiendo introducido el concepto de etapa oral, Karl A. (1916) concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera etapa del desarrollo y considera que la hostilidad del melancólico se dirige en contra de la madre. El contenido de los auto-reproches son una crítica despiadada contra la figura materna, como resultado del destete.

En relación a la melancolía Freud S . . (1917), señala que la depresión es el modo de reaccionar a la pérdida de un objeto ambivalente y su introyección. La parte hostil se manifiesta en el odio y el sadismo que vuelca en contra del Yo (Citado en: Jimenez O. 1986).

El incremento tan grande que se ha dado a nivel mundial de la depresión, en los últimos años, y la gran cantidad de enfermos con cuadros sintomatológicos, obviamente no incluidos en los cuadros psicóticos o neuróticos, motivaron

a los expertos de la Organización Mundial de la Salud (O M S) a establecer un nuevo grupo de la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, que empezó a ser utilizada en Enero de 1979. Este grupo bajo el rubro 311 y con el nombre de trastorno depresivo no clasificado, en otra parte incluye a los pacientes que presentan este cuadro patológico penoso y molesto, pero definitivamente curable con los recursos médicos actuales.

Sandor R. (1969) habla sobre la decesión y dice: "Fracasos importantes en el dominio de la realidad producen miedo excesivo y rabia impotente que puede superar la resolución por medio de los recursos de la actividad intelectual. Si la lucha o la huida fracasan en todos los niveles, sobreviene la desesperación. Entonces a un nivel regresivo e inadecuado, el miedo, la culpa y la expiación, ofrecen la esperanza de que puede obtenerse una ayuda mágica a través del autocastigo y el perdón. Aún cuando se demuestra en la realidad que ésto es ilusorio, la esperanza no muere; se recurre a un nuevo y más furioso autocastigo para conseguir el fin deseado. Frente al fracaso en la realidad esta regresión o procedimiento expiatorio, dependiente, automatizado termina en Depresión" (Citado en: Freedman M., Kaplan I. y Sadock J. 1975).

Para Beck A. (1979), una de las dificultades en la concepción de la depresión es primordialmente semántica, debido a que el término ha sido diversamente empleado para

designar un tipo particular de sentimiento o síntoma, un conjunto de síntomas (síndrome) y una entidad patológica bien definida.

El término depresión, se ha utilizado a menudo para denominar un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognitivas y de la conducta que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido. En estos casos es considerada como un síndrome el cual es concebido a veces como una situación psicopatológica cuya intensidad (o grado de anormalidad) varía entre leve y grave. También menciona Beck A. (1976), que el trastorno de los sentimientos es generalmente una característica sobresaliente de la depresión. En los últimos años se ha hecho común considerar a esta afección como un "Trastorno Primario del Estado de Animo" o como un trastorno afectivo. La importancia central atribuida al componente afectivo de la depresión queda ejemplificada, por la práctica de utilizar listas de adjetivos afectivos para medir y definir la depresión, existen muchos otros componentes de la depresión aparte de la modificación del estado de ánimo.

Beck A. (1976) define la depresión por las siguientes características:

- 1.- Una alteración específica del estado de ánimo: caracterizado por, tristeza, sensación de soledad y apatía.
- 2.- Trastorno vegetativo: caracterizado por, anorexia, insomnio y disminución de la libido.

3.- Un concepto negativo y de autocastigo: caracterizado por un deseo de esconderse o morir

4.- Cambio en el nivel de actividades: con retardo y agitación.

Por otra parte, Caso M. (1979) dice que la depresión es un de los síndromes, que con más frecuencia padece la humanidad y agrega que la primera parte de este siglo, fue considerada como la época de la angustia y la segunda esta siendo considerada como la época de la DEPRESION.

Un año después Ostow M. (1980) clasificó la depresion de la siguiente manera:

- 1.- Depresión reactiva: si es por infortunio.
- 2.- Depresión post-parto: se da después del alumbramiento.
- 3.- Melancolía involutiva: si ocurre en la década de los 60 años.
- 4.- Depresión agitada: cuando el sujeto es preso de un estado de agitación.
- 5.- Depresión retardada: cuando se mantiene inerte.
- 6.- Manía-Depresiva: si ésta tiene lugar a lo largo de episodios discontinuos y altera los ataques de manía.
- 7.- Melancolía esquizofrenica: cuando se asocia a rasgos clínicos, claramente esquizofrénicos, o cuando se produce a manera de episodios en un indi-

viduo que ha sufrido antes crisis esquizofrénicas.

8.- Depresión: cuando es suave.

9.- Melancolia: cuando es grave.

Un enfoque diferente con respecto a la depresión nos lo da Coppen A. (1980), el cual dice que existen causas ambientales y psicológicas, que se consideran como factores determinantes de la depresión exógena o reactiva, en otros casos no hay factores desencadenantes evidentes considerándose a esta como depresión endógena. También menciona otros dos tipos de depresión que van entrelazadas con las dos anteriores: La depresión simple y la depresión involutiva.

En la Depresión Simple: el individuo no sufre ninguna alteración de personalidad, encontrándose en un estado satisfactorio de salud mental. Incurre en un cuadro depresivo por problemas psicológicos, ecológicos o sociales, que provocan un desequilibrio bioquímico, que afecta el metabolismo de las aminas. Cuando el paciente se recupera, actúa seguro de no haber sufrido en algún momento un trastorno mental.

La depresión involutiva: (denominada también melancolía involutiva, reacción involutiva psicótica, conducta involutiva y depresión de la edad madura) se presenta en la presenilidad y es más frecuente en las mujeres, específicamente en la edad del climaterio. Su comienzo es insi-

dioso y se relaciona con emociones o dificultades. Algunos autores creen que la base de esta reacción puede encontrarse en un desequilibrio endócrino, resultante de la menopausia. Otros creen que el factor más significativo es el sentido psicológico del climaterio. La naturaleza de los cambios endocrinos en el hombre en esta misma época no es bien conocida, es además una época de la vida que a menudo se relaciona con cambios característicos en la situación familiar y en las relaciones socioculturales.

Para complementar la depresión involutiva Coppen A. la amplía y la llama Depresión en la Edad Senil; a lo cual dice que desde hace tiempo la depresión ha sido reconocida como un humor característico de la senectud. También dice que la investigación médica de la enfermedad depresiva en la vejez y la amplia magnitud del problema, tanto en la práctica hospitalaria como en la comunidad, comenzó a darsele importancia en los últimos 20 años. Expone que la depresión se manifiesta con mayor frecuencia, más o menos, desde los 55 años, debido a que durante esta etapa se presenta angustia por lo que les depara el futuro. Así tenemos que si no han tenido éxito en su trabajo, ven ahora pocas oportunidades para tenerlo y si lo han tenido comienzan a sentir que no les ha dado la satisfacción esperada. Es también el período en que los hijos llegan a la adolescencia y desafían la confianza y el optimismo de sus padres. Es también el momento en que las noticias de

la muerte de conocidos de la misma edad comienza a producirse con inquietante frecuencia .

Para Mackinnon R. (1984) " la depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad esta amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarle.

Todas las facetas de la vida, emocionales, cognocitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.

En los síndromes depresivos tempranos o moderados, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando magicamente un objeto de cariño perdido reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarlo, y de que las cosas nunca más mejorarán. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a moderadas.

La persona deprimida no solo se siente mal, si no que es, típicamente su peor enemigo, y podrá inclusive servirse de esta expresión concreta al describirse a sí mismo.

Las tendencias autodestructoras o mazoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida.

El paciente no suele considerarse a sí mismo como deprimido, a menos que se de cuenta de sentimientos subjetivos de tristeza. Sin embargo, el psiquiatra se refiere a algunos individuos afectados de " depresiones disimuladas " o de " equivalentes depresivos". Estos pacientes tienen otros signos y síntomas típicos de la depresión, pero el componente afectivo de la misma es escondido o negado. Con todo, el diagnóstico esta justificado por síntomas distintos del afecto consciente del paciente y por la frecuencia con que la depresión se pone de manifiesto si se penetran las defensas del paciente. Un síndrome corriente implica síndromes somáticos manifiestos, asociados a la negativa de trastorno afectivo, y estos pacientes son vistos a menudo por médicos distintos del psiquiatra.

Características Clínicas: Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción del pensamiento, espontaneidad lenta y reducida conducta, relaciones sociales empobrecidas y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondríaca.

Afecto: La persona que esta deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancolía o desesperación, o se sirve de cierto número de otras palabras, también podrá hablar de angustia ,tensión, miedo, culpabilidad, vacuidad o anhelo. Pierden interés por la vida, sus apetitos se reducen y en las depresiones benignas, pasa ,por los movimientos del comer, del sexo o del juego, pero con poco entusiasmo. También se presenta ansiedad.

Pensamiento: La persona deprimida esta preocupada consigo misma y con su estado, lamentándose de su infortunio y del efecto de éste sobre su vida. Reflexiona acerca de su pasado y se siente lleno de remordimientos al imaginar soluciones mágicas a sus problemas, y siente poca esperanza. Sus pensamientos son estereotipados, presentan un color monótono a su conversación. El individuo moderadamente deprimido podrá combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea, defensa particularmente corriente en los pacientes obsesivos.

Conducta: La lentitud caracteriza tanto la vida entera del paciente deprimido como sus procesos mentales. Sus movimientos y sus respuestas requieren más tiempo e inclusive, si parece agitado y superactivo, la conducta orientada o intencional está disminuida. Por ejemplo el paciente que camina de un extremo a otro del cuarto retor-

ciendose las manos podrá necesitar a caso varios minutos para vestirse o llevar a cabo tareas sencillas. En el caso de pacientes retardados, el cambio de ritmo podrá parecer casi extravagante, y en casos extremos como si se estuviera contemplando una película en cámara lenta. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas.

Síntomas Físicos: La depresión va acompañada de cambios reales en el funcionamiento fisiológico. La velocidad metabólica es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es anormal y su boca esta seca, dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal.

Las dolencias más corrientes comprenden dificultad en dormir, despertar temprano en la mañana, fátiga, pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida de libido, dolor de cabeza, dolor de la nuca, dolor de la espalda, otros dolores y sufrimientos como sequedad y ardor de la boca con un gusto desagradable.

Relaciones Sociales: Se anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a la otra persona o refuerze la relación. Podrá aislarse, sintiéndose incapaz de buscar a los demás, o podrá buscar activamente amigos y compañeros, sólo para enagenarselos de su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo.

Teniendo el rechazo el paciente realiza esfuerzos indebidos para conquistar el favor de sus conocidos.

De la Fuente R. (1985), menciona que " las principales características de la depresión provienen de una desorganización de las funciones vitales; es decir que aparte de afectar el ánimo de las personas, trayendo como consecuencia melancolía y desesperanza profunda, presentan bajas en su concentración, alteraciones del sueño y del apetito, falta de interés y energía y en muchas ocasiones sobreviene una angustia concomitante. Agrega también que en la actualidad este tipo de depresiones, son determinadas por un desequilibrio químico de ciertas estructuras cerebrales, pero no se tienen una idea precisa de las verdaderas causas ".

En el DSM III- R (1988) denominan a la depresión como " un trastorno afectivo y dicen " la sintomatología esencial de este grupo consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica , tanto en el sentido de la depresión como de la euforia".

Terminología utilizada en la clasificación de los trastornos del estado de ánimo: Un síndrome del estado de

ánimo (depresivo o maniaco) comprende un grupo de síntomas del estado de ánimo , con síntomas asociados que se presentan conjuntamente durante un determinado período de tiempo.

Un episodio anímico (depresivo mayor, maniaco o hipomaniaco) es un síndrome del estado de ánimo no debido a ningún factor orgánico conocido y que no forma parte de un trastorno psicótico no congruente con el estado de ánimo .

Un trastorno del estado de ánimo se determina según el tipo de episodios que lo configuran.

Los trastornos del estado de ánimo se dividen en trastornos bipolares y trastornos depresivos. La característica esencial de los trastornos bipolares es la presencia de uno o más episodios maníacos o hipomaniacos (generalmente, con una historia de episodios de depresión mayor). La principal característica de los trastornos depresivos es uno o más episodios de depresión sin una historia de episodios maníacos o hipomaniacos.

Hay dos trastornos bipolares: el trastorno bipolar en el cual hay uno o más episodios maníacos (generalmente con uno o más episodios de depresión mayor); y la ciclotimia , donde hay numerosos episodios hipomaniacos y numerosos períodos con síntomas depresivos. Los trastornos con episodios hipomaniacos y de depresión mayor completa denominados algunas veces bipolar II se incluyen

en la categoría residual de trastornos bipolares no especificados.

Hay dos trastornos depresivos: la depresión mayor en la cual hay uno o más episodios de depresión mayor ; y la distimia , en la cual hay una historia del estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimo, sin que los dos primeros años del trastorno concuerden con los criterios del episodio de depresión mayor. En muchos casos de distimia se sobreponen depresiones mayores.

Episodio Maníaco: Período delimitado de tiempo en el que hay un estado de ánimo inconfundible en el que predominan tanto la euforia como expansividad y la irritabilidad con síntomas acompañantes del síndrome maníaco. Esta alteración es suficientemente grave como para provocar un claro deterioro de las actividades laborales , sociales o relacionales, o para requerir hospitalización en prevención de posibles daños a uno mismo o a los demás. Los síntomas acompañantes incluyen autoestima excesiva o grandiosidad (que pueda ser delirante.) disminución del sueño, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de la implicación en actividades dirigidas hacia diversos objetivos, agitación psicomotora y excesiva implicación en actividades placenteras de alto riesgo o conflictividad, con frecuencia no reconocidos por el sujeto. El diagnóstico se verifica solo si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la

alteración.

Sintomatología Asociada: a menudo el sujeto no reconoce que esta enfermo y se resiste a cualquier intento de ser tratado. Otro síntoma asociado habitual es la labilidad del estado de ánimo, con cambios rápidos de la cólera a la depresión. La depresión se expresa con llanto, amenazas de suicidio u otros síntomas depresivos y puede durar algunos momentos, horas y, más raramente días. En ocasiones los síntomas depresivos y maniacos se entremezclan, presentándose al mismo tiempo o alternando con rapidez en pocos días.

Cuando hay alucinaciones o ideas delirantes, su contenido es claramente consistente con el estado de ánimo predominante (congruentes con el estado de ánimo). Puede haber síntomas catatónicos, como estupor, mutismo, negativismo y anomalías posturales.

En cuanto a la edad de comienzo, los estudios retrospectivos indican que la edad predominante es antes de los 20 años. Sin embargo algunos estudios muestran que un considerable número de nuevos casos aparecen después de los 50 años.

En relación al curso es típico que los episodios maniacos empiecen de forma súbita con una rápida progresión de los síntomas en pocos días. Los episodios duran habitual-

mente pocos días o meses, son más breves y terminan más bruscamente que los episodios depresivos mayores.

En los episodios maníacos hay un deterioro considerable de la actividad social o laboral. Con frecuencia es necesario proteger al sujeto de las consecuencias que puedan derivarse del empobrecimiento de su capacidad de juicio o de la hiperactividad, lo cual a menudo provoca la hospitalización involuntaria.

Las complicaciones más comunes son el abuso de sustancias tóxicas y las consecuencias que se derivan del deterioro de la capacidad de juicio, tales como pérdidas en los negocios y actividades ilegales.

Frecuentemente los episodios maníacos son consecuencia de factores psicosociales estresantes. El tratamiento somático con antidepresivos (farmaco o TEC) pueden provocar un episodio maníaco. Algunas veces aparece un episodio maníaco tras el parto.

Episodio Hipomaniaco: La sintomatología esencial consiste en el predominio durante un período diferenciado de tiempo, de un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con síntomas de síndrome maníaco. De hecho, la alteración no es lo suficientemente grave como para provocar un marcado deterioro social o laboral, o como para requerir hospitalización (para el diagnóstico de episodio maníaco es necesaria esta condición). La sintomatolo-

gía asociada del episodio hipomaniaco es parecida a la del episodio maniaco , excepto en que nunca aparecen ideas delirantes y todos los demás síntomas tienden a ser más leves que en el episodio maniaco.

Episodio Depresivo Mayor: La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescente, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, esto es, aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un periodo de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio del peso, alteraciones del sueño , agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio. El diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una reacción normal a una pérdida afectiva (duelo no complicado).

Los síntomas asociados más frecuentes incluyen, llanto, irritabilidad, ansiedad , rumiación obsesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de an-

gustia y fobias.

Cuando hay alucinaciones o ideas delirantes , su contenido concuerda normalmente de una forma clara con el estado de ánimo predominante.

En los ancianos pueden presentarse síntomas depresivos que sugieren una demencia, así como desorientación, pérdida de memoria y distraibilidad. La pérdida de interés o la satisfacción en las actividades habituales del sujeto se presentan en forma de apatía y puede haber dificultades de concentración que aparecen como distracciones.

La edad media de inicio es después de los 20 años, pero un episodio depresivo mayor puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia.

En cuanto al curso, el inicio de un episodio depresivo mayor es variable y los síntomas se desarrollan habitualmente en un período de días a semanas; no obstante, en algunos casos el inicio puede ser brusco. La duración también es variable, sin tratamiento un episodio puede durar 6 meses o más.

El grado de deterioro varía, pero siempre hay alguna interferencia en la actividad laboral o social. Si el deterioro es grande, el sujeto puede ser totalmente incapaz de llevar a cabo actividades laborales o sociales, e incluso puede tener dificultades para alimentarse, vestir-

se o mantener un mínimo de higiene personal.

La complicación más grave de un episodio depresivo mayor es el suicidio.

Una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas, particularmente la dependencia del alcohol y la cocaína predisponen aparentemente al desarrollo de un episodio depresivo mayor. Muchas veces, el episodio depresivo mayor aparece tras un estrés psicosocial, en especial, la muerte de un ser querido, la separación conyugal, o el divorcio. A veces, el parto desencadena un episodio depresivo mayor.

Ciclotimia: La sintomatología esencial, consiste en una alteración crónica del estado de ánimo de dos años de duración como mínimo (un año para los niños y adolescentes) que incluyen numerosos episodios hipomaniacos y numerosos períodos con estado de ánimo deprimido o con pérdida de interés o de la capacidad para el placer, con una duración y gravedad no suficientes para cumplir los criterios de un episodio maniaco o depresivo mayor. Para realizar el diagnóstico tiene que haber un periodo de dos años (un año para los niños y adolescentes), durante el cual el sujeto nunca haya estado sin síntomas hipomaniacos o depresivos por más de dos meses.

Los síntomas asociados son similares a los del episodio maniaco y a los del episodio depresivo, excepto en

que, por definición, no hay un marcado deterioro en la conducta social o laboral durante los episodios hipomaniacos. De hecho, en algunos casos el sujeto se muestra particularmente productivo laboral y socialmente durante los episodios hipomaniacos. Sin embargo muchos sujetos tienen dificultades en sus relaciones interpersonales y en su actividad profesional y académica debido a la continuas oscilaciones de un estado de ánimo.

Habitualmente, el trastorno aparece en la adolescencia o al inicio de la edad adulta.

El trastorno no suele empezar con un inicio claro y tiene un curso crónico. Frecuentemente, el sujeto desarrolla un trastorno bipolar.

Durante los periodos de depresión, hay siempre un deterioro social y laboral, aunque no tan grave como en el episodio depresivo mayor.

En las muestras clínicas, el trastorno es aparentemente tan habitual en los hombres como en las mujeres.

Distimia: La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido, que se presenta la mayor parte del tiempo, y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo.

Además, durante estos periodos depresivos hay algunos

de los siguientes síntomas asociados: poco apetito o voracidad, insomnio o hipersomnía, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

Para realizar el diagnóstico tiene que haber un período de dos años en el que no se hayan dado síntomas depresivos por más de dos meses. El diagnóstico no se verifica si hay una evidencia clara de un episodio depresivo mayor durante este período mínimo de la alteración.

Los síntomas asociados son similares a los del episodio depresivo mayor, con la excepción de que no hay, por definición, ni ideas delirantes ni alucinaciones.

Habitualmente, este trastorno empieza en la infancia, la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y por esta razón se considera a menudo como expresión de una personalidad depresiva.

Normalmente, el trastorno no tiene un inicio claro y presenta un curso crónico.

El deterioro en la actividad laboral o social suele ser leve o moderado, debido más a la cronicidad que a la gravedad del síndrome depresivo. La hospitalización es rara, a menos que haya intentos de suicidio o una depresión mayor superpuesta.

El estres psicosocial crónico puede ser un factor pre-disponible tanto para el tipo primario como para el secundario. El trastorno parece frecuente.

Entre los adultos el trastorno parece más frecuente en las mujeres. En los niños se presenta con la misma frecuencia en ambos sexos.

1.3. ESTUDIOS SOBRE DEPRESION

Krassoievitch M. (1950-1966) en un hospital de Ginebra Suiza estudió a 119 pacientes de 65 años y más, con el diagnóstico de estado depresivo, donde el primer episodio depresivo había aparecido después de los 65 años, mencionando que en un 25 % existían antecedentes familiares de depresión, de los cuales el 40 % con antecedentes de suicidio, uno con antecedentes de una psicosis maniaco depresiva. Los rasgos de personalidad previa fueron diversos : " alegre, sociable, activo " en el 18 % "introverso, retraído , reservado, taciturno", en el 15 % "obsesivo " 13 %, un caso con personalidad previa ciclotímica.

La ansiedad fue el síntoma más frecuente se presentó en un 42 %, el 16 % de los pacientes padecían agitación ansiosa, la inhibición psicomotriz se describió en el 13 % de los casos : en el 40 % de los pacientes existían ideas delirantes melancólicas, y de otro tipo, así como interpretaciones y alucinaciones en el 14 % de los pacientes. Las ideas de suicidio, se presentaron en el 22 % , las ideas hipocondríacas en el 21 % , en el 40 % se describen signos de demencia. Los intentos de suicidio se encontraron en el 26 % de los casos. El grupo comparativo consistió en 84 pacientes con más de 65 años de edad y estudiados en el mismo período de tiempo, pero que ya habían presentado estados depresivos antes de los 65 años de

edad, incluyendo en este grupo a los pacientes con psicosis maniaco depresiva bipolar que habia aparecido después de los 50 años de edad: se encontraron antecedentes familiares de depresión en un 34 %, y antecedentes de suicidio en un 27 %. Los exámenes físico y mental no mostraron diferencias importantes, y en este grupo los intentos de suicidio fueron menos frecuentes (14 %). Su evolución en ambos grupos no mostró diferencias notables.

Gutiérrez G. (1979) desarrollo una investigación acerca de los factores etiopatogénicos de las depresiones de la tercera edad. El estudio se llevó acabo con 2 muestras de 100 sujetos : una de más de 65 años con una edad promedio de 68.2 y otra de menos de 65 con una edad promedio de 43.3 . Todos eran pacientes internados en el hospital clínico de Madrid. El criterio de clasificación que tomaron fue el siguiente: los cuadros bipolares corresponden a depresiones psicóticas y los unipolares a depresiones neuróticas o simples. Concluyeron que el 5% de la depresiones se iniciaron después de los 66 años, por lo menos en este grupo, quedando excluida la posibilidad de que se tratara de una depresión neurótica que hubiera dado con mucha anterioridad manifestaciones clínicas de elementos depresivos de una integración defectuosa de su personalidad. La valoración de los factores desencadenantes se realizó a través de la información proporcionada en la historia clínica por el paciente y sus familiares o por

datos obtenidos por los psiquiatras o trabajadores sociales. " Los factores desencadenantes que con mayor frecuencia se observaron fueron los siguientes:

1.- Situacionales: fallecimiento de familiares de primer grado o conyuges, situaciones de cambio en la residencia o en la estructura familiar, conflictos intensos, en las esferas, familiar, económico, laboral, etc.

2.-Somáticos: enfermedades físicas, traumatismos intervenciones quirurgicas, depresión farmacogena, etc.

Los sucesos desencadenantes se situaron cronológicamente an el periodo de 6 meses anteriores al inicio de la fase depresiva, salvo los desencadenantes somáticos para los que se exigió ausencia de solución de continuidad con la aparición del trastorno afectivo. Los resultados obtenidos en el estudio de la incidencia de factores desencadenantes y de edad de aparición de la fase depresiva, permiten detectar la intervención de factores ambientales psicoreactivos y somáticos en el desarrollo de las depresiones del sujeto en edad avanzada . Esta mayor vulnerabilidad del anciano frente a los factores depresivos de naturaleza ambiental ha sido considerada por Mendlewicz C. (1978) como determinado por factores de tipo genético.

Dmar G.(1987) estudió 60 sujetos argentinos entre 20 y

70 años de edad, de clase media, con un nivel de educación al menos secundaria. Con la finalidad de saber la opinión que estos sujetos tenían con respecto a que edad se inicia la vejez; para esto se les aplicó una entrevista inspirada en ítems del cuestionario de Kasten B. (1965). Los resultados obtenidos en este estudio fueron que la senescencia en el varón se sitúa con posterioridad a la de la mujer. La edad en el varón estaría entre los 58 y 79 años, en tanto que en la mujer se ubicaría entre los 48 y 74 años.

García S. (1988) realizó una investigación en Madrid, con el objeto de ratificar si la escala GDS era adecuada para evaluar la depresión en ancianos. Se eligieron los 30 ítems que presentaban mayores correlaciones.

Posteriormente se aplicaron estos 30 ítems a un grupo de 21 ancianos que no habían sido diagnosticados como depresivos. Como resultado de esta aplicación los autores encontraron un alto poder discriminativo entre ancianos deprimidos y no deprimidos.

Después se aplicó la escala GDS junto con dos escalas más de depresión (Hamilton 1969 y Zung 1965) comparando el poder discriminativo de estas tres el GDS resultó tener más poder discriminativo en relación con las demás.

Mendoza N. y Perea H. (1990) hicieron un estudio transversal y descriptivo, en ciudad Nezahualcóyotl. Se aplicó

la escala GDS a una población de 80 personas mayores de 60 años de los cuales encontrarán positivos con esta escala a 30 individuos, lo que corresponde al 37.5 % de la población, es decir de 3 a 4 de cada 10 ancianos aparentemente sanos, sufren problemas de depresión no diagnosticados, lo cual repercute en la funcionalidad familiar, la persistencia de sintomatología inespecífica, rendimiento laboral, predisposición y evaluación de ciertos padecimientos, en casos extremos la muerte por suicidios.

En relación a la escala GDS, en la ciudad de México se realizó una investigación, en el hospital Fray Bernardino Alvarez S.C. (Saínz M. 1991) con el fin de validar esta escala para la población senil mexicana. Se estudiarán 65 pacientes mayores de 65 años, con una edad máxima de 79 años que acudieron al hospital psiquiátrico mencionado en calidad de pacientes o familiares de los mismos, a los servicios de urgencias, pre-consulta, y consulta externa, de los cuales 36 fueron mujeres y 29 hombres, la mayoría no estaba bajo tratamiento. Primero se revisó la traducción al español de la escala GDS, con el fin de que el lenguaje fuera claro. Se diseñó una hoja para datos demográficos, se realizó una entrevista estructurada de acuerdo al DSM III-R para los diagnósticos de depresión mayor y reacción de adaptación con ánimo deprimido, trastorno distímico, síndrome orgánico cerebral afectivo depresivo, a los 65 pacientes se les aplicó el GDS, la entrevista y

la escala de Beck A. (1979), con los resultados se hizo un análisis de varianza, el cual resultó significativo ($P < 0.0001$), se obtuvo sensibilidad y especificidad para la GDS, y concluyeron que de acuerdo a los datos obtenidos, se afirma que en la utilización de la escala GDS, los pacientes con depresión mayor obtienen puntuaciones significativamente más altas, que los pacientes con diagnósticos con sintomatología depresiva y sin diagnóstico psiquiátrico. Por lo que el autor menciona que la escala GDS es un instrumento con una validez adecuada para su empleo en pacientes de la tercera edad.

Por otra parte Rangel L. (1991) analizó 140 familias mexicanas, que de acuerdo a la estructura y tipología corresponden al tipo de familias urbanas populares extensas y en la etapa final de disgregación, es decir, son familias que tienen como característica común contar entre sus integrantes con personas mayores de 60 años. Las variables que se estudiaron fueron: edad, sexo, tipo de parentesco, estado civil, escolaridad, ocupación y lugar de origen. Participaron un total de 517 personas, de las cuales el 41 % fueron hombres y el 59 % fueron mujeres, cuyo tipo de parentesco es como sigue: 35 % abuelos y padres, 36 % hijos e hijas políticos, 26 % nietos, 1 % bisnietos, 2 % sobrinos. El sexo femenino predominó en todos los grupos. El promedio de edad resultó de 74 años; en cuanto ocupación destacó que el 45 % de las mujeres se

dedicaba al hogar y el 5 % a actividades comerciales. Llama la atención que en el grupo de abuelos y padres el 6 % son hombres y el 41 % son mujeres. Se observó que el nivel de escolaridad aumentaba de acuerdo al tipo de parentesco de los de mayor a menor edad, el 5 % del sexo masculino y el 26 % del sexo masculino de los abuelos y padres son analfabetas, de acuerdo a la procedencia el 22.9 % de abuelos y padres nacieron en el D.F. por todo lo anterior concluyeron que los ancianos forman parte importante de la familia. Predomina el número del sexo femenino, no están incorporados a actividades suficientemente remuneradas, permaneciendo al margen las ancianas, hay un bajo nivel de escolaridad y ya los hijos y nietos tienen mayor grado. Prevalece el estado de marginación para las ancianas.

C A P I T U L O I I

CAPITULO. II

METODOLOGIA

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Qué diferencia existe entre los estados depresivos en hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad de la ciudad de México ?

2.2 OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta investigación, es establecer la difencia que existe entre los estados depresivos en hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad de la ciudad de México, para un mayor entendimiento en el comportamiento de estos, como una ayuda en la prevención y diagnóstico de ésta.

2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las diferencias en los estados depresivos entre hombres y mujeres de 60 a 86 de edad.
- Establecer los estados depresivos en hombres de 60 a 86 años de edad.
- Establecer los estados depresivos en mujeres de 60 a 86 años de edad.

2.4. HIPOTESIS

Hi Existen diferencias en los estados depresivos, entre hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad.

Ho No existen diferencias en los estados depresivos, entre hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad.

Ha A mayor edad, mayores estados depresivos

Ho A mayor edad, menores estados depresivos

2.5. VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES: Edad

Sexo

VARIABLE DEPENDIENTE: Estados Depresivos

2.6. DEFINICION DE VARIABLES

Conceptual:

Estados depresivos: La sintomatología esencial consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no

debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia.

En el DSM III-R este tipo de diagnóstico se denominó trastorno afectivo.

Operacional:

Sin depresión : cuando el sujeto obtenga de 0 a 10 puntos en la escala GDS.

Depresión severa en incremento: cuando el sujeto obtenga de 11 a 22 puntos en la escala GDS.

Severamente deprimido: cuando el sujeto obtenga de 23 puntos en adelante en la escala GDS.

2.7. P O B L A C I O N Y M U E S T R A

La muestra obtenida para este estudio, fue tomada de los Clubes de Geriatria, pertenecientes a las clínicas 42 (con 40 sujetos) y 46 (con 42 sujetos) del IMSS y de los Clubes de Leones, pertenecientes a las delegaciones, Benito Juárez (con 38 sujetos), y Venustiano Carranza (con 40 sujetos) de la ciudad de México.

La muestra estuvo constituida por 140 sujetos de los cuales 70 fueron hombres y 70 fueron mujeres, con un rango de edad de 60 a 86 años.

2.8. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo es no probabilístico, por cuotas, ya que se conocía la población que se estudio y se hizo una clasificación de estratos que consistió en sexo y edad, la selección dentro de los estratos fue accidental (Pick S. y Lopez A. 1979).

2.9. INSTRUMENTO

G . D . S . (Escala de depresión Geriátrica)

Fué creada por los doctores Yesavage y Brink (1983), la cual se presenta como una de las alternativas más importantes con las que el profesional cuenta actualmente para evaluar estados depresivos en la tercera edad. Así mismo demuestra ser adecuada como medida operativa de la eficacia de los tratamientos, y , hasta cierto punto y junto con otras pruebas en el diagnóstico diferencial causa efecto entre cuadros depresivos y demenciales.

En su versión original cuenta con 30 items que fueron seleccionados de un grupo de 100, generados por un grupo de expertos en depresión geriátrica (psiquiatras, médicos

como instrumento de medición de la depresión.

Características Técnicas de la GDS: hasta el momento, esta es el area de investigación que, con respecto a la GDS, más trabajos ha generado. Tal es así, que actualmente se conoce muy bien su fiabilidad, la cual ha sido obtenida por varios métodos, desde los clásicos test-retest (con intervalos entre las dos aplicaciones que varían desde varias horas , un mes y más) hasta sofisticados y complicados métodos estadísticos, tales como el método de las dos mitades, el coeficiente alpha de Cronbach, etc.

El valor obtenido depende de su forma de obtención, pero, en cualquier caso los valores encontrados son muy altos, llegando a superar en numerosas ocasiones el 0.85 e incluso el 0.90. Alguna investigación ha encontrado , además, altos valores en la fiabilidad interaplicador concretamente 0.85, lo cual parece asegurar la objetividad de la prueba.

Al igual que en el caso anterior la validez de la prueba ha sido obtenida de diferentes maneras, aunque fundamentalmente, ha consistido en la correlación con otros criterios diagnósticos tales como escalas (Beck 1979, Hamilton 1969, Zung 1965, etc.) y criterios nosológicos (DSM III-R) etc.

Por lo general estas correlaciones son algo más que aceptables, asegurando así la especificidad de la prueba.

Yesavage y otros, han realizado un análisis factorial de esta escala, encontrando hasta 8 factores que explican el 65 % de la varianza total. De ellos el primero parece ser el más importante al explicar el 30 % de la varianza total y el subsidiarios al explicar entre el 3 y 7 % de cada uno de ellos. Estos resultados parecen asegurar el que efectivamente la GDS es una medida específica de depresión que se centra fundamentalmente, en sus componentes afectivos y cognitivos, dejando de lado los somáticos y conductuales.

Otro aspecto puesto a prueba en numerosas ocasiones es el poder discriminativo de la escala, concretamente, su sensibilidad y especificidad. El paradigma utilizado ha sido la aplicación de la prueba a muestras de ancianos deprimidos y no deprimidos, y la obtención de dichos valores a través de los porcentajes de verdaderos positivos (sensibilidad) ,y verdaderos negativos (especificidad) . En ambos casos se registran porcentajes muy altos, superiores al 80 %, y en algunos casos, al 95 %,asegurando así la potencia discriminativa de la GDS.

Finalmente un grupo importante de investigadores a comparado la GDS con otras escalas y criterios diagnósticos ,en todos los criterios anteriores para ver si esta escala supera las demás. Los resultados aseguran a la GDS como uno de los mejores instrumentos para la evaluación y detección de la depresión.

Vemos, como esta escala de nueva creación, parece apuntarse como una de las adecuadas para la evaluación de la depresión en la tercera edad, tanto por su especificidad como por sus características técnicas, (fiabilidad, validez, y potencia discriminativa prácticamente inmejorables), como por comparación con otras pruebas y criterios diagnósticos (superior a pruebas tales como la de Hamilton 1969, la de Beck 1979 y la de Zung 1965).

La GDS ha demostrado ser un eficaz predictor de depresión en estados leves y moderados de demencia aunque, por lo general no ha demostrado ser adecuada cuando los estados demenciales y confucionales del sujeto son ciertamente severos.

Por último, la GDS se ha aplicado con buenos resultados a alcohólicos y ha demostrado ser un eficaz instrumento para evaluar la depresión en ancianos con enfermedades físicas.

A pesar de que la investigación realizada hasta el momento presente es bastante escasa, vemos como la GDS parece poseer buenas perspectivas en lo referente a las condiciones en la que esta es aplicable.

La forma de calificar esta escala es: se da 1 punto por cada respuesta contestada con Sí , y se califica con menos uno (-1) la respuesta contestada con no. Las preguntas que tienen asterisco deben recibir un punto por la

respuesta negativa y menos un punto si la respuesta es positiva. Es el total de la suma del puntaje positivo, lo que da la calificación:

1.- De 0 a 10 puntos es normal

2.- De 11 a 22 puntos sugiere depresión severa en incremento

3.- De 23 en adelante los ancianos están severamente deprimidos.

2.11 DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

Este estudio es de tipo ex post-facto ya que la variable estados depresivos ya está dada; y es de dos muestras relacionadas ya que poseen las mismas características.

Esta investigación es un estudio de campo, ya que se realizó en el medio natural de los sujetos y transversal por que nos interesa el fenómeno en un momento determinado (Pick S. y Lopez A. 1979).

2.12 PROCEDIMIENTO

Se acudió a los salones de reunión de los diferentes Clubes. En donde se les explicó en forma breve el objetivo de la investigación. Posteriormente se les dijo: estamos

haciendo una investigación sobre los estados depresivos de la edad madura, queremos ver si pueden cooperar con nosotros contestando este cuestionario que no les quitara mucho tiempo.

A las personas que desidieron contestar el cuestionario se les repartieron las hojas y los lápices. Cada aplicación estaba constituida de 30 a 40 sujetos (con un total de 4 sesiones), y tuvo una duración aproximada de 20 minutos, incluyendo la explicación y dudas . Al concluir cada sesión se les agradeció su participación.

2.13 A N A L I S I S D E D A T O S

El paquete utilizado para el análisis estadístico de esta investigación fue el S.P.S.S. Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (Nie, Hul, 1975).

Dentro de este paquete se aplicarán 3 programas, que permitieron dar respuesta a las hipótesis de investigación.

El primero de ellos fue un análisis de frecuencias, que permitió hacer una descripción de las preguntas del instrumento y la distribución de edad de los sujetos.

El segundo programa aplicado fué la prueba T, la cual permitió conocer cual era la diferencia significativa entre medias en el puntaje de estados depresivos entre

hombres y mujeres.

Por otro lado el tercer programa aplicado fue la correlación de Pearson, con el objetivo de conocer cual era la relación entre la calificación obtenida en los estados depresivos con la edad.

C A P I T U L O I I I

CAPITULO III

3.1 RESULTADOS

El paquete utilizado para el análisis estadístico de esta investigación fue el S.P.S.S. (Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales, Nie Hul, Stein, 1975).

Dentro de este paquete se aplicaron tres programas, que permitieron dar respuesta a las hipótesis de investigación.

El primero de ellos fue un análisis de frecuencias que permitió hacer una descripción de las preguntas del instrumento y la distribución de edad de los sujetos.

El segundo programa aplicado fué la prueba T, la cual permitió conocer cual era la diferencia significativa entre medias en el puntaje de estados depresivos entre hombres y mujeres.

Por otro lado el tercer programa aplicado fué la correlación de Pearson, con el objetivo de conocer cual era la relación entre la calificación obtenida en los estados depresivos con la edad.

Tabla No. 1

EDAD DE LA MUESTRA POR SEXO

HOMBRES

MUJERES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60	4	5.7	60	4	6.7
63	1	1.4	61	2	2.9
64	3	4.3	62	3	4.3
65	15	21.4	63	1	1.4
66	7	10.0	64	8	11.4
68	2	2.9	65	10	14.3
69	10	14.3	66	3	4.3
70	2	2.9	67	7	10.0
71	2	2.9	68	5	7.1
72	4	5.7	69	4	5.7
73	2	2.9	70	4	5.7
74	2	2.9	71	3	4.3
75	3	4.3	72	6	8.6
76	5	7.1	75	4	5.7
77	2	2.9	76	2	2.9
80	4	5.7	78	1	1.4
84	1	1.4	80	3	4.3
86	1	1.4			

TOTAL

70

100.0

TOTAL

70

100.0

En la tabla número uno se encuentran los resultados de porcentaje y frecuencia de edad por sexo.

El rango de edad para la muestra general fue de 60 a 86 años de los cuales en el grupo de sexo masculino, la edad que tuvo una mayor frecuencia, fué de 69 años, lo que representa el 14.3 % de la población, y en el grupo femenino fue de 65 años lo que representa el 14.3 % de la población.

También nos muestra que la edad de menor frecuencia en el grupo de hombres fue de 63, 84, y 86 años lo que representa el 1.4 % de la población en los tres casos; y en el grupo de mujeres fué de 63 y 79 años lo que representa el 1.4 % de la población de ambos casos.

Con respecto a la edad se observa también que en el caso de las mujeres tuvieron un rango de edad de 60 a 80 años con una media de 67.8 y una desviación de 5.02.

Para los hombres el rango fué de 60 a 86 años, con una media de 69.5 y una desviación de 5.80, indicando que los hombres tienen un promedio mayor de edad que las mujeres. (ver tabla 1)

Tabla No. 2

PORCENTAJE DE RESPUESTAS POR PREGUNTAS

PREGUNTAS	PREGUNTA	HOMBRES		MUJERES	
		O	I	O	I
1	Esta usted satisfecho con su vida ?	64.3	5.7	64.3	0
2	Ha abandonado muchos de sus intereses y/o actividades ?	7	50	53.6	41.4
3	Siénta usted que su vida está vacía ?	81.4	18.6	74.3	25.7
4	Se aburre con frecuencia ?	72.9	27.1	65.7	34.3
5	Tiene usted esperanzas en el futuro ?	80	15	76.9	21.4
6	Esta ud. molesto por pensamientos que no pueda actuar de su mente ?	61.4	39.6	51.4	48.3
7	Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo ?	87.1	12.9	61.4	38.3
8	Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder ?	77.1	22.9	54.3	45.7
9	Se siente usted frecuentemente nervioso ?	82	18	51.4	48.6
10	Se siente usted contento la mayor parte del tiempo ?	85.7	14.3	19.3	81.4
11	Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia ?	72.9	27.1	38.3	61.4
12	Preferiría ud. quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas ?	74.3	25.7	65.7	34.3
13	Se preocupa usted frecuentemente por el futuro ?	85.7	14.3	48.6	51.4
14	Cree usted que tiene mas problemas de memoria que los demás ?	71.4	28.6	45.6	54.3
15	Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora ?	61.4	38.6	65.7	34.3
16	Se siente usted desanimado y tristo con frecuencia ?	74.3	25.7	51.4	48.6
17	Siénta usted que nadie lo aprecia ?	62.9	37.1	80	20
18	Se preocupa usted mucho por el pasado ?	90	10	72.9	27.1
19	Cree usted que la vida es muy emocionante ?	77.1	22.9	60	40
20	Le es fácil a usted comenzar con nuevos proyectos ?	74.3	25.7	34.3	65.7
21	Se siente usted lleno de energía ?	74.3	25.7	57.1	42.9
22	Siénta usted que su situación es desesperante ?	81.4	18.6	76.9	21.4
23	Cree usted que los demás están en mejores condiciones que usted ?	70	30	64.3	35.7
24	Se molesta ud. con frecuencia por cosas sin importancia ?	64.3	35.7	43	57
25	Siénta usted ganas de llorar con frecuencia ?	73.9	26.1	54.3	45.7
26	Tiene usted problemas ?	72.1	27.9	49.7	50.3
27	Disfruta usted de levantarse por las mañanas ?	64.3	35.7	84.3	15.7
28	Preferiría usted evitar las reuniones sociales ?	77.1	22.9	72.9	27.1
29	Es fácil para usted el tomar decisiones ?	65.7	34.3	57.1	42.9
30	Esta su mente tan clara como solía estar antes ?	36.6	63.4	24.3	75.7

En la tabla dos se encuentran los porcentajes de respuesta por pregunta.

En la pregunta 1 podemos observar que los hombres están menos satisfechos con su vida (5.7 %) con respecto a las mujeres (0 %).

En la pregunta 2 podemos darnos cuenta que las mujeres son las que más han abandonado sus intereses y actividades (41 %) que los hombres (30%)

En la pregunta 3 las mujeres manifestaron con mayor frecuencia que su vida estaba vacía (25.7 %) en comparación con los hombres (18.6 %).

En la pregunta 4 las mujeres manifestaron que se aburren con más frecuencia (34.3 %) que los hombres (27.1 %).

En la pregunta 5 igualmente las mujeres obtienen un porcentaje más alto (21.4 %) que los hombres (10.0 %) en relación a que ya no tienen esperanzas en el futuro.

En la pregunta 6 las mujeres presentan pensamientos que no pueden alejar de su mente, en un porcentaje mayor (48.6 %) que los hombres (38.6 %).

La pregunta 7 nos muestra que el 18.6 % de las mujeres se encuentran de buen humor la mayor parte del tiempo y los hombres solo un 12.9 % .

NO HAY PAGES

60 y 61
~ ~

en comparación con los hombres (30%).

La pregunta 24 nos demuestra en un porcentaje mayor - (40 %) que las mujeres se molestan con mayor frecuencia que los hombres (15.7 %).

En la pregunta 25 las mujeres manifiestan que tienen más ganas de llorar (45.7 %) que los hombres (21.4 %).

En la pregunta 26 se observó que las mujeres tienen más problemas para concentrarse (54.3 %) que los hombres - (27.1 %)

En la pregunta 27 se observó que las mujeres disfrutaban más al levantarse por las mañanas (15.7 %) que los hombres (5.7 %).

En la pregunta 28 se manifestó que las mujeres prefieren evitar las reuniones sociales con mayor frecuencia - (27.1 %) que los hombres (22.9 %).

En la pregunta 29 se vio que las mujeres tienen mayor facilidad para tomar decisiones (42.9 %) que los hombres (34.3 %).

En la pregunta 30 las mujeres manifiestan que su mente está tan clara como solía estar antes en un 75.7 % y los hombres en un 41.4 % .

En relación al análisis que se hizo de cada pregunta se puede concluir que las mujeres manifiestan una gran

preocupación en cuanto a lo emocional ya que contestan que se sienten vacías, que nadie las quiere, sin embargo en el hombre esto no se presenta.

La preocupación que manifiestan los hombres en general es más marcada a nivel material, por ejemplo, dicen, que no están satisfechos con su vida, que se sienten nerviosos, y ahora ven pocas oportunidades para tener éxito, pero, sin embargo aún piensan que la vida puede ser emocionante. (ver tabla 2)

Tabla No. 3

PRUEBA "T"

"T"	GRADOS DE LIBERTAD	PROBABILIDAD DE DOS COLAS	MUJERES	HOMBRES
4.99	127.06	.0000	11.8	8.17

Tabla No. 4

CORRELACION EDAD / DEPRESION

CORRELACION :	EDAD
DEPRESION	0.1017

La tabla 3 nos muestra la prueba T. Esta se aplicó ya que se cubrían los dos requisitos, los cuales son :

- a) Tener dos muestras independientes (hombres y mujeres).
- b) Contar con una variable dependiente intervalar - (medida por puntuaciones).

Los resultados muestran que las mujeres presentarán mayor depresión (11.8) que los hombres (8.17). Con estos resultados se aceptan la hipótesis de trabajo de esta investigación , la cual es :

- Existen diferencias en los estados depresivos entre hombres y mujeres de 60 a 86 años de edad. (ver tabla 3)

En la tabla 4 observamos la correlación edad depresión, con esto se acepta la hipótesis alterna, la cual es:

- A mayor edad mayor depresión. (ver tabla 4)

CAPITULO IV

4.1 DISCUSION

Según Gutiérrez G. (1979) la depresión se inicia después de los 66 años de edad, lo cual se tomo como base para esta investigación, y los resultados obtenidos ratificarón lo anteriormente expuesto ya que la muestra que tomamos para esta investigación estaba constituida por sujetos de 60 a 86 años de edad y en su mayoría se encontraban deprimidos.

Por otra parte tenemos que Omar G. en base a una investigación que realizó con respecto a que edad se inicia la vejez encontró que en el varón estaría entre los 58 y 79 años y en la mujer se ubicaría entre los 48 y 74 años, lo cual fue tomado en consideración para decidir que rango de edad tendría nuestra población.

García S. (1988), realizó una investigación con el fin de ratificar si la escala GDS era adecuada para evaluar la depresión en ancianos, como resultado de esta investigación el autor encontró un alto poder discriminativo entre ancianos deprimidos y no deprimidos. Esto se ratificó en esta investigación ya que los resultados que arrojó la prueba nos permiten diferenciar entre ancianos deprimidos y no deprimidos.

Por otra parte en esta investigación la muestra estaba

contituida por sujetos aparentemente sanos, ya que no estaban hospitalizados ni habían recurrido a consulta. Y se observo que un alto porcentaje de estos estaban deprimidos. Con esto podemos darnos cuenta que lo que se encontró concuerda con los resultados reportados por Civita V. (1990), de su estudio observacional prospectivo en donde concluye que un alto porcentaje de los ancianos sufren problemas de depresión no diagnósticados.

Sainz M. (1991) realizó una investigación con el fin de validar la escala GDS para la población senil mexicana y concluyó que la escala es un instrumento con una validez adecuada para su empleo en pacientes de la tercera edad; de acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se confirmó que realmente esta escala es adecuada para detectar depresión en ancianos mexicanos.

4.2 CONCLUSIONES

En base a los datos que obtuvimos en esta investigación, podemos concluir que los sujetos que se encuentran entre los 60 y 86 años de edad, en su mayoría se encuentran deprimidos, habiendo mayor incidencia de depresión en el sexo femenino, ya que estas se encuentran más preocupadas a nivel emocional, ya sea que les angustia el pasado, o el haber abandonado sus actividades o que sientan su vida vacía y aburrida y no tienen esperanzas en el futuro.

En cuanto a los hombres encontramos que están menos deprimidos, ya que sus preocupaciones se enfocan más a lo material que a lo emocional, además en su mayoría consideran que la gente los aprecia y que la vida puede ser emocionante, por lo que asisten con mayor frecuencia a reuniones sociales.

Aunque las mujeres se encuentran más deprimidas que los hombres, presentan más interés en comenzar nuevos proyectos en comparación con los hombres, ya que estas se sienten con más energía, y por lo mismo disfrutan más el levantarse por las mañanas.

Se encontró que a mayor edad mayor incidencia de los estados depresivos.

También es importante mencionar que la población de ancianos aparentemente sanos en su mayoría se encuentran deprimidos.

4.3 ALCANSES Y LIMITACIONES

Con esta investigación se logró el reconocer que la mayoría de los ancianos aparentemente sanos se encuentran deprimidos debido a la edad, además de algunos otros factores.

Por otra parte la incidencia de la depresión es mayor en las mujeres, lo cual nos deja ver que hay que hacer mayor énfasis en ella, para lograr un mejor desarrollo

mental y adaptación de ésta al medio ambiente.

Una de las ventajas de la prueba utilizada en esta investigación es, que por su forma fácil de contestar, es tolerable para los ancianos, por lo que pudimos lograr medir los estados depresivos en ellos.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, tenemos que la muestra no fue representativa, por lo que sugerimos que en posteriores investigaciones se tome en cuenta este factor.

Otra limitación para esta investigación es que se han hecho pocas investigaciones sobre la depresión en ancianos, por lo que hay poca información para emprender posteriores investigaciones.

Otra limitación en esta investigación fue que algunos ancianos, no sabían leer o ya no veían bien, por lo cual se les tuvo que leer a cada uno por separado la prueba e irseles contestando, lo cual pudo haber alterado la validez del instrumento.

Además la población de los ancianos es difícil de obtener y a muchos hay que persuadirlos para que cooperen.

Por otra parte también tenemos que la escala GDS es nueva en nuestro país, casi no se conoce, y con esta investigación pretendemos que se conozca más y la utili-

confiabilidad estables . que una vez mas se ha confirmado
con esta investigación.

B I B L I O G R A F I A :

- 0.-Alonso G. (1981). Diccionario de Español Moderno.
Edición 6. Madrid España. Ed.Aguilar
- 1.-American Psychiatric Association. (1988) DSM-III-R
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Men-
tales.
- 2.-Aragonez D.(1986) Incidencia y Epidemiología de la
Enfermedad Depresiva. !La Depresión en la práctica
medica. Ed. Soc.Mex.Psi.Biol.(4) 23-24
- 3.-Aristoteles (384-322 a.c.).Citado en: Beauvoir S.
(1980) El punto de vista de la exterioridad.La vejez.
Buenos Aires. Ed. Sudamericana.
- 4.-Asclepiades (140-124). Citado en Bleuler E.
(1971).Tratado de Psiquiatría. Madrid España. Ed. Epasa
- 5.-Beauvoir S. (1980).El punto de vista de la
exterioridad.La Vejez. Buenos Aires. Ed. Sudamericana.
- 6.-Beck Ch. (1979) The ocurrence of depression in woman
and the effect of the women moviment. Journal Psychia-
tric N.

- 7.- Beck T. (1982). Depresión post-parto comparación de los metodos psicoprofilácticos y bloqueo epidural.
Tesis. Universidad Iberoamericana de México.
- 8.- Beck A. Rush A. S.Haw F.y Emery G. (1976-1979) Cognitive theraphy of depression. New York Ed.Guilfor.
- 9.- Bleuler E. (1931) Tratado de Psiquiatria. Madrid España. Ed. Espasa Calpe S.A.
- 10.-Brenfer O. (1988) Reconocimiento del sindrome depresivo.Alemania Ed. Hoeshst A.G.
- 11.-Boumpadre A. (1983) Psicoterapia de ancianos. Tesis: Universidad Iberoamericana. México.
- 12.-Bronisch F. (1965) Psiquiatria Geriatrica. Barcelona. Ed. Científico Medica.
- 13.-Calderón N. (1984)Depresión. México.
- 14.-Cárdenaz M. (1986) Presentación. Depresión en la práctica Medica. Ed.Soc.Mex.de Psiquiatria Biol. (1) 1-4
- 15.-Cantón (234-149 a.c.) Citado en:Bronich F. 1965. Psiquiatria Geriatrica.Barcelona.Ed.Cientifico Medica.
- 16.-Caso M. (1979) Fundamentos de Psiquiatria. México Ed. Limusa.

- 17.-Civita V (1970) Enciclopedia de la Vida (V-7)Sao Paulo Brasil
- 18.-Coppen A. (1980) Citado en : Caso M (1979) Fundamentos de Psiquiatría.México. Ed. Limusa.
- 19.-Constantino A. Citado en : Ostow M. 1980. La depresión Psicológica. Ed. Madrid
- 20.-De la Fuente R. (1985) La Depresión como problema humano (Aspectos psicopatológicos).Cursos de postgrado psiquiatría UNAM
- 21.-Farl A. (1911) Citado en Jiménez O (1986) La depresión en la historia. Depresión en la Práctica Medica Editada: Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biol.(1) 8-15
- 22.-Fernández C. (1983) El grupo operativo.México.Ed. Extemporaneas.
- 23.-Finley T. y Delgado M. (1981) Citado en:Omar G.1987 Revista Latinoamericana de Psicología (147-158).
- 24.-Fispe (1980) La psicología y Tu. Ed. Karla.
- 25.-Freeman M. , Kaplan I. y Sadock J. (1975) Compendio de psiquiatría. Barcelona España. Ed. Salvat.
- 26.-Freud S. (1917) Duelo y Melancolía. Obras Completas

- 27.-Gaceta UNAM (1985) Los trastornos del aprendizaje-

y el alcoholismo. México(4-6)
- 28.-Gamieta M. (1985) El aislamiento en los ancianos.

Tesis. Universidad Iberoamericana. México.
- 29.-García S.(1988) Depresión Senil. Revista

Iberoamericana de geriatría y Gerontología.(84-89)

- 30.- González N. (1978) Dinámica de Grupos Técnicas y

Táctica.México.Ed. Conceptos.

- 31.- Gutiérrez G. (1979) Análisis etiopatogénico de la

depresión. 3a Ed.
- 32.- Hamilton M. (1969) Estandariced Assesment and
recording of depressive symptoms. Psychiatría Neuro-
chirugía.

- 33.- Hipócrates (460-377 a.c.) Citado en Bleuler E. 1971
Tratado de Psiquiatría, Madrid España.Ed. Esparza

Calpe.
- 34.- Hill D. (1960) La Depresión en la Historia . La
depresión.New York (25-28)

- 35.- Jiménez O. (1986) La depresión en la Historia.
La Depresión en la Práctica Médica.Ed.Soc.Mex.Psi.

Biol.(1) 8-15
36. Karl A. (1911) Citado en:Jiménez O.1986.La depresión

en la historia. La Depresion en la Práctica Médica. Ed.

Soc. Mex. Psi. Biol. (1) 8-15

- 37.- Kastebaum R. (1980) Vejez años de plenitud. México
Ed. Dimasa.
- 38.- Krassoievitch L. (1950-1966) Aspectos Clínicos de la
depresión del anciano. Psiquiatría. (6,1) 29-35
- 39.- Loyola E. (1976) Congreso Nacional de Geriatria.
Toluca México. Abril. La vejez en Mexico.
- 40.- Mackinnon R. (1984) Psiquiatría Clínica Aplicada
México. Ed. Interamericana.
- 41.- Martínez L. (1977) Citado en: Beauvoir S. (1980) El
punto de vista de la exteriorida. La vejez. Buenos
Aires. Ed. Sudamericana.
- 42.- Martínez R. (1984) Depresión. Polaina. Barcelona
España.
- 43.- Meckinger L. (1978) Citado en: González N. 1968.
Dinamica de Grupos. Técnicas y Tácticas. México. Ed.
Conceptos.
- 44.- Mendlewicz C. (1968) Citado en: Gutiérrez G. 1979
Análisis etiopatogénico y clínica de las depresio-
nes.
- 45.- Mendoza N y Perea H. (1990) El subdiagnóstico de la
depresión en ancianos aparentemente sanos. Los Cla-

sicos de la Geriatria y Gerontologia p.p. 24-27y

- 46.- Molares M. (1975) Psicometría Aplicada. Méx. Ed.
Trillas.
- 47.- Nie, Hul, Stein (1975) Paquete Estadístico Aplicado
a las Ciencias Sociales (SPSS)
- 48.- Djeda A. (1983) Psicoterapia Geriátrica. Tesina.
Universidad Iberoamericana. Méx.
- 49.- Omar G. (1987) Percepción de la Vejez en Diferentes
Estratos Cronológicos. Revista Latinoamericana de -
Psicología. (147-158)
- 50.- Ostow M. (1980) La depresión Psicológica. Ed. Madrid
- 51.- Pérez A., González F. y Jiménez M. () La escala
GDS como instrumento en la depresión. Revista de
Psicogeriatría Española. (1-20)
- 52.- Pick S. y López A. (1979) Como investigar en ciencias
sociales. Méx. Ed. Trillas.
- 53.- Platón (428- 347) Citado en Beauvoir S. 1980 El pun-

to de vista de la exterioridad. La vejez. Buenos
Aires. Ed. Sudamericana.
- 54.- Radan A. y Ramírez T. (1985) Percepción de la vejez
en los diferentes estratos cronológicos. Rev. Ciencias

Sociales. Costa Rica.

- 55.- Rangel L. (1991) Estructura familiar. Los Clásicos -
de la Geriatria y la Gerontología (20-23)

- 56.- Rapoport R. (1980) Enriquezca su vida. La psicología
y tu. (100-118).

- 57.- Rosenflit L. (1965) Citado en : Omar G. (1987) Percep-
ción de la vejez en diferentes estratos
cronológicos. Rev. Latinoamericana de psicología.
(147-158).

- 58.- Sainz M. (1991) Evaluación de la GDS con inventario
de depresión de Beck. Tesis. Hospital Psiquiatrico -

Fray Bernardino. Méx.
- 59.- Séneca (65 a.c.) Citado en: Beauvoir 1980. El punto-
de vista de la exterioridad. La vejez. Buenos

Aires. Ed. Sudamericana.
- 60.- Selecciones del Reader's Digest. (1992) 2001 Pregunta
y respuestas médicas. México. New York.

- 61.- Sosa A. (1989) Depresión en el anciano. Organización
Oficial de la Sociedad Psiquiátrica Mexicana A.C.
- 62.- Sandor R (1969) Citado en Freedman M., Kaplan I. y
Sadock J. 1975. Compendio de Psiquiatria. Barcelona

España. Ed. Salvat.

- 63.- Uribe A. (1991) Una alternativa para el senecto .
deprimido. Consejo Nal. de Población (21)

- 64.- Von Bismark O. (1883-1889) Citado en Boumpadre A.-
(1983).Psicoterapia de ancianos .Tesis.Universidad

Iveroamericana.Méx.
- 65.- Winsted M. (1984) Citado en : Gamieta M.1985. El -
aislamiento en los ancianos..Tesis.Universidad

Iveroamericana.
- 66.- Young R., Abrams R. George S.() Copoulos Ay
Shindle R. Depression.Biological Psyquiatry.

- 67.- Yesavage J. Terense T. y Brink T. (1983) Develop--
ment and validation of a geriatric depression -
screening scale. Journal Clinic Psychiatry. (17-
49)
- 68.- Zermeña E. (1985) La depresión. Modelos Clínicos -
Experimentales y su manejo Terapeutico. Revista

Enseñanzas e Investigación en Psicología. (167-169).

ESACALA DE DEPRESION GERIATRICA

(J.A. YESAVAGE, ED. AD.1983)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------|
| * 1.- ¿ESTA UD.SATISFECHO CON SU VIDA? | SI/NO |
| 2.- ¿HA AVANDDONADO MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES? | SI/NO |
| 3.- ¿SIENTE UD. QUE SU VIDA ESTA VACIA? | SI/NO |
| 4.- ¿SE ABURRE CON FRECUENCIA? | SI/NO |
| * 5.- ¿ TIENE UD.ESPERANZAS EN EL FUTURO? | SI/NO |
| 6.- ¿ ESTA UD. MOLESTO POR PENSAMIENTOS QUE NO- PUEDE ALEJAR DE SU MENTE? | SI/NO |
| * 7.- ¿ ESTA UD. DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? | SI/NO |
| 8.- ¿ TIENE UD.MIEDO DE QUE ALGO MALO LE VAYA A SUCEDER? | SI/NO |
| * 9.- ¿ SE SIENTE USTED FRECUENTEMENTE NERVIOSO? | SI/NO |
| 10.- ¿ SE SIENTE UD.CONTENTO LA MAYOR PARTE DEL- TIEMPO? | SI/NO |
| 11.- ¿ SE SIENTE UD.INTRANQUILO Y NERVIOSO CON - FRECUENCIA? | SI/NO |
| 12.- ¿ PREFIERE UD.QUEDARSE EN CASA ANTES QUE - SALIR Y HACER COSAS NUEVAS? | SI/NO |
| 13.- ¿ SE PREOCUPA UD.FRECUENTEMENTE POR EL FU- TURD? | SI/NO |
| 14.- ¿ CREE UD.QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMO - RIA QUE LOS DEMAS? | SI/NO |
| * 15.- ¿ PIENSA UD QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO - AHORA? | SI/NO |

- 16.- ¿ SE SIENTE UD.DESANIMADO Y TRISTE CON FRE- SI/NO
CUENCIA?
- 17.- ¿ SIENTE USTED QUE NADIE LO APRECIA? SI/NO
- 18.- ¿ SE PREOCUPA UD.MUCHO POR EL PASADO? SI/NO
- * 19.- ¿ CREE UD.QUE LA VIDA ES MUY EMOCIONANTE? SI/NO
- 20.- ¿ LE ES FACIL A UD.COMENZAR CON NUEVOS PRO- SI/NO
YECTOS?
- * 21.- ¿ SE SIENTE UD.LLENO DE ENERGIA? SI/NO
- 22.- ¿ SIENTE UD.QUE SU SITUACION ES DESESPERANTE? SI/NO
- 23.- ¿ CREE UD.QUE LOS DEMAS ESTAN EN MEJORES CON-
DICIONES QUE USTED?
- 24.- ¿ SE MOLESTA UD.CON FRECUENCIA POR COSAS SIN- SI/NO
IMPORTANCIA?
- 25.- ¿ TIENE UD.GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA? SI/NO
- 26.- ¿ TIENE UD.PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE? SI/NO
- * 27.- ¿ DISFRUTA UD.EL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS? SI/NO
- 28.- ¿ PREFIERE UD.EVITAR LAS REUNIONES SOCIALES? SI/NO
- * 29.- ¿ ES FACIL PARA UD.EL TOMAR DECISIONES? SI/NO
- * 30.- ¿ ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR SI/NO
ANTES?

- 16.- ¿ SE SIENTE UD.DESANIMADO Y TRISTE CON FRE- SI/NO
CUENCIA?
- 17.- ¿ SIENTE USTED QUE NADIE LO APRECIA? SI/NO
- 18.- ¿ SE PREOCUPA UD.MUCHO POR EL PASADO? SI/NO
- * 19.- ¿ CREE UD.QUE LA VIDA ES MUY EMOCIONANTE? SI/NO
- 20.- ¿ LE ES FACIL A UD.COMENZAR CON NUEVOS PRO- SI/NO
YECTOS?
- * 21.- ¿ SE SIENTE UD.LLENO DE ENERGIA? SI/NO
- 22.- ¿ SIENTE UD.QUE SU SITUACION ES DESESPERANTE? SI/NO
- 23.- ¿ CREE UD.QUE LOS DEMAS ESTAN EN MEJORES CON-
DICIONES QUE USTED?
- 24.- ¿ SE MOLESTA UD.CON FRECUENCIA POR COSAS SIN- SI/NO
IMPORTANCIA?
- 25.- ¿ TIENE UD.GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA? SI/NO
- 26.- ¿ TIENE UD.PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE? SI/NO
- * 27.- ¿ DISFRUTA UD.EL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS? SI/NO
- 28.- ¿ PREFIERE UD.EVITAR LAS REUNIONES SOCIALES? SI/NO
- * 29.- ¿ ES FACIL PARA UD.EL TOMAR DECISIONES? SI/NO
- * 30.- ¿ ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR SI/NO
ANTES?