

331525



UNIVERSIDAD INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON
INCORPORACION A LA U.N.A.M. CLAVE 3315-25

"DETECCIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN
PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, A TRAVÉS
DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
APLICADO EN EL CENTRO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, PARA LA PROPUESTA DE UN
PROGRAMA TERAPEÚTICO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
C. DIANA ZITLALI VALENTE NOGUEZ

ASESORA: LIC. MARÍA GUADALUPE CUATZO MENDEZ

MÉXICO, D.F.

2005

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

m343107



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

GRACIAS

A Dios:

Por darme la vida, una familia y las capacidades necesarias para realizarme como persona.

A mis padres y hermanos:

Por su amor, comprensión, apoyo e impulso para seguir adelante, por darme bases sólidas para defenderme en la vida.

A Emmanuel:

Por ser mi motor para seguir adelante, por tu apoyo, por las horas dedicadas, por tu paciencia, pero sobretodo ser parte de mi vida, y por ir conmigo de la mano siempre.

Al Dr. Tirzo Serrano y la Dra. González:

Por ser mis guías para realizar esta investigación, por sus conocimientos y enseñarme que el estudio en personas adulta es tan importante como la vida de un niño.

A la Profesora Guadalupe Cuatzo:

Por orientarme en mis dudas, por su tiempo, paciencia y trabajo, para llevar a cabo esta investigación. Pero sobretodo por su confianza y apoyo.

A mis maestros:

Por sus conocimientos brindados durante mi formación, porque gracias a ellos hoy puedo defenderme en el campo de mi profesión.

A mis compañeros:

Por su apoyo y amistad sincera, por estar conmigo en los buenos y malos momentos.

A todos aquellos que depositaron su confianza en mi y que fueron el impulso para realizar este trabajo.

Por todo

Gracias

SIEMPRE TEN PRESENTE:

**LA PIEL SE ARRUGA, EL CABELLO SE VUELVE BLANCO
LOS DÍAS SE CONVIERTEN EN AÑOS
PERO LO IMPORTANTE NO CAMBIA, TU FUERZA Y TU CONVICCIÓN NO
TIENEN EDAD
TU ESPÍRITU ES EL PLOMERO DE CUALQUIER TELA DE ARAÑA.**

**DETRÁS DE CADA LÍNEA DE LLEGADA, HAY UNA DE PARTIDA.
DETRÁS DE CADA LOGRO, HAY OTRO DESAFÍO.**

**MIENTRAS ESTÉS VIVO, SIÉNTETE VIVO
SI EXTRAÑAS LO QUE HACÍAS VUELVE A HACERLO.
NO VIVAS DE FOTOS AMARILLAS.....**

**SIGUE AUNQUE TODOS ESPEREN QUE LO ABANDONES.
NO DEJES QUE SE TE OXIDE EL HIERRO QUE HAY EN TI.
HAZ QUE EN VEZ DE LÁSTIMA, TE TENGAN RESPETO.**

**CUANDO POR LOS AÑOS NO PUEDAS CORRER, TROTA.
CUANDO NO PUEDAS TROTAR, CAMINA.
CUANDO NO PUEDAS CAMINAR, USA EL BASTÓN.**

PERO NUNCA TE DETENGAS !!!!!!!!!

Falta página

N° 2

INDICE

Introducción.....	4
I. Breve reseña sobre los antecedentes de la depresión.....	7
1.1 Etiología.....	12
1.2 Clasificación de la depresión.....	24
1.2.1 Depresión transitoria.....	29
1.2.2 Depresión menor.....	30
1.2.3 Distimia.....	31
1.2.4 Depresión mayor.....	32
II. La depresión en la tercera edad.....	37
III. Causas de la depresión.....	44
3.1 Genéticas.....	45
3.2 Psicológicas.....	47
3.3 Ambientales.....	51
3.4 Sociales.....	52
IV. Inventario de Depresión de Beck.....	55
Formato del Inventario de Depresión de Beck (IDB).....	60
Formato del cuestionario sociodemográfico.....	63
4.1 Teoría cognitivo-conductual.....	67
V. Metodología.....	72
VI. Análisis de resultados.....	80
Análisis de gráficas.....	84
VII. Conclusiones.....	108
Alcances y/o limitaciones.....	111
VIII. Alternativas de intervención.....	113
Propuesta del Programa Terapéutico.....	118
Bibliografía.....	120

INTRODUCCIÓN

Durante las experiencias vividas en el campo laboral y los conocimientos adquiridos durante mi formación como psicóloga, me llevaron a desarrollar esta investigación como mi primera aportación en el campo de la psicología, siendo que las áreas en donde puede intervenir este profesional es muy amplio, como son: área clínica, social, educativa, experimental, industrial, etc., y en diferentes grupos de edad, como son: niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad. Pero en el grupo que yo me enfoqué fue en las personas de la tercera edad, grupo en que las investigaciones están muy desérticas, pues al creer que ya no son funcionales e importantes al igual que un niño, lo dejan que siga su vida, sin antes conocer sus necesidades y carencias, pero tenemos que enfrentarnos a una realidad que es el incremento de la esperanza de vida, del que aún muchos no estamos preparados para salir adelante, entre los cuales nos encontramos las personas encargadas de la salud del anciano, ya que desafortunadamente no sólo México sino toda Latinoamérica somos un continente en crisis y por lo tanto cualquier intento de elaborar políticas y programas efectivos para las personas de la tercera edad encuentran barreras que imponen el desarrollo económico, psicológico y social. Así como el incremento de los trastornos emocionales, que se ve reflejado principalmente en esta edad, en donde existen pérdidas, ya sean físicas, sociales, laborales o por enfermedad. Por lo cual mi inquietud parte de saber qué está pasando con las personas que presentaban alguna discapacidad física (osteoartritis, artrosis, parálisis, amputación), asistentes al Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), los cuales no estaban reflejando ningún avance significativo para su recuperación, siendo que estaban cumpliendo con todas las indicaciones médicas, punto que tomé en cuenta para ver en que forma se les podría apoyar y disminuyera más su asistencia a los centros de salud, pero sobretodo conocer que era lo que estaba interfiriendo en esto. Por lo cual al tener breves entrevistas con estos ancianos me pude percatar que estaban presentando algunos síntomas de depresión, pero desconocía en qué grado, ya que no se utilizaba ningún instrumento estandarizado que nos arrojara estos datos.

Al revisar las investigaciones que se han llevado a cabo en este país, me percaté de que existe muy poca información sobre los estudios relacionados con la tercera edad, y sobre todo muy pocos estudios sobre la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB), por lo cual recurrí a este para poder valorar a los ancianos que no presentaban avances en su recuperación y así poder percatarme si a causa de la depresión no podían tener una mejor calidad de vida y una mejor recuperación de la enfermedad. El IDB se aplicó junto con un cuestionario sociodemográfico que nos ayudaría a tener resultados más certeros de lo que estaba influyendo en estos pacientes. Ambos instrumentos se aplicaron a las dos muestras de estudio (ancianos con discapacidad física y sin ninguna discapacidad física).

Para poder llevar a cabo esta investigación fue necesario indagar más sobre el aspecto anciano-depresión-discapacidad, por ello se retaron los siguientes temas a manera de que se pudiera conocer un panorama actual de estos términos, por lo cual se desglosa de la siguiente forma:

En el **capítulo I** se menciona una breve reseña sobre los antecedentes de la depresión, su etiología y la clasificación de la depresión de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck (IDB). Dentro de los antecedentes se menciona que la depresión se ha incrementado considerablemente en las personas ancianas a causa de diversas enfermedades que les impide tener un mejor funcionamiento tanto individual (independencia), como social. Retomando que día a día existe un incremento de la esperanza de vida (actualmente es de 64.1 años, llegando a 71.8 años para el año 2025) que va avanzando de acuerdo a la calidad de vida de cada individuo. Dentro de la etiología se menciona que el estado depresivo es un padecimiento tan antiguo como el hombre mismo, pues antes se le conocía como melancolía o locura, pero ha ido modificándose a la luz de nuevas investigaciones y conocimientos, dependiendo de aspectos predominantes en una determinada época o cultura, concertándose actualmente como depresión. Dentro de la teoría cognitivo-conductual se le define como: el funcionamiento defectuoso de los mecanismos de reforzamiento y condicionamiento o quizá como la consecuencia de la "desesperanza aprendida" frente a reiterados fracasos.⁷⁶ La clasificación que se utilizó en esta investigación fue de acuerdo a la sintomatología utilizada por el DSM-IV y la clasificación del IDB, entre la que se encuentra la depresión transitoria, la depresión menor, la distimia y la depresión mayor.

En el **capítulo II** se menciona a la depresión en la tercera edad, en la cual se retoma que es el trastorno del que más se quejan los adultos mayores, debido en gran parte a la amplia gama de pérdidas que sufren en el transcurso de esta última etapa de su vida. Afectando un 5% de la población total de los ancianos, que se va incrementando con el pasar de los años. Así como diversas modificaciones en su vida, como son: modificaciones intelectuales, modificaciones sociales, modificaciones afectivas y modificaciones en la actividad sexual. Las discapacidades más frecuentes en este grupo de edad, detectadas en esta investigación son las siguientes: osteoartritis, artrosis, parálisis y amputaciones.

En el **capítulo III** se retoman los factores predisponentes de la depresión más presentes en este grupo de edad, como son: el factor genético (los ancianos manifiestan depresión mayor en la actualidad, ya que se ha concluido en estudios recientes que es a causa de una predisposición genética y a la sensibilidad anormal ante los neurotransmisores del cerebro), factor psicológico (se mencionan alteraciones en la autoimagen, la autoestima, pérdida de roles, restricciones, dependencia, pérdidas, sentimientos de culpa, pérdida de salud, etc.), factor ambiental (el anciano está expuesto a una serie de choques que se suscitan en una tensión enajenable, que provoca diversas enfermedades, a causa del nivel de vida que actualmente se vive, cambiando su rutina de vida y viviendo en un nivel de estrés constante) y el factor social (la pérdida de papeles sociales y familiares pueden inducir a una desorientación y sentimientos de inutilidad, aunado a esto el

rechazo de la familia y el poco apoyo que recibe de está por la respuesta de pérdidas de los lazos de unión que son indispensables para ellos).

En el **capítulo IV** se mencionan la historia del Inventario de Depresión de Beck (IDB) y la teoría cognitivo conductual. El IDB es elaborado por el autor del mismo nombre en el año 1967 en Estados Unidos, el cual presenta propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos, pero en México fue estandarizado para la población mexicana en 1967 por el Dr. Ortega-Soto del Instituto de psiquiatría, que esta conformado por 21 reactivos y clasifica a la depresión en 4 grados, como son: la depresión transitoria, la depresión menor, la distimia y la depresión mayor. Dentro de los cuales se obtuvo que las personas con alguna discapacidad física presentan más altos índices de depresión, que las personas que no tiene ninguna discapacidad física. La teoría cognitivo-conductual es en la que me apoyé para llevar a cabo esta investigación sobre la depresión en la tercera edad, principalmente porque el IDB está desarrollado dentro de esta teoría, y porque se encarga del estudio de la personalidad, a través de conocer los estresores depresógenos en la "tríada cognitiva", que se encarga de estudiar la visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro.

En el **capítulo V** se menciona a la metodología, en donde se retoman el planteamiento del problema, los objetivos, hipótesis, el tipo de estudio, los contextos de investigación (lugar, universos, criterios de inclusión y exclusión) y el procedimiento como se llevó a cabo esta investigación.

En el **capítulo VI** se muestran los resultados de los ancianos evaluados mayores de 65 años que presentaban alguna discapacidad y a aquellos que no manifestaban ninguna discapacidad física.

En el **capítulo VIII** se presenta la alternativa de intervención para los ancianos que arrojaron puntuaciones altas (distimia y depresión mayor). Esta propuesta tiene como fin disminuir los índices altos de depresión de acuerdo a las necesidades, capacidades y aptitudes de los ancianos, pero por causas ajenas no se pudo llevar a cabo, pero se podría quedar como una estrategia para que posteriores psicólogos lo implementarán, como una opción de dar una mejor calidad de vida a los ancianos, así como una mejor atención tanto individual, social y familiar, esperando que lo que se haya llevado a cabo en esta investigación sirva para otras posibles investigaciones, que apoyen al anciano en su proceso de depresión, para que disminuyan estos índices y demos la oportunidad de dar una mejor calidad de vida, así como una aceptación del proceso salud-enfermedad.

De acuerdo a lo anterior se cumplió con los objetivos propuestos en está investigación, por lo cual se obtuvieron alcances significativos, que nos permitirá poner más énfasis en los estudios con ancianos, principalmente porque se está incrementando la esperanza de vida, así como los trastornos de la personalidad, entre los que encontramos a la depresión, que si no es bien tratada y detectada podemos concluir en un suicido, por ello la importancia de implementar estrategias que nos ayuden a disminuir estos trastornos a tiempo.

CAPÍTULO I

BREVE RESEÑA SOBRE LOS ANTECEDENTES DE

LA DEPRESIÓN

*El envejecimiento forma parte
de nuestro ciclo vital.....
podemos vivir más o menos años
según cuáles sean nuestros modos
de vida..... y nuestro estado de salud.*

H. SAN MARTÍN, 1994.

La importancia del incremento de la esperanza de vida (64.1 años que se tuvieron durante 1985 a 71.8 años para el 2025), y el aumento del trastorno de la depresión en las personas de tercera edad (ocupando el 1er. lugar en los tipos de trastornos mentales que afectan directamente a la población mexicana), fueron los puntos de partida que me llevaron a realizar la siguiente investigación. Así, como el analizar y reflexionar sobre las diversas investigaciones que se han llevado a cabo, para poder ver el panorama actual por separado del tema de depresión y el de ancianos, obteniendo como puntos relevantes la siguiente información: La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la depresión es actualmente la 5ta. causa de discapacidad en el mundo, y será la segunda causa en los próximos 20 años, ya que se trata de una enfermedad frecuente e incapacitante que puede ser el resultado de una reacción ante determinadas circunstancias, como una enfermedad severa, la pérdida de un ser querido, la falta de éxito en el trabajo o la pérdida de este, falta de relaciones sociales, la soledad, etc.⁵⁵ que se caracteriza por la falta de confianza en si mismo, dificultad para dormir, indecisión, irritabilidad, llanto fácil, cansancio, falta de interés por la familia y los amigos, al igual que no disfruta de las actividades que anteriormente le daban placer, olvida sus proyectos y afinaciones.

Aspecto que pude comprobar de mi experiencia en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), en donde me percate que estos centros están ocupados principalmente por personas mayores, que a veces no pueden ser diagnosticados con ningún padecimiento, ya sea porque no existe (comprobado médicamente) o porque solo son cambios no aceptables al anciano (dependencia, comunicación, atención, estado de ánimo sano, las mismas fuerzas, etc.), que modifican el estado emocional del mismo y trae como consecuencia, algunos síntomas depresivos, que a veces no son posibles detectar a simple vista por el personal de salud que los atiende, esto es a consecuencia que muchas veces el personal no esta capacitado para atender correctamente al anciano y sobre todo canalizarlo a otro departamento en donde se le pueda dar la atención que necesita, en caso de que presente síntomas depresivos, para que no siga avanzando la enfermedad, y poder atacarla inmediatamente, dándole una orientación adecuada y disminuir su grado de depresión.

Pero antes de continuar quisiera explicar brevemente un poco de donde surge la palabra "depresión", ya que se ira aclarando durante el transcurso del trabajo.

* A partir de este momento la bibliografía se citara con un número, que estará referido al final.

El estado depresivo es un padecimiento tan antiguo como el hombre mismo, pero antes se le conocía con el término de melancolía, que se fue modificando. Hipócrates (450-355 a. C.) describe la sintomatología de lo que él considero una de las tres enfermedades mentales fundamentales o tres formas de "locura", para utilizar su terminología: "la melancolía", "la frenitis" y "la manía". La melancolía se caracteriza, de acuerdo con él por irritabilidad, aversión a la comida, tristeza, cansancio, insomnio, etc. (síntomas depresivos actuales). Haciendo énfasis en la sintomatología somática, aunque señala la tristeza como componente importante.^{10,82,78}

En la Edad Media y hasta el siglo XII, el término "melancolía" llegó a entenderse como pereza y holgazanería, por lo tanto a un estado pecaminoso. Ya en el siglo XV y XVI, la melancolía vuelve a considerarse un estado mórbido en el que los síntomas predominantes eran la tristeza, la desesperanza y el desaliento.⁸²

En el siglo XVII, Bonetus menciona la "melancholiae mana", y posteriormente expresa la relación existente entre melancolía y manía, y utiliza el término "maniacomelancholicus", como equivalente en la terminología posterior, a "manicodepresivo".⁸²

Como se menciona anteriormente el significado de estos términos, como todos los relacionados con enfermedades mentales, ha ido modificándose a la luz de nuevas investigaciones y conocimientos, dependiendo de aspectos predominantes en una determinada época o cultura, como sucedió con el término melancolía que ahora se le conoce como depresión, el cual se define de la siguiente manera: La palabra depresión etimológicamente proviene de dos vocablos latinos: de y premere (apretar / oprimir) y deprimere (empuja hacia abajo).^{7,79}

Es así, como retomo el término de depresión enfocado a la teoría cognitivo-conductual, que es de donde parte el instrumento que aplicaré (IBD) en esta investigación, la cual definen a la depresión, como: el funcionamiento defectuoso de los mecanismos de reforzamiento y condicionamiento o quizá como la consecuencia de la "desesperanza aprendida" frente a reiterados fracasos.⁷⁶

Es importante también mencionar que en la actualidad existen en el mundo más de 416 millones de ancianos, y que para el 2025 los mayores de 60 años serán el 12% total de los habitantes del planeta, surgiendo como un fenómeno de mayor impacto del siglo XX. El envejecimiento esta determinado por el comportamiento de la fecundidad, la esperanza de vida al nacimiento y la mortalidad a la migración. Esto se refleja con lo que mencionan las Naciones Unidas, en donde dicen que una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más, por lo que México ocupa el 7mo. lugar entre los países en envejecimiento acelerado con un 7% de la población de 60 años y más.⁸⁵ Considero que hay un incremento drástico en la proporción de personas mayores de 65 años, ya que para el 2010-2015 aumentará el doble la población anciana en México.¹⁶ Tomando

en cuenta que la prevalencia de la depresión en esta edad, es muy alta, ya que por lo menos una vez en el transcurso de su vida la han presentado,⁵⁵ sin haber recibido un tratamiento adecuado. En estudios recientes manifiestan que en las grandes ciudades, como son: el DF, Guadalajara y Monterrey, han registrado una prevalencia en depresión grave, distimia (depresión media) y el trastorno bipolar o maniaco depresivo en un 10%. Le siguen los estados del norte del país como son: Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas con un 9%, mientras que los del sureste: Chiapas, Quintana Roo y Yucatán, reportan 5.7%.⁵⁵ Concluyendo así que las principales causas de mortalidad en el anciano, son: los traumatismos, la desnutrición, la osteoartritis, las demencias, la depresión (siendo el problema más frecuente en la vejez con una prevalencia del 11 y 44%¹⁸ y algunas otras discapacidades).⁸⁷

Analizando todo lo anterior sobre el panorama actual del anciano, me lleva a pensar, que si ahora que son menos ancianos, no sabemos como tratarlos o como detectarles síntomas depresivos, que va a suceder con el seguir de los años, aumentando la esperanza de vida y el incremento del trastorno depresivo, como un discapacitante de la calidad de vida. Así como el aumento de gastos médicos, más gente en asilos, más ancianos en hospitales, más suicidios, etc., ya que algunos autores consideran que la depresión en el anciano es un trastorno psiquiátrico frecuente en esta etapa,⁶⁵ que es un problema serio de salud pública, tanto por su prevalencia como por su morbilidad y mortalidad que la acompaña.⁶

Globalmente los reportes de prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos varía ampliamente desde un 40% hasta un 35%.⁴³ Blazer (1987) reporto una prevalencia del 9% entre los mayores de 65 años. Blazer y Williams (1987) encontraron una prevalencia del 14.8% para personas de 65-74 años.¹⁴ Goda y colaboradores (1990)²⁷ reportaron 21.5% en mayores de 55 años, McNeil y colaboradores⁴⁴ encuentran 38.3%; así mismo reportan 15 % en mayores de 65 años, en la población general, 25% en pacientes de consulta externa y hasta 30% en pacientes institucionalizados.⁸²

Es aquí de donde parte la inquietud de ver que tanto influye una enfermedad física en el anciano para que se desarrolle una depresión. Así como estudiar y analizar la detección, prevalencia y magnitud del problema de la depresión en esta edad. Para ello se estudiarán dos grupos de ancianos, en uno se encontrarán personas que padecen alguna enfermedad física (osteoartritis, amputación, artritis y parálisis) y en el otro grupo personas que no presenten ningún trastorno físico. Ambos grupos se evaluarán aceptando que el mejor mecanismo para identificar la prevalencia de síntomas depresivos es por medio de la utilización de escalas. Como ya se menciono es el Inventario de Depresión de Beck (IDB), que fue estandarizado en México en 1967, y es internacionalmente conocido como uno de los instrumentos mas citados y utilizados para la detección de los síntomas depresivos en pacientes con o sin problemas físicos, ya que no contiene ítems de tipo somático, como se usa en algunos test, como el Hamilton o el MMPI,^{5,32,40,68,86} consta de 21 reactivos de síntomas de depresión y cada reactivo consiste en un grupo de 4 afirmaciones, de las cuales una tiene que ser

seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana, lo cual nos arroja un número, que se clasificara en diferentes grados de depresión como son: transitoria o ausencia de síntomas depresivos, depresión menor, distimia y depresión mayor.

Después de evaluar ambos grupos, para poder ver si presentan o no depresión y en que grado (transitoria, depresión menor, distimia y depresión mayor), se implementará una propuesta de programa terapéutico, para aquellos ancianos que lo requieran, estará conformado por un grupo multidisciplinario (psicólogo, médico, enfermera, terapeutas, rehabilitadores, trabajadora social, etc.) de personas encargadas de la salud, previamente capacitados para su atención, pero sobre todo estará enfocado para disminuir índices de depresión severa.

Para la elección de los pacientes con alguna discapacidad se requirió del área de geriatría del CNR, ya que en esta área hay carencia de información, sobre el trato, actividades y sobre todo como poder diagnosticar la depresión en los ancianos sin errores y no basarse superficialmente en síntomas generales, como son: el llanto, tristeza, desesperación, nervios, etc., y enfocarlos directamente como "persona depresiva" sin antes haberles aplicado una escala que diagnostique claramente la depresión. Aspecto que pasa inadvertido y hacen que se complique y eleven más las tasas de depresión, así como la complicación de la edad.

A la otra mitad de la muestra (ancianos sin ninguna discapacidad física), se les visitó en su hogar directamente, explicándoles un poco sobre el estudio que se llevará a cabo, teniendo su consentimiento para la aplicación al propio sujeto de estudio, así como a un familiar que estuviera presente, pero que no podría contestar ninguna pregunta, ya que podría modificar los resultados de la escala.

Después de aplicar el IDB se analizarán los resultados obtenidos en ambos grupos, y se trabajará con los que presenten distimia y depresión mayor, para darles una mejor calidad de vida.

Todo este estudio se lleva a cabo con la idea de poder aprobar o refutar la postura de que una discapacidad física lleva implícita la depresión.

1.1 ETIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN

*Las células humanas no envejecen
por los años vividos, sino por la
forma en que los han vivido.
H. SAN MARTIN*

La inmensa magnitud del problema de la depresión en los ancianos y sus repercusiones psicológicas y sociales, han justificado sobradamente el creciente interés de los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeras, terapeutas, etc.), sobre el tema, pues se desconoce cual es su forma de interacción y el peso específico que cada elemento puede ejercer de forma separada, para poder entender qué origina la depresión, cuales son sus síntomas, como detectarla, que cuidados o atención se debe tener con estas personas, que tratamiento seguir. Pero no se puede comenzar si antes no se tiene claro las causas que originan la depresión en el anciano.

Podría comenzar mencionando que el origen de la depresión es multifactorial, ya que sus causas pueden ser biológicas, genéticas o ambientales. Lamentablemente las investigaciones que se han llevado a cabo no han detectado cuales son los neurotransmisores que llevan la información para que se desarrolle una enfermedad mental o cuales son los factores ambientales que pueden desencadenar la depresión, uno de los puntos de partida para estas investigaciones ha sido el estudio del "estrés" (fenómeno psicoorgánico que conlleva un choque fisiológico o emocional, seguido de una reacción múltiple).⁵⁵

Otro punto importante para el estudio de la depresión, es el estado de salud de los adultos mayores, que esta conformado por tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros 5 años); los perfiles de riesgo conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física, etc.) y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejado en el nivel de educación y participación en el mercado laboral). Es así, como se menciona que la calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de factores sociales y emocionales, factores que son importantes para el estudio de las causas de la depresión en la tercera edad.

Por lo que parte la inquietud, sobre cuál es la verdadera causa que origina que se presente la depresión en un porcentaje significativo en las personas mayores. En estudios recientes se ha mencionado que algunas personas tienen una elevada prevalencia (enfermedades, duelo, jubilación, nido vacío, etc.) y procesos patológicos que lo acompañan jugando un papel determinante para la presentación o exacerbación de la depresión en el anciano, conllevando así a una alta morbilidad y mortalidad, tanto directa como indirecta. Por lo que se ha llegado a la conclusión que la etiología de la depresión en el anciano, es biopsicosocial.

15,41,42,84

Aunque también se menciona, que a edades tardías tienen más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los factores genéticos y de personalidad.⁸²

A lo largo de los trabajos realizados en las dos últimas décadas,^{41,84} se ha venido poniendo de manifiesto la importancia relativa de determinados factores sociodemográficos, como son: condición femenina, estado civil, historia familiar de depresión, viudez, muerte de un ser querido, jubilación, etc., (se estudiaron en esta investigación), que son el resultado de una conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente, llevando a este a que se presente una alteración del estado de ánimo, llegando así a presentar depresión. La depresión afecta profundamente al individuo y a su familia, tiene severas repercusiones sociales, disminuye las capacidades físicas, patológicas y sociales del individuo y frecuentemente provoca la muerte (regularmente estado final, de una depresión no tratada).

Dentro de la etiología me enfoque más a la teoría cognitivo conductual, ya que el instrumento que utilice (Inventario de Depresión de Beck), en esta investigación parte de principios cognitivos-conductuales, que más adelante se explicarán. Para poder entender mejor la etiología mostrare el siguiente cuadro, para ver los factores más estudiados, así como sus manifestaciones clínicas a manera de resumen, ya que más adelante se desarrollarán cada una:

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS	
ÁREAS	MANIFESTACIONES CLÍNICAS
EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Afecto abatido <input type="checkbox"/> Disminución de las gratificaciones <input type="checkbox"/> Pérdida de los lazos emocionales <input type="checkbox"/> Pérdida de la capacidad para alegrarse <input type="checkbox"/> Brotes de llanto
COGNITIVO	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos (autodevaluación y autodegradación) <input type="checkbox"/> Expectativas negativas <input type="checkbox"/> Culpa, crítica y vergüenza inapropiada <input type="checkbox"/> Indecisión <input type="checkbox"/> Fallas en la memoria y la concentración <input type="checkbox"/> Alteración en la percepción de imagen corporal
MOTIVACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parálisis de la voluntad <input type="checkbox"/> Evitación, escape y aislamiento <input type="checkbox"/> Incremento de la dependencia <input type="checkbox"/> Deseo de muerte, impulso suicida
SOMÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito, palpitaciones, molestias abdominales difusas, disminución de la libido <input type="checkbox"/> Hiperhidrosis, sensación de cuerpo extraño en la garganta, alteraciones en el dormir, molestias urinarias

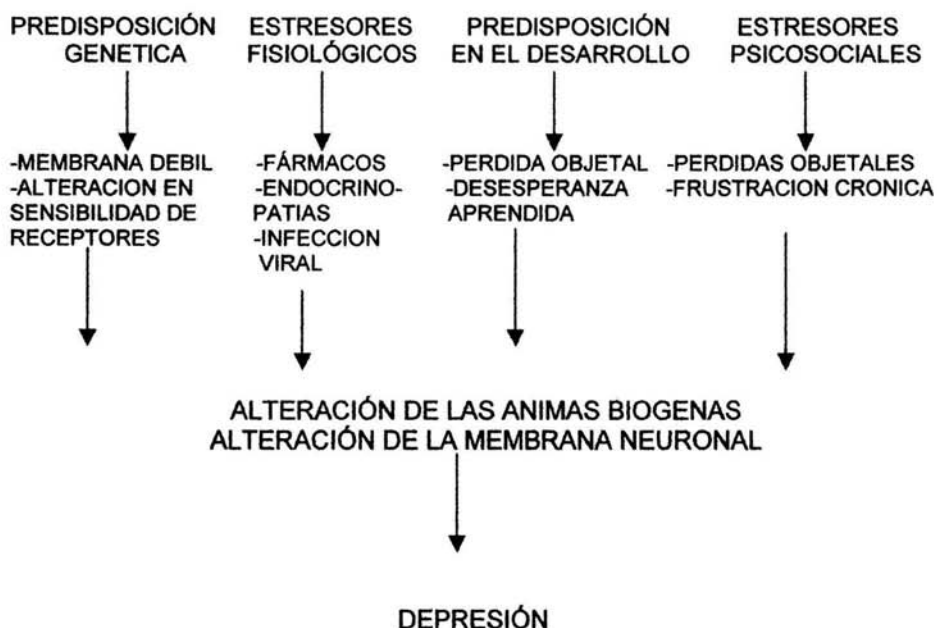
Como se mencionó anteriormente en el cuadro, hay diversas alteraciones tanto físicas como emocionales en el anciano, dependiendo el área en la que se encuentre, también es importante estudiar los diversos factores que pueden predisponer al anciano, para que se presente una depresión, por ello es importante mencionar y estudiar más a fondo los factores que rodean para el estudio de la etiología de la depresión, específicamente en la edad adulta, así como explicar cada uno para poder entender el termino de que la etiología es biopsicosocial, y que no solamente depende de un factor, sino necesita de agentes externos para que se presente esta, por lo cual a continuación mencionare los siguientes factores como relevantes en el estudio etiológico de la depresión en la tercera edad:

FACTOR BIOLÓGICO:

Genética:

En el modelo biológico se menciona a la genética, en donde existe un mayor riesgo de padecer depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición genética, teniendo mayor riesgo a presentar depresión media, algo que pude constatar, al platicar con los ancianos en el IMSS y en el CNR , mencionando qué familiares anteriores habían presentado antecedentes de síntomas de depresión, sin ayuda alguna, y que ahora ellos sentían síntomas similares a los de sus familiares, así como también puede ser aprendido por madres depresivas o hijos depresivos, por lo cual tienen un riesgo mayor a presentar depresión mayor. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad, pero si una probabilidad a presentarla. Diversos estudios a familiares han demostrado que en gemelos hay una tendencia a desarrollar una predisposición genética de la depresión, que se puede desarrollar dentro de la niñez, adolescencia, y vejez. Además, la depresión mayor también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, ambientales o psicosociales,^{59,84} como lo expresa el siguiente esquema:

FACTORES INVOLUCRADOS EN LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD



En el esquema antes mostrado, nos podemos dar cuenta como a través de diversos factores en este caso el genético, puede ser un predisponente para que se presente una depresión, pero no forzosamente si existe este, debe presentarse la depresión en toda la familia, sino puede estar latente y dependiendo de factores ajenos a este (calidad de vida, factores estresantes, factor social, económico, satisfacción personal, etc.), pueden ser más altas las probabilidades para que se pueda presentar esta, mostrándose un alto porcentaje en personas de la tercera edad, por ello es importante estudiar el factor genético, como primer punto de partida para estudiar las causas que provocaron la depresión, ya sea en esta edad o anterior. Pero no por ello hay que descartar el estudio de otros factores, que también son importantes:

FACTORES BIOQUÍMICOS:

Dentro del modelo biológico se maneja la hipótesis bioquímica que surge de la observación clínica en donde ciertas drogas producían depresión y otras resultaban útiles en el tratamiento de esta enfermedad, que se involucraban en el apoyar el papel de los neurotransmisores en la etiología de la depresión.⁵⁹

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión mayor típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores

La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental. Que se puede manifestar en el anciano solo a través de las pérdidas de memoria y de achaques (Alzheimer, demencias, etc.)^{13,84}

En relación a la influencia de los factores biológicos, existen suficientes evidencias de que a través del envejecimiento se producen modificaciones en la tasa de determinados neurotransmisores, hipotetizándose que tal modificación pudiera predisponer a la depresión dado que en las formas más severas de depresión ha podido constatare un desajuste de los neurotransmisores cerebrales. Sin embargo, como señala Murphy et al.(1982),⁴⁸ en el estado actual de nuestros conocimientos es imposible la prevención de estos cambios biológicos, por lo que habrá necesariamente que derivar las medidas preventivas a otros factores etiológicos tales como las pérdidas físicas, sociales y sus repercusiones, así como los factores capaces de modular tales implicaciones.

Con respecto a los cambios físicos que de alguna forma actúan como indicadores externos del envejecimiento, implican distintas modificaciones tales como problemas motrices, o la pérdida de agudeza de distintos procesos sensoriales, pueden suponer no sólo una fuente de malestar subjetivo, sino que además puede interferir de manera indirecta en el mantenimiento de relaciones sociales satisfactorias, aumentando también los niveles de dependencia de las personas afectadas.

Por otra parte la presencia de padecimientos físicos son desarrollados por un agente estresante del primer orden capaz de precipitar el desarrollo de sintomatología depresiva de forma especial en el caso de los ancianos. En este sentido Murphy (1990)⁴⁹ obtuvo que más del 39% de los ancianos que presentaban problemas depresivos en tratamiento psiquiátrico, habían padecido problemas crónicos de salud física durante el año previo.

FACTOR PSICOLÓGICO:

El modelo psicológico toma algunos estudios sobre Sigmund Freud (1915-1957), que fue el primero que relacionó la depresión con la pérdida y vinculó este problema con el luto habitual, mencionando que la depresión se centra en la pérdida de las "figuras de apego", ya que las personas corren el peligro de deprimirse cuando son adultas, si la relación entre padres e hijos fue rigurosa en

sus primeros años, o cuando no se cuenta con los padres, el hijo corre el riesgo de padecer depresión en la vida adulta, poniendo un importante énfasis en la indefensión y la desesperanza.¹³

En las personas jóvenes, el origen de la enfermedad es psiquiátrico por los diversos cambios que se presentan en su ambiente (adolescencia, cambios hormonales, conductuales, elección de tu propia personalidad, adaptación-desadaptación, etc.), así como en los ancianos las causas más comunes para presentar síntomas depresivos, son las orgánicas o por duelo,^{14,29,35,78} por lo que se confirma que la depresión se incrementan con la edad, dependiendo de los estímulos que se presenten.

Otra investigación relevante, fue un estudio en el que los hombres y las mujeres que decían haber sufrido violencia familiar en su infancia tenían una tasa de depresión superior, pero solo si en la actualidad vivían una situación de estrés o un detonante que favoreciera la depresión, como es: la pérdida de la pareja. Esto puede servir como punto de partida para posteriores investigaciones, en las que se estudien las vivencias de la infancia como predisponentes para la depresión en la vida adulta: cuando la etapa actual se vive con estrés.¹³

FACTOR SOCIAL:

El modelo social considera: las cuestiones socioambientales, socioeconómicas, culturales y los rasgos de personalidad, como factores predisponentes y desencadenantes de los episodios depresivos, especialmente en los adultos mayores. En los últimos años se han dedicado numerosos trabajos a la influencia de la etiología de la depresión en los ancianos, en donde se han estudiado los cambios a nivel social. Cambios que a menudo son vivenciados como sensibles pérdidas (ya sean reales, anticipadas o fantaseadas), en donde se manifiestan a través de rupturas con el mundo del trabajo, pérdidas de poder adquisitivo, cambios de estado social, aumento del tiempo de ocio, reducción de las redes sociales, etc.^{17,18,70}

En este sentido resulta interesante el trabajo desarrollado por Anderson (1991),⁴ Phifer y Murrell (1996),⁵² en donde se analizan seis factores sociales predisponentes de la depresión en el anciano, los cuales se mencionaran en la siguiente tabla, dando una breve explicación de cada uno de ellos, como son:

<u>Factor predisponente de la depresión en el anciano</u>	<u>Como se presenta:</u>
Sexo	La depresión se presenta en la mujer con una frecuencia al doble que la del hombre, siendo los factores principales: la violencia intrafamiliar, los cambios hormonales, como son: ciclo menstrual, embarazo, aborto, postparto, menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés derivado del cuidado de los hijos, el mantenimiento del hogar y la responsabilidad de un empleo. Algunas tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras, divorciadas o por asumir el cuidado de los padres ancianos.
Edad	La invalidez corporal en la edad anciana avanzada, es más intolerable para los hombres que para las mujeres, porque para la autoestima masculina es decisivo ser independiente y no perder el control de sí mismo.
Nivel cultural	Una persona con varios roles sociales, es menos susceptible de sufrir una depresión que una persona que tiene menos roles, como son: madre-padre, trabajador, amigo/a, hijo/a, hermano/a, abuelo/a o miembro de alguna institución. Por lo cual la pérdida secuencial de los roles sociales pueden contribuir a un estado de aislamiento social que en muchos casos conlleva a un estado de ánimo deprimido.
Historia de depresión familiar	Los estudios de gemelos y de los familiares cercanos a pacientes depresivos han demostrado que hay una predisposición genética importante, que hace que se presenten la depresión en generaciones posteriores, presentando más prevalencia en la depresión grave.
Estado civil	Los investigadores de un estudio epidemiológico descubrieron que los viudos de cualquier raza tenían más del doble de probabilidades de padecer una depresión importante que las viudas.
Muerte temprana de un familiar	Las personas propensas a la depresión, cualquier pérdida produce una situación de "indefensión del ego", lo que hace que detone la depresión si existe antecedentes de síntomas depresivos) y tres variables moduladoras (salud funcional, locus de control para la salud y apoyo social) y tres categorías de acontecimientos vitales (pérdidas materiales, personales y problemas de salud).

Los resultados de este trabajo, donde intentaban evaluar el papel jugado por las variables de estudio en el desarrollo de sintomatología depresiva sobre una muestra de 1233 personas mayores de 65 años, indicaron efectos especialmente significativos de los niveles de salud funcional, así como de la disponibilidad de apoyo social, tanto en forma separada, como en su interacción. Igualmente se

obtuvo un efecto significativo de los acontecimientos vitales relacionados con pérdidas materiales, aún cuando su nivel de significación fue bastante más modesto. En relación a los factores predisponentes, no se obtuvieron efectos significativos, tal vez como indican los autores, debido a que su impacto se hubiera dejado notar desde un primer momento antes de la primera evaluación realizada.⁵²

Es por ello que se llega a la conclusión al igual que otros estudios, que el factor social más importante se considera a la presencia de una relación de confianza, que aunque actúan fundamentalmente como factor de vulnerabilidad, es acompañado de otros factores, como son: el desempleo, la jubilación, la dependencia física, la pérdida de la pareja, la separación de los hijos, presencia de enfermedades, etc. Factores que condicionan el resultado del tratamiento, que puede ser a mediano o largo plazo, pero sobre todo la poca atención en esta etapa, de necesidades, orientación y carencias.^{22,80}

Otras conclusiones han evidenciado que en pacientes depresivos ocurre un mayor número de acontecimientos estresantes (no necesariamente negativos) en el período que antecede al episodio depresivo, específicamente cuando estos son acompañados de una enfermedad física o un círculo social cerrado. Sin embargo, cabe señalar que con respecto a su posible papel precipitante que los acontecimientos estresantes previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo; su importancia relativa es mayor en los episodios iniciales de la enfermedad.^{17,70}

Por lo cual también es importante tomar en cuenta el nivel socio-económico en el cual Anderson (1991)⁴ afirma que este factor afecta la frecuencia de episodios depresivos; el grupo de ancianos con menores ingresos tiene una incidencia de depresión considerablemente mayor que el grupo de mayor ingreso. La actividad social parece ser una excelente técnica para prevenir las reacciones de depresión.³⁵

FACTOR PERSONALIDAD:

Con respecto al papel de la personalidad en la etiología de los trastornos afectivos, señalare que no existe una personalidad predepresiva definida, y que únicamente la introversión se ha señalado como posible rasgo premórbido. Como lo menciona la revisión de Akiskal y cols. de 1983,² en donde los temperamentos ciclotímicos e hipertímicos o el temperamento distímico, pueden ser considerados ya incluidos en el espectro de los trastornos bipolares o del trastorno distímico respectivamente. Por otra parte, Tellenbach (1976)⁶⁶ partiendo de un análisis fenomenológico define los rasgos constitutivos del tipo melancólico, que determinarían una tendencia "hacia el campo de gravedad de la melancolía".⁶⁶ Son personas caracterizadas por un afán de orden en sus vidas (entroncando con los obsesivos), en el que quedan encerrados, son personas sobrias, formales y con sentido del deber; evitan todo conflicto en sus relaciones personales,

ajustadas a gran pulcritud y escrupulosidad moral (que les arrastra a la culpa con frecuencia) manteniendo una actitud de cordialidad y fidelidad; a nivel profesional tienen un elevado nivel de autoexigencia, que les proporciona buena aceptabilidad social.⁵⁹

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida en la etapa que esta viviendo (senil) y tendencias a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y se va conformando a lo largo del tiempo, teniendo su conclusión en la etapa senil donde se va presentando un patrón de pensamiento depresivo.⁸⁴

FACTORES ESTRESANTES

Por otra parte, el envejecimiento como un proceso continuo está vinculado a determinados cambios y/o modificaciones, que frecuentemente suelen ser generadores de depresión, en el anciano se manifiesta a través de cambios, como son: la capacidad de rendimiento (perdida de agudeza en los distintos procesos sensoriales, enlentecimiento en la actuación psicomotriz (la presencia de alguna enfermedad), dificultad para la realización de nuevos aprendizajes, etc.), cambios en la esfera familiar (abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, etc.),¹⁸ problemas interpersonales o familiares (la aceptación de un miembro de la tercera edad), dificultades financieras (jubilación), divorcio que puede ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica,⁸⁴ que a veces no es detectada correctamente, a falta de carencia de información, pero sobre todo atención, comunicación y relación de las personas que rodean al anciano.

Otro punto importante que debemos tener en cuenta al estudiar los factores etiológicos de la depresión, es retomar la corriente en la que nos vamos a basar, por ello en este apartado menciono la teoría cognitivo conductual, como punto relevante para mi investigación, ya que como mencione anteriormente el instrumento esta basado en esta teoría, lo cual ellos mencionan que para estudiar las causas de la depresión en algún caso clínico, debemos ver que pensamientos o respuestas emite el paciente, para poder buscar un tratamiento adecuado y así darle mejores resultados para su tratamiento, por ello a continuación menciono una breve explicación sobre como es el estudio de la etiología de la depresión dentro de la corriente cognitiva-conductual.

TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Freud, también se puede considerar como un teórico cognoscitivo, ya que postuló que la depresión era el resultado de la creencia que tenía un sujeto de que la pérdida de un ser querido equivalía al retiro de su cariño.

Dentro de la teoría cognoscitiva se habla del término "indefensión aprendida"⁶¹ el cual es una serie de pérdidas inevitables, en la que las personas llegan a pensar que están indefensas o que son incapaces de controlar su destino. Esta indefensión aprendida afecta su visión del mundo y a su forma de comportarse. Se hacen apáticas, retraídas y desesperadas; en resumen se deprimen. Algunas personas que son propensas a la depresión tienen un estilo explicativo pesimista. En lugar de considerar que los hechos negativos son algo pasajero, situacional y extrínseco al propio yo, e interpretan los fracasos bajo una luz global, personal e inmutable.¹³

La teoría cognoscitiva se fundamenta en el trabajo de Beck (1967)⁹ acerca de esta patología, en ella se considera que los procesos del pensamiento son factores causales para que se presente la depresión.

Beck (1967)⁹ afirma que los sujetos deprimidos sacan conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su auto-estimación, esto lo concluyó al estar examinando sus archivos terapéuticos de pacientes deprimidos. Observó que tendían a distorsionar cualquier cosa que les ocurriera para tomarla como culpas personales, como por ejemplo: para una persona normal el que se le averiara su automóvil lo tomaría como un inconveniente o algo molesto, mientras que para los sujetos deprimidos sería interpretado como uno de tantos ejemplos de la completa inutilidad de su vida.

Esta forma de pensamiento o errores de lógica, Beck (1963)⁷ los denominó "shmata" refiriéndose a un conjunto de errores característicos, y a conjunto de errores es lo que va a determinar la forma en que el sujeto percibe al mundo que lo rodea, considerando que el enfermo se maneja dentro de un esquema de auto-desprecio y auto-reproche. Asimismo, este conjunto será lo que inclinará a la persona a interpretar o clasificar los eventos de una forma que justifique el decir "que tonto soy", "no valgo la pena", etc.

De acuerdo a la teoría cognoscitiva, la interpretación de los sujetos deprimidos no concuerda mucho con la realidad objetivamente definida, y considera que los sujetos deprimidos no son más que víctimas de sus procesos ilógicos de pensamiento.

Según Mendelson y Lewinsohn (1995),⁴⁶ el proceso depresivo se pone en marcha cuando se desbaratan los modelos de conducta "según el guión" que son un gran esfuerzo. En la vejez, estas perturbaciones se pueden producir cuando se obliga a las personas a jubilarse de un trabajo que les encanta, dejar una actividad que les guste debido a problemas de salud.¹³ Entonces el individuo se retrae, con

lo que disminuye aún más la frecuencia de los hechos reforzadores. Según este esquema conductista tradicional, es simplemente la falta de esfuerzos adecuados o de experiencias agradables lo que produce los síntomas depresivos, pues las condiciones de vida de la población anciana, personifican la máxima carencia de vinculación humana, la falta de refuerzos y la pérdida del control personal. Dentro de la terapia conductista-cognitiva, utilizan estrategias que obligan a esforzarse para cambiar las cogniciones disfuncionales y los modelos de pensamiento no realistas, que los conductistas consideran fundamental en el proceso que lleva a una persona a enfermar. A continuación se expondrán algunos pensamientos disfuncionales de una persona que llego a la depresión y es detectada:

“El señor Jones registra una cadena de cogniciones que favorecen la depresión, detonante de un proceso de viudez”.

Pensamientos disfuncionales contruidos por el Sr. Jones y las repuestas realistas con lo que podría sustituir para romper la cadena depresiva.	
Pensamientos disfuncionales	<p>Situación: tumbado en la cama por la noche.</p> <p>Emociones: triste, desgraciado, sumido en la depresión, solo.</p> <p>Pensamientos depresivos: hecho mucho de menos a mi esposa. No hay ningún motivo para seguir viviendo. Ya no hay nada que me haga feliz. Mi vida es un autentico desastre. Nadie me necesita. Podría suicidarme.</p>
Respuestas realistas	<ol style="list-style-type: none"> (1) Si, añoro muchísimo a mi esposa, pero ella querría que siguiera hacia delante. (2) Sigo teniendo la granja, ¿Qué harían mis queridos animales si yo muriera? (3) Mi hija y mis nietos también confían en mi. Soy el único abuelo que les queda. El domingo pasado mi hija me dijo que a los niños les encantaba venir a visitarme a la granja. (4) Quizá invitare a mi hija y a los niños a salir este fin de semana. Seria divertido.

Con este caso se puede reflexionar más en como se puede llevar a cabo una teoría enfocada al termino cognoscitivo, apoyándose principalmente en palabras claves que dice el paciente como, son: **estoy solo, añoro a mi esposa, ella querría que siguiera adelante, me encantaría que me visitaran mis nietos.**

Palabras que sirven de apoyo al psicólogo, para dar al paciente ánimo y saber como tratarlo para salir adelante y no llegar a una "indefensión aprendida", con el hecho de deprimirse más y solo pensar en aspectos negativos, a través de la repetición de palabras, como son: **no hay ningún motivo para seguir viviendo, me quiero morir, etc.**, si una persona externa apoya este estímulo, entonces el paciente lo introduce a su vida y se lo llega a creer, aspecto que hace que el paciente se deprima hasta que llegue a pensar en la muerte provocada o natural. Así como estudiar las causas anteriores que influyeron como parte de un detonante "al fallecimiento de su esposa", y poder apoyar al Sr. Jones desde la raíz del problema, y que tenga una mejor calidad de vida. Ya que se ha mencionado que los conductistas-cognitivos pueden emplear más tiempo a que su paciente anciano aprenda como funciona el tratamiento, dedicar sesiones extras a enseñarles a articular objetivos o a construir el registro de pensamientos disfuncionales como se mostró en la tabla anterior. Si una persona mayor tiene problemas sensoriales, el terapeuta le puede presentar diferentes tipos de materiales. Por ejemplo, con un paciente que tenga problemas de oído, puede emplear una pizarra. La adecuación del tratamiento a la persona es la base de cualquier estrategia conductista-cognitiva. De hecho esta adecuación flexible de la terapia al individuo puede ser lo que realmente distinga a este tratamiento como una posible psicoterapia en la vejez.¹³

1.2 CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN

*"Cambiemos nuestra visión sobre los viejos:
más que víctimas son sobrevivientes"*
ROBERT L. KANE

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y el estado mental del anciano, para poder dar un diagnóstico que no permita confundir con algunas otras demencias.

Por ello es importante mencionar que la depresión se entiende como una enfermedad, una entidad psicológica cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo, y sobre el cual deben investigarse criterios diagnósticos, etiología, patógenia, evolución, tratamiento, pronósticos, complicaciones, etc.

La depresión se clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo, por lo tanto su investigación pertenece principalmente al campo de la Psicología y la Psiquiatría, pero no por ello son los únicos encargados del estudio de la depresión, sino también deben estar capacitados las personas encargadas de la salud (médico, enfermera, terapeuta, trabajadora social, etc.), a los cuales no se les debe permitir cometer errores en el diagnóstico y en recomendar tratamientos inadecuados, ya que un alto porcentaje de pacientes ancianos deprimidos acuden a la consulta general, por lo cual es importante detectarlos a tiempo, sin dejar que avance más el índice de pacientes con depresión mayor y posteriormente a un suicidio.

Por lo cual se ha mencionado que las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades que los jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancólica. Así mismo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida.¹ Los ancianos, pueden tener mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos (clásicamente asociados a la depresión endógena o melancólica), como: pérdida de placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento matutino del humor deprimido, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia significativa, pérdida de peso marcada, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados. Por lo que se registra que los síntomas hipocondríacos aparecen en aproximadamente el 65% de los ancianos con depresión³ y tienen una importante relevancia ya que se han descrito como factor de riesgo para el suicidio en esta edad.²³

En algunos casos es muy difícil diagnosticar claramente la depresión y en que grado se encuentra, pues puede variar en cuanto a sus síntomas y también en

cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanentes de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas, que mencionare a continuación que serán clasificados en tres grupos (somáticos, psíquicos y afectivos), para su mejor estudio:

SÍNTOMAS SOMÁTICOS:

Los síntomas somáticos tienen una entidad propia en la depresión del anciano por lo que algunos autores⁴⁴ han efectuado una serie de interesantes observaciones a este respecto:

- a) La mayor presencia de síntomas somáticos en los ancianos deprimidos no se debe simplemente a que exista una mayor prevalencia de enfermedades en la tercera edad, sino que los ancianos sanos tienen más síntomas somáticos y cognitivos que los ancianos con enfermedades físicas.²⁶ Así pues, los síntomas somáticos (ejemplo: retardo psicomotor, falta de energía, etc.), son propios de las enfermedades físicas, y presentan menor grado de depresión, lo cual indica que se presenta más en mujeres que en hombres.
- b) Esta mayor presencia de síntomas somáticos en los ancianos deprimidos no se debe simplemente al proceso normal de envejecimiento, pues las puntuaciones somáticas son más altas en los ancianos deprimidos que en los no deprimidos.⁷³

Por lo tanto, los síntomas somáticos depresivos parecen tener un peso relativo mayor en las personas mayores que en las más jóvenes, pero en todo caso, han de considerarse síntomas propios de la depresión. De los cuales en el anciano podemos encontrar los siguientes síntomas somáticos:

<u>Trastornos de sueño</u>	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio (más frecuente) Hipersomnia 	<ul style="list-style-type: none"> Inicial Medio Tardía
<u>Trastorno gastrointestinales</u>	<ul style="list-style-type: none"> Del apetito Náuseas Dispepsia Constipación Meteorismo 	<ul style="list-style-type: none"> Hiporexia (más frecuente) Anorexia Bulimia

<u>Trastornos del deseo sexual</u>	{	Colitis Disminución (más frecuente) Aumento		
<u>Trastorno del peso corporal</u>	{	Disminución (más frecuente) Aumento		
<u>Trastornos cardiorrespiratorios</u>	{	Palpitaciones Dolor precordial Hiperpnea		
<u>Trastornos dermatológicos</u>	{	Eczemas Caída del pelo Dermatitis atópica		
<u>Trastornos ginecológicos</u>	{	Alteraciones menstruales Dismenorrea		
<u>Trastornos andrológicos</u>	{	Impotencia Disminución de tumescencia Penil nocturna.		
<u>Trastornos de la sensibilidad</u>	{	Parestesias Disestesias Dolores	{	Cefaleas Dorsalgias Lumbalgias Artralgias
<u>Trastornos neurovegetativos</u>	{	Lipotimias Vértigos Diaforesis Debilidad Tics		

Como se puede observar las consecuencias de estos trastornos son a nivel orgánico y requieren de ayuda médica especializada.

- Sentimientos de minusvalía
- Angustia
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Llanto
- Temor
- Vergüenza
- Pérdida de interés
- Sentimientos de soledad
- Aislamiento voluntario
- Desvalorización
- Retorno a recuerdo del pasado

Muchos de estos síntomas conducen necesariamente a trastornos interpersonales, distanciamiento de familiares y amigos, dificultades laborales, etc., lo que agrava el curso de la enfermedad.^{39,67,83}

Aunque también existen algunos criterios psicológicos, que se deben tener en cuenta antes de diagnosticar algún grado de depresión en los ancianos como son:

- La desaparición de las turbulencias, incertidumbre y conflictos que acompañan a la adolescencia.
- La aparición de controles emocionales.
- El establecimiento de la confianza.
- El respeto por si mismo.
- La disposición a aceptar las responsabilidades de un adulto (incluso cuando se es económicamente dependiente)
- Mostrar una independencia total de pensamiento y juicio.
- La organización de la experiencia, la conducta y sus desordenes.¹⁹

Así como, los siguientes aspectos característicos de la depresión en la edad avanzada:

- Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
- Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y particularmente importante cuando viven solos.
- Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- Especial relevancia de trastornos del sueño.
- Frecuentes somatizaciones ansiosas.¹²

Después de analizar los diversos síntomas que se asocian con la depresión, es importante también mencionar los grados de esta y como se presentan en el anciano, así como su duración y los criterios básicos para distinguir un grado de otro.

Pero también es importante mencionar los diferentes síntomas que se presentan en el anciano en los diferentes ámbitos (social, físico, psicológico, ambiental, etc) es importante retomar que todos en algún momento presentamos síntomas depresivos transitorios, que no se incluyen dentro de los criterios de la distimia, depresión menor y mayor, por ello es importante mencionar los síntomas que se presentan en un episodio transitorio ya que lo retomare para el análisis de resultados que arroje la aplicación del IDB, así como detectar principios de síntomas depresivos, para poder atacar el problema de inició y no cuando este ya no tenga solución.

1.2.1 TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN O ESTADO TRANSITORIO DE DEPRESIÓN

Se caracteriza por una reacción patológica a un factor de angustia psicosocial identificable. Sobreviene dentro de los 3 meses de comienzo de la situación y se caracteriza en los ancianos por síntomas de tristeza, llanto y desesperanza. El deterioro de la actividad social o laboral, o síntomas que superan las reacciones normales y esperables ante el factor de angustia indican el carácter inadaptado de reacción adaptativa. La depresión finalizará eventualmente una vez que desaparezca la situación de angustia o en caso de que persista, podría alcanzar un nuevo nivel de adaptación (grado más alto de depresión como puede ser la depresión menor o saltar a la mayor). Es un trastorno común en la población mexicana.⁸¹

También dentro del episodio transitorio, nos podemos encontrar el trastorno depresivo no especificado, porque dentro de el entran los síntomas que solo se presentan por tiempos muy cortos y que no entran dentro de la distimia, depresión menor y mayor, pues solo son situaciones que nos provocan depresión, pero que se va cuando la situación desaparece, como más adelante se menciona:

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

La categoría de trastorno depresivo no especificado, es un "cajón de sastre" que permite dar nombre a aquellos trastornos depresivos, que el clínico juzga que no se adecuan bien al concepto de trastorno depresivo mayor ni al de distimia. Aunque es una categoría muy imprecisa, el DSM-IV intenta aclarar algo mejor que sus antecesores su composición al incluir explícitamente diversos ejemplos de depresiones que podrían ser clasificadas en este trastorno, por lo cual citare los siguientes ejemplos:

- A. Trastorno disfórico premenstrual: síntomas depresivos casi sistemáticos que se dan durante la última semana del ciclo menstrual y se remite en los primeros días de la menstruación.
- B. Depresión pospsicótica en la esquizofrenia: con este ejemplo de depresión, el DSM-IV es sensible a una frecuente curso de los esquizofrenias: la aparición de un episodio depresivo mayor durante la fase residual de los episodios esquizofrénicos.
- C. Depresión menor: trastorno en el que se cumplen 2 semanas requeridas de síntomas para el episodio depresivo mayor, pero sin embargo se dan menos de los 5 síntomas requeridos para este diagnóstico.
- D. Trastorno depresivo breve recurrente: un trastorno caracterizado por la presencia de cortos episodios depresivos –con una duración entre 2 días y 2 semanas- produciéndose al menos una vez al mes durante 12 meses.

Como se puede percibir, la categoría dedicada a las depresiones no especificadas engloban cuadros muy diversos. Por esta razón, apenas tiene sentido ofrecer datos epidemiológicos, de curso clínico o de cualquier otro parámetro, puesto que comprende entidades muy heterogéneas. No obstante, su existencia es un sistema de clasificación, supone reconocer la variedad de formas de los trastornos depresivos.

Este trastorno no cumple con los criterios que se mencionaran a continuación:

Ejemplo:

- 1) Un episodio depresivo mayor superpuesto a una esquizofrenia residual;
- 2) Una alteración depresiva, leve y recurrente, que no cumple los criterios de distimia.
- 3) Episodio depresivo no relacionado con el estrés, que no cumple los criterios de trastorno depresivo mayor.^{25,83}

1.2.2 DEPRESIÓN MENOR

La depresión menor, como entidad clínica, es difícilmente encuadrable en las clasificaciones actuales y podría situarse dentro de la depresión breve o trastorno depresivo breve recurrente (incluye síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV, excepto por su duración).¹⁵

Para ser diagnosticado de depresión menor el paciente ha de sufrir un trastorno de 2 o más semanas de duración con 3 de los criterios de depresión mayor (como pueden ser: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, disminución en la capacidad de placer, pérdida o aumento de peso, insomnio, fatiga, sentimientos de inutilidad, pensamientos recurrentes de muerte, etc.). Por lo

cual se ha demostrado a través de diversos estudios como el de Kimela (1989)³⁶ en donde se ha encontrado que en países norteamericanos grupos de pacientes de edad avanzada se incluyen en criterios de depresión menor cuya sintomatología y niveles de incapacidad eran comparables con los pacientes afectados de depresión mayor.

1.2.3 DISTIMIA

Se trata de estados depresivos muy prolongados, prácticamente crónicos, que sin llegar a cumplir los criterios exigentes del "Episodio depresivo mayor", se caracteriza por la presencia de bastantes síntomas depresivos.

Su sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo en la que se da tanto el estado de ánimo deprimido como una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades que antes solía disfrutar y pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, pero no de una gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor.

Para los adultos mayores se requiere de dos años de duración, a diferencia de los niños y los adolescentes que es suficiente un año.

En el anciano se puede describir su estado de ánimo como triste, melancólico, abatido o bajo. El estado de ánimo deprimido o la pérdida de placer o interés puede ser relativamente persistente o bien intermitente y separado por periodos en los que el interés, la capacidad para el placer, o el estado de ánimo pueden ser normales. Esta normalidad puede durar de unos días a pocas semanas. No deberá diagnosticarse este trastorno si el curso es crónico o ha sido interrumpido en apariencia por un periodo de unos meses con estados de ánimo normal. Durante los periodos depresivos hay algunos de los síntomas más leves descritos en el episodio depresivo mayor. Los síntomas asociados (y los síntomas asociados a la edad) son similares a los del episodio depresivo mayor, con la excepción de que no hay por definición, ni ideas delirantes, ni alucinaciones.

A menudo una alteración asociada de la personalidad justifica el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad en el eje.

Para poder comprender mejor la distimia (depresión media) es importante citar el siguiente cuadro con los criterios básicos para distinguirla, de otro trastorno del estado de ánimo, así como los síntomas principales, según el DSM-IV:

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DISTIMIA:

- A. Estado de animo deprimido durante prácticamente todo el día, y más días presente que ausente, durante al menos DOS AÑOS.
- B. Presencia de al menos TRES de los siguientes síntomas, que acompañan ese estado de ánimo:
 - 1) Baja autoestima, baja autoconfianza o sentimientos de inadecuación.
 - 2) Pesimismo, desesperación o desesperanza.
 - 3) Perdida generalizada de interés o placer.
 - 4) Aislamiento social.
 - 5) Fatiga o cansancio crónico.
 - 6) Sentimientos de culpa o de repaso del pasado.
 - 7) Sensación de irritabilidad o ira excesivas.
 - 8) Eficacia general disminuida.
 - 9) Problemas de concentración, memoria o indecisión.
- C. Durante esos dos años no ha habido un periodo de las de 2 meses libre de síntomas de A y de B.
- D. En los dos primeros años del trastorno no hubo un episodio depresivo mayor, de modo que el trastorno no puede considerarse un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.
- F. No ocurre exclusivamente en el curso de un trastorno sicótico como esquizofrenia o trastorno delirante.
- G. No debido a medicamentos, drogas o a una condición medica general.

Especificar si es de inicio temprano (antes de los 21 años) o de tardío (después de los 21 años).

3,28,83

1.2.4 DEPRESIÓN MAYOR

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo: al menos 2 semanas de estado de animo depresivo o pérdida de interés acompañados al menos por otros 4 síntomas de depresión, como son: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, incapacidad de placer y pensamientos recurrentes de muerte.

La sintomatología esencial del episodio depresivo mayor esta configurado por un estado de ánimo disfórico, habitualmente depresión, y por pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales. Esta alteración es acusada, relativamente persistente y se acompaña de otros síntomas del síndrome depresivo. Estos síntomas en el anciano incluyen alteraciones del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación,

enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración o pensamiento, ideas de muerte o de suicidio.

Los sujetos con un síndrome depresivo suelen describir su estado de ánimo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado. Sin embargo, a veces la alteración del estado de ánimo no se expresa con un sinónimo del estado de ánimo deprimido sino más bien como una queja de que "nada importa" o como una incapacidad para experimentar placer.

En cuando a la agitación psicomotora toma formas diversas como incapacidad para mantenerse sentado, marcha continua, retorcerse las manos, tirarse o mecerse el cabello, la piel, los vestidos u otros objetos, accesos de queja o gritos, o verbalizaciones continuas. El enlentecimiento psicomotor puede manifestarse con un lenguaje lento, aumento de las pausas antes de responder, lenguaje monótono, movimientos corporales lentos, notable disminución del lenguaje (pobreza del lenguaje), o mutismo. Casi siempre hay una disminución del nivel de energía, experimentado como fatiga continua, incluso en ausencia de ejercicio físico. La tarea más insignificante puede ser difícil o imposible de llevar a término.

El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad. El sujeto exagera sus fracasos y se reprocha a sí mismo los pequeños errores, buscando en su entorno motivos que le confirmen su negativa autoevaluación. El sentimiento de culpa puede expresarse a través de una reacción excesiva a fracasos pasados o actuales, o de una responsabilización exagerada de acontecimientos desfavorables o trágicos. El sentimiento de inutilidad o de culpa puede tener proporciones delirantes.

Son frecuentes las dificultades para concentrarse, el enlentecimiento del pensamiento y la indecisión. El sujeto se distrae fácilmente y puede quejarse de fallos amnésicos. Son comunes las ideas de muerte o suicidio. Puede haber miedo a morir, deseos de muerte, planes o intentos de suicidio y la convicción de que tanto el paciente como los que le rodean estaría mejor muertos.

Los síntomas asociados más frecuentes comprenden apariencias depresiva, llanto, sentimientos de angustia, irritabilidad, miedo y tristeza, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia y fobias.

El contenido de las ideas delirantes o alucinaciones es claramente consistente con el estado de ánimo predominante (congruente con el estado de ánimo). Una idea delirante habitual es el de creerse perseguido a causa de maldad o cualquier otra insuficiencia. Puede haber ideas delirantes nihilistas, de destrucción personal o del mundo, somáticas (de cáncer u otra enfermedad grave) o de pobreza. Cuando hay alucinaciones, son transitorias y no elaboradas y pueden consistir en voces, que censuran al sujeto por su maldad o por sus defectos.

Es menos frecuente que el contenido de las alucinaciones o ideas delirantes no tengan relación con la alteración del estado de ánimo (incongruentes con el estado de ánimo). Así puede ocurrir con las ideas delirantes de persecución, cuando el sujeto no puede explicar por que es objeto de ella. La utilidad de la distinción entre síntomas sicóticos congruentes con el estado de ánimo es objeto de polémica.

En los ancianos pueden presentarse síntomas que sugieren demencia, así como desorientación, pérdida de memoria y distracción. La pérdida del 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. Estos síntomas hacen difícil el diagnóstico diferencial entre la "pseudodemencia" (debida a la depresión) y la verdadera demencia.⁸¹

Los episodios depresivos, especialmente la depresión mayor, pueden presentar características similares en adultos jóvenes y en ancianos, aunque en estos habrá consonancia entre los síntomas y las condiciones intrínsecas a su edad.⁴¹ Por lo cual hay factores que pueden incidir en las personas mayores para que se presente la depresión mayor como son: dificultades financieras, o que carecen de una resistencia fija, como los ancianos que viven en estancias cortas y periódicas con distintos hijos.¹⁸

El episodio depresivo mayor requiere cumplir dos criterios adicionales de exclusión: 1. que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias, y 2. que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido. Por eso antes de afirmar que una persona de la tercera edad es depresiva, tenemos que asegurarnos que manifiesta un conjunto de los siguientes síntomas, que lo categoriza dentro del diagnóstico de la depresión mayor. Por ello a continuación se cita el siguiente cuadro a manera de resumen para que se puedan observar cuales son los criterios diagnósticos en este grado de depresión:

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA DEPRESIÓN MAYOR (DSM-IV)

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., el llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - 4) Insomnio o hipersomnio casi cada día.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 - 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: medicamentos, drogas) o una enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
- (especificar gravedad y si es episodio único o recurrente)

Factores que excluyen la depresión geriátrica:

- Existencia de un factor orgánico que propicie el desorden o contribuya a mantenerlo.
- Reciente pérdida de pareja o allegado.
- Presencia de ideas delirantes o alucinaciones

Los episodios depresivos difieren naturalmente en gravedad, por lo que también se clasifica en:

2. Ligero: para cuadros en los que existan pocos síntomas más que los mínimos requeridos para el diagnóstico, y el deterioro laboral o social existe pero es pequeño.
3. Moderado: deterioro sociolaboral moderado.
4. Grave no psicótico: presencia de bastantes síntomas más de los mínimos requeridos y además existencia de un deterioro marcado ocupacional, social o interpersonal.
5. Con características psicóticas: episodio en donde existen delirios y alucinaciones, presentando síntomas congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo: delirios de pobreza o enfermedad, o voces inculpatorias) o incongruentes (por ejemplo: delirios de persecución, inserción de pensamientos, etc.): se supone que el tipo de síntomas psicóticos existentes puede afectar el curso general del trastorno.
6. En remisión parcial: Estado intermedio entre ligero y en remisión total.
7. En remisión total: no ha habido signos o síntomas significativos en los pasados 6 meses.

Además debe de cumplir con las siguientes condiciones adicionales:

- a) Nunca ha tenido un episodio de manía o de hipomanía (en cuyo caso estaríamos frente a un caso de trastorno bipolar)
- b) No se trata de un trastorno de esquizofrenia.¹²

CAPÍTULO II

LA DEPRESIÓN EN LA TERCERA EDAD

*"La enfermedad en el viejo se caracteriza por
multiplicidad, cronicidad y tendencia a la
invalidez y depresión".*

FREDERICH D. ZEMAN

En la actualidad, el envejecer nos preocupa a unos por su cercanía, a otros por querer vivir de la mejor forma tanto física como mentalmente la última etapa de su vida, ya que cada día se va incrementando más la esperanza de esta, al igual que los trastornos del estado de ánimo, el cual involucra a la depresión, que en la actualidad es considerada como la enfermedad del siglo, y sobre todo un problema de salud pública. Este último por el elevado porcentaje de personas que la padecen y porque afecta a todos los grupos de edad, y en especial a las personas que sobrepasan los 65 años, afectando su calidad de vida, y en ocasiones siendo causal de suicidio.

La depresión es la afección de la que más se quejan los adultos mayores, debido en gran parte a la amplia gama de pérdidas que sufren en el transcurso de esta última etapa de su vida.³⁰ De acuerdo a lo anterior y al Cap. I, surge la inquietud de saber que era lo que estaba afectando al anciano, para que este estuviera presentando índices altos de depresión (corroborado con los resultados arrojados de la aplicación del Inventario de depresión de Beck). Pero sobre todo conocer el panorama de investigación, para poder proponer una estrategia (programa terapéutico), que disminuya estos índices y poderles proporcionar a los ancianos una mejor calidad de vida.

Las pérdidas frecuentes en esta edad, el aislamiento social y una visión negativa del envejecimiento, hacen que el anciano sea mucho más vulnerable. Sin embargo, los viejos deprimidos han visitado muchos médicos que han elaborado una serie de diagnósticos, excepto el de la depresión, ya sea a causa del desconocimiento del tema o de la alta demanda de pacientes ancianos, que les impide tener una mejor atención.

Al hablar de depresión tenemos que hablar de los síndromes afectivos, que pueden ser caracterizados por abatimiento (depresión) o exaltación del humor (manía). Pero no podemos dejar de considerar que los síndromes orgánicos, que afectan secundariamente el estado de ánimo, se incrementan a lo largo de la vida (por ejemplo: enfermedad del Alzheimer, Parkinson, accidente vascular, demencia vascular, trastornos cardiovasculares, problemas metabólicos, etc.), lo cual debemos de tener presente en los procesos diagnósticos y terapéuticos.

El proceso del envejecimiento comporta una serie de riesgos que tienen que ver con el declive de la salud física y con importantes pérdidas de personas queridas, de roles sociales y de autonomía. A lo cual nos enfrentamos ante una dificultad añadida para el diagnóstico de depresión en ancianos, ya que con frecuencia las personas de mayor edad desconocen de terminología o curso suficiente para manifestar sus síntomas si no es a través de manifestaciones somáticas (dificultades para dormir, falta de energía, dolores localizados o inespecíficos, etc.), produciéndose de esta forma un frecuente solapamiento con la

enfermedad física. Los trastornos depresivos en ancianos pueden ser fácilmente el resultado de una enfermedad física, pero también pueden ser la causa de problemas físicos secundarios, al tiempo que es el resultado de un factor etiológico común.²⁴ Será por lo tanto preciso considerar que la depresión puede coexistir con la enfermedad física, y que ambas condiciones deben encontrar tanto un diagnóstico como un tratamiento adecuado.

La depresión es sin duda el trastorno del afecto que se presenta con mayor frecuencia en el anciano, manifestando: trastorno del sueño, del apetito (incremento o disminución), ansiedad, retardo o agitación psicomotora, pérdida del interés, apatía, anhedonia, pesimismo, aislamiento, irritabilidad, deseos de muerte, sentimientos de culpa, fatiga, disminución de la energía, dificultad para tomar decisiones y alteración del funcionamiento cognoscitivo; la atención y la memoria son las funciones más afectadas.

La depresión en el anciano, puede manifestarse de acuerdo a los síntomas que presente y a su duración, como pueden ser:

- **Episodio transitorio:** es aquel que el clínico juzga que no se adecua a los conceptos de distimia, depresión menor y mayor, ya que solo presenta los síntomas (llanto, tristeza, desesperanza, etc.), cuando existe un factor de angustia.
- **Depresión Menor:** sufre el trastorno 2 o más semanas de duración, cumpliendo algunos de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, disminución en la capacidad de placer, pérdida o aumento de peso, insomnio, fatiga, sentimientos de inutilidad, etc.
- **Distimia:** estado de ánimo deprimido prácticamente todo el día, durante al menos 2 años, presentando los siguientes síntomas: baja autoestima, pesimismo, falta de interés o placer, aislamiento social, fatiga crónica, sentimientos de culpa, irritabilidad y problemas de concentración, pensamientos recurrentes de muerte.
- **Depresión Mayor:** Durante al menos 2 semanas, presenta 5 de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, disminución del placer, aumento o pérdida de peso y apetito, insomnio o hipersomnio, problemas psicomotores, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa e ideas recurrentes de muerte y suicidio.^{12,28,88}

De acuerdo a su gravedad se clasifican en:

- **Ligero:** deterioro laboral o social.
- **Moderado:** deterioro sociolaboral moderado.
- **Grave no psicótico:** deterioro marcado ocupacional, social e interpersonal.
- **Con características psicóticas:** delirios y alucinaciones incongruentes.

- En remisión parcial: estado intermedio entre ligero y remisión total.
- En remisión total: no se han presentado signos o síntomas significativos en los pasados seis meses (revisar capítulo 1).^{12,81}

La depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad y alteraciones cognitivas son los más frecuentes.

Entre los principales aspectos característicos de la depresión en la edad avanzada se ha dado un relativo consenso en señalar la presencia:

- 1) Episodios más largos y más resistentes al tratamiento farmacológico.
- 2) La frecuente existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor.
- 3) Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y particularmente importante cuando viven solos.
- 4) Frecuente agitación psicomotriz normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- 5) Especial relevancia de trastornos del sueño.
- 6) Frecuentes somatizaciones ansiosas.

Por lo cual aún es difícil dar un buen diagnóstico de depresión si no tomamos en cuenta cuáles son los síntomas que enfocan cada grado de la misma, pero sobretodo estudiar anteriormente el contexto social, genético, ambiental, etc. que rodean al anciano, para que exista la depresión o no. Una de las principales funciones del aparato mental es unir el mundo interior con el exterior, asegurando un equilibrio homeostático entre las necesidades psíquicas, individuales y las exigencias del ambiente en el sentido más amplio del término, la vejez es una etapa de la vida durante la cual el individuo necesita hacer un gran esfuerzo para adaptarse a los múltiples cambios que se enfrenta. De acuerdo con Goda y Junod (1990),^{27,31} estos cambios o modificaciones que se presentan en la tercera edad se clasifican de la siguiente manera:

- *Modificaciones físicas*: implican cambios del aspecto exterior, trastornos sensoriales, debilidad, retardo y fatigabilidad, que originan en la edad senil una sensación de inferioridad tanto en relación con los elementos más jóvenes de la comunidad, como con la imagen que de su propio pasado conserva el interesado. Los esfuerzos físicos de esta edad suelen acompañarse de un consumo energético excesivo, que puede originar pasividad o, por el contrario, una hiperactividad compensadora.
- *Modificaciones intelectuales*: la disminución de la actividad sensorial origina dificultades de concentración y de atención. Los trastornos amnésicos para los nombres propios y la tendencia a valorizar los recuerdos de juventud son con frecuencia de origen afectivo. Los estudios psicométricos efectuados sobre una población anciana han evidenciado

una prueba mejor de la inteligencia verbal que de la inteligencia práctica. Estos trabajos han demostrado que eliminándole factor velocidad se mejoran considerablemente los resultados de las pruebas. El peligro de deficiencias intelectuales, origina una disminución de la curiosidad y del interés.

- *Modificaciones afectivas:* suelen ser numerosas. El estrechamiento del espacio vital que provoca la jubilación, el alejamiento y la independencia de los hijos, el fallecimiento de contemporáneos, y especialmente del cónyuge en los matrimonios bien integrados, se combinan para engendrar un sentimiento de abandono y de soledad que generalmente se traduce en aislamiento. La perspectiva de la muerte y la conciencia de estar viviendo el final de su existencia impregna la vida cotidiana. No es raro ver surgir en este momento dificultades financieras que pueden obligar al interesado a cambiar de hábitos, de domicilio y de ritmo de vida, lo que acentúa los sentimientos de inseguridad y de minusvalía social.

- *Modificaciones de actividad sexual:* a menudo esta actividad se modifica en el curso de la senescencia sin que sea posible fijar un determinismo biológico evidente.²⁷ La pérdida de la función reproductora de la mujer con frecuencia se considera erróneamente como el final de su actividad sexual; el temor a la disminución de la conducta sexual del hombre es un fuerte golpe a su orgullo viril. A ello debemos añadir la desaprobación social, con frecuencia de raíces inconscientes, que estigmatiza y hace aparecer como vergonzosa la sexualidad en la edad avanzada.⁶⁴

Por lo anterior podemos llegar a la conclusión de que los principales cambios que se presentan en el curso de la tercera edad, constituye una serie de modificaciones físicas, intelectuales y afectivas que hacen que el envejecimiento radique esencialmente en la disminución de la capacidad de adaptación a estos cambios. Si se logra tener una actividad de interés social, cultural o espiritual se obtiene una "suplencia" que favorece a esta adaptación.

Un alto porcentaje de ancianos deprimidos revelan alteraciones cognitivas (disminución de memoria, alteraciones de la concentración, disminución de atención), aunque su rendimiento puede ser, en apariencia normal. Lo que hace que la depresión se presente en ancianos, a veces, como síntomas difícilmente distinguibles de la demencia (comporta un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de juicio y otras alteraciones de las funciones corticales superiores a cambios de la personalidad.⁸⁰ De otro lado, las demencias, tanto de inicio como avanzadas, pueden cursar de forma que los síntomas de predominio sean típicamente depresivos.⁴⁵

Otro punto relevante que debemos tomar en cuenta en la depresión de la tercera edad, son las alteraciones cognitivas que son descritas en ancianos deprimidos han sido trastornos de la atención, la concentración, el aprendizaje y

sobre todo de la memoria. En general, se acepta que las alteraciones cognitivas en ancianos deprimidos remite de forma significativa a un tratamiento con antidepresivos, sin antes buscar otras alternativas que sean más saludables.²⁴

La práctica clínica en geriatría se identifica por la presencia de síndromes, más que por enfermedades específicas, y uno de estos grandes síndromes geriátricos es el síndrome de la inmovilidad o inmovilización, donde se integran signos y síntomas de diversas causas. En 1982 Gurland,²⁹ definió al síndrome de la inmovilidad como "el conjunto de síntomas físicos, psíquicos y metabólicos, los cuales resultan de la descomposición del precario equilibrio del anciano, por el hecho de haber interrumpido o disminuido sus actividades de la vida diaria". Al mencionar lo anterior quiero subrayar, que dentro de nuestros sujetos de estudio evaluamos a ancianos que padecen alguna discapacidad física, las cuales me es importante mencionar brevemente, ya que la inmovilidad es uno de los mayores problemas en el envejecimiento, quizá debido a múltiples enfermedades o multimorbilidad, y mayor prevalencia de padecimientos crónico-degenerativo, donde una buena proporción de ellos afecta el sistema musculoesquelético, dentro de los cuales en esta investigación, se encontraron las siguientes enfermedades:

✓ Artritis: se caracteriza por dolor e inflamación de las articulaciones, sea cual sea su causa, provoca disminución de la movilidad. La osteoartropatía degenerativa, es el tipo más frecuente observado en las personas ancianas; puede limitar la habilidad para manejar instrumentos de limpieza produciendo alteraciones secundarias a una higiene deficiente. Las articulaciones temporomandibulares al afectarse, disminuyen la posibilidad de abertura adecuada y provocan una alteración en la masticación.

La artritis afecta el estado bioquímico, funcional y psicológico, tanto como las relaciones familiares y sociales. Adaptarse a la artritis requiere un gran esfuerzo cognoscitivo y emocional con un gran riesgo de producir depresión.

Hay evidencias de que la depresión posee una relación significativa con el dolor. Por lo tanto, la prevención, el diagnóstico a tiempo y un agresivo tratamiento de los síntomas depresivos son necesarios para minimizar la disminución de la actividad asociada con la artritis. Una aproximación multidisciplinaria parece proveer un mejor control de la enfermedad.^{54,56}

✓ Osteoartritis: es una enfermedad degenerativa monoarticular, de carácter progresivo y lento, que afecta las manos, caderas y rodillas. Se observa con mayor frecuencia a partir de los 50 años, preferentemente en el sexo femenino. Las características clínicas son el dolor, la limitación funcional, la rigidez, la crepitación y la alteración de la marcha. El dolor es el primer síntoma referido por el paciente, y la alteración de la marcha se suele producir con la afección de articulaciones, como la cadera y rodilla.

Dada la condición de enfermedad crónica, el período de vida en el que incide los aspectos clínicos del dolor y la limitación funcional, es tan frecuente

encontrar síntomas depresivos, como en otras condiciones médicas (12-19%); la presencia de esta enfermedad implica peor calidad de vida, más utilización de recursos y costos más elevados. Se han considerado como posibles predictores de sintomatología depresiva en la edad adulta.⁸⁶

✓ Amputación: es cuando se le corta y separa al ser humano algún miembro del cuerpo, a causa de alguna enfermedad o accidente. Estos pacientes demuestran mucha ansiedad por sus afecciones psicosomáticas lo que genera disminución en su actividad. La jubilación, hecho trascendente en la vida del individuo, donde una alta proporción no supera la fase de desencantó, pues el sujeto cae en un estado de depresión profunda y prolongada, lo que conlleva a una regresión intelectual, psíquica y física. La familia es una parte fundamental en la vida de un anciano que ha sufrido amputación de algún miembro de su cuerpo, a lo cual esta recurre al abandono o a la sobreprotección del anciano.

✓ Parálisis: se le llama así a la pérdida completa o a la deficiencia de la función motora por algún trastorno motor o nervioso. Considerando que la parálisis cerebral provoca deterioro motor, puede ser necesario emplear equipo o instalaciones especiales, además de un grupo profesional multidisciplinario. En este proceso el anciano manifiesta falta de iniciativa, fatiga, alteración de expresividad emocional, llanto fácil, ansiedad, inquietud psicomotriz, etc., aspectos que están relacionados directamente con la depresión.

Las enfermedades musculoesqueléticas antes citadas son las que se presentaron en nuestros sujetos de estudio, por lo cual era relevante mencionarlas, como puntos de partida para el estudio de la depresión en ancianos con estos tipos de problemas, y poder ver si necesariamente debe existir depresión en todas aquellas personas que presentan alguna discapacidad física.

CAPÍTULO III

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

*“Deseo que lo que se propone en este escrito
acerca de los problemas que sufre la humanidad,
a corto plazo, desactualizan
pero no por el olvido o el silencio
sino porque las sociedades humanas
hayan cambiado en tal forma
que ya no produzcan esos problemas....”.*

H. SAN MARTÍN, 1994.

La depresión es un padecimiento que no respeta sexos ni edades, por lo que se considera la depresión en el anciano, no como una enfermedad en particular, y que cursa de acuerdo con los mismos principios de los que aparecen en otras etapas de la vida, aunado a esto los estudios demográficos reportan un aumento importante en la población de edad avanzada. Inquietud principal para llevar a cabo esta investigación en donde se retoma la importancia de conocer la influencia que tienen los aspectos genéticos, psicológicos, ambientales y sociales, para que se presente esta, específicamente en el anciano.

La depresión en el adulto mayor se ha relacionado con el bajo nivel socioeconómico, pérdida marital, presencia de enfermedad física y falta de interacción social. Para este grupo de edad, los factores genéticos tienen un menor peso a diferencia de los eventos y situaciones sociales adversos que suelen ser determinantes en las depresiones de inicio tardío.³⁰

La depresión es uno de los ejemplos de presentación inespecífica y particular de la enfermedad en el adulto mayor. A pesar de que la prevalencia no se ha podido documentar como considerable, es sorprendente la cantidad e veces que los problemas depresivos, acompañan a otras enfermedades (diabetes, discapacidades físicas, cáncer, enfermedades respiratorias, etc.). Las pérdidas frecuentes en esta edad, el aislamiento social y una visión negativa del envejecimiento hacen a este adulto mucho más vulnerable.⁶⁵

De acuerdo a lo anterior, debemos conocer cual es la causa principal de la depresión en la tercera edad; así como los factores predisponentes, que intervienen para que se presente o no este trastorno por lo cual es importante mencionar los factores más relevantes en este grupo de edad:

3.1 CAUSAS GENÉTICAS

Las causas genéticas son de importancia en el estudio de la depresión en la tercera edad. Un buen número de autores a presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la depresión mayor y distimia.^{33,62} Estos investigadores han tratado de demostrar que la tendencia a presentar uno de estos cuadros aumenta en proporción al grado de parentesco con la persona enferma que se tome como referencia.

Los estudios de Kallmann (1980)³³ proporcionan datos que concuerdan con la teoría de una transmisión de la enfermedad por gen dominante. Con base en su estudio de 461 personas en el utilizó el método de parejas e gemelos (ancianos), Kallmann reportó la siguiente tasa en relación con parientes consanguíneos en depresión mayor:

- a) 0.4% en población general.
- b) 23.5% en padres.
- c) 16.7% en medios hermanos.
- d) 23.0% en hermanos.
- e) 26.3% en gemelos dicigóticos.
- f) 100.0% en gemelos monocigóticos.

Como parte de este estudio, Kallmann aisló a un grupo de 23 enfermos depresivos que tenían gemelos idénticos (monocigóticos, vivos mayores de 60 años). En 22 de los casos el otro gemelo presentaba también depresión. Aspecto que sorprendió a varios investigadores lo cual indujo a que se iniciaran nuevos estudios por lo que se integró Slater (1983)⁶² y reunió un número mucho menor de gemelos idénticos con trastornos afectivos. Utilizando métodos más precisos para determinar la cigotividad que el usado por Kallmann, encontró que de las ocho parejas seleccionadas, sólo cuatro presentaron estados psicopatológicos concordantes; de las cuatro parejas restantes, en tres el cogemelo era normal y en la octava pareja era depresivo. Aunque esta serie es muy pequeña, el resultado obtenido, el 50% de concordancia, fue notoriamente menor que el 100% reportado por Kallmann. Como vemos ambos estudios son muy discrepantes. Existiendo una predisposición genética ha experimentar estos trastornos afectivos, ya que el induce de prevalencia entre los familiares de los pacientes es dos o tres veces superior, específicamente en parientes de primer grado. "Cada individuo posee un patrón genético, evolutivo, ambiental, social, personal y fisiológico que lo predispone o lo protege frente a la depresión en cualquier momento de su vida".³⁸

Analizando lo anterior podemos decir que la posibilidad de que un pariente de un enfermo depresivo padezca también depresión mayor, hay un 10% a un 15% de posibilidades de que su hijo presente un cuadro semejante. Si el afectado fuera no un progenitor sin un hermano de éste, el riesgo empírico sería de la misma magnitud. Pero si los dos progenitores fueran depresivo mayores, sus descendientes afrontarían un 50% de posibilidades de padecer el mismo síndrome.⁶³ Con parientes más lejanos, como tíos, abuelos y primos se ha observado que el riesgo desciende a un 3 o 4%. Punto relevante en los anciano que padecen alguna discapacidad física, estudiados en esta investigación, ya que de los 4 ancianos que presentaron depresión mayor a causa de factores genéticos, manifestaron que sus pariente (padres o hermanos), también manifestaban depresión actualmente o anteriormente.

Además de lo anterior, es evidente que con frecuencia se presentan trastornos depresivos en varios miembros de la familia. Quizá no podríamos hablar en estos casos de una herencia directa de la depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión de un terreno más vulnerable al cuadro, como puede suceder con otras enfermedades. Además es preciso considerar que los miembros de una familia están sujetos a los mismos factores ambientales que pueden determinar la depresión y que la convivencia con una persona deprimida puede originar el mismo cuadro en algunos de sus allegados. Aunque se manifiesta que la mayor proporción de depresión se da en las mujeres, quizá

dependa por causas orgánicas, pero también parece estar considerada por la adquisición de roles sociales. Por lo que existe una mayor tendencia femenina a presentar ansiedad y depresión asociada a síntomas de tipo somático por consideraciones endocrinológicas, como la más alta frecuencia de trastornos afectivos en períodos premenstruales, en los postpartos y en las pre y post menopausias. No obstante el hombre también manifiesta estos neurotransmisores, pero pueden pasar más desapercibida la depresión.

Algunos otros estudio realizados en los ancianos que manifiestan depresión mayor en la actualidad, han concluido que hay cierta predisposición genética de la depresión y que puede estar ligada a una sensibilidad anormal ante un neurotransmisor (la acetilcolina) en el cerebro. Los receptores de esta sustancia se han encontrado en mayor número en la piel, manifestando un déficit en los neurotransmisores, como la serotonina y la noradrenalina. En este aspecto es donde se basa el tratamiento farmacológico de la depresión. Pero no por lo anterior debemos descartar los factores psicológicos, que son los que también juegan un papel muy importante dentro de la etiología, por lo cual también es importante mencionar a continuación:

3.2 CAUSAS PSICOLÓGICAS

En 1994, Buendía y Riquelme¹⁸ escribieron que los estereotipos relacionados con la vejez (como algo falto de valor, feo e inservible) producen estragos en la autoimagen y la autoestima de muchas personas mayores que comienzan a considerarse a sí mismas como una carga, inútiles, imposibles de ser valorados, estimados y queridos. Se sabe que cuando uno tiene un alto concepto de sí mismo, va a luchar para que su conducta se adecue a esta nueva imagen y sus relaciones con los otros irán en una línea constructiva, en tanto que la baja autoestima provoca los efectos contrarios.

En 1993, Rossoievitch cita a Zetzel (1965)⁵⁷ éste advierte que la amenaza resulta habitualmente de la espera angustiada de tres tipos de hechos:

- Pérdida de cualquier índole, desde la pérdida personal (muerte de un ser querido) hasta la pérdida de la autoestima.
- Ataque, que consiste en cualquier agresión externa capaz de producir una herida con el consiguiente dolor.
- Restricción, que resulta de cualquier fuerza externa que limita la satisfacción de los impulsos y deseos. Las enfermedades físicas, el temor a la invalidez o al deterioro, llevan a estos individuos a manifestar ansiedad y miedo: las actitudes de la familia y de la sociedad suelen ser restricciones.

Se ha observado que algunos anciano con personalidad narcisista tienen una incapacidad para aceptar y adaptarse a la vejez; estas personas sufren síndromes depresivos, experimentan importante angustia, o ambas cosas. Kemberg (1987)³⁴ explica que las personalidades narcisistas tienen a través de los

años un deterioro de sus relaciones objétales internalizadas, que incluye la devaluación inconsciente tanto de su propio pasado (para no sentir envidia del mismo) como de los que los demás tienen (para no envidiarlos). De ahí que estos individuos no dispongan de las gratificaciones normales que vienen de los recuerdos de experiencias pasadas y de los demás a quienes aman. El narcisismo patológico lleva así a un creciente retraimiento social y a su sentido interno de vacío. En muchos casos, el círculo vicioso de devaluación y vacío se hace insuperable.

Por lo cual, los factores de riesgo psicológico para la presencia de trastornos depresivos durante la edad adulta y que determinan un buen o mal envejecimiento se manifiesta a través de puntos clave, entre ellos están:⁷⁵

- La posición de total dependencia.
- La posibilidad de diferenciar el ejercicio de una abuelidad normal o bien de un modo patológico de asumir esta función.
- La falta de proyectos y expectativas hacia el futuro.
- La elaboración patológica de los duelos y de las pérdidas en general.
- Dificultad para realizar el trabajo emocional y racional para equilibrar pérdidas con ganancias; poder reconocer los beneficios y las limitaciones que trae consigo el envejecer.
- La dificultad para poder asumir el autocuidado.
- No adopta una actitud sana ante la muerte y no haber desarrollado el sentido de la trascendencia que ayuda a enfrentar la propia muerte.
- No adoptar una actitud sana frente a la sexualidad.

Además de lo anterior, las personas presentan problemas o preocupaciones de tipo financiero o familiares, refugiándose en la soledad con sentimientos de indiferencia, importancia e insatisfacción permanente.

Las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente importantes en la depresión mayor. Como en casi todos los trastornos emocionales, los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida, determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo.

En el siguiente cuadro se muestra las causas psicológicas de la depresión que no son heredadas, sino que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia:

CAUSAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

Determinantes: Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desencadenantes:

- a) Pérdidas de un ser querido.
- b) Pérdidas de una situación económica.
- c) Pérdida de la salud.
- d) Pérdida de la salud:
 - Enfermedad con peligro de muerte.
 - Enfermedad que originan incapacidad física.
 - Enfermedad que determinan alteraciones estéticas.
- e) Enfermedades que afectan la autoestima (impotencia).

65

Para poder entender mejor el cuadro anterior, es necesario explicar brevemente cuales son las causas determinantes y cuales las desencadenantes, que intervienen directamente en la depresión:

Causas determinantes: existe la creencia de que casi todos los patrones depresivos se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, y que para entenderla, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia. Lo anterior es cierto en muchas ocasiones, y en este aspecto habrá que estar de acuerdo con Freud en que el analista maneja más bien cicatrices que heridas sangrantes.⁶³

Es frecuente que durante la infancia que se presenten algunos trastornos, como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias, timidez, etc., entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia y han determinado la aparición de síntomas depresivos en la tercera edad; sin embargo no basta con analizar los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que ha dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo los matrimoniales y sexuales. Además se deben distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes o son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficiente estructurada. En muchos casos se encontrará de una adaptación aparentemente adecuada es en realidad la máscara que oculta viejos problemas y que sólo son determinantes para la depresión en la edad adulta.⁶⁴

Causas desencadenantes: Entre las causas inmediatas de la depresión en la tercera edad, con frecuencia se encuentran la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad, y los impulsos de sexualidad y

dependencia. Cuando intervienen estos factores entran en conflicto con la personalidad del paciente, produciendo angustia, que es la fuente más común e importante de los trastornos emocionales. Esta angustia, engendrada por un súper ego demasiado severo y exigente, al ser estimulada por una situación externa, puede movilizar defensas de la personalidad que constituyen los síntomas depresivos.

Las depresiones son más frecuentes en la mujer que en el hombre, en parte porque en ella la represión de las necesidades y de los instintos biológicos sexuales son más rígidas; sin embargo, la vida psicosexual y las restricciones sociales, no constituyen el único factor, ya que cualquier necesidad o deseo apremiante puede construir una barrera defensiva que puede originar síntomas depresivos. Por otra parte, la insatisfacción o la desilusión matrimonial por la falta de afecto por parte del compañero, la responsabilidad de la mujer en la educación de los hijos, que en actualidad tiene que trabajar fuera de casa para mejorar el ingreso familiar, sin abandonar el cuidado del esposo y de los hijos, son otros factores que le provocan, tensión, angustia y depresión. Pero no lo es todo sino también debemos estudiar el concepto de pérdida del objeto, que es en donde se manifiesta más el detonante de depresión en la tercera edad.

Pérdida del objeto: En la depresión el elemento "pérdida" es de importancia capital; la pérdida puede ser reciente y real, haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible, como el afecto o la autoestima. Una de las metas de la psicoterapia, es investigar lo que el paciente ha perdido, y cuando ha quedado claro el motivo de la tristeza del paciente, logran su adaptación a esa situación. Al mencionar la pérdida del objeto nos preguntaremos por que estudiarlo en el adulto. Esto es porque se retoma que la pérdida del objeto durante la etapa de desarrollo podría relacionarse con la psicopatología (depresión) de la vida adulta. La resistencia personal a la pérdida es variable; hay personas que son extraordinariamente sensibles a ella, y otras que lo soportan sin inmutarse.⁶⁴ Ahora hablaremos específicamente sobre la pérdida del objeto durante la edad adulta, donde se menciona que es más fácil identificarla, para poder establecer la relación de causa-efecto, Aspecto que es provocado por la pérdida de un ser querido, de una situación económica, pérdida de poder o de salud; así como, la muerte de un familiar cercano (esposa, madre, hijos, etc.), que afecta todas las circunstancias. Si el deceso es inminente, ya sea por la edad de la persona o por una enfermedad grave y sin esperanzas de recuperación, el hecho se acepta con mayor resignación, sobre todo cuando el ser querido tiene sentimientos intensos, pues la muerte se considera como una situación de dolor.

Los problemas de tipo laboral también son factores psicodinámicos importantes, por ejemplo: la jubilación, la pensión y el salir del campo laboral, son pérdidas relevantes que conllevan la presencia de la depresión en la tercera edad. La pérdida del poder es otro factor importante que altera la estabilidad afectiva del individuo, pues determina actitudes inusitadas y conductas inadecuadas ante una situación de la personalidad. Su pérdida determina quebranto, angustia y depresión, dependiendo de la posición que tuvo.

La pérdida de salud con frecuencia produce depresión, y más cuando se presentan enfermedades graves, como son: cáncer, incapacidades físicas, amputaciones, alteraciones estéticas, quemaduras, heridas y algunas enfermedades cutáneas, o padecimientos que afecten la autoestima del paciente, como la impotencia sexual, suelen desencadenar severos cuadros depresivos que se sobreponen al cuadro orgánico precipitante y que ameritan un doble enfoque en la atención terapéutica del enfermo.

Por lo anterior nos damos cuenta de que las causas psicológicas de la depresión son diversas, y afectan al ser humano en cualquier etapa de su vida. En el tratamiento de cuadros de este tipo, la utilidad de los antidepresivos suele ser afectiva pero requiere, además un apoyo psicoterapéutico, que puede ser individual, familiar o de grupo, según el caso. Por ello es importante también mencionar los aspectos ambientales, ya que conjuntamente con los psicológicos pueden desencadenar la depresión en la tercera edad.

3.3 CAUSAS AMBIENTALES

Desde siempre, el hombre ha venido modificando su hábitat, sometiendo gradualmente a la naturaleza en la búsqueda continua de sus satisfacciones, por lo que el gran desarrollo ha proporcionado un mayor bienestar en el hombre, pero también tiene otras consecuencias negativas, a saber: un aumento acelerado de la población mundial, aumento de la esperanza de vida (en el hombre a 72 años y en la mujer a 76 años), la falta de información para atender a un anciano, instituciones especializadas en esta edad, el ruido, la contaminación, el tránsito, etc. Pero otro problema al que se enfrentaban los ancianos hoy en día es el aumento acelerado de la población mundial, lo que implica más problemas ambientales, estrés, desesperación, cansancio, incremento de la contaminación y desequilibrio de la vida a la que ellos estaban acostumbrados a vivir. En estudios⁷¹ recientes se ha demostrado que la depresión ha incrementado en los ancianos en los últimos años a causa del aceleramiento en el que se vive ahora, provocando altos índices en enfermedades del corazón, del sistema nervioso, pero sobretodo al descuido de los mismos, a causa de la crisis económica que se está viviendo, los familiares tienen que salir a trabajar y los ancianos se quedan muchas veces solos en casa sin ninguna actividad a realizar, provocando así algunos trastornos emocionales.

Hoy en día, la contaminación preocupa a la humanidad pues va a la par del crecimiento demográfico. En 1978 alcanzó los 4 000 millones de habitantes, y que pasando el 2000 se irá incrementando rápidamente la población hasta alcanzar arriba de los 7 000 millones. De esta manera, en la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de vida. Es válido suponer que los aspectos psicológicos del hombre no permanecen a margen de este torbellino, y que, por tanto, su salud mental también es afectada por el medio ambiente nocivo en que se desenvuelve, como lo muestra el siguiente cuadro, en donde se muestran las causas ambientales de la depresión:

CAUSAS AMBIENTALES DE LA DEPRESIÓN		
PROBLEMA	MOTIVO	CONSECUENCIAS
Contaminación atmosférica	Productos de la combustión de vehículos de motor, industrias, talleres, quema de desechos, polvo.	Mala calidad del aire inhalado.
Problemas de tránsito	Exceso de vehículos Falta de estacionamientos Falta de avenidas	Mayor número de accidentes Pérdida económica Disminución de las horas de descanso
Ruido excesivo	Autotransportes Aviones de reacción Fabricas metalúrgicas Equipo de sonido	Insomnio Fatiga física e intelectual Irritabilidad Incremento de la tensión arterial Sordera

Cada día, el hombre moderno está expuesto a una serie de choques que le suscitan tensión enajenante, hipertensión, angustia e inseguridad. A esta tensión, a este ajuste de síntomas, el profesor Walter Cannon (1979), le denomina "Síndrome del hombre para escapar o pelear".⁷² La criatura primitiva se enfrentaba a situaciones de choque por la vía natural; escapaba o peleaba; en cambio el hombre contemporáneo, sometido al vigor y al compromiso psicológico del precepto moral, debe utilizar otros medios distintos de la riña y de la huida física: los de la represión sistemática, que por su carácter conduce a circunstancias conflictivas. Cambios que en la actualidad afectan al anciano, cambiando su rutina de vida (mas acelere), ya no hay convivencia familiar, el dinero ya no alcanza mas que para cosas importantes, es rechazado en el ámbito laboral, el tráfico, falta de centros en donde sean atendidos adecuadamente, más delincuencia, la contaminación, la alimentación ahora es casi toda procesada y no natural a como ellos estaban acostumbrados. Presentando así mas enfermedades, desarrolladas por el nivel de estrés que se vive actualmente (diabetes, presión alta o baja, corazón, discapacidades, etc.).

3.4 CAUSAS SOCIALES

Es lamentable que en la mayoría de los países no hay una respuesta comunitaria para el gran número de ancianos deprimidos que sin la atención adecuada evolucionan hacia una cronificación de su cuadro. Este grupo de enfermos que no pueden ser manejados por su familia durante meses o años deambulan generalmente de médico en médico.

La pérdida de papeles sociales y familiares pueden conducir a una desorientación y sentimientos de inutilidad. La jubilación va a tener distintos significados dependiendo de un amplio campo de actitudes, creencias y circunstancia personales. Mientras que en algunos casos va a significar mayor

disponibilidad de tiempo para hacer lo que uno desea, y una cierta liberación de actividades laborales ingratas, en otros va a ser percibida como la pérdida de un papel funcional en la sociedad con todas las consecuencias que ello implica (depresión), y la aparición de un tiempo vacío que en muchos casos no se sabe como llenar. Por otro lado, se sabe que gran parte el miedo y la ansiedad que provoca la jubilación se debe a la disminución de los ingresos económicos, a excepción de una minoría. El abandono del trabajo se asocia con pérdidas de autonomía y deterioro de su identidad personal; cuando la propia persona deja de considerarse capaz de tomar decisiones y hay una merma de autoestima, aparecen comportamientos apáticos, con disminución del deseo de vivir, y otras por iniciativa de la gente de su entorno que le priva de alguna manera del ejercicio de su autonomía con el pretexto de su protección. Es este último caso, la persona suele expresar su oposición mediante agresividad, desánimo o actitudes depresivas y puede ser una de tantas actitudes para llevarlo al aislamiento social o a la segregación, tan solo queda la soledad como alternativa. No olvidemos que en esta etapa de la vida con frecuencia se han perdido los seres queridos.⁵⁶

De lo que se trata cada vez más es estudiar al individuo envejeciendo en su época y en el lugar histórico que ocupa, ya que muchas conductas de los ancianos no son sino la respuesta a lo que la sociedad espera de ellos y más aún lo que la familia y la sociedad les permite.

Como lo demuestran los estudios etiológicos, los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Un estudio efectuado en Inglaterra y Gales, en más de 4 000 hombres viudos, se demostró que durante el primer año de viudez éstos tenían una tasa de mortalidad mayor que la de los individuos con características demográficas semejantes.

Durante los primeros cuatro o seis meses posteriores a la muerte de la esposa, la tasa de mortalidad de los viudos aumentó en más de 140% en comparación con hombres de la misma edad y nivel social; después de este lapso la diferencia iba disminuyendo hasta llegar a ser igual un año después.

Hay otros indicadores que señalan que la muerte del cónyuge o alguna otra pérdida muy sensible origina un fuerte impacto que hace que personas con antecedentes de alcoholismo aumente su ingestión de bebidas alcohólicas, y que otras incrementen el uso de tranquilizantes o el número de cigarrillos; es decir, en todos los casos los humanos reaccionan vigorosamente, con todo su organismo, a la destrucción de sus vínculos afectivos.

A fin de saber como se relacionan estas manifestaciones de pérdidas con el cuadro clínico, se efectuó en Estados Unidos, un estudio de 185 individuos con cuadro clínico de depresión, comparados con un grupo igual de personas normales.³⁷ En ambos grupos se investigo la presencia o ausencia de situaciones vitales tensionantes entre los 6 y 12 meses anteriores al inicio del cuadro clínico, o

a la fecha de la entrevista en los sujetos normales. Se incluyeron en este tipo de situaciones, eventos negativos, como defunciones, divorcios, separaciones y eventos positivos, como vacaciones, ascensos en el trabajo, etc. De una lista de 60 ítems se hicieron dos grupos, uno considerado como "salidas" y el otro como "entradas". Entre las salidas se incluyó la desaparición de alguna persona del campo familiar y social, por ejemplo: defunción, una separación, un divorcio, la incorporación de un hijo al ejército; en las entradas se consideró el ingreso de alguna persona nueva al espacio vital o interpersonal del individuo.

Al hacer el estudio comparativo de los dos grupos no hubo diferencia estadística importante en relación con las entradas, pero había una dramática diferencia en relación con las salidas, ya que en el grupo de los deprimidos estos episodios se manifestaban con mayor frecuencia.

Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, y desde que se inició la vida urbana hemos encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales, como la depresión, el miedo y la ira; sin embargo, es característica de la época actual la desintegración de estas tres fuentes de apoyo (ver la siguiente tabla).

CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESIÓN
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Desintegración de la familia.<input type="checkbox"/> Disminución del apoyo espiritual de la iglesia.<input type="checkbox"/> Falta de vínculos con los amigos o vecinos.<input type="checkbox"/> Migraciones.

Sabemos que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; pero sobretodo en la última etapa de la vida del ser humano. En los países europeos, los ancianos viven totalmente solos, aspecto que manifiesta un alto índice de depresión en este país.

Es importante estudiar los aspectos sociales del anciano deprimido, ya que es donde este manifiesta más apoyo, pero poco a poco va perdiendo estos roles, y se siente desamparado, por lo que manifiesta síntomas de ansiedad y soledad, que si no son bien apoyados puede caer en una depresión y posteriormente al suicidio. De acuerdo a los factores antes mencionados, nos podemos percatar que son de relevancia para el estudio de la depresión en la tercera edad, pero sobre todo constatar con los resultados arrojados de la aplicación del instrumento de Depresión de Beck (IDB), por lo cual se pudo analizar que los pacientes que padecían alguna discapacidad física presentaban grados altos de depresión (menor y mayor), pero sobretodo manifestaban un alto porcentaje en los factores sociales (36 pacientes de un total de 87) y psicológicos (36 pacientes de un total de 87), que eran los que inflían para que se presentara la depresión en el momento de la aplicación del instrumento (posteriormente en resultados se analizarán mejor los datos obtenidos).

CAPÍTULO IV

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

IDB

*“La vida es más importante que un audífono,
un bastón o un pañal, y sin la vejez la vida no es completa,
trae sentimientos de plenitud y de satisfacción”*

ANÓNIMO

A medida que la persona envejece, los objetivos de mantener su independencia social, movilidad funcional y habilidad cognoscitiva se vuelven de importancia y desafío creciente. El proceso de envejecimiento en si suele acompañarse de cierto declive en su funcionalidad global, pero aunado a la intercurencia de estados patológicos diversos, el riesgo de perder la autonomía física de manera acelerada con la consecuente incapacidad de enfrentar las demandas de la vida diaria es sin duda muy superior.

Diversos estudios han demostrado que el uso de instrumentos de valoración formales y completos en los ancianos complementan de manera importante el proceso de evaluación geriátrica y la participación del psicólogo en todo momento debe ser eminentemente holística.

Se han elaborado y validado numerosas escalas en diversos idiomas, ámbitos y culturas con la finalidad de estimar las áreas claves del funcionamiento de este grupo de pacientes; sin embargo, cabe mencionar que la mayoría de estas se han diseñado con propósitos de investigación por lo que muchas veces no pueden ser autoaplicables debido a que el anciano le resulta difícil el contexto, su escolaridad, entorno social o simplemente falta de interés personal.

La primera prioridad al evaluar la funcionalidad física y cognoscitiva del anciano debe ser siempre el estimular la independencia. Con dicho fin resulta crucial motivar y educar al paciente y su familia, registrar los hallazgos trascendentales elaborando planes de atención y propiciar la actividad física y mental.

El examen del estado mental y afectivo no es de manera alguna fácil y requiere gran destreza para detectar problemas a veces incluso muy difíciles. Se dispone de algunas escalas para medir brevemente diversas áreas de la vida del anciano. Dentro de los diversos instrumentos que se han empleado para determinar el diagnóstico de depresión, podemos encontrar: la Escala de depresión Geriátrica, el Índice de Actividades de la Vida Diaria, la Escala de Hamilton, la Escala de W. Zung, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y el Inventario de Depresión de Beck (que se empleó para esta investigación), elaborado por el autor del mismo nombre en el año de 1967, el cual presenta propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos.

El Inventario de Depresión de Beck (internacionalmente conocido como BDI), es uno de los instrumentos más citados y utilizados (1967), para la detección de los síntomas de la depresión en pacientes con o sin problemas físicos, ya que

este no contiene ítems de tipo somático como se usa en algunos test como el Hamilton o el MMPI. ^{5,32,40,68,86}

Este instrumento es uno de los más citados en la literatura para la detección de depresión en hospitales. A partir de 1967, el IDB se ha venido utilizando en la población médicamente enferma para diagnosticar los cuadros depresivos. En nuestro país se han realizado investigaciones para su validación en población mexicana. El Dr. Ortega-Soto investigador del Instituto Mexicano de psiquiatría, ha encabezado estudios para determinar el punto de corte más adecuado en función de la sensibilidad y la especificidad de la prueba, obteniendo como punto de corte una calificación de 14 puntos, debido a que para este punto de corte se encuentra una sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86, en caso de que se ocupe un programa estadístico, debe arrojar un error menor de 1 para que los resultados sean significativos.

La prueba consiste en 21 reactivos que exploran las siguientes áreas:

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpa
- 6) Sensación de castigo
- 7) Auto-aceptación
- 8) Auto-acusación
- 9) Ideación suicida
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal
- 15) Rendimiento laboral
- 16) Trastornos del sueño
- 17) Fatigado
- 18) Apetito
- 19) Pérdida de peso
- 20) Preocupación somática
- 21) Pérdida de libido.

El método para calificar la escala, consiste de la siguiente manera: cada reactivo contiene cuatro opciones de respuesta que van de menor a mayor grado. Calificándolas con valores de 0 a 3, se suman para obtener un puntaje total, éste se compara con un punto de corte y si es mayor o igual se considera al paciente como deprimido.

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la

depresión transitoria, la depresión menor de 10 a 16, la distimia de 17-29 y la depresión mayor de 30 a 63. El tiempo de aplicación de la escala varía de 5 a 8 minutos.⁵

Dentro de los estudios que se han llevado a cabo tanto para validar el IDB en México, como para fines de investigaciones, podemos encontrar los siguientes:

Una investigación realizada en la Ciudad de México en el año de 1995, reporta una prevalencia de 7.9% entre sus habitantes, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. Este mismo estudio reporta que en los ancianos el problema de depresión es mayor, hasta en un 36%. La mayoría de los estudios transversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%).³²

Un estudio de validez y reproducibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo y cols, en el año de 1991, se aplicó a 96 pacientes que acudían al Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez", se realizó la estandarización del instrumento, por lo que se obtuvieron resultados estadísticos significativos que son compatibles con lo reportado en la bibliografía internacional.^{5,68}

Otra investigación para su estandarización en México, se hizo en el Instituto Nacional de Psiquiatría; concluyendo que, los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez cumplen con lo requerido para evaluar los niveles de depresión en residentes de la ciudad de México.³²

Las enfermedades musculoesqueléticas repercuten directamente en el sentimiento de bienestar del paciente y en su calidad de vida, afectando su rutina diaria, sus actividades laborales, relaciones interpersonales, así como su estado de ánimo. Implicando con ello el dolor, el deterioro físico y el estado psicológico.^{64,78}

En un estudio multicéntrico de la (OMS) realizado por Zarebski en 1999,⁷⁵ en 14 países para determinar problemas de salud mental más frecuentes, concluyeron que los pacientes con depresión, presentaban un nivel de discapacidad mayor, comparativamente con el promedio de discapacidad de pacientes con otras enfermedades crónicas, tales como hipertensión, diabetes, artritis y dolor de espalda. Y afirman que la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. El riesgo de esta enfermedad aumenta de 2 a 3 veces cuando existe una historia familiar de depresión. La edad de más alto riesgo fue entre los 25 y los 44 años de edad. Además se observan, síntomas depresivos significativos hasta en el 36% de todos los pacientes clínicamente enfermos.⁸⁰

De acuerdo a las investigaciones que se han llevado a cabo, me sirvieron como base para ver cual es el panorama actual de la depresión y sobretodo poder confrontarlo con los resultados que me arrojó la aplicación del IDB, ya que en algunos estudios se menciona que la depresión si se presenta en la tercera edad

en índices altos y en otras no, por la calidad de vida que han llevado, esto me pone a analizar que entonces la depresión se puede desarrollar a través de factores psicosociales, que influyen para que se presente esta. Aspectos que tomare en cuenta para el desarrollo de este proyecto con la ayuda de una encuesta sociodemográfica (se muestra posteriormente) y sobretodo apoyarme en el IDB (se muestra adelante), que es un instrumento ya estandarizado en México, y que ha sido ocupado muy pocas veces para fines de estudio de depresión en ancianos en México. Desafortunadamente en otros países se preocupan más por las personas mayores y en México este campo esta muy desértico, siendo que a veces los centros de salud tienen los recursos, pero no la población, o viceversa, tienen la población pero no los recursos necesarios para una buena atención al paciente anciano.

Nombre: _____ No. de exp. _____
Fecha: _____

INVENTARIO DE BECK

ESTE CUESTIONARIO CUENTA CON 21 GRUPOS DE ENUNCIADOS. DESPUÉS DE LEER CUIDADOSAMENTE LOS CUATRO ENUNCIADOS CORRESPONDIENTES A CADA GRUPO, MARQUE EL NUMERO (0,1,2 O 3) QUE SE ENCUENTRE JUNTO AL ENUNCIADO DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA COMO USTED SE HA SENTIDO DURANTE LA ULTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. SI CONSIDERA QUE DENTRO DE UN MISMO GRUPO DE ENUNCIADOS, VARIOS PUEDEN APLICARSE DE LA MISMA MANERA, MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA MAS ADECUADA. ASEGURESE DE LEER TODOS LOS ENUNCIADOS DE CADA GRUPO ANTES DE ELEGIR SU RESPUESTA.

- A. 0 ____ No me siento triste.
1 ____ Me siento triste.
2 ____ Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
3 ____ Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.
- B. 0 ____ No estoy particularmente desilusionado
1 ____ Estoy desilusionado (a) del futuro.
2 ____ Siento que no tengo perspectiva del futuro.
3 ____ Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará.
- C. 0 ____ No siento que fallé.
1 ____ Siento que fallo más que una persona normal.
2 ____ Siento que existen muchas fallas en mi pasado.
3 ____ Siento una falla completa como persona.
- D. 0 ____ Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
1 ____ No disfruto de las cosas como antes.
2 ____ No encuentro ya satisfacción real de nada.
3 ____ Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) de todo.
- E. 0 ____ No me siento particularmente culpable.
1 ____ Me siento culpable buena parte del tiempo.
2 ____ Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo.
3 ____ Me siento culpable todo el tiempo.
- F. 0 ____ No siento que he sido castigado (a).
1 ____ Siento que podría ser castigado.
2 ____ Espero ser castigado.
3 ____ Siento que he sido castigado.
- G. 0 ____ No me siento desilusionado (a) de mí.
1 ____ Estoy desilusionado (a) de mí.
2 ____ Estoy disgustado (a) conmigo.
3 ____ Me odio.
- H. 0 ____ No me siento peor que nadie.
1 ____ Me critico por mi debilidad o por mis errores.
2 ____ Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
3 ____ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- I. 0 ____ No tengo pensamientos de suicidarse.
1 ____ Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría.
2 ____ Me gustaría matarme.
3 ____ Me mataría si pudiera.
- J. 0 ____ No lloré más de lo usual.
1 ____ Lloro más que antes.
2 ____ Lloro ahora todo el tiempo.
3 ____ Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo.

- K. 0 ____ No soy más irritable de lo que era antes.
 1 ____ Me siento molesto (a) o irritado (a) más fácil que antes.
 2 ____ Me siento irritado (a) todo el tiempo.
 3 ____ No me irrito ahora por las cosas que antes sí.
- L. 0 ____ No he perdido el interés en otra gente.
 1 ____ Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes.
 2 ____ He perdido mi interés en otra gente.
 3 ____ He perdido todo mi interés en otra gente.
- M. 0 ____ Tomo decisiones igual que siempre.
 1 ____ Evito tomar más decisiones que antes.
 2 ____ Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora.
 3 ____ No puedo tomar decisiones por completo.
- N. 0 ____ No siento que me vea peor que antes.
 1 ____ Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo (a).
 2 ____ Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a).
 3 ____ Creo que me veo feo (a).
- O. 0 ____ Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 ____ Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo.
 2 ____ Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo.
 3 ____ No puedo hacer nada.
- P. 0 ____ Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 ____ No puedo dormir tan bien como antes.
 2 ____ Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir.
 3 ____ Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir.
- Q. 0 ____ No me canso más de lo usual.
 1 ____ Me canso más fácil que antes.
 2 ____ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
 3 ____ Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa.
- R. 0 ____ Mi apetito es igual que lo usual.
 1 ____ Mi apetito es tan bueno como antes.
 2 ____ Mi apetito es mucho peor ahora.
 3 ____ No tengo nada de apetito.
- S. 0 ____ No he perdido peso.
 1 ____ He perdido más de 2.5 kg.
 2 ____ He perdido más de 5 kg.
 3 ____ He perdido más de 7.5 kg.
- T. 0 ____ No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes.
 1 ____ Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias.
 2 ____ Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas.
 3 ____ Estoy muy preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- U. 0 ____ No he notado cambios en mi interés por el sexo.
 1 ____ Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
 2 ____ Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora.
 3 ____ He perdido completamente el interés en el sexo.

TABLA PARA LOS RESULTADOS	
INCISOS	PUNTOS
A	
B	
C	
D	
E	
F	
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	
U	
TOTAL (CALIFICACIÓN)	

OBSERVACIONES: _____

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

NOMBRE: _____
PADECIMIENTOS QUE PRESENTA: _____

I. Sexo:

1. Masculino
2. Femenino

II. Edad:

1. 65 – 74
2. 75 – 84
3. 85 – y más

III. Lugar de nacimiento

1. Distrito Federal (zona metropolitana)
2. Provincia
3. Otro país
4. ¿Dónde?: _____

IV. ¿Donde radica actualmente?

1. Distrito Federal
2. Área foránea ¿Dónde? _____

V. Estado Civil

1. Casado
2. Soltero
3. Viudo
4. Unión libre
5. Divorciado
6. Separado

VI. En caso de que sea viudo(a). ¿Hace cuánto tiempo que falleció su esposo(a)?

1. Menos de 5 años
2. Más de 6 años y menos de 10 años
3. Más de 10 años y menos de 15.
4. Más de 15 y menos de 25
5. Más de 25 años

VII. ¿Cuántos hijos le viven en la actualidad?

1. Ninguno
2. De 1 a 2 hijos
3. De 3 a 4 hijos
4. De 5 a 6 hijos
5. Más de 7 hijos

VIII. Vivienda

¿En donde vive actualmente?

1. Casa propia
2. Casa rentada
3. Departamento propio
4. Departamento rentado
5. Otro (especifique) _____

IX. ¿En que piso vive?

1. Planta Baja
2. Primero
3. Segundo
4. Tercero
5. Más pisos

X. ¿Tiene?

1. Planta baja
2. Escaleras
3. Elevador

XI. ¿Con quién vive actualmente?

1. Hijos
2. Pareja
3. Centro asistencial
4. Asilo privado
5. Solo (a)
6. Otros (especifique) _____

XII. Nivel escolar

1. Sabe leer y escribir
2. Primaria
3. Secundaria
4. Educación Media Superior
5. Licenciatura
6. Posgrado

XIII. ¿Actualmente trabaja?

1. Si
2. No

XIV. Ocupación

1. Hogar
2. Empleada (o)
3. Comerciante
4. Profesionista
5. Pensionado
6. Agricultor

XV. ¿Tipo de trabajo?

1. Institución Pública (gobierno)
2. Institución Privada
3. Propio
4. Hogar

XVI. ¿Hace cuanto tiempo dejó de trabajar?

1. Menos de 5 años
2. Más de 6 años y menos de 10 años
3. Más de 10 años y menos de 15 años
4. Más de 15 años y menos de 20.
5. Más de 20 años.

XVII. ¿Cuál fue el motivo principal por el que dejó de trabajar?

1. Jubilación
2. Discapacidad
3. Voluntad propia
4. Decisión de los familiares
5. Quiebra económica de la empresa
6. Despido
7. Otro (especifique) _____

XVIII. ¿Pertenece a alguna organización?

1. Si
2. No

XIX. ¿En que organizaciones?

1. Centro asistencial
2. Asilo privado
3. INAPAM
4. Grupos religiosos
5. Otros (especifique) _____

XX. ¿Cómo se sostiene económicamente?

1. Con su propio trabajo
2. Ayuda de los hijos
3. Vale del gobierno
4. Pensión
5. Ayuda del cónyuge
6. Ayuda de los hijos / vale de gobierno
7. Pensión y vale de gobierno
8. Hijos y pareja
9. Propio trabajo e hijos

XXI. Categoría económica

¿Cuánto recibe al mes?

1. 500 a 1000 pesos mensuales
2. 1100 a 1500 pesos mensuales
3. 1600 a 2000 pesos mensuales
4. 2100 a 2500 pesos mensuales
5. 2600 ó más

CUESTIONARIO SOCIODEMOCRÁFICO

PADECIMIENTOS QUE PRESENTA:

I. Sexo: 1. 2.

II. Edad: : 1. 2. 3.

III. Lugar de nacimiento: 1. 2. 3. 4. _____

IV. Radica: 1. 2. ¿Dónde? _____

V. Estado Civil: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

VI. Tiempo de viudez: 1. 2. 3. 4. 5.

VII. Hijos vivos: 1. 2. 3. 4. 5.

VIII. ¿Vive actualmente?: 1. 2. 3. 4. 5. _____

IX. Piso No: 1. 2. 3. 4. 5.

X. Escaleras / elevador: 1. 2. 3.

XI. ¿Con quién vive?: 1. 2. 3. 4. 5. 6. _____

XII. Nivel escolar: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

XIII. Trabaja actualmente: 1. 2.

XIV. Ocupación: 1. 2. 3. 4. 5. 6.

XV. Tipo de trabajo: 1. 2. 3. 4.

XVI. Tiempo que dejó de trabajar: 1. 2. 3. 4. 5.

XVII. Motivo por el que dejó de trabajar 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

XVIII. Relaciones sociales: 1. 2.

XIX. Organización: 1. 2. 3. 4. 5. _____

XX. Sustento económico: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

XXI. Categoría económica: 1. 2. 3. 4. 5.

4.1 TEORÍA COGNITIVO – CONDUCTUAL

*“Cuando un anciano muere,
una biblioteca se quema”.*

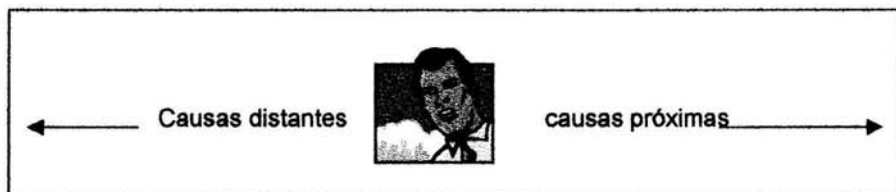
PROVERBIO AFRICANO

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck (1976),¹⁰ al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en su etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que sea la etiología, este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión. Como lo menciona, la teoría de Beck concibe que el procesamiento distorsionado de la información, que aparece en la depresión como un factor próximo (aunque no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos, por lo cual debemos de conocer los siguientes puntos, para el estudio de la depresión, a través de esta teoría:

- ✓ Conocer el esquema de personalidad.
- ✓ Conocer los estresores depresógenos (la “tríada cognitiva”, que es visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro).
- ✓ Posibles causas del trastorno (anteriores y próximas).
- ✓ Síntomas depresivos.
- ✓ Sucesos que percibe la persona como pérdidas o privación (muerte, jubilación, enfermedad, independencia, etc.)
- ✓ Información sobre la situación (si conoce sobre los cambios emocionales y físicos que puede presentar en esta edad, para poder prevenir diversos trastornos emocionales)
- ✓ Sucesos vitales negativos (niveles de estrés que ha vivido durante el transcurso de su vida, tomando en cuenta principalmente en la tercera edad).

Pero para poder conocer mejor esta teoría es importante mostrar el siguiente esquema, ya que en el se menciona que antes de estudiar al ser humano, debemos de conocer sus causas distantes y sus causas próximas (que más adelante explicare), para poder conocer que lo llevo a que presentara algún trastorno de la personalidad, así como punto de partida para un posible diagnóstico y tratamiento:



Entre todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (por ejemplo: ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias o traumas evolutivos), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores:

- a) La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad (pérdidas de roles en la vida, como pueden ser: jubilación, no ser portador de lo económico, padecer una enfermedad (física o emocional), dependencia, pérdida de rol social, etc.)
- b) Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de las estructuras de personalidad del individuo (se menciona que cuando en la infancia existió maltrato físico, y no fue trabajado este aspecto, es posible que durante alguna etapa se presenten síntomas de depresión, especialmente en la tercera edad, ya que es la etapa en donde existen más pérdidas, como son: físicas, emocionales y sociales)..
- c) La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo,¹² (como es: la muerte de algún ser querido, no ser aceptado para el cuidado de su persona (por parte de la familia), o ser dependientes en todos los aspectos por otras personas, presencia de alguna enfermedad incurable, ya sea física o psicológica).

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Según dice Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior".¹¹ Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la

información de su entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de "arriba-abajo" de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de "economía cognitiva". En el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento desadaptativo distorsionado de la información y una interior interpretación desadaptativa sesgada de la realidad.

Por otro lado, Beck (1988)¹¹ sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de la personalidad. La teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. La teoría cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia vida. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal (por ejemplo, rechazo social, separación matrimonial, etc.) activarían de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos (por ejemplo, alcanzar a caminar sin andadera o muletas) serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos.¹²

Después de analizar los esquemas que postula Beck, para el estudio de su teoría, es importante también mencionar que junto con Aarón (1967)⁹, postulan que la depresión es un trastorno del pensamiento, consecuencia de estructuras cognitivas erróneas o inapropiadas, porque determinados estados de ánimo provocan una visión distorsionada de la realidad; además estos pensamientos suelen ser persistentes, involuntarios y compatibles con las situaciones que se plantean a los sujetos, favoreciendo una autoinculpación de infravaloración y baja autoestima.⁸

Beck, destaca la aparición de la tríada cognitiva en las personas depresivas, cuando de forma ilógica la persona percibe sus experiencias pasadas, presentes y su futuro de forma negativa. Se infravalora, no cree autónoma e independiente y está convencida de sus creencias aunque ningún indicador las confirme. En estos casos, el pensamiento depresivo no se basa en la evidencia y provoca reacciones de tristeza y desesperanza, boicoteando todas las metas y objetivos que el sujeto se propone.

Así, la persona depresiva comete un gran número de errores de lógica que se convierten en distorsiones cognitivas. Entre los principales errores del pensamiento depresivo, destaca los siguiente:

- a) Focalización de lo negativo por parte del sujeto que sólo pone énfasis en los aspectos negativos de las cosas con una fuerte tendencia a infravalorarse.
- b) Tendencia a la personalización: los sujetos se consideran culpables de todo lo malo que hay a su alrededor.
- c) Pensamiento absolutista: se perciben todas las experiencias en términos extremistas de todo o nada.
- d) Tendencia a la generalización: el depresivo saca conclusiones generales a partir de detalles mínimos y específicos a los que conecta con situaciones concretas.
- e) Deducción de conclusiones sin datos: a partir de una información muy sesgada e incluso de información claramente en contra, la persona llega a determinadas conclusiones infundadas.⁴⁷

Pero en contra de las creencias populares, algunos investigadores subrayan que las personas mayores tienen que hacer frente a un gran número de situaciones estresoras en su vida. Sin embargo, Lovestone (1997)⁴² afirma que las personas mayores están menos expuestas a padecer depresión por ciertos acontecimientos estresores que se pueden asociar con la depresión y son más frecuentes en edades más tempranas.

También en contra de este postulado, Turner y Noh (1988) apuntan que el riesgo de padecer depresión es tres veces más elevado en los sujetos que presentan discapacidades físicas, y que la enfermedad o su tratamiento pueden originar este trastorno en las personas mayores. Otras patologías también lo pueden provocar, como las deficiencias vitamínicas, la enfermedad de Parkinson, hepatitis, hipotiroidismo, diversos tipos de cáncer, afecciones cardiovasculares, etc.⁶⁹

A este respecto, Gurland (1982) apunta que la enfermedad y las incapacidades físicas no sólo pueden ser causa, sino también consecuencia de la depresión. En estos casos, la persona mayor depresiva es muy vulnerable ante la aparición de trastornos físicos.²⁹

Dentro de todos los estudios, dos pistas de investigación prometen resultados esperanzados. La primera señala que las personas que tienen un determinado apoyo social son menos vulnerables ante sucesos estresores.⁴⁸

La segunda concierne a los escasos recursos personales que la persona depresiva puede poseer.²¹

Esta última investigación, enfoca principalmente hacia los recursos sociales y personales del individuo, confirma que dos personas mayores enfrentadas a una misma situación, no reaccionan de la misma forma. Una puede llegar a ser depresiva y la otra no.

Por último, no se ha de olvidar que los factores cognitivos en la vejez puede ser favorecidos por una visión negativa y determinados estereotipos sociales sobre este sector de población con pensamientos de autodesaprobación

tales como sentirse fracasado, decepcionado o culparse por las cosas malas que ocurren.

Es así, como Beck (1967)⁸ también hace una descripción de varios errores de lógica cometidos por los sujetos deprimidos, cuando interpretan la realidad:

- a) Conclusión arbitraria; la describe como una deducción que es sacada sin que el sujeto tenga suficientes pruebas o ninguna prueba (por ejemplo: me duele el corazón, cuando le han realizado todos los estudio posibles y sale sano).
- b) Abstracción selectiva; está se refiere a una conclusión sacada basándose tan sólo en uno de tantos eventos de una situación.
- c) Generalización excesiva; da esta descripción a la conclusión global sacada con base en un solo evento y quizá muy insignificante (por ejemplo: me duelen los huesos, es un dolor insoportable, me voy a morir).
- d) Magnificación y minimización; esto se refiere a errores graves en la evaluación de una ejecución.

De acuerdo a la teoría cognoscitiva, la interpretación de los sujetos deprimidos no concuerda mucho con la realidad objetivamente definida, y considera que los sujetos no son más que víctimas de sus procesos ilógicos de pensamiento.

Después de analizar los puntos principales que toma la teoría cognitivo conductual, es importante mencionar que fue de relevancia estudiarla, para la propuesta del programa terapéutico, pero principalmente porque el instrumento que utilice para detectar los índices de depresión (IDB), esta desarrollado dentro de esta teoría. Pero también es relevante tomar toda la información que nos aporten los sujetos de estudio, ya que la teoría menciona que la alteración en la depresión esta en el procesamiento de la información, por ello fue importante tener una breve entrevista del anciano, para poder conocer más aspectos de su vida, así como la esta percibiendo actualmente, ya que los depresivos mencionan que las cosas son tan negativas como ellos lo ven. Aspecto que pude percatar, ya que en algunos casos, ya no era tan importante la aplicación del instrumento, sino con la entrevista podía ver que había algún problema en el aspecto emocional o en algunos casos este aspecto lo tenían escondido y a través del instrumento salía a flote la depresión.

Un aspecto importante de retomar es la "tríada cognitiva", por que a través de ella podemos percatarnos sobre el aspecto que tiene el anciano en la actualidad, como son conceptos de si mismo, del mundo y del futuro. Puntos relevantes para la formación de la propuesta del programa terapéutico, ya que ahí implementaremos aspectos y técnicas que sirvan para trabajar con autoestima, motivación, etc.; así como perciben el futuro, o que esperan de el. Porque a través de la información que nos proporcionen los ancianos, podremos trabajar con la teoría (procesamiento de información), pero sobre todo detectar y dar una alternativa para bajar índices de depresión.

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

El incremento de la esperanza de vida y la presencia de índices depresivos en la tercera edad, me llevaron a desarrollar esta investigación, y es que actualmente se le considera como un problema de salud pública, el cual avanza día con día. Aunado a esto, en esta edad encontramos diversas enfermedades de tipo orgánico, en el cual el factor psicológico juega un papel fundamental, tal es el caso de las discapacidades físicas, ya que estas son de sobremanera incapacitantes para el individuo; trayendo como consecuencia la alteración de la vida misma del sujeto. Una de las alteraciones más frecuentes, es el estado de ánimo, que al disminuir o deprimirse, imposibilita la recuperación más rápida o no avanza y se queda en las mismas condiciones, sin embargo, es necesario saber si la depresión es resultado del padecimiento del anciano o se debe a otras causas, pero en principio es importante detectar la incidencia del padecimiento. Punto que se llevó a cabo en esta investigación, al ocupar 2 grupos de estudio, en uno se encontraban los ancianos con alguna discapacidad física y en el otro a ancianos que no presentaban ninguna discapacidad física.

El 1er. grupo (ancianos con discapacidad física), se tomó del Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), en donde primero se analizaron las necesidades psicológicas que había en este centro, ya que durante un mes antes de la aplicación de los instrumentos se convivió con los ancianos, en diversas actividades como son: estar con ellos durante su rehabilitación, en pláticas que proporcionaba el CNR, entrar con ellos a su consulta médica o platicar en lo que esperaban su turno para entrar a su consulta, por lo cual durante este lapso de tiempo los ancianos me proporcionaban información relevante que me serviría para poder llevar a cabo mi encuesta sociodemográfica de acuerdo a las necesidades que me manifestaban durante estas breves pláticas, teniendo como conclusión que se requería de un análisis más profundo sobre los aspectos emocionales (depresión) del individuo en la tercera edad y en caso de que existiera, que alternativas (propuesta del programa terapéutico) se propondrían para resolver este problema real, que tendría como meta principal disminuir índices de depresión y poder proporcionar una mejor calidad de vida a los pacientes que asisten al CNR. La doctora geriatra que está a cargo de este servicio, manifestó que hay ancianos que cumplen con todas las indicaciones médicas y no pueden tener ningún avance significativo en su enfermedad, por ello se determinó llevar a cabo este estudio, para valorar si la discapacidad física lleva implícita la depresión o son causas ajenas a él.

El 2do. Grupo (ancianos sin discapacidad física) se determinó incluirlo en este estudio a manera de comparación con el 1er. grupo para ver si la depresión sólo se puede manifestar en ancianos enfermos o todos los pacientes de la tercera edad están expuestos a presentarla. Este grupo se tomó directamente en su domicilio, partiendo que llevaran una vida cotidiana normal, y que no dependieran de ninguna institución (DIF, INAPAM, centros de tercera edad, etc.), a manera de que no fueran a influir estas variables en los resultados de los instrumentos aplicados.

A ambos grupos se les evaluó con el Inventario de Depresión de Beck (IDB), conjuntamente con un cuestionario sociodemográfico, que es en donde se analizaron variables, como son: edad, sexo, nivel escolar, ocupación, estado civil, nivel socioeconómico y padecimiento que presentan (ver resultados).

Pero sobretodo el interés principal de esta investigación fue poder aprobar o refutar las hipótesis planteadas se llevó a cabo una experimentación de campo de ambos grupos. Por lo que se propone el siguiente planteamiento del problema:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Detectar y analizar el grado de depresión en personas mayores de 65 años, que padecen alguna discapacidad física a diferencia de aquellas que no la presentan, a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB). En relación al análisis de que la discapacidad física lleva implícita la depresión.

OBJETIVO GENERAL

Analizar qué tanto influye la presencia de algún trastorno físico para que se presente algún grado de depresión en pacientes geriátricos a diferencia de aquellos que no presentan ninguna discapacidad física.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Describir los antecedentes, etiología y clasificación de la depresión.
- Describir la depresión en la tercera edad.
- Analizar las causas más comunes que desarrollan la depresión en el anciano.
- Describir y analizar los resultados que arroje el IDB para confrontarlos con estudios realizados anteriormente y como punto de partida en caso de que exista depresión.
- Proponer un programa terapéutico para aquellas personas que presenten depresión.

HIPÓTESIS

H₁:

Las personas que tienen algún trastorno físico, son más propensas a padecer depresión, a aquellas que no tienen ningún padecimiento físico.

H₀:

Las personas que tienen algún trastorno físico, no son propensas a padecer depresión, a diferencia de las que no presentan ningún padecimiento físico.

VARIABLES

En todos los pacientes se estudiaron las siguientes variables:

Depresión:

- a) Conceptual: estado patológico caracterizado por alteraciones del estado de ánimo tales como tristeza y soledad, disminución del autoestima, inhibición psicomotriz, aislamiento de los contactos interpersonales, deseos de morir (a veces), insomnio, etc.
- b) Operacional: si se obtiene una calificación de 17-29 refleja una distimia y si puntúa de 30 a 63 puntos indica una depresión mayor (son los dos grupos de depresión interesados para este estudio).

Discapacidad física:

- 1) Osteoartritis
- 2) Artrosis
- 3) Amputación
- 4) Parálisis

Así como se estudiaron también las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, residencia, escolaridad, actividad laboral, ocupación, salario, donde habita y con quien vive.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de exploratorio de campo, descriptivo.

- Metodológico: porque se utilizó el método científico, a través de la experimentación, el registro sistemático de los resultados, conjuntamente con técnicas de observación, entrevista y la aplicación individual de los instrumentos de evaluación (IDB y cuestionario sociodemográfico). También se utilizó el método comparativo al estudiar semejanzas o diferencias en los dos grupos de estudio (con discapacidad y sin discapacidad).
- Análítico: Porque se analizaron cada uno de los resultados arrojados; así como, los factores y variables a estudiar, permitiendo poder aprobar o refutar las hipótesis establecidas de acuerdo con las variables implicadas en el campo de la depresión.
- Transversal: Porque se realizó en un solo momento, una sola medición, y se analizaron dos grupos, donde cada uno tiene una determinada variable (presencia o ausencia de discapacidad física).

CONTEXTOS DE INVESTIGACIÓN:

□ Estadístico: Se utilizó la estadística descriptiva (porcentajes, media, moda, polígonos de frecuencia) porque a través de los resultados que arrojó el IDB y la encuesta sociodemográfica, se llevaron a cabo porcentajes de acuerdo a cada grupo de pacientes (con y sin discapacidad), y a cada variable a estudiar (sexo, edad, nivel escolar, discapacidad, estado civil, etc.), así como cada respuesta significativa que arrojó la prueba. Los resultados estarán apoyados a través de gráficas y tablas que nos ayudarán a entender mejor la idea principal de esta investigación.

□ Inventario de Depresión de Beck (IDB): Se aplicó junto con un cuestionario sociodemográfico a ambos grupos de estudio. El IDB, es uno de los instrumentos más citados en la literatura (1967) para la detección de depresión en pacientes con o sin problemas físicos, ya que este no contiene ítems de tipo somático como se usa en otras escalas (ver capítulo IV). El cuestionario sociodemográfico fue aplicado con la intención de ver si existen variables que afectarán al paciente indirectamente para que se presentara depresión, y para ver si estas estaban implicadas directamente para que el anciano mostrara índices más altos de depresión o no, pero sobre todo poder conocer mejor la estructura social del anciano, como punto de referencia para el estudio de los resultados, que arroja junto con el grado de depresión que obtuvo del IDB. El cuestionario estuvo conformado por 21 preguntas, que están relacionadas principalmente con aspectos sociales del anciano, como son: sexo, edad, lugar de residencia, lugar de nacimiento, estado civil, número de hijos, tipo de vivienda, con quien vive, nivel educativo, si trabaja o no, motivo por el que dejó de trabajar y aspecto económico (ver capítulo IV). Variables que serán importantes para el análisis de resultados.

□ Lugar: A ambos grupos se les aplicó el IDB y el cuestionario sociodemográfico, en donde a los ancianos con discapacidad física, se les evaluó dentro del Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), específicamente en el área de geriatría. Se eligió este hospital porque en él asisten personas que presentan alguna discapacidad física, pero sobretodo porque aquí hay personal encargado de la salud (médico, psicólogo, trabajadora social, rehabilitadores, terapeutas, masajistas, enfermeras, etc.), que no han establecido aún un programa de apoyo a los ancianos que manifiestan síntomas depresivos, así como un apoyo psicológico, emocional y social. Así como la aplicación de algún instrumento para detectar la depresión y no confundirse con otro trastorno del estado de ánimo, debido a que no existe un departamento en donde les realicen evaluaciones estrictamente para valorar al anciano en aspectos de la depresión. Es por ello el interés de llevar a cabo esta investigación, para posteriormente poder implementar estrategias que ayuden tanto al personal de salud, como al propio anciano.

Para la muestra que represento a los ancianos que no manifestaban ninguna alteración física, se les tomó aleatoriamente, teniendo como un criterio de inclusión que no manifestarán ninguna discapacidad física, siendo mayores de 65 años, aplicando las mismas pruebas que el grupo anterior. Se les aplicó el instrumento en su propio domicilio, que se encuentra localizado al sur del Distrito

Federal (Xochimilco) contando solamente con un familiar que estuviera acompañándolo, sillas y una mesa. Algunas casas no eran los lugares apropiados para la aplicación, ya que había ruido y en algunas poca iluminación, por lo cual se tuvo que buscar otro lugar más adecuado, haciendo que el anciano se sintiera cómodo. Tomando aproximadamente de 10 a 20 minutos por paciente.

□ Universos: Se aplicó el IDB a 162 personas mayores de 65 años, de los cuales 102 eran pacientes que presentaban alguna discapacidad física (muestra total que tiene la doctora que proporcione a sus pacientes en un lapso de 3 meses), y 60 que no presentaban ninguna alteración física (sólo se tomó una parte representativa, ya que es muy difícil encontrar a personas que no manifiesten ninguna enfermedad a causa de la propia edad).

Para los pacientes con discapacidad física, utilice los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Edad: Mayores de 65 años.
- Sexo: Masculino y femenino.
- Paciente: los que acudan al Servicio de rehabilitación Geriátrica del CNR, en el periodo establecido (6 agosto de 2004 al 6 de octubre de 2004).
- Paciente que presente alguna discapacidad física.

Criterios de exclusión:

- Que presenten tratamiento psiquiátrico.
- Edad: que sean menores de 65 años.
- Que no presenten ninguna discapacidad.
- Que no asistan al CNR.

Para los ancianos sin ninguna discapacidad física:

Criterios de inclusión:

- Edad: Mayores de 65 años.
- Sexo: Masculino y femenino.
- Ancianos que no presenten ninguna discapacidad física.

Criterios de exclusión:

- Que presenten tratamiento psiquiátrico.
- Edad: menores de 65 años.
- Que presenten alguna discapacidad física.

PROCEDIMIENTO:

Antes de llevar a cabo esta investigación, se tuvieron que analizar los diferentes aspectos en los que podía intervenir el psicólogo en el grupo de la tercera edad. Después de una revisión tanto bibliográfica como de campo, se llegó a la conclusión que se estudiaría la depresión, fue como se eligió el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR) como lugar de estudio, pues aquí hay necesidades de un departamento en donde traten al anciano en aspectos

emocionales (departamento de apoyo psicológico). Posteriormente se convivió con estas personas para conocer su trato, pero sobretodo establecer un mayor contacto para socialización (rapport) y pudieran tener más confianza en el momento de la aplicación de los instrumentos.

A los pacientes evaluados con discapacidad física fueron canalizados directamente por la doctora encargada de el servicio de geriatría, pacientes que no mostraban ninguna avance significativo en su recuperación, siendo que cumplían con todas las indicaciones que se le daban médicamente. Aspecto que preocupó a la doctora, solicitando el apoyo psicológico como alternativa, para ver que propuestas se podrían implementar, ya que los ancianos manifestaban síntomas, como: llanto, tristeza, irritabilidad, intentos de suicidio, desesperanza, etc., rasgos que hacían ver a simple vista que habían alteraciones en los trastornos emocionales, pero no comprobables para enfocarlos directamente en un estado depresivo, por ello se requirió hacer esta investigación, para ver qué estaba pasando con estas personas, que les impedía tener una mejor calidad de vida.

Posteriormente se eligió a otro grupo de estudio, a ancianos que no presentarían ninguna alteración física, para ver si la depresión estaba implícita en la discapacidad o no. Estos pacientes fueron tomados aleatoriamente, únicamente que cumplieran con los criterios de inclusión (antes mencionados) sin que pertenecieran a alguna institución o presentaran algún trastorno mental ya diagnosticado.

Fue como se recurrió a la aplicación de los instrumentos a ambos grupos, teniendo brevemente una entrevista, para pedirles su autorización y sobre que fines tenía la aplicación de los instrumento.

La aplicación de ambos instrumentos fue de manera individual, aunque el IDB puede ser grupal, pero se descarto esta posibilidad, porque anterior al estudio se llevó a cabo un piloteo en donde se estudiaron las formas de aplicación del instrumento para este grupo de edad, observando que algunos ancianos no sabía leer, no veían bien, o simplemente no entendían correctamente la pregunta, por lo que se tenían que repetir algunas de estas, para poder tener una mayor confiabilidad en los resultados de las aplicaciones posteriores, a los sujetos de estudio que conformarían este investigación.

La aplicación del IDB en los pacientes con discapacidad se realizó en el consultorio médico en donde reciben su consulta médica, con un horario de 8:00 a 10:00 a.m., diciéndoles la siguiente consigna: "En el CNR se está realizando un estudio para conocer el estado de ánimo de las personas que padecen alguna discapacidad física, por lo que le voy a leer una serie de preguntas, y si no entiende algunas de ellas, favor de decir para repetir las, hasta que haya comprendido correctamente está, gracias". Después de terminar la aplicación se les asignaba un número para identificarlos más rápidamente (del 1 al 102), así como calificar cada instrumento y enfocarlos en algún grado de depresión (transitoria, depresión menor, distimia y depresión mayor), para solo seleccionar a los que presentaron distimia y depresión mayor, como posibles candidatos para la

propuesta del programa terapéutico, de los cuales fueron seleccionados 87 pacientes de los 102 evaluados.

La aplicación del IDB y el cuestionario sociodemográfico a los ancianos sanos se les aplicó directamente en su casa, ya que se seleccionaron a ancianos que no presentaran ninguna enfermedad. Posteriormente se recurrió a aplicar el instrumento, así como calificarlo y enfocarlos dentro de los 4 grados de depresión que maneja el IDB. También se les asignó un número del 1 al 60, dentro de los cuales 18 fueron enfocados dentro de la distimia y la depresión mayor, que tan bien son candidatos a ser incluidos en la propuesta del programa terapéutico.

Posteriormente se analizaron sólo a los ancianos que presentan distimia y depresión mayor de ambos grupos, para estudiar que era lo que estaba interfiriendo para que no llevaran una buena calidad de vida, y que los estaba orillando a manifestar síntomas depresivos, en algunos casos manifestaban intentos de suicidio recurrente, después de esto se empezó a armar la propuesta del programa terapéutico, que por motivos ajenos a mí no se pudo llegar a desarrollarlo y aplicarlo, se requería nuevamente de juntar a los pacientes (muchos vienen de provincia y cada 6 meses), y no era posible algunos habían sido canalizados a otro departamento o simplemente ya no asistían al CNR. Así como algunos trámites administrativos y algunas negativas por parte de jefe encargado del área de geriatría.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRÁFICAS

Antes de iniciar quisiera mencionar que para el análisis de resultados se llevó a cabo la estadística descriptiva, para poder estudiar las variables consideradas anteriormente.

Posteriormente al aplicar el Inventario de Depresión de Beck (IDB), me permite conocer que el padecimiento depresivo si se presenta más en los pacientes con alguna discapacidad física (ver cuadro No.3 y el No. 4 y las gráficas No.5 y No.6), a diferencia de aquellos que no presentan ninguna discapacidad física, por lo cual no se debe de descartar que también está presente, pero en un porcentaje menor considerablemente, (ver cuadro No.9 y la gráfica No.11), por lo cual se acepta la hipótesis de trabajo, la cual afirma que las personas que presentan alguna discapacidad física, son más propensas a padecer depresión, a aquellas que no tienen ninguna discapacidad física.

Encontrando así una prevalencia de depresión en las personas con alguna discapacidad del 85% y en ancianos sanos en un 30%. Por lo tanto se puede mencionar que en este estudio se encontró una prevalencia del 85% en pacientes con alguna discapacidad, similar a algunos estudios que han llevado a cabo por diversos autores como Blazer y cols.,¹⁴ Weissman,⁷⁴ y Gurland²⁹ los cuales reportan una prevalencia de depresión arriba del 90% entre las personas mayores de 65 años, que presentan alguna discapacidad física. Tomando en cuenta que algunos autores⁵¹ señalan que la depresión aparece después de los 65 años, (edad de todos los sujetos de estudio de esta investigación), manifiestan su prevalencia mayor entre los 75-76 años en pacientes con discapacidad, y 73-74 años en ancianos sin ninguna alteración física, como se presentó en este estudio, siendo en las mujeres 73 años y en los hombres 73-74 años.

Por su parte Cappeliez²⁰ y Newman⁶⁰, encuentran que el 15% de la población de más de 65 años presentan síntomas depresivos, causado por un reflejo de nuestra sociedad (jubilación, rupturas de grupos sociales, enfermedades, etc.) y del factor psicológico (cambios emocionales, dependencias, abandono de los hijos, etc), aspecto estudiado en esta investigación, en donde se estudiaron los factores que más influyen para que se presente este trastorno de la personalidad, siendo que los ancianos con alguna discapacidad que arrojaron puntuaciones que los ubicaron dentro de la distimia y la depresión mayor (ver cuadro No. 6 y gráfica No. 8), reflejaron el 41% a consecuencia de la sociedad, y el 41% a causa del aspecto psicológico, y en ancianos sin ninguna discapacidad física que se ubicaron dentro de la distimia y la depresión mayor arrojaron que el aspecto psicológico influyó en un 60% y en el social un 30% (ver cuadro No.10 y gráfica No. 12).

Otro hecho que llama la atención es la gran importancia que adquieren los problemas relacionados con la familia, en el caso de fallecimiento (42%) o enfermedad de un familiar, respecto al desencadenamiento y el mantenimiento de estas depresiones, en algunos casos no eran los problemas económicos ni la

jubilación los factores estresantes más importantes, sino la familia y el rechazo de la sociedad.

Por lo cual los ancianos al ser rechazados por la sociedad y el menosprecio que reciben de ésta, es lo que a su vez agravará su sintomatología depresiva, pudiendo finalmente desencadenarse una complicación de extrema severidad como es el suicidio o el intento de suicidio. Como lo mencionan algunos autores "El psicólogo debe estar consciente de que en presencia de depresión....., el deseo de morir debe ser considerado como un indicador muy serio de riesgo suicida".

Muchos investigadores, entre los cuales se pueden mencionar a Gurland,²⁹ Hernández,³⁰ y Menchón⁴⁶ que consideran al envejecimiento como la principal causa de estados depresivos y, por tanto, postulan que el grupo de personas mayores es más vulnerable que en sujetos más jóvenes, punto que se evaluó antes de llevar a cabo esta investigación, ya que las investigaciones en los pacientes de tercera edad están muy abandonadas y casi no existe información respecto a este grupo de edad.

Los resultados arrojados nos permiten afirmar que son más propensos a padecer depresión los ancianos con alguna discapacidad, presentándose estas como las más frecuentes: la osteoartritis, la artrosis, la parálisis y las amputaciones (ver cuadro No.5 y gráfica No.7), por lo cual sólo nos enfocamos a analizar a los ancianos que presentan índices altos de depresión, ya que son los que tienen más pensamientos recurrentes de suicidio (ver cuadro No. 11 y gráfica No. 13). Entre los sujetos de estudio se encontraron estos síntomas como los más frecuentes, que fueron arrojados por el IDB, la entrevista individual y la encuesta sociodemográfica, que son mencionados dentro del DSM-IV:

Síntomas anímicos: tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, irritabilidad, sensación de vacío, nerviosismo o negar sentimientos de tristeza.

Síntomas motivacionales y conductuales: inhibición, apatía, indiferencia, retardo psicomotor, enlentecimiento del habla y el gesto.

Síntomas cognitivos: disminución de la memoria, la atención y la capacidad de concentración están resentidas drásticamente; así como la pérdida de la autoestima.

Síntomas físicos: problemas del sueño, fatiga, pérdida del apetito, disminución en la actividad sexual, molestias corporales difusas.

Síntomas interpersonales: deterioro en las relaciones con los demás.

Estos síntomas fueron los que más se manifestaban en los ancianos; enfocándolos dentro de lo que es la distimia y la depresión mayor, aspectos que se tomaron en cuenta para la propuesta del programa terapéutico.

Weissman y Klermann⁷⁴ observan una diferencia de sexos y demuestran que existen dos veces más la depresión en mujeres que en hombres, como se puede observar en la gráfica No.1 y No.2. Punto importante que se presentó en esta investigación, teniendo como prevalencia de depresión más frecuente en las mujeres, a causa de una mayor esperanza de vida, por lo que al haber más mujeres que hombres en edad geriátrica, es esperado que sean más las mujeres

que se detecten con depresión. Encontrando en el género femenino 3/1 con respecto al hombre. Por lo que se concluye en esta investigación que existen más mujeres con depresión que los hombres, manifestando los siguientes síntomas, como más frecuentes: la tristeza, minusvalía, pensamientos recurrentes de muerte, pérdida de la energía y trastornos del sueño.

Otro punto a evaluar es que de las personas con discapacidad, que manifestaron distimia y depresión mayor, el 38% tuvieron que dejar su trabajo a causa de la discapacidad, reflejando así que el 45% tienen más de 21 años sin trabajar, siendo causa de su sustento económico el apoyo de sus hijos y el vale que actualmente proporciona el jefe de gobierno del D.F. (34%), aspectos que fueron evaluados a través del cuestionario sociodemográfico, que se aplicó junto con el IDB.

De acuerdo a los resultados podemos concluir que la frecuencia de la depresión en el anciano físicamente enfermo es muy elevada (el 44% se ubica en la distimia y 42% en depresión mayor). La coexistencia de la depresión y la enfermedad parece estar provocando una doble vía de interacción: por una parte la enfermedad física interfiere en la recuperación de la depresión y por otra, la depresión interfiere en la recuperación de la enfermedad.

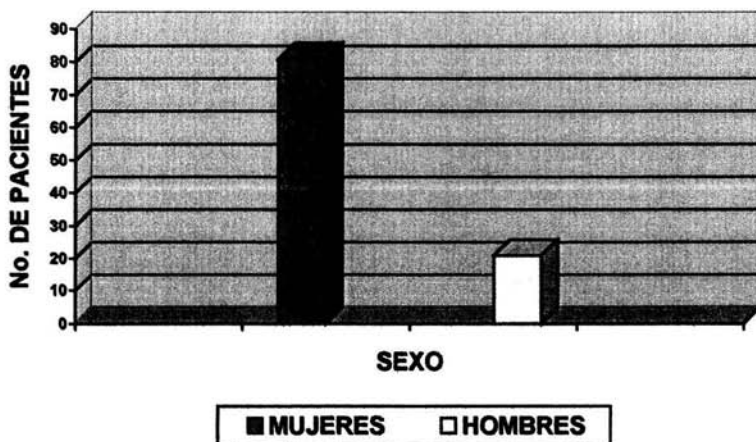
GRÁFICAS

Para poder complementar el análisis anterior de resultados, es importante describir las siguientes gráficas para que se puedan complementar los resultados.

En esta investigación se utilizaron 2 grupos de personas mayores de 65 años, de los cuales en uno se encuentran a los ancianos que padecen alguna discapacidad física, como son: la osteoartritis, artrosis, parálisis y amputación (discapacidades más frecuentes en este grupo de edad), y en el otro a ancianos que no presentan ninguna discapacidad física. Por lo cual se analizarán los resultados en forma separada y al finalizar podremos observar la comparación de ambos grupos. Para ser más explícita en los resultados utilizaré en algunos casos porcentajes totales, para cada uno de los grupos a manera que sean más claros los resultados.

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (IDB) al primer grupo formado por 102 personas con padecimiento físico, que fueron tomados del área de geriatría del Centro Nacional de Rehabilitación (CNR). Las características de este grupo fueron las siguientes: de los 102 personas, 81 eran del sexo femenino y 21 del sexo masculino (gráfica No.1). La edad promedio de las mujeres fue de 74 años, en tanto que los hombres fue de 73 años.

GRÁFICA No. 1
DISTRIBUCIÓN DE SEXOS EN EL GRUPO CON DISCAPACIDAD FÍSICA

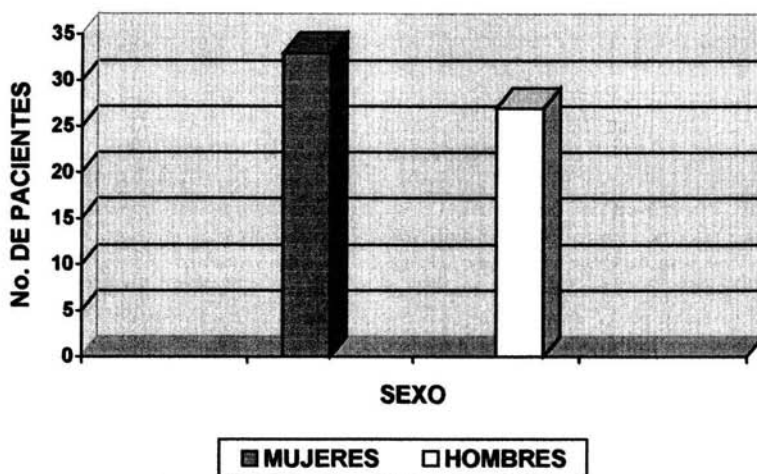


En esta gráfica se observan cuantos pacientes mayores de 65 años, con alguna discapacidad física, son del sexo femenino y cuantos del sexo masculino, que fueron evaluados con el IDB y el cuestionario sociodemográfico.

El otro grupo estaba conformado por 60 sujetos de estudio que no presentaban ninguna discapacidad física al momento de la evaluación. Los

cuales fueron visitados directamente en su domicilio. 33 eran del sexo femenino y 27 del sexo masculino (gráfica No. 2), el Promedio de edad en mujeres fue de 72 años y 74 en hombres.

GRÁFICA No. 2
DISTRIBUCIÓN DE SEXOS EN EL GRUPO SIN NINGUNA DISCAPACIDAD FÍSICA



En esta gráfica se muestra el número de pacientes mayores de 65 años del sexo masculino y femenino, que no presentaban ninguna discapacidad física, los cuales fueron evaluados con el IDB y el cuestionario sociodemográfico.

A partir de aquí primero estudiaremos a las personas que presentan alguna discapacidad física de forma general (102 ancianos), posteriormente solo nos enfocaremos a estudiar a los que presentaron puntajes altos, que los ubicaron dentro de la distimia y la depresión mayor (87 ancianos).

Para identificar la presencia y frecuencia de la depresión en los pacientes con discapacidad física, se llevó a cabo el siguiente análisis: de los 102 ancianos evaluados con el IDB, se obtuvieron los siguientes resultados, de acuerdo a las puntuaciones arrojadas por cada paciente (ver cuadro No.1 y gráfica No. 3):

- El 1% se ubicó en depresión transitoria (0-9 puntos), manifestando los siguientes síntomas: angustia psicosocial identificable, tristeza, llanto, desesperanza, deterioro en la actividad social o laboral. Pero una vez que desaparecía la situación de angustia, estos síntomas no se volvían a manifestar.
- El 14% en depresión menor (10-16 puntos), presentando los siguientes síntomas en los ancianos evaluados: pérdida de interés, placer, tristeza, melancólico, abatido, baja autoestima, fatiga, problemas de concentración, memoria, etc.
- El 44% manifestó distimia (17-29 puntos), manifestando los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, disminución en

la capacidad de placer, pensamientos recurrentes de muerte, sentimientos de inutilidad, etc.

- El 42% se ubicó dentro de la depresión mayor (30-36 puntos), presentando la siguiente sintomatología: incapacidad de placer, alteraciones de apetito, cambios en el peso, alteraciones de sueño, sentimientos de inutilidad y culpa, enlentecimiento psicomotor, ideas recurrentes de muerte o de suicidio, dificultad de concentración y pensamientos.

CUADRO No. 1

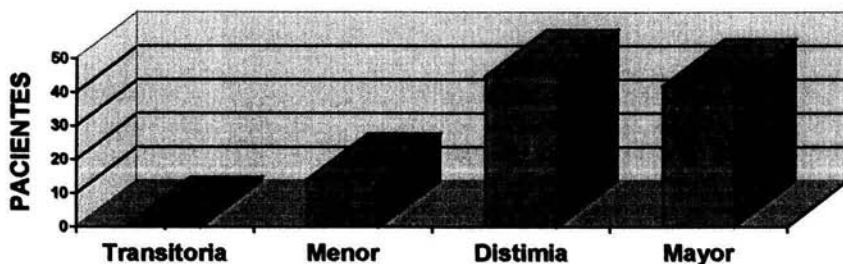
GRADOS DE DEPRESIÓN

GRADOS DE DEPRESIÓN	No. DE PACIENTES
Transitoria	1
Menor	14
Distimia	45
Mayor	42

En el cuadro se presentan los grados de depresión que evalúa el IDB, que se aplicó a 102 sujetos de estudio, que presentaban alguna discapacidad física.

GRÁFICA No. 3

GRADOS DE DEPRESION



La presente gráfica muestra los valores obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB) a 102 sujetos de estudio mayores de 65 años que presentaban alguna discapacidad física.

Para un mejor análisis de resultados, a cada uno de los paciente de ambos grupos se les asigno un número de acuerdo a como se les iba aplicando el instrumento, por ejemplo: para los que tienen discapacidad, van del 1 al 102 y para los que no presentan ninguna alteración, van del 1* al 60*. Enumeración que nos servirá para la formación de resultados, en algunos casos sólo manejaremos el número del paciente, especificando en que grupo se encuentra.

CUADRO No. 2

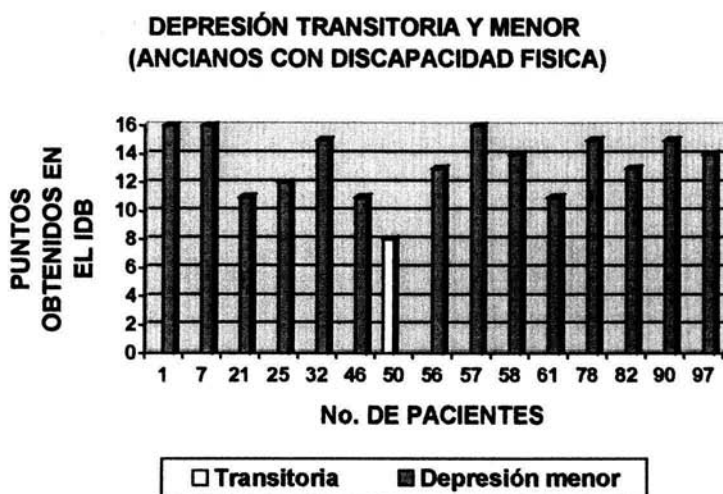
DEPRESIÓN TRANSITORIA Y MENOR

	<u>PUNTOS DEL IDB</u>	<u>No. DEL PACIENTE</u>	<u>EDAD</u>
<u>TRANSITORIA</u>	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
	8	50	77
	9		
	10		
<u>DEPRESIÓN MENOR</u>		21	70
	11	46	75
		61	82
	12	25	79
	13	56	69
		82	69
	14	58	82
		97	79
		32	76
	15	78	67
		90	67
		1	65
	16	7	84
		57	82

En este cuadro se presenta a los pacientes que se ubicaron dentro de la depresión transitoria (presentando los siguientes síntomas: el llanto, la tristeza, la desesperanza, etc.) y la depresión menor (síntomas como: baja autoestima, pesimismo, falta de interés o placer, etc.), así como la edad y los puntos que obtuvieron del Inventario de depresión de Beck, resultados que serán complementados con la gráfica No. 4.

A manera de tener más claro estos resultados, se mostrará la siguiente gráfica para un mejor análisis.

GRÁFICA No. 4



La gráfica muestra a los pacientes que obtuvieron puntuaciones bajas en la aplicación del IDB, de un total de 102 sujetos de estudio, de los cuales 15 fueron los que se ubicaron dentro de este rango, el cual implica a la depresión transitoria (0-9 puntos) y a la depresión menor (10-16 puntos).

A partir de ahora de los 102 ancianos evaluados, solo mencionaré a los que presentaron índices altos de depresión (85%), entre los que se encuentra la distimia (52%) y depresión mayor (48%), para incluirlos en la propuesta del programa terapéutico, que estará enfocado a disminuir índices altos de depresión, y poder proporcionarles una mejor calidad de vida, así como avances en su recuperación, también aparte involucrar a todos los encargados de la salud, a la atención adecuada del anciano.

En el cuadro No.3, se presentan a los pacientes que se enfocan dentro del rango de la distimia (pérdida o aumento de peso, insomnio, fatiga, sentimientos de inutilidad, etc.), así como los puntos obtenidos en el IDB y sus edades (ver gráfica 5).

CUADRO No. 3

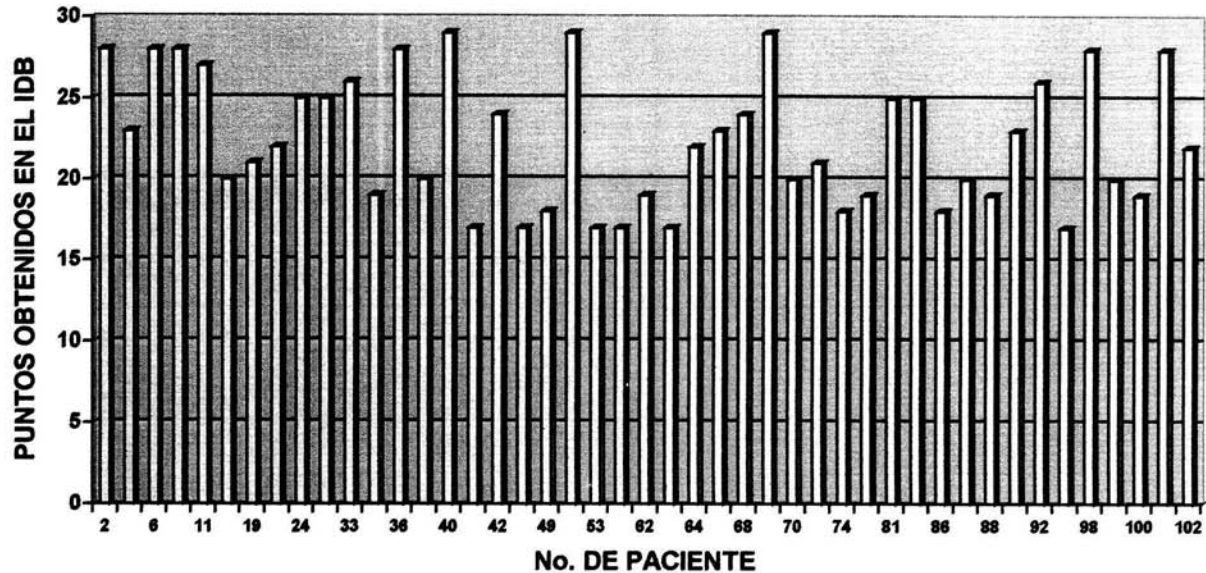
DISTIMIA

	PUNTOS DEL IDB	No. DE PACIENTE	EDAD
DISTIMIA	17	41	79
		48	83
		53	78
		59	66
		63	79
		94	73
	18	49	68
		74	77
		86	81
	19	34	84
		62	70
		75	85
		88	79
		100	71
	20	14	75
		37	73
		70	71
		87	78
	21	99	68
		19	73
		73	68
	22	20	75
		64	80
		102	71
	23	3	71
		66	75
		89	71
	24	42	67
		68	65
25	24	92	
	29	70	
	81	72	
	83	69	
26	33	76	
	92	76	
27	11	74	
28	2	75	
	6	77	
	8	75	
	36	84	
	98	70	
	101	69	
29	40	77	
	51	67	
	69	77	

En este cuadro se citan los puntos que enfocan a la distimia; así como a los pacientes que se encuentran en este rango, y sus respectivas edades.

GRÁFICA No. 5

**DISTIMIA
(ANCIANOS CON DISCAPACIDAD FISICA)**



En está gráfica se muestra a los pacientes que obtuvieron puntuaciones altas en la aplicación del IDB, de un total -de 102 sujetos de estudio, de los cuales 45 fueron los que se ubicaron dentro de la distimia (17-29 puntos).

Dentro de la depresión mayor (estado de ánimo deprimido, insomnio o hipersomnio, problemas psicomotores, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa e ideas recurrentes de muerte y suicidio, etc.), se muestran a los siguientes pacientes, así como los puntos obtenidos (IDB) y su edad (cuadro No. 4).

CUADRO No. 4

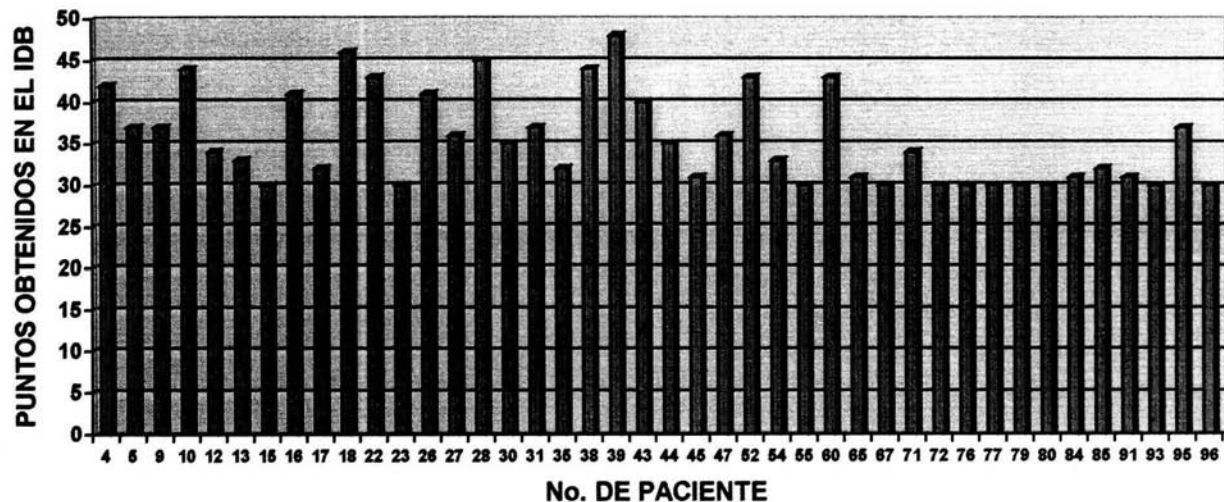
DEPRESIÓN MAYOR

	DEPRESIÓN MAYOR		
	PUNTOS DEL IDB	No. DE PACIENTE	EDAD
DEPRESIÓN MAYOR		15	77
		23	72
		55	83
		67	71
		72	80
	30	76	73
		77	71
		79	75
		80	68
		93	71
		96	70
	31	45	67
		65	75
		84	75
		91	70
		17	81
	32	35	75
		85	65
	33	13	79
		54	69
	34	12	65
		71	75
	35	30	76
		44	70
	36	27	76
		47	69
	37	5	71
		9	72
		31	70
		95	72
	38		
	39		
	40	43	78
41	16	79	
	26	74	
42	4	65	
43	22	74	
	52	70	
	60	77	
44	10	72	
	38	72	
45	28	77	
46	18	67	
47			
48	39	72	
49,50,51			
52,53,54			
55,56,57			
58,59,60			
61,62,63			

En este cuadro se muestran a los pacientes que se ubicaron dentro de la depresión mayor; así como su número y la edad que tienen, que será complementada con la siguiente gráfica a manera de resumen.

GRÁFICA No. 6

DEPRESIÓN MAYOR
(ANCIANOS CON DISCAPACIDAD)



En esta gráfica se muestra a los pacientes que obtuvieron puntuaciones altas en la aplicación del IDB, de un total de 102 sujetos de estudio, de los cuales 42 fueron los que se ubicaron dentro de la depresión mayor (30-83 puntos).

Otro punto relevante a analizar son las discapacidades más frecuentes (osteoartritis, parálisis, artrosis y amputación), que encontramos en esta edad, por lo cual va a ser necesario mostrar el cuadro No. 5 y gráfica No. 7. A manera de resumen, mencionare que las discapacidades más frecuentes fueron:

- Osteoartritis con un 93% (enfermedad degenerativa monoarticular, de carácter progresivo y lento, que afecta las manos, cadera y rodillas, presentando síntomas depresivos, como son: intentos recurrentes de suicidio, llanto, desesperación, falta de interés, poco interés de vivir, etc.).
- Amputación con un 5% (separación de algún miembro del cuerpo, a causa de enfermedad o accidente, presentando ansiedad, regresión intelectual, psíquica y física).
- Artrosis con un 1% (dolor o inflamación de las articulaciones. Afectando el estado bioquímico, funcional y psíquico, tanto como las relaciones familiares y sociales).
- Parálisis con un 1% (pérdida o deficiencia de la función motora, presentando falta de iniciativa, llanto fácil, ansiedad, inquietud psicomotriz, etc.).

A continuación se menciona la frecuencia de las discapacidades físicas, más presentes en esta edad (total 87).

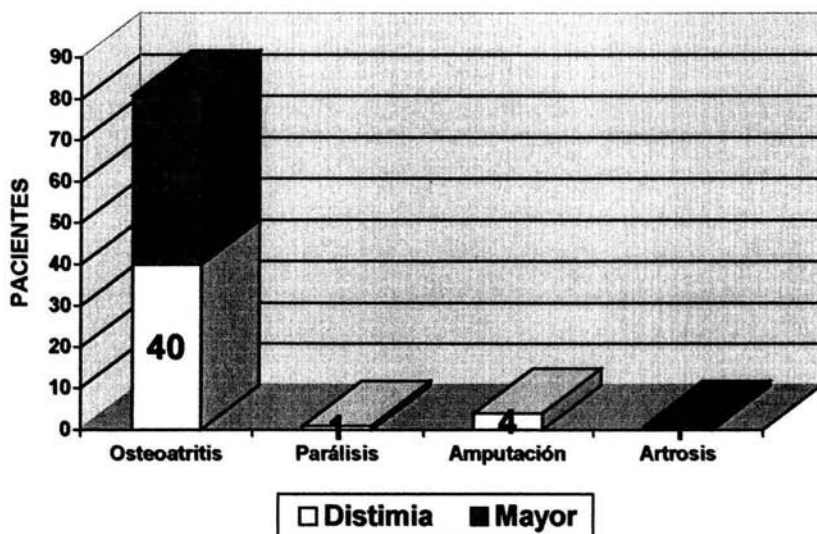
CUADRO No. 5
DISCAPACIDADES FÍSICAS Y GRADOS DE DEPRESIÓN

<u>DISCAPACIDADES FÍSICAS</u>	<u>PACIENTES</u>
Osteoartritis	81
Parálisis	1
Amputación	4
Artrosis	1

En este cuadro se mencionan los padecimientos físicos estudiados en esta investigación, como los más frecuentes en esta edad, el cual será complementado con la siguientes gráfica.

GRÁFICA No. 7

DISCAPACIDADES FISICAS Y GRADO DE DEPRESIÓN



En esta gráfica se muestran las discapacidades físicas más frecuentes en los ancianos mayores de 65 años de ambos sexos, así como en que grado de depresión se ubican. Aquí solo se muestran aquellos pacientes que presentan distimia y depresión mayor (87 ancianos), que estarán incluidos en la propuesta del programa terapéutico, pues estará enfocado a atender personas que padecen estos grados.

Otro importante punto a estudiar son los factores que más se manifestaron en los ancianos, que influyeran para que estos presentarán índices altos de depresión, que de acuerdo a la encuesta sociodemográfica, a los resultados arrojados por el IDB y a la discapacidad que presentan, pudimos obtener cuales son los factores que conllevan a que estos ancianos hallan manifestado índices altos de depresión, estudiando lo anterior, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El factor psicológico, se manifestó en el 41%, mencionando los siguientes aspectos como predisponentes de la depresión, en este grupo de edad: dependencia, represión, baja autoestima, viviendo etapas de pérdidas (discapacidad), duelo (muerte de algún ser querido), etc.
- El factor social, se presentó en el 41%, manifestando las siguientes causas: pérdidas de rol social, jubilación, rechazo de la familia, preocupación por la disminución de ingresos económicos, disminución del deseo de vivir, agresividad, soledad, ausencias de seres queridos, desintegración familiar, etc.
- El factor ambiental, apareció en el 13%, mostrando las siguientes causas: el aumento acelerado de la población, alteraciones en la calidad de vida, contaminación, ruido, delincuencia, falta de respeto, falta de productividad,

y falta de atención por parte de familiares porque tiene que salir a trabajar y los descuidan, etc.

- El factor genético, se manifestó en el 5%, mencionando los ancianos que existían antecedentes depresivos en sus familiares, como son: padres o hermanos.

En el cuadro No. 6 y la gráfica No. 8, nos expresan más claramente los factores que intervinieron, para que se presentara la depresión menor y mayor.

CUADRO No. 6

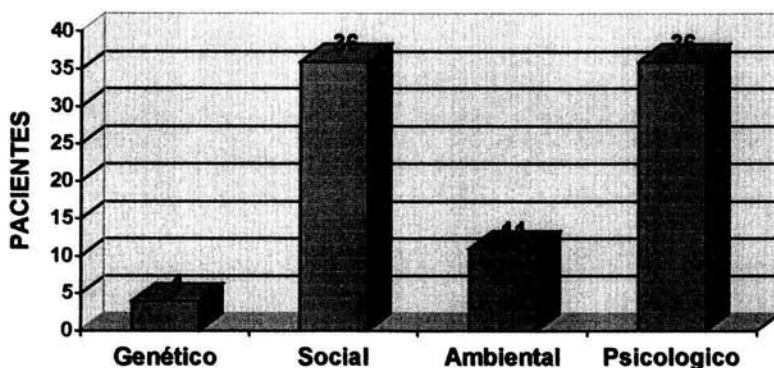
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN

<u>FACTORES</u>	<u>PACIENTES</u>
Genético	4
Social	36
Ambiental	11
Psicológico	36

En este cuadro se muestran cuales fueron los factores que más influyeron para que se presentara la depresión en los ancianos estudiados con alguna discapacidad física.

GRÁFICA No. 8

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION (ANCIANOS CON DISCAPACIDAD FISICA)



La gráfica No. 8 muestra los factores principales que influyeron para que se presentara la depresión en la tercera edad. Factores que fueron los más frecuentes en el estudio que se realizó a 102 ancianos mayores de 65 años, de los cuales solo se tomaron a los que puntuaron más alto (87 sujetos de estudio que se ubicaron dentro de la distimia y la depresión mayor), y que presentaban alguna discapacidad física (ver gráfica 7)

Después de analizar lo anterior, es de importancia también mencionar las variables estudiadas, a través del cuestionario sociodemográfico (ver anexo), ya que la teoría cognitivo conductual y el IDB, nos mencionan que debemos de conocer el esquema de personalidad del sujeto de estudio, su concepto de sí mismo, del mundo y del futuro, sucesos como son pérdidas o privación, si esta consciente de los cambios físicos, pero sobre todo conocer su transcurso de vida, tanto actual, como pasada. Variables que mencionare a continuación:

Sexo:

- El 17% son del sexo masculino.
- El 83% son del sexo femenino.

Lugar de residencia:

- El 91% radican en el Distrito Federal.
- El 9% radican en la provincia.

Estado civil:

- El 42% son viudos.
- El 38% casados.
- El 9% solteros.
- El 8% separados.
- El 2% viven en unión libre.
- El 1% son divorciados.

Con quien viven (compañía):

- El 45% vive con sus hijos.
- El 32% con su pareja.
- El 15% viven solos.
- El 8% con otras personas (hermanos, amigos, asilos u otro familiar).

Otra variable importante es el motivo que los llevó a dejar su trabajo, ya que si fue a causa de su enfermedad (discapacidad), puede ser que no la acepten y se descuiden, motivo por el cual no pueden tener una buena recuperación:

- El 38% por discapacidad.
- El 25% por otro motivo (poco salario, turnos variables, injusticias, edad no apta, etc.).
- El 16% por decisión de los familiares.
- El 9% por su propia voluntad.
- El 6% por jubilación.
- El 6% por quiebra de la empresa.

Tiempo sin trabajar:

- El 45% tiene más de 21 años sin trabajar.
- El 38% menos de 5 años.
- El 8% entre 11 y 15 años.
- El 7% entre 6 y 10 años.
- El 2% entre 16 y 20 años sin trabajar.

Siendo así, motivo de estudiar la variable económica.

Sustento económico actual:

- El 34% son apoyados por hijos y el vale de gobierno.
- El 18% solo por los hijos.
- El 15% por su propio trabajo.
- El 8% son apoyados por el vale de gobierno.
- El 6% por su pensión.
- El 6% ayuda de su pareja.
- El 6% ayuda de pensión y vale de gobierno.
- El 5% con ayuda de sus hijos y pareja.
- El 2% con su propio trabajo e hijos.

Estas son las variables más estudiadas, por lo cual podemos concluir, que:

- Las mujeres son las personas que más presentan depresión.
- El estado civil, es importante en la etiología de la depresión, ya que los viudos, fueron los que más presentaron síntomas.
- El apoyo familiar es importante, pero siempre y cuando exista calidad de vida, no maltratos y rechazos (la mayoría vive con hijos, que al tener su propia familia descuidan a los ancianos).
- Las personas con discapacidad si presentan altos índices de depresión, a causa de los cambios que van implícitos en la enfermedad.

- La mayoría tiene más de 20 años sin trabajar, motivo por el cual no tienen alguna actividad en la cual entretenerse o sentirse útiles.
- La mayoría son apoyados por los hijos y el vale de gobierno, por lo cual muchas veces es motivo de preocupación al no tener un sustento económico seguro, y depender directamente de otros para su sobrevivencia.

Después de analizar los resultados de las personas con discapacidad, es importante también mencionar los resultados que nos arrojaron las personas sin ninguna alteración física. Por lo que a ellos se les aplicó el IDB y la encuesta sociodemográfica directamente en su domicilio, estando presente solo un familiar. De acuerdo a estos instrumentos se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 60 ancianos evaluados mayores de 65 años, se ubicaron dentro de los siguientes grados de depresión (ver cuadro No.7 y gráfica No. 9):

- El 12% se ubico en depresión transitoria (angustia, tristeza, llanto, desesperanza, etc.)
- El 58% se ubico dentro de la depresión menor (baja autoestima, fatiga, pérdida de interés, melancolía, llanto, etc).
- El 27% dentro de la distimia (pérdida de interés, disminución en la capacidad de placer, ideas recurrentes de muerte, etc.).
- El 3% en depresión mayor (incapacidad de placer, sentimientos de inutilidad, ideas recurrentes de suicidio, culpas constantes, etc).

Para poder analizar mejor los resultados anteriores se mostrarán a continuación el cuadro No. 7 y la gráfica No. 9.

CUADRO No. 7

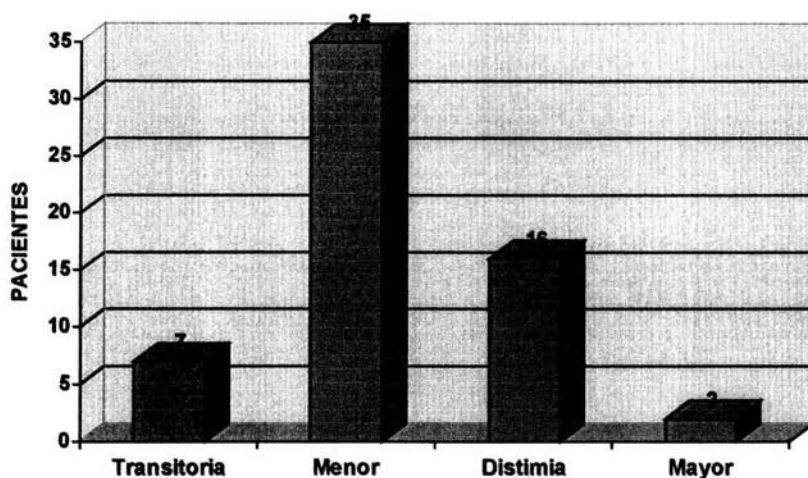
GRADOS DE DEPRESIÓN

GRADOS DE DEPRESION	No. DE PACIENTES
Transitoria	7
Menor	35
Distimia	16
Mayor	2

En este cuadro se presentan a los 60 ancianos evaluados, que no presentaban ninguna discapacidad física, los cuales fueron categorizados de acuerdo a sus puntuaciones obtenidas en el IDB.

GRÁFICA No. 9

GRADOS DE DEPRESIÓN



En la grafica se muestran los valores obtenidos de la aplicación del (IDB) a 60 ancianos sanos mayores de 65 años.

Como ya se menciono anteriormente, a cada sujeto se le asigno un número a manera de poder entender mejor los resultados. A continuación se presentan en el cuadro No. 8 y en la gráfica No. 10, a los ancianos sanos que se ubicaron dentro de la depresión transitoria y la menor, así como los puntos que obtuvieron y su edad.

CUADRO No. 8

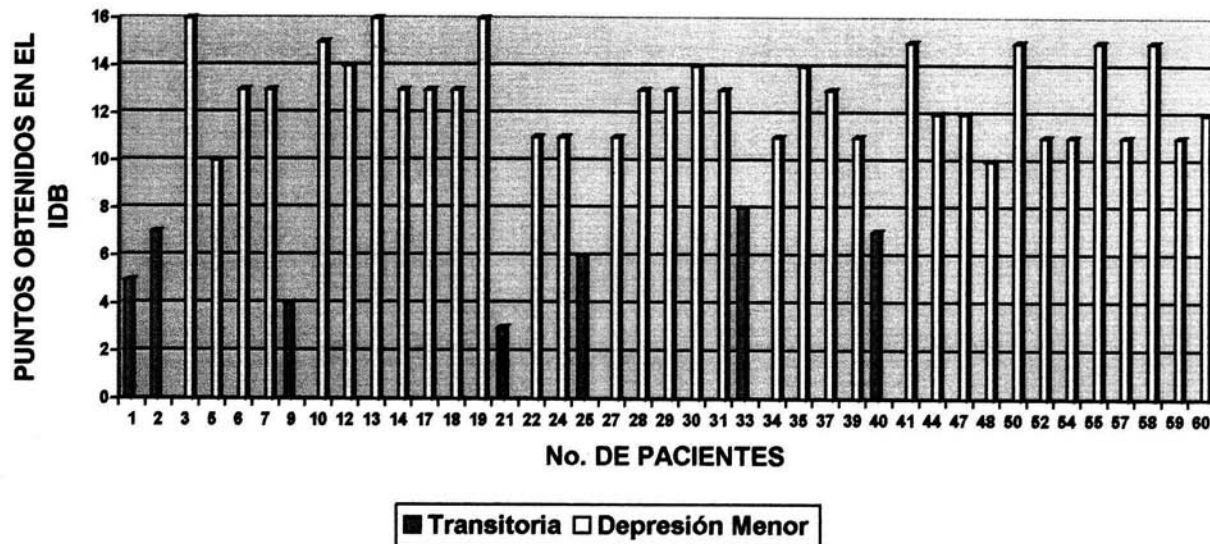
DEPRESIÓN TRANSITORIA Y DISTIMIA

	<u>PUNTOS DEL</u>	<u>No. DE</u>	<u>EDAD</u>
	<u>IDB</u>	<u>PACIENTE</u>	
TRANSITORIA	1		
	2		
	3	21*	67
	4	8*	71
	5	1*	66
	6	25*	73
	7	2*	73
		40*	77
	8	33*	79
	9		
DEPRESIÓN MENOR	10	5*	70
		48*	65
	11	22*	81
		24*	72
		27*	76
		34*	72
		39*	74
		52*	68
		53*	65
		54*	71
	57*	71	
	59*	74	
	12	44*	74
		47*	79
		60*	69
	13	6*	79
		7*	76
		14*	73
		17*	87
		18*	66
		28*	71
		29*	67
		31*	73
	37*	66	
	14	12*	81
		30*	72
35*		80	
15	10*	76	
	41*	67	
	50*	76	
	55*	70	
	58*	66	
16	5*	70	
	13*	68	
	19*	78	

En este cuadro se presentan a los ancianos que presentaron depresión transitoria y menor, de acuerdo a los puntos obtenidos por el IDB.

GRÁFICA No. 10

DEPRESIÓN TRANSITORIA Y DEPRESIÓN MENOR
(ANCIANOS SANOS)



La presente gráfica muestra a los ancianos sanos que obtuvieron puntuaciones bajas en el IDB. En donde se ubicaron en depresión transitoria (0-9 puntos) y la depresión menor (10-16 puntos) a un total de 60 ancianos mayores de 65 años.

A continuación se mostraran a los ancianos que presentaron altos índices de depresión (30%), así como los puntos que obtuvieron y su edad (ver cuadro No. 9 y gráfica 11). Es importante también mencionar que a estos pacientes también se les podrá incluir en la propuesta del programa terapéutico, para disminuir grados de depresión.

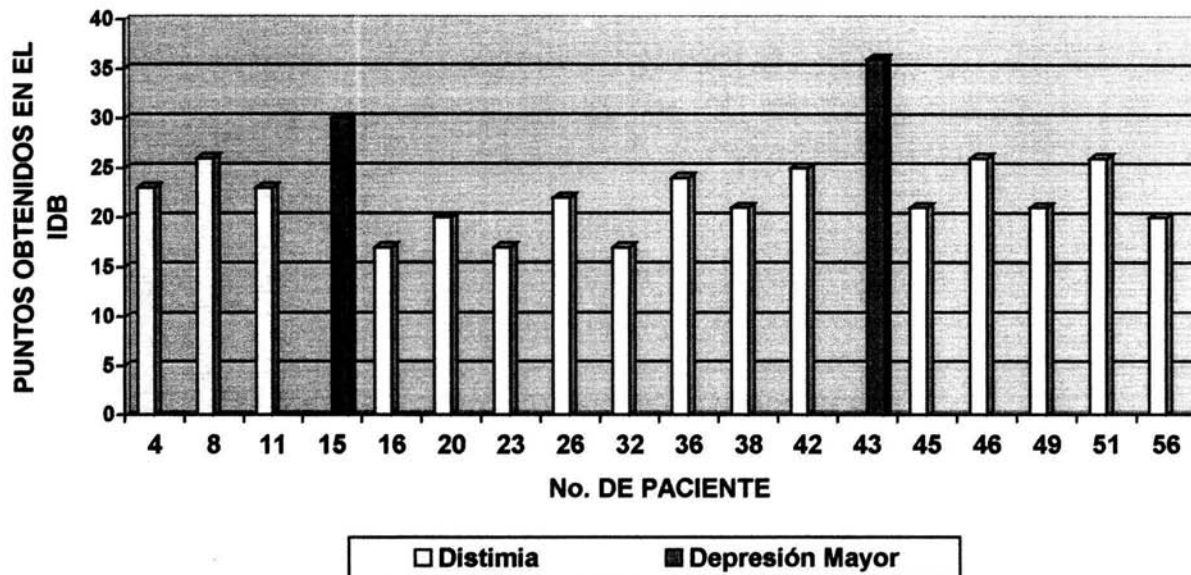
CUADRO No. 9 DISTIMIA Y DEPRESIÓN MAYOR

	<u>PUNTOS DEL IDB</u>	<u>No. DE PACIENTE</u>	<u>EDAD</u>
	DISTIMIA	17	16*
		23*	65
		32*	71
18			
19			
20		20*	66
		56*	67
21		38*	72
		45*	65
		49*	74
22		26*	80
23		4*	69
		11*	78
24		36*	75
25		42*	76
26		8*	81
		46*	73
		51*	69
27			
28			
29			
			81
32			
33			
34			
35			
36		43*	71
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
	54,55,56		
	57,58,59		
	60,61,62,63		

En este cuadro se muestran a los ancianos sanos que arrojaron puntuaciones altas, que los ubican dentro de la distimia y la depresión mayor, así como el número del paciente y su edad.

GRÁFICA No. 11

**DISTIMIA Y DEPRESIÓN MAYOR
(ANCIANOS SANOS)**



En esta gráfica se muestran a los ancianos sanos mayores de 65 años, que presentaron puntuaciones altas en el IDB, lo cual los ubica dentro de la distimia (17-29 puntos) y la depresión mayor (30-63 puntos).

Los factores que más influyen en estos ancianos, que presentaron altos índices de depresión, y que son causantes de la depresión en las personas sanas, son los siguientes:

- El factor psicológico, lo presentó el 56% (manifestando maltrato por los familiares, falta de atención, sentirse ya no funcionales, baja autoestima, ya no ser queridos, valorados y estimados, etc.)
- El factor social, lo presentó el 33% (mencionando: pérdida del rol social, ya no ser portadores de lo económico, ya no toma decisiones, desánimo, ya no asistir a la iglesia, falta de amistades, etc.)
- El factor ambiental, lo presentó el 11% (a causa de que ya no pueden salir a ningún lado sin sentirse asfixiados o desesperados, a causa de tanta gente, la contaminación, la delincuencia, el ruido por tantos carros, el calor, etc.)

En el siguiente cuadro se muestran los factores más presentes en los ancianos sanos, como predisponentes de la depresión.

CUADRO No. 10

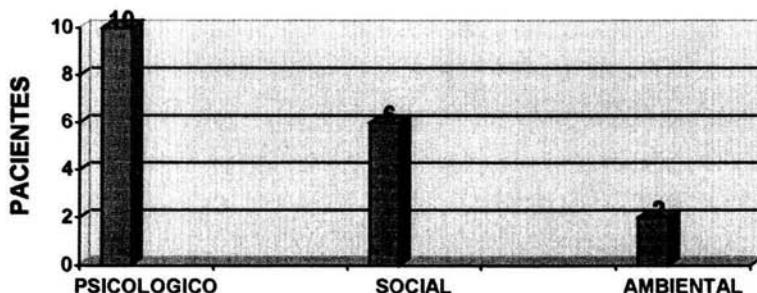
FACTORES QUE INFLUYEN EN AL DEPRESIÓN

<u>FACTOR</u>	<u>PACIENTES</u>
Social	6
Ambiental	2
Psicológico	10

En el cuadro anterior se muestran los factores que predominaron más en los pacientes que presentaron en la distimia y depresión mayor.

GRÁFICA No. 12

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN



La gráfica muestra los factores principales que influyeron para que se presentara la depresión en la tercera edad, de un total de 18 pacientes, los cuales presentaron distimia y depresión mayor.

En este grupo también se les aplicó el cuestionario sociodemográfico, así como el IDB, en donde se obtuvieron los siguientes porcentajes, de las variables estudiadas (solo los ancianos con distimia y depresión mayor):

Sexo:

- El 67% eran del sexo femenino.
- El 33% eran del sexo masculino.

Lugar de residencia:

- El 100% eran del Distrito federal.

Estado civil:

- El 50% eran casados.
- El 33% eran viudos.
- El 11% eran separados.
- El 6% eran solteros.

Con quien viven actualmente:

- El 39% viven con los hijos.
- El 39% viven con su pareja.
- El 17% viven solos.
- El 5% viven con otros.

Tiempo sin trabajar:

- El 39% tienen menos de 5 años sin trabajar.
- El 33% más de 21 años sin trabajar.
- El 16% entre 11 y 15 años.
- El 6% entre 6 y 10 años.
- El 6% entre 16 y 20 años.

Sustento económico:

- El 44% recibe ayuda de los hijos y del vale de gobierno.
- El 22% ayuda de los hijos.
- El 11% con su propio trabajo.
- El 11% con el vale del gobierno.
- El 6% con su pensión.
- El 6% con su pensión y el vale de gobierno.

De acuerdo a las variables estudiadas, podemos observar lo siguiente:

- Nuevamente en este grupo, las mujeres son las que presentan más depresión.
- Todos radicaban en el Distrito Federal, porque se les visitó directamente en su casa.
- Aunque la mayoría eran casados, presentaban altos índices de depresión.
- La mayoría vive con su pareja o con sus hijos, pero debemos de conocer la esfera de la familia (tríada cognitiva), para observar porque este sujeto está arrojando altos puntos.
- El tiempo que tienen sin trabajar son menos de 5 años, un motivo puede ser que como fue aplicado en una zona campesina, actualmente se dedican a la cosecha y como son sus propias tierras, no necesitan de un jefe o una jubilación, por lo cual lo pueden hacer hasta que ellos deseen.
- Nuevamente el sustento económico son los hijos y el vale que proporciona el gobierno.

Ahora compararemos los resultados de ambos grupos, que obtuvieron puntuaciones altas, a través de cuadros y gráficas:

CUADRO No. 11

ANÁLISIS DE LOS PUNTAJES TOTALES OBTENIDOS POR ARRIBA DE LOS 17 PUNTOS EN EL IDB POR AMBOS GRUPOS

GRUPO CON PADECIMIENTO FISICO (87 SUJETOS)		GRUPO SIN PADECIMIENTO FISICO (18 SUJETOS)	
DISTIMIA (17-29 PUNTOS)	DEPRESIÓN MAYOR (30-63 PUNTOS)	DISTIMIA (17-29 PUNTOS)	DEPRESIÓN MAYOR (30-63 PUNTOS)
52%	48%	89%	11%
100%		100%	

Como se puede ver en el cuadro anterior, el número de pacientes no es igual, pero pudieran ser significativos los resultados. Pues solo se tomaron aquellos ancianos de ambos grupos que manifestarán índice altos de depresión detectados a través del IDB, de los cuales de los 102 ancianos con alguna discapacidad física, solo se tomaron 87, que reflejaban el 100% de la muestra total, y de los 60 ancianos sin ninguna alteración física, solo se detectaron 18 con índices altos de depresión que reflejaban el 100% de la muestra total de este grupo. Por lo cual si observamos el cuadro anterior, nos podemos percatar que de los 2 grupos estudiados, el grupo de ancianos con alguna discapacidad física, presentan más altos índices de depresión que los que no manifiestan ninguna alteración física

En esta gráfica se presenta con el objeto de conocer la prevalencia de la depresión en ambos grupos.

GRÁFICA No. 13

COMPARACION DE GRADOS DE DEPRESION



En esta grafica se muestra a los pacientes de ambos grupos, así como el grado de depresión que presentaron.

En las conclusiones se mencionarán lo que se obtuvo, de acuerdo a los estudios que ya se han llevado a cabo.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

ALCANCES Y/O LIMITACIONES

CONCLUSIONES

Antes de iniciar esta investigación me surgieron diversas preguntas sobre que era lo más importante que podría estudiar respecto a las personas de la tercera edad de acuerdo a la formación que había recibido, tomando en cuenta que cada mes aumentan en el mundo 1.2 millones de personas arriba de los 65 años y el grupo de los ancianos crece en mayor proporción que la población total y nos enfrentan el fenómeno de que el aumento acelerado de los 60 y más que se vio de 1970, para el año 2010 el que crecerá más rápidamente será el de 75 y más años, y éste, permanecerá así por allá del 2030 al menos en las Américas.

Aunado a esto la vejez desafortunadamente está asociada con improductividad, deterioro biológico, enfermedad, desvinculación social afectiva, entre otros. Además que en muchas sociedades todavía se desconocen los aportes y experiencias vitales de las personas de edad. En éste punto quiero hacer un gran énfasis en que no existe un regla directa entre vejez y depresión, sino todo depende de la calidad de vida que gozo anteriormente, así como la participación de algunos factores predisponentes a está.

Por lo tanto para poder concluir con está investigación es necesario mencionar los siguientes puntos:

1) Los ancianos con alguna discapacidad física (osteoartritis, artrosis, parálisis y amputación) obtuvieron una puntuación significativamente más alta (85%) que los ancianos sin ninguna discapacidad física (30%). El diagnóstico de los ancianos con distimia y depresión mayor fue a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el cuestionario sociodemográfico. Con lo anterior se acepta la hipótesis de trabajo de está investigación, en donde se menciona que las personas que tienen algún trastorno físico, son más propensas a padecer depresión, a aquellas que no tienen ningún padecimiento físico.

2) De acuerdo con los resultados obtenidos y la información recabada podemos mencionar que el IDB fue útil para detectar a los ancianos que presentaban los 4 diferentes rangos de depresión que evalúa este instrumento (transitoria, depresión menor, distimia y depresión mayor), por lo cual se concluye que el IDB es un instrumento con una validez adecuada y confiabilidad para su empleo en pacientes de la tercera edad.

3) Otro punto revelante a mencionar y afirmar, es que la depresión si viene implícita con alguna discapacidad física, ya que de los sujetos de estudio que presentaban distimia y depresión mayor, un alto porcentaje mencionaba que a partir de que empezaron con los achaques de la discapacidad, también iniciaron algunas alteraciones en su estado de ánimo (llanto, intentos de suicidio, soledad, irritabilidad, desesperanza, etc).

4) De acuerdo a investigaciones que se han llevado a cabo se menciona que las mujeres ancianas, son las que más manifiestan sintomatología depresiva a diferencia de los hombres, aspecto que se pudo corroborar en está investigación, ya que de acuerdo a 3 mujeres evaluadas y arrojando puntuaciones altas en el IDB, existió un hombre con grados de depresión mayor.

5) Con ayuda del cuestionario sociodemográfico, se pudo corroborar que los ancianos que más manifestaban índices altos de depresión, presentaban abandono por parte de la familia al creer que ya no eran funcionales para ella, pero sobretodo porque perdían su independencia y también llevar a cabo actividades que les producía algún placer personal.

6) Otro punto relevante a retomar es que de acuerdo a los 4 factores evaluados (psicológico, ambiental, genético y social), el que más alto porcentaje intervino para que se presente la depresión en la tercera edad, es el psicológico y el social.

Por ultimo quiero concluir que la finalidad de llevar a cabo esta investigación, era conocer el panorama actual de la depresión en las personas de la tercera edad, con ayuda de algún instrumento estandarizado y confiable, por lo cual se pudo llevar a cabo, obteniendo resultados preocupantes, ya que la mayoría de personas evaluadas manifestaban índices altos de depresión a causa de alguna discapacidad física a diferencia de aquellas que no presentaban ninguna enfermedad. Por cual al ver estos resultados quise implementar un programa terapéutico dentro de las instalaciones del CNR, que ayudará a reducir estos índices, pero por diversos factores que se mencionarán en limitaciones, no se pudo llevar a cabo, por lo tanto invito a los diversos profesionales encargados de la salud del ser humano, a ser conscientes que este trastorno de la personalidad avanza al igual que la esperanza de vida, y que todos envejecemos día a día, por lo cual podemos implementar estrategias para una mejor calidad de vida y debemos detenerlo para no recurrir a posibles índices altos de suicidio en las personas de la tercera edad, por ello no descarto la posibilidad de poder llevarlo a cabo e insistir con autoridades para poder impedir el avance de esta, y demostrarles el panorama actual de la depresión en este grupo de edad.

No obstante las limitaciones señaladas, los objetivos fundamentales del estudio pudieron ser alcanzados, por lo cual se acepta la hipótesis ya planteada.

ALCANCES Y/O LIMITACIONES

Al realizar esta investigación me enfrenta tanto a alcances como a limitaciones dentro del centro de investigación. Aspecto que me motivo a seguir con ella y vencer todos los obstáculos para alcanzar mis objetivos y el proyecto final, por lo cual tuve que analizar que los ancianos tienen necesidades de buscar nuevas metas y reorganizar su vida sin caer en la inutilidad y el ocio rutinario. Por ello es necesario que encuentren satisfacciones vitales que les proporcionen alegría de vivir, metas que los conduzcan a una verdadera estabilidad. Que la sociedad se preocupe por la búsqueda de alternativas que es de vital importancia para que los ancianos establezcan una reorganización de su tiempo y de su vida en general.

Después de analizar lo anterior, me sirvió para poder tener alcances que me permitieron poner más énfasis en mi investigación, como son los siguientes:

1) Uno de mis alcances fue que lleve a cabo mi primera investigación de acuerdo a la formación que recibí (psicóloga) enfrentando mis propios miedos y reconocer el nivel de aprendizaje recibido durante esta, ya que comprendí que no todo es la teoría, sino es la práctica la que te va demostrando que existen nuevos problemas que resolver o nuevos trastornos de la personalidad, por lo cual debemos estar capacitados para detectarlos antes de que incurran en las consecuencias mayores, para poder proporcionar una mejor calidad de vida, y no lastimar la integridad del anciano.

2) Otro de mis alcances fue que anteriormente en el Centro Nacional de Rehabilitación (CNR), no se había llevado a cabo ninguna investigación profunda sobre la aplicación de algún instrumento estandarizado que diagnosticará la depresión, principalmente en la tercera edad. Punto que yo pude llevar a cabo durante mi investigación, logrando mis objetivos.

3) El alcance que tuve respecto al Inventario de depresión de Beck (IDB) fue que a pesar de ser un instrumento ya estandarizado, no se ha utilizado en investigaciones recientes en pacientes ancianos, como lo han sido otros (Zung, Hamilton, GDS, etc.), siendo que ya ha sido probada su confiabilidad y está diseñado para ser aplicado tanto a personas sanas como a aquellas que manifiesten alguna discapacidad física, por lo cual yo considero que es un instrumento fácil en su aplicación, así como en su calificación, arrojando resultados confiables.

Dentro de las limitaciones se me presentaron las siguientes:

1) Al principio desconocía que método utilizaban en el CNR para detectar si existía depresión o no en las personas de la tercera edad que asistían a él, cual fue mi sorpresa al saber que no tenían ningún instrumento que evaluará este trastorno, ni un servicio encargado de atender a ancianos en situaciones de crisis o simplemente de hacer sensibilización para la aceptación de salud-enfermedad por lo tanto me enfoqué a este y empecé desde ver que investigaciones se han llevado a cabo, conocer al personal de salud de este centro, conocer las instalaciones, plantearle al jefe de este departamento mi

inquietud, intervenir en las consultas médicas, ser reconocida por los propios pacientes, buscar un lugar de trabajo, etc., aspecto en lo que tuve limitantes, pues no todos los médicos eran accesibles, a veces llegaban los pacientes y otras no, para entrar a trabajar a algún servicio necesitaba de autorizaciones por escrito y a veces tardaban en contestar, no era fácil que alguien ajeno al Centro realizara preguntas sobre el trabajo que se llevaba ahí, etc.

2) Después de analizar la problemática, me enfoque a la aplicación de los instrumentos para poder llevar a cabo mi investigación, en el cual me encontré con otras limitantes al ver que a veces tenía hasta 3 pacientes para ser evaluados y a veces no llegaba nadie durante algunos días, o simplemente a veces me tenía que detener más tiempo en la aplicación de un instrumento a causa de que algún sujeto no entendía alguna pregunta (aspecto que me inquietaba pues sólo tenía 1 hora para aplicar los instrumentos y después de ese tiempo me tenía que salir del consultorio para que entrarán los pacientes a su consulta médica, ya que no tenía un espacio individual para llevar a cabo con más tiempo mi aplicación).

3) Al tener mis evaluaciones y los resultados arrojados por el instrumento, me percate que los índices de depresión en los ancianos con alguna discapacidad eran muy altos, por lo tanto tenía que recurrir a alguna estrategia que me ayudara a disminuir estos índices, aspecto que me llevó nuevamente a enfrentarme a otra limitante, pues se trataba de implementar un programa terapéutico, en donde se incluirían diversas actividades de acuerdo a las necesidades y oportunidades de cada anciano para sentirse aceptado tanto personalmente como socialmente, tener una mejor calidad de vida, adaptarse a su discapacidad, tener más avances en su recuperación, sentirse útil e importante para los demás (familia), pero sobretodo prevenir un suicidio. Pero por diversas causas se tuvo que quedar solo como una propuesta para la institución, ya que se requería de autorizaciones, poco interés por parte del personal y que los ancianos fueran llevados por sus familiares (aspecto un poco difícil, pues muchas veces recurrían los ancianos solos a su consulta, y para el trabajo en el programa terapéutico requeríamos por lo menos 1 vez a la semana a un familiar del anciano), pues en algunos casos los sujetos de estudio eran de provincia y apenas si les alcanzaba para su consulta una vez cada 3 meses y no 3 veces por mes, aspecto preocupante pues se necesitaba de estrategias rígidas para tener un mejor avance en los índices altos de depresión, así como tener instalaciones adecuadas para el trabajo con este tipo de pacientes. Pero por lo anterior no se deja descartada la propuesta e invito a las diversas personas encargadas de la salud del anciano que no dejemos en saco roto esta investigación, ya que la depresión crece día a día y debemos de hacer algo para detener este problema y no llegar a índices altos pero de suicidio. Pero a pesar de estas limitantes se cumplió el objetivo de la investigación.

CAPÍTULO VIII

ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN

PROPUESTA DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

*"Negarse a vivir la vida adulta,
es negarse a rechazar la ya vivida".*

ANÓNIMO

En la mayoría de los países, existe muy poca información sobre el estado de salud de los adultos mayores, sus necesidades de servicio y sobre los costos y eficiencia de los diferentes esquemas de diagnóstico y tratamiento. Para ello es necesario tener información relevante que plantee y haga seguimiento de los servicios para establecer metas y estrategias desde una perspectiva biológica, psicológica y social. Por ello esta investigación no se quiso dejar sin una alternativa que propusiera una estrategia en donde se planteará un programa terapéutico que estuviera integrado por los sujetos de estudio que arrojaron puntuaciones altas, incluyéndolos dentro de los criterios de depresión menor y mayor, por lo cual el punto principal es disminuir estos índices, para que tengan una mejor recuperación y calidad de vida, ya que de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (IDB), se pudo percibir que se presentó más la depresión en pacientes que padecen alguna discapacidad física (osteoartritis, artritis, amputación y parálisis), que conlleva la depresión implícita impidiendo una mejor recuperación, oportunidad de salir adelante, así como una mejor calidad de vida. Por lo que es importante evitar que el adulto mayor caiga en estados de aislamiento patológico, por lo cual se requiere de gran apoyo y acercamientos constantes, contar con recursos que hagan posible estar en grupos ocupados, así como capacitar al grupo multidisciplinario que se dedican a la atención de los ancianos, y que conozcan la información necesaria acerca del comportamiento de este grupo social y comprendan sus necesidades.⁵⁸

Por lo anterior es de importancia la implementación del programa terapéutico que estará conformado por un grupo multidisciplinario de personas encargadas de la salud, que tendrán como metas principales: fomentar estilos de vida saludables para los adultos mayores, disminuir índices de depresión, e invitar a los familiares a la educación en el autocuidado de salud del anciano; ya que la familia es el elemento clave para lograr un mejor bienestar en el ámbito familiar y reducir en parte la carga de los servicios de salud, que actualmente está ocupado por más del 60% por personas adultas. Por ello es necesario que se cree otro género de vida del que le ha impuesto la sociedad actual, de acuerdo con sus capacidades, condiciones y medios; pero para esto se necesita del apoyo en todos los ámbitos que lo rodean: familia, aspecto económico, político, psicológico, social y educativo. Tomando como punto principal que la persona no se sienta deprimida y aislada, y que se sienta nuevamente parte de la sociedad que la rodea.³⁰

Antes de plantear los puntos relevantes que debemos tomar en cuenta para llevar a cabo el programa terapéutico, me es importante comentar el siguiente caso: *"Mabel empezó a sentirse mayor hace 6 años, enfermó de artritis y osteoartritis dolorosa. Abrir las puertas era un problema, como lo era también hacerlo con las del armario y caminar cercanas distancias. El corazón no le bombeaba bien. Tenía los tobillos hinchados. Saludaba y se agotaba cuando hacía algún esfuerzo. Sin embargo, podía vivir en su casa de cuatro dormitorios. Luego Mabel se cayó y se hizo daño en la espalda. El médico propuso operarla*

para quitarle parte de hueso de la espina dorsal. Desgraciadamente, la operación no sirvió de mucho. Mabel nunca se recupero del todo. Un año después, yendo a la cocina, se golpeó en el sofá y se rompió otro hueso. Tenía miedo. No tiene hijos. Su marido murió de un ataque al corazón hace varias décadas. Se decía: "¿Qué remedio me queda más que irme a una casa de ancianos y morir de tristeza?".

Hoy, a sus 86 años, Mabel todavía puede ir de la cama al lavabo. Con esfuerzo y estrategias imaginativas se viste sola. Coloca la ropa al lado de la cama y así no tiene que ir al armario. Lleva vestidos sin botones que se puedan poner por la cabeza. En los últimos años se le han planteado otros problemas. Han tenido que operarla para implantarle una cadera. Lleva gafas de sol porque la luz le hiere los ojos. Mabel es un ejemplo para millones de ancianos que se la arreglan con unas enfermedades crónicas relacionadas con la edad.

Por mucho ejercicio que hagamos y por mucho que cuidemos la dieta, a no ser que muramos de repente, tendremos que familiarizarnos con la enfermedad, el tipo de dolencia permanente que no suele tener curación. Será una situación que en algunos casos durara unas semanas, y en otros como el de Mabel, años. Por lo cual vemos que sus enfermedades crónicas son su mayor enemigo, no la muerte.

Este programa estará enfocado un poco con las vivencias de Mabel, así como para las personas que padecen otro tipo de discapacidad física, ya que de acuerdo a las evaluaciones que se aplicaron, es muy alto el porcentaje de depresión mayor en estas personas adultas, a diferencia de las que no presentan ninguna discapacidad física. Por lo cual es relevante mencionar que la enfermedad crónica es la causa del 75% de las muertes que se producen en E.U. y en otros países desarrollados. Es la principal enfermedad de nuestro país, y supone miles de millones de pesos en visitas a los médicos en días de baja laboral y en atención médica en casa y residencias.¹³

La gravedad de las discapacidades físicas es diversa por ejemplo, algunas personas tienen problemas y funcionan con bastante independencia, pero tienen problemas para lavarse la ropa, para pasar el aspirador, para ir de compras, incapacidad para levantarse de la cama, bañarse, alimentarse o vestirse, pero son actividades importantes que ha veces no ponemos demasiada atención en que si nuestros ancianos ponen un esfuerzo extra en realizarlas, aunque hay veces que no lo hacen por sentirse no útiles para estas actividades, sin fomentarles nosotros que si pueden hacerlo y enseñarles las estrategias necesarias para que realicen las mismas actividades de acuerdo a sus capacidades que manejan actualmente. Por lo que el punto principal de este programa es fomentarles a los ancianos que todavía son importantes tanto para la sociedad, como para ellos mismos, solo que hay que enseñarles como valerse por si mismos, sin ser tan independientes a los demás.

Para ello es importante mencionar los siguientes puntos que debemos tomar en cuenta para llevar a cabo el programa terapéutico, que esta basado principalmente en el estado funcional del anciano, como son:

- Actividades de la vida diaria.
- Salud mental.
- Funcionamiento psicosocial.
- Salud física (independientemente de la discapacidad física)
- Recursos sociales.
- Recursos económicos
- Recursos del medio (familia)

Cada uno de estos puntos debe ser investigado de manera exhaustiva por cada anciano, antes de decidir cualquier estrategia o tratamiento, pues permite mantener el estado funcional que el paciente tenía antes de la enfermedad y probablemente mejorarlo. Por lo cual es importante estar conscientes de tomar la decisión de tratar a una persona de edad avanzada en su hogar o en alguna institución, como hospital, casa de atención diurna, médico de estancia corta o larga, depende de múltiples factores y de una evaluación individual. Así como incluir a la familia y a todas aquellas personas que estén en contacto directo con los ancianos, para darles una orientación sobre los cambios y estrategias que se pueden utilizar para que esta persona no caiga en depresión y en caso de que exista, proponer alternativas que sirvan para disminuir esta.

Los ancianos asisten regularmente a alguna institución médica, manifestando alguna enfermedad que en algunas ocasiones no existe y solo son rasgos de soledad o de poca atención familiar, que recurren a estos centros por el hecho de que alguien los escuche. Es aquí en donde podemos detectar a los ancianos depresivos, utilizando algún instrumento que me ayude a ver si existe depresión o no (utilizamos el IDB en esta investigación), para retenerlos y darles un tratamiento adecuado, y prevenir mayores consecuencias, como el suicidio. Por lo cual insisto en que debe haber personal capacitado específicamente para el cuidado del anciano que sea el responsable de detectar posibles síntomas depresivos y canalizarlos con el personal capacitado para mejores resultados.

En el siguiente cuadro cito las actividades laborales comunes que realiza el personal de salud cotidianamente, sin que se involucre directamente con el anciano, en el aspecto emocional, psicológico, empatía, confianza, paciencia etc., para ver de que forma se podría integrar en el programa terapéutico:

**EQUIPO
MULTIDISCIPLINARIO DE LA SALUD**

EQUIPO	ACTIVIDADES LABORALES COTIDIANAS
TRABAJADORA SOCIAL	Asesorar y encontrar, coordinar y supervisar los servicios y ver porque algún paciente que presenta depresión no esta asistiendo a solicitar ayuda (visita domiciliaria).
PSICOLOGO	Implementar un programa para reducir índices altos de depresión, a través de la aplicación de una escala que sea apta para detectar síntomas depresivos. Trabajar con la familia para que exista una mejor relación anciano-familia y familia-anciano, para proporcionar una mejor calidad de vida.
DIETISTA	Planificar dietas especiales para acelerar la recuperación de la enfermedad.
FISIOTERAPEUTA	Utilizar el ejercicio físico, el calor, la luz o el agua, para tratar problemas de motricidad.
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	Enseñar a las personas a funcionar lo mejor posible con sus minusvalías (por ejemplo, cómo hacer el trabajo de casa desde su silla de ruedas, bastón o andadera)
ENFERMERAS	Ofrecer una asistencia especializada, así como los cuidados necesarios para un mejor atención en el cuidado de la salud.
MEDICO GERIATRA	Valorar al paciente, para ver si las actividades que se le propongan son aptas para su edad y para la enfermedad que esta presentando.

Como se presenta en el cuadro siguiente y tomando el cuadro anterior, podemos proponer actividades al personal de salud que complementen el trabajo con ancianos, dentro del programa terapéutico en donde se le especificaran actividades para poder tener mayores beneficios, conjuntamente con las actividades que ya tiene el personal de salud.

PROGRAMA TERAPÉUTICO

Objetivo general: Los pacientes conocerán los diferentes métodos para disminuir su índices depresivos y tener mayores resultados en su recuperación y mejor calidad de vida.

Participantes: Todo el personal encargado de la salud del anciano.

TEMAS	RESPONSABLES	ACTIVIDAD	DURACION
<ul style="list-style-type: none"> □ Valoración oportuna y permanente 	<p>Médico (geriatra) Enfermera</p>	Examen médico general	Permanente
<ul style="list-style-type: none"> □ Alimentación adecuada y balanceada 	<p>Dietista Familia</p>	<p>Control de peso y talla. Vigilar su alimentación</p>	Permanente
<ul style="list-style-type: none"> □ Acondicionamiento físico. □ Rehabilitación de acuerdo a su discapacidad. 	<p>Fisioterapeuta Médico</p>	<p>Actividades al aire libre, como son: gimnasia, yoga, musicoterapia. Actividades en agua</p>	1 vez por semana
<ul style="list-style-type: none"> □ Talleres de terapia ocupacional 	<p>Terapeuta Ocupacional Psicólogo</p>	<p>Actividades manuales (tejido, costura, jardinería, vidrio, pintura, escultura, bordado, etc.)</p>	1 hora a la semana
<ul style="list-style-type: none"> □ Platicas sobre: ➤ Motivación ➤ Autoestima ➤ Asertividad ➤ Toma de decisiones ➤ Necesidades de pertenencia (valores) ➤ Depresión en la tercera edad 	<p>Psicólogo Trabajadora social Enfermera (pasante)</p>	<p>El libro abierto Una historia Yo soy yo La maleta de la vida Descortezando la cebolla Encuentro intrapersonal: la silla vacía o la silla caliente. Espejo Te acepto, te perdono, te amo.</p>	1 hora a la semana
<ul style="list-style-type: none"> □ Orientación y apoyo a los familiares sobre el trato que se le debe dar al anciano, así como los cambios que tienen de acuerdo a su edad. □ Aspectos sociales 	<p>Psicólogo Trabajadora social Enfermera Medico</p>	<p>Trabajo en familia, psicodrama (tomar el papel del otro).</p>	Cada que requiera el familiar
<ul style="list-style-type: none"> □ Terapia grupal □ Actividades sociales (paseos, actividades recreativas) 	<p>Psicólogo</p>	<p>Terapia en grupo sobre experiencias vividas.</p>	1 vez a la semana

Todas estas actividades se realizarían dentro del Centro Nacional de Rehabilitación, que fue de donde se tomaron los pacientes y de donde se percato que existe mas índices de depresión. En caso de que se llevara a cabo el programa terapéutico, se proporcionaría una carta descriptiva, más detallada en donde se especificarían las áreas de trabajo, el equipo participante y los beneficios que se pueden obtener de este programa, por lo cual no descarto la idea de llevarlo a cabo, con la finalidad de saber que resultados se obtendrían de este, ya que me interesa el trabajo con ancianos, pero sobretodo poder proporcionar los conocimientos que obtuve durante mi formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Águeda, L. (1996). ¿Cuál es la relación entre suicidio y la depresión en el anciano? En Calcedo Barba: la depresión en el anciano, "doce cuestiones fundamentales". Ed. por Fundación Archivos de Neurobiología, Madrid España, pp. 179-202.
2. Akiskal, H. y cols. (1983). The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry, No. 40, pp. 801-810.
3. Alexopoulos, G. (2001). Depresión y otros trastornos del estado de ánimo en geriatría. Review Syllabus, 4ta. edición, No. 3, pp. 133-139.
4. Anderson, F. (1991). The Inter-Relationship Between psysical and Mental discase in the Elderly: Recent Developments in Psychogeriatrics. Publication Special, No.16.
5. Apiquian, R. (2000). Evaluación de la Psicopatología: Escalas en Español. Ed. JGH, México, D.F.
6. Baldwin, R. (1997). Depression in the elderly. The British Journal of Psychiatry. Vol. 170, No. 3, pp. 292-295.
7. Beck, A. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. Arch Gen Psych, No. 9, pp. 324-333.
8. Beck, A. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. Harper and Row Publishers, New York, E.U.
9. Beck, A. (1967), Cognitive therapy and the emotional disorders. Edited International Universities Press, New York.
10. Beck, A. (1976). Diagnostico y tratamiento de la Depresión. Ed. Merk Sharp & Dohme Internacional, México, D.F.
11. Beck, A., Clark, L. (1988). Cognitive therapy of depression. The Guilford Press, New York.
12. Belloch, A., Sandi, B., Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. Ed. McGraw-Hill, México.
13. Belsky, J. (1996). Psicología del envejecimiento: teoría, investigaciones e intervenciones. Ed. Masson S.A., Barcelona España.
14. Blazer, D., Huges, D., George, I. (1987). The epidemiology of depression in an older population. Rev. Gerontologist, Vol. 27, pp. 281-300.
15. Blazer, D. (2001). Trastornos Psiquiátricos: Depresión. Ed. Manual de Merk, México.

16. Borges, S., Gómez, D. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Rev. Salud Pública de México*. Vol. 40, No. 1, Enero-Febrero.
17. Brown, G., Harris, T. (1978). Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women. Ed. Tavistock, Londres.
18. Buendía, J. (1994). Envejecimiento y psicología de la salud. Ed. Siglo XXI. España.
19. Cameron, N. (1997). Desarrollo y psicología de la personalidad: un enfoque dinámico. Ed. Trillas, México.
20. Cappeliez, P. (1991). Interventions psychotherapeutiques aupresdes personnes agees deprimees. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, No. 16, pp. 170-175.
21. Cohen, D., Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. Ed. Stone Health Psychology, San Francisco, pp. 217-224.
22. Coppen, A., y cols. (1965). Tryptamine metabolism in depression. *British Journal of Psychiatry*, No. 111, pp. 993-998.
23. De Alarcón, R. (1964). Hipocondriasis and depression in the aged. *Review Gerontology Clinic*, No. 6, pp. 266-277.
24. Evans, M., Copeland, J., et. al. (1991). Depression in the elderly in the community: Effect of physical illness and selected social factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, No. 6, pp. 787-795.
25. First, M. (2002). DSM-IV. Manual de diagnóstico diferencial. Ed. Masson, Barcelona-México.
26. Gallagher, D., Thompson, L. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: theory, Research and Practice*, No. 19, pp. 482-490.
27. Goda, G. (1990). The sexologie en geriatric. Ed. Met and Hyg, Genova, No. 35, pp. 1845-1850.
28. Gurland, B. (1976). The comprehensive frequency of depression in various adults age groups. *Journal of gerontology*, No. 31, pp. 283-292.
29. Gurland, B. (1982). Depression in the elderly: a review of recently published studies, in annual. Ed. Eisdorfer C. New York.
30. Hernández, Z. (2001). ¿Por qué se deprimen los viejos?. *Rev. Intercontinental de Psicología y Educación*, Vol. III, No. 2, Art. 3.

31. Junod, J. (1990). Troisième âge et santé mentale. Ed. Met and Hyg, No. Especial, Génova, No. 35, pp. 1845-1850.
32. Jurado, C. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México"; Rev. Salud Mental. Vol. 21, No. 3, Junio.
33. Kallmann, F. (1980). Genetic Aspects of Psychosis: en Milbank Memorial fund. Biology of Mental Health and Disease. Hoeber New York, pp. 283-290.
34. Kemberg, Z. (1987). Psicogeriatría. Ed. Fondo de Cultura Económica, España.
35. Kemmedy, G., Kelman, H., Thomas, C. (1989). Hierarchy or características asociadas con síntomas depresivos en una muestra de ancianos urbanos. Ed. Am J. Psychiatry, No. 146, pp. 220-225.
36. Kimela, S., Pankata, K. (1989). Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly finns. Ed. Geriatric psychiat, No. 4, pp. 79-85.
37. Klerman, G. (1979). The age of melancholy. Rev. Psychology Today, New York, No. 12, pp. 37-39.
38. Krassoievitch, M. (1993). Psicoterapia geriátrica. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, D.F.
39. Lee, N. Y cols. (1985). Bulimia and depression. Journal of effective disorders, Vol. 9, No. 3, pp. 231-238, Noviembre.
40. Littlejohn, G. (1995) A database for fibromyalgia. Ed. Rheum. pp. 527-557.
41. López, T. (1997). La depresión en el paciente anciano: Área de Bienestar Social. Ed. Ayuntamiento de Málaga, España.
42. Lovestone, S. (1997). La depresión en el anciano. Ed. Martín Dunita, London.
43. Lui, C., Wong, S., Teng, E. (1997). Depressive disorders among older residents in a chinese rural community. Review Psychological Medicine, Vol. 27, pp. 943-949.
44. McNeil, J. (1989). An age difference view of depression. Review Canadian Psychology, No. 30, pp. 608-615.
45. Menchón, J., Crespo, J., Antón, J. (2001). Depresión en ancianos en curso de formación continuada en geriatría. Ed. Trillas, México.

46. Mendelon, M., Lewinsohn, P. (1995). *Perspectivas psicoanalíticas de la depression: trastornos depresivos, hechos, teorías y métodos de tratamiento*. Ed. Ancora, S.A. Barcelona.
47. Muñoz, T. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Ed. Piramide, Madrid España.
48. Murphy, E. (1982), Social origins of depression in old age. Lui, C., Wong, S., Teng, E. (1997); *Depressive disorders among older residents in a chinnesse rural community*; *Review Psychological Medicine*, vol. 27, pp. 943-949.
49. Murphy, E. (1990). Increased mortality rates in late life depression. *British of Psychiatry*, No. 152, pp. 347-353.
50. Newman, J. (1989). Aging and depression. *Rev. Psychology and Aging*, No. 4, pp. 150-165.
51. Pauter, C., Thomas, R. (1984). *Maladie d'Alzheimer*. Ed. Masson, Paris.
52. Phifer, J., Murrel, S. (1996). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, No. 93, pp. 282-291.
53. Prince, J. (1970). *Geneática de la depresión*. Ed. Medcom, Nueva York.
54. Rincón, M., González, H. (1996). Síntomas depresivos en artritis: efectos tempranos de la intervención psicoeducativa estructurada. *Rev. Col. Psiquiatría*, Vol. XXV, No. 4.
55. Ríos, L. (2003). Depresión otra epidemia. *Rev. Vértigo*, Vol. 140, pp. 12-16.
56. Rodríguez, G. (2000). *Geriatría*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.
57. Rossoievitch, M. (1993). *Temas de psicogeriatría*. Ed. Paidos, Argentina.
58. Sánchez, R. (1993). Aislamiento y soledad: VIII Congreso Nacional de geriatría y gerontología de México. Ed. Medicina y Soledad, México, pp. 52-55.
59. Schildkraut, V. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *Rev. American Journal of Psychiatry*. No. 122, pp. 509-522.
60. Segal, H. (1985). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Ed. Paidos, Buenos Aires Argentina.

61. Seligman, M. (1981). A learned helplessness point of view in LP Rehms. Behavior Therapy for Depression: presents status and future directions. Academic Press, New York.
62. Slater, E. (1983). Psychiatric and neurotic illnesses in twins. Medical Research council special report series, Londres, No. 278.
63. Solomon, P., Path, V. (1986). Manual de psiquiatría. Ed. Manual Moderno, México.
64. Sosa, A. (1990). Depresión en la edad senil: psiquiatría. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.
65. Sosa, A. (2000). Depresión en el anciano: Psiquiatría" Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.
66. Tellembach, H. (1976). La melancolía. Ed. Morata, Madrid.
67. Thase, M., y cols. (1987), Nocturnal penile tumescence in depressed men. American Journal of Psychiatry, Vol. 144, No. 1, pp. 89-94, Enero.
68. Torres, C., Hernández, M., Ortega, S. (1991). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. Rev. Salud Mental. Vol. 14, No. 2, Junio.
69. Turner, R., Noh, S. (1988). Physical disability and depression. Journal of Health social Behavior, No. 29, pp. 23-37.
70. Vallejo, J. y cols. (1990). Predictores de respuestas a los antidepresivos, en trastornos afectivos, ansiedad y depresión. Ed. Salvat, Barcelona.
71. Vallejo, N. (1997). Introducción a la Psiquiatría. Ed. Manual Moderno, México.
72. Walter, C. (1979). Actividades y estresores ambientales en el ser humano. Rev. Médica, Vol. III, No. 12, Noviembre.
73. Waxman, H. y cols. (1985). A comparison of somatic complaints among depressed and non-depressed older persons. Rev. The Gerontologist, No. 25, pp. 501-507.
74. Weissman, M., Klerman, G. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, No. 35, pp. 1304-1311.
75. Zarebski, G. (1999). Aspectos de la tercera edad: Abordajes preventivos interdisciplinarios, factores de riesgo, psíquico en el envejecer. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Bibliografía complementaria

Tesis:

76. Confiabilidad del IDB y validez concurrente con la escala de depresión de Hamilton en un hospital psiquiátrico. Que presenta: Mayer Ortega Julian. Facultad de Medicina (UNAM, 1994).
77. Depresión en el paciente hospitalizado con intervención quirúrgica comparado con pacientes no hospitalizados. Que presenta Trujillo López Armando. Facultad de Medicina (UNAM, 1985).
78. Depresión: Factores de riesgo en ancianos mexicanos. Que presenta Gallegos Hernández Víctor. Especialista en Geriátrica. Facultad de Medicina (UNAM, 2001).
79. Detección e Identificación de Depresión en Pacientes Hospitalizados en el Instituto Nacional de Ortopedia. Que presentan: Díaz Najera Paul y González Gómez Edgar. Facultad de Psicología (UNAM, 1997).
80. Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica con Inventario de Depresión de Beck. Que presenta: Saín Magali. Fac. de medicina (UNAM, 1992).
81. La depresión atravesada por el genero. Que presenta: Aguirre Herrera Landy. (UAM-Xochimilco, 2001)
82. Prevalencia de depresión en ancianos mexicanos. Que presenta Ocegueda Azpeitia Gabriela. Especialidad en Geriátrica. Facultad de Medicina (UNAM, 2002).
83. Validez el Inventario para la depresión de Beck en el departamento de psiquiatría y salud Mental de la Facultad de Psicología. Que presenta Amieva González Ma. del Rosario. Fac. de Medicina (UNAM, 2000).

Otras bibliografías:

84. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression>
85. INEGI (2000). Estadística sociodemográfica por grandes grupos de edad, según entidades federativas.
86. Intercosulta psiquiátrica. Sistema Osteomuscular. Biblio. Strn.
87. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. Secretaria de Salud. (2001); Subsecretaría de prevención y protección de la salud.
88. SERSAME: Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones(2002).http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/depre_index.htm.