

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**

**“TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ADULTO MAYOR:  
¿RELACIÓN INEVITABLE?**

**EL PAPEL DE LOS FACTORES PROTECTORES”**

**TESIS DOCUMENTAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
PRESENTA**

**MARÍA GUADALUPE VIVES LÓPEZ**

**DIRECTORA DE TESIS**

**MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ**

**MÉXICO, D.F.**

**2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>		v.
<b>I. ANTECEDENTES</b>		1
• Definiciones Y Epidemiología de la Depresión		1
• Perspectiva Histórica del Concepto de Depresión		5
• Modelos Contemporáneos de la Depresión		11
• Informes sobre la Utilización de la Resiliencia en la Búsqueda de un Incremento en las Habilidades de Afrontamiento y Resistencia		15
 <b>II. MARCO TEÓRICO</b>		
 <b>CAPITULO 1: PROCESOS BIO-PSICO-SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO</b>		 20
1.1 Procesos Físicos		20
1.2 Procesos Psicológicos Básicos		26
1.3 Procesos Sociales: Familia, Sociedad y Cultura en el Contexto del Adulto Mayor		29
1.4 Ejemplos de Teorías Psicológicas sobre Cambios Ocurridos en el Individuo según las Etapas del Ciclo Vital		36
 <b>CAPITULO 2: PRINCIPALES PERSPECTIVAS AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN</b>		 42
2.1 Perspectiva Psicoanalítica		42
2.2 Perspectiva Cognitiva		56
2.3 Perspectiva Biológica: Abordajes Neurofisiológicos y Bioquímica de la Depresión		63
2.4 Perspectiva Integradora: Modelo Diátesis-Estrés		68

<b>CAPÍTULO 3: TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR</b>	69
3.1 Taxonomía	69
3.2 Comorbilidad	84
<b>CAPÍTULO 4: ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR</b>	91
4.1 Evaluación Multiaxial	92
4.2 Factores de Riesgo	98
4.3 Factores Precipitantes	105
<b>III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	108
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ADULTO MAYOR:     ¿RELACIÓN INEVITABLE?     EL PAPEL DE LOS FACTORES PROTECTORES</b>	
• Análisis de la Importancia de los Factores Protectores en la Promoción de la Salud Mental	108
• Análisis de la Utilidad del Fomento de la Resiliencia en el Adulto Mayor	113
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	137
<b>ANEXOS</b>	147
Anexo 1: Criterios para el Episodio Depresivo Mayor	148
Anexo 2: Criterios para el Diagnóstico de F32.x Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Unico	150
Anexo 3: Criterios para el Diagnóstico de F33.x Trastorno Depresivo Mayor, Recidivante	152
Anexo 4: Criterios para el Diagnóstico de F34.1 Trastorno Distímico	154
Anexo 5: Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	156
Anexo 6: Escala de Depresión de Hamilton (HDRS)	157

Anexo 7: Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)	161
Anexo 8: Escala de Zung-Conde (SDS)	165
Anexo 9: Escala de Depresión de Beck	166
Anexo 10:Inventario de Desesperanza de Beck	173
Anexo 11:Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)	175
Anexo 12:Escala Autoaplicada de Adaptación Social (SASS)	177
Anexo 13:Modelo Integrador (Dr. Alvaro Lista)	181

## **INTRODUCCIÓN**

Actualmente, la preocupación por la depresión a nivel mundial abarca mucho más allá que las enormes cifras de población a las que involucra -más de 340 millones de personas en el planeta-, ya que no sólo se trata del sufrimiento de quién la padece, sino también el de familiares y amigos. La Organización Mundial de la Salud sostiene que este padecimiento se ubica dentro de los cuatro primeros lugares dentro de las enfermedades que implican más costos en áreas como la económica y la social (Baldwin et al., 2002).

Esta institución afirma que la depresión no es característica de una edad en particular, y que el impacto en la vida de las personas que sufren este trastorno es devastador. Tiene un efecto global en la capacidad de la persona para funcionar, ya que se vuelve cada vez menos capaz de llevar a cabo actividades que impliquen un esfuerzo físico y cognitivo. En este sentido, se considera que el sufrir depresión puede ser más incapacitante que perder un miembro. Incrementa el riesgo de suicidio, debido a que, además está asociado a conductas altamente riesgosas. Por ejemplo, el adulto mayor deprimido siente que la vida ya no tiene nada que ofrecerle, circunstancia que ubica al padecimiento en este grupo etéreo como el más directamente relacionado con el suicidio. Sería entonces de suma importancia diagnosticar el padecimiento lo más pronto posible, para evitar un desplome en la salud y la integridad física del individuo añoso. Las cifras dominantes sobre la depresión en la vejez son artificialmente bajas porque existe un notable subdiagnóstico, debido a sus comorbilidades y a que puede ser secundaria a otras enfermedades, entre otras, la hipertensión y los desórdenes tiroideos, o a la ingesta de ciertos medicamentos. También puede ser subreconocida porque muchas veces coincide con los “cambios típicos de la vejez. El individuo pierde energía vital, sufre alteraciones en el dormir, en el apetito, en el ánimo, presenta dificultad para concentrarse y recordar y deja de interesarse por las actividades que antes solía disfrutar. Su visión del mundo y sus cogniciones sobre la vida y sobre sí

mismo cambian, y muchas veces se convence de que nadie se preocupa por él. Debido a que en la actualidad la depresión es uno de los trastornos más frecuentes, especialmente en la edad tardía, su estudio en esta etapa vital se ha vuelto intenso. Resulta sumamente interesante por su frecuencia, su etiopatogenia, su relación con otros padecimientos, la variada combinación de tratamientos que no son siempre exitosos, los frecuentes pronósticos sombríos, el impacto que ejerce sobre la economía familiar y social, y su deteriorante efecto sobre la calidad de vida del paciente, de los familiares y de los cuidadores. Asimismo, la frecuente comorbilidad médica implica para el paciente una mayor incapacidad y un incremento en el deterioro en diversos niveles de funcionamiento, prolongación de estancias hospitalarias y acortamiento de años de vida, todo lo cual tiene repercusiones enormes en cada una de las áreas de su existencia y las de la sociedad en su conjunto (Baldwin et al., 2002).

Debido a que uno de los principales problemas relacionados con este padecimiento es que, a pesar de su elevada prevalencia, no siempre se reconoce ni por el paciente ni por el personal de salud, solamente una minoría de los adultos en la etapa tardía de su vida que sufren de este trastorno se benefician con un tratamiento adecuado. Los desórdenes depresivos afligen a al menos 20% de las mujeres y 12% de los hombres en algún momento de su vida. A pesar de la posibilidad de acceder a tratamientos efectivos, se afirma que muchas personas deprimidas están discapacitadas, y los niveles de suicidio resultan preocupantes, ya que ocurren en aproximadamente el 15% de los que padecen desórdenes depresivos, tanto en jóvenes como en adultos, especialmente en los añosos. A pesar de que los trastornos depresivos son más comunes en mujeres, más hombres que mujeres mueren a causa del suicidio, resultado probablemente relacionado a la manera en que lo llevan a cabo (Ochoa, 2003).

Es importante tomar en cuenta la especial sintomatología implicada en la depresión en el adulto mayor (60 años en adelante). A esta edad, el trastorno puede manifestarse solamente a través de las pérdidas de memoria y de quejas somáticas. En estas

depresiones enmascaradas, el problema aparece como completamente físico, pero no como psicológico (Belsky, 2001). De ahí la importancia del estudio de la etiopatogenia del trastorno. Las causas involucradas en la génesis de este padecimiento son muchas y muy variadas. Los resultados de un gran número de estudios demuestran que las predisposiciones genéticas juegan un papel importante. Las causas biológicas referentes a trastornos orgánicos, neuroendócrinos y cambios estructurales, entre otras, se consideran directamente relacionadas con la etiopatogenia del trastorno depresivo. Sin embargo, también lo están, y para muchos en igual o mayor medida, las causas ambientales, es decir, las primeras experiencias desfavorables y las circunstancias estresantes actuales. Las experiencias de la infancia tienden a predisponer al individuo a la depresión, la cual puede aparecer tardíamente cuando la vida actual no va bien (Akiskal, 2000).

A través de los años, se han elaborado varios modelos explicativos de la depresión, los cuales han propuesto sus propios mecanismos involucrados en la génesis de ésta. De ellos se han derivado una serie de implicaciones científicas y clínicas. Asimismo, las aportaciones de diversas teorías han auxiliado en el estudio de este trastorno. Entre ellas, la psicoanalítica, la cognitiva, las perspectivas neurofisiológicas, las bioquímicas, así como los modelos integradores, han proporcionado información sobre la cual se ha basado investigación científica destacada y manejos terapéuticos utilizados en la actualidad. Por ejemplo, Freud originalmente entendió a la depresión como una rabia introyectada. Para él, los autorreproches y la pérdida de la autoestima experimentada comúnmente por los pacientes deprimidos se dirigen no al "self", sino a un objeto introyectado. Entonces, la rabia dirigida al objeto ambivalentemente introyectado adquiere las manifestaciones clínicas de la depresión. Después de haber desarrollado su modelo estructural, Freud expandió su comprensión del trastorno, incluyendo a un cruel Superyó que castiga a la persona por contener deseos destructivos hacia las figuras parentales y hacia otras personas significativas. Más adelante, se habló de la pérdida del objeto y su relación con la depresión, en donde el impacto depresivo de los eventos de separación usualmente reside en su significado simbólico para una persona en lugar de en un peso objetivo arbitrario que el evento pueda tener para los índices

clínicos. También se habló de la disminución patológica de la autoestima en relación a la génesis de los trastornos depresivos (Gabbard, 2000).

Relacionada también con la teoría psicoanalítica, Melanie Klein sugirió que la depresión está ligada a la reactivación de la posición depresiva, dado que los pacientes deprimidos están convencidos de que han destruido a sus objetos buenos introyectados debido a su propia agresión y codicia. El resultado es que se sienten perseguidos por objetos malos internos mientras anhelan al mismo tiempo la pérdida de los objetos amados. Con Bowlby (1980), la perspectiva psicoanalítica relacionó la depresión con la pérdida, vinculando este problema con el duelo. Aquí, el duelo se convierte en depresión cuando la pérdida de las figuras de apego no se resuelve en forma normal. Bowlby sostiene 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 no existió en forma válida. Todos los casos en que no se puede contar adecuadamente con los padres, muestran que el hijo corre el riesgo de padecer depresión en la vida adulta. En este sentido, esta postura manifiesta que las pérdidas que se producen en la infancia causan un sentimiento de fracaso, de inadaptación y desconfianza que, según Belsky (2001), envenena la capacidad de la persona para desarrollar relaciones satisfactorias en la madurez. Este autor agrega que se produce una respuesta exagerada a lo que sale mal porque las pérdidas actuales recuerdan los primeros traumas. Este punto de vista considera que cuando el individuo se siente indefenso y sin esperanza, se deprime.

Más recientemente, autores como Gabbard (2005) consideran que, en general, los psicoanalistas contemporáneos han minimizado el rol de la agresión en el desarrollo de la depresión, a la cual visualizan como una perturbación de la autoestima dentro del contexto de las relaciones interpersonales. Esta argumentación la basan en la observación consistente de que los pacientes deprimidos sienten que no han alcanzado sus propios estándares internos de conducta. En este sentido, la concientización de los pacientes deprimidos de la disparidad entre su verdadero desempeño y sus altas expectativas internalizadas, los conduce a sentirse desesperanzados y sin control. Estas expectativas internas frecuentemente involucran la elicitación de cierta clase de

respuesta de personas significativas de su entorno. Con frecuencia, los individuos deprimidos viven sus vidas enteramente para otros, más que para sí mismos y la depresión puede comenzar cuando no tienen esperanza respecto a sus planes de vida porque se dan cuenta de que sus esfuerzos han sido inútiles respecto al vivir solamente para alguien más. Representantes de la perspectiva de las relaciones objetales sostienen que muchos pacientes deprimidos inconscientemente se sienten a la merced de un tormentoso objeto interno que es inaplacable en la persecución del propio individuo. Esto hace que, en algunos casos de depresión psicótica, el primitivo precursor del Superyó se convierta realmente en una alucinación auditiva o visual que es permanente y sostenidamente crítica. En cuanto al punto de vista de la psicología del self, se relaciona a la depresión con un sentido de desesperación acerca de la imposibilidad de lograr cubrir las necesidades de objeto del “sí-mismo” que se consideran que sí logran otras personas del medio ambiente circundante.

El modelo de indefensión aprendida, considerada como un equivalente experimental del modelo cognitivo, propone que la postura depresiva es aprendida de situaciones pasadas en las cuales la persona fue incapaz de poner fin a contingencias indeseables. Destaca la relación existente entre sentimientos de indefensión, desesperanza y depresión. Se ha dicho que esta indefensión aprendida podría proveer posibles vínculos entre aspectos de la biografía personal y la fenomenología clínica en los trastornos depresivos. Se afecta la visión del mundo del individuo, el cual se vuelve apático, retraído, desesperado y desesperanzado. Es decir, lo transforma en un individuo deprimido (Akiskal, 2000).

La perspectiva cognitiva ha tenido importantes contribuciones al estudio y manejo de la depresión. Para ella, el procesamiento de información defectuoso constituye una parte esencial del complejo de síntomas y funciones emergentes para mantener desórdenes psicológicos, en donde hay un dominio de imágenes y de pensamientos automáticos negativos que derivan de estructuras cognitivas o esquemas latentes persistentes poseedores de una orientación disfuncional o maladaptativo. Esta postura sostiene que, en la depresión, las personas tienden a interpretar experiencias negativas

personalmente significativas como fundamento de las creencias que tienen acerca de ser ellos mismos seres fracasados. En la vejez, cuando se desbaratan los “modelos de conducta aprendidos según el guión”, cuando faltan hechos reforzadores de la autoestima o cuando faltan experiencias agradables, pueden fácilmente producirse perturbaciones en el individuo que generen fuertes síntomas depresivos. Sin embargo, los cognoscitivistas creen que los individuos pueden ser capacitados para acceder y cambiar los productos de su procesamiento de información defectuoso (Beck, 2002).

En relación al estudio de la neurofisiología y bioquímica de la depresión, los hallazgos han sido muy interesantes. Los abordajes neurofisiológicos más conocidos son la hiperexcitabilidad neuronal, la ritmopatía y la desregulación afectiva. Por su parte, los avances en el conocimiento de la bioquímica involucrada en los trastornos depresivos, han fundamentado los tratamientos farmacológicos más novedosos utilizados hasta el día de hoy. El conocimiento que ahora se tiene de la función de los neurotransmisores, y la manera en que éstos afectan el comportamiento, el humor y el pensamiento, han auxiliado enormemente en el manejo de los trastornos depresivos (Akiskal, 2000).

En cuanto a los modelos integradores, éstos han contribuido en la comprensión de la manera en que una diversidad de factores intervienen en la etiopatogenia de este padecimiento. En este sentido, resulta muy notable la importancia que dan a las influencias del entorno sobre la predisposición genética y la vulnerabilidad personal en cada individuo. De estos modelos se ha desprendido en gran medida el énfasis actual que se da a la psicoeducación y al fomento de las redes familiares y sociales en el manejo y la prevención de los trastornos depresivos a cualquier edad (Rojtenberg & Moreno, 2005).

Desafortunadamente, resulta evidente que las condiciones actuales de vida de gran parte de los adultos mayores involucran una notable falta de vinculación humana, de rol en la sociedad y de refuerzos a su autoestima. La dolorosa vivencia de pérdidas de todo tipo que posee el adulto senescente, sobre todo del control personal, es innegable. Para muchos de ellos, todo parece derrumbarse sin que puedan hacer algo

al respecto. Las estadísticas muestran un incremento sostenido en las cifras relativas a individuos deprimidos en las poblaciones senescentes año tras año. La literatura médica también abunda en datos sobre el sombrío panorama que espera a gran parte de la población añosa a nivel mundial.

Sin embargo, ¿estamos realmente frente a la inevitabilidad de la relación entre los trastornos depresivos y el adulto de la tercera edad? Puesto que nuestra labor, más que curativa debiera ser preventiva, es indispensable el estudio de los factores de riesgo y los factores desencadenantes de los trastornos depresivos. Resulta esencial para comprender cuáles son los factores protectores que podemos promover de manera multidisciplinaria, con el fin de poner las bases de una promoción de la salud mental eficiente. Dentro de las estrategias utilizadas y aprobadas por la Organización Mundial de la Salud, el cuidado médico adecuado, el fortalecimiento de redes familiares y sociales, así como el fomento a la resiliencia, aparentemente han resultado ser una combinación afortunada en la promoción de la salud mental (Melillo, 2004).

Pero, ¿Qué es y qué hace la resiliencia? ¿Es un mito o es una realidad? ¿Es relevante para la protección contra padecimientos como los trastornos depresivos en el adulto de la tercera edad? ¿Es de utilidad en su manejo, a una edad en la que el individuo mismo piensa que la vida ya no tiene nada que ofrecerle y que todo se derrumba para él? ¿Es posible fomentarla en la senectud, si se considera que se trata de un proceso que se teje durante toda la vida? ¿Y en esas circunstancias, cómo puede construirse?

Autores como Manciaux (2003) o Henderson y col. (2004) han dicho que la resiliencia implica resistencia, adaptabilidad, capacidad de enfrentarse. Que se trata de una cualidad fuera de lo común cuyas características permiten al individuo resistir, sobrevivir y edificarse a pesar de las dificultades, las adversidades, las pérdidas y las situaciones traumáticas. En esta época histórica, en que la mayor parte de las sociedades tienden a “desaparecer” al adulto senescente, la consideración de la promoción de la resiliencia a esta edad resulta fascinante

Uno de los aspectos más interesantes de este concepto es la transdisciplinariedad que requiere, lo cual afortunadamente ayuda a superar las estrechas fronteras en las que frecuentemente se encierran los especialistas, debido a que la resiliencia hace que se muestre una capacidad que no logran explicar a plenitud las respuestas tradicionales de los médicos, los biólogos, los psicólogos, los educadores y demás profesionales afines a estos temas. Autores como Erich Fuchs sostienen que hay que ver más allá: “en el ser humano, no todo se explica por razones causales, determinismos físicos, genéticos, biológicos y sociales; el fundamento de la resiliencia tal vez esté en ese pequeño espacio que llamamos libertad...la resiliencia demuestra que la ética existe como expresión de la libertad, que es muy frágil...la relación entre la resiliencia y la ética implica un deber de reconocer y favorecer las capacidades del niño y del adulto para desarrollarse, apoyándose en lo que le estorba” (1)

Por lo tanto, el presente trabajo intentará poner sobre la mesa la posibilidad de prepararnos para enfrentar este enorme reto: la lucha contra la aparente inevitabilidad de la relación entre el adulto de la tercera edad y los trastornos depresivos en la época actual. Por lo tanto y debido a las especiales características de la población que atañe a este trabajo, se consideró de utilidad mencionar primeramente los aspectos más importantes del proceso de envejecimiento, seguidos de las principales aportaciones de los modelos contemporáneos más representativos en el estudio de la génesis de este padecimiento, los tipos de trastornos depresivos en el adulto mayor, su sintomatología, comorbilidades, factores de riesgo y factores desencadenantes, para poder reflexionar y hacer un análisis de la importancia de la promoción de los factores protectores, con especial consideración a la utilidad del fomento a la resiliencia. Parece indispensable e inaplazable considerar todo aquello que podemos hacer tanto a nivel individual y comunitario, como en lo inter e intradisciplinar, con el fin de ayudar al adulto mayor a recuperar su bienestar y su rol en el grupo social, para que le sea posible caminar con dignidad el último tramo del sendero de su vida en satisfacción y plenitud interna.

(1) Fuchs, E. (2003). “¿Van unidas ética y resiliencia?”, en Manciaux, M. (comp.), **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 286. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

## ANTECEDENTES

- **DEFINICIONES Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN**

La depresión se ha definido de muchas maneras a través de los siglos. Robert Burton (siglo XVII) creía que ninguna de las penas era tan terrible como la melancolía, término utilizado para denominar a este trastorno en la antigüedad. Philippe Pinel (siglo XIX) sostenía que las características de la melancolía incluían a la lividez en la cara, un estado de desconfianza, un pulso lento y concentrado, un sueño agitado y trastornado por objetos de terror e imágenes tristes. Para Freud (siglo XIX), la tristeza y el duelo eran estados de ánimo normales. Sin embargo, la anhedonia o incapacidad para experimentar placer, la desesperación y la pérdida de la capacidad para reaccionar a los estímulos positivos correspondían a un trastorno depresivo. Por lo tanto, los pensamientos suicidas, las alteraciones en el sueño, los cambios del apetito, la dificultad para concentrarse, las ideas negativas, de desesperanza, de vacío, de inutilidad, así como los sentimientos de tristeza mayor a lo esperado para un evento adverso específico de la vida, eran síntomas y definían a la depresión (Póstel & Quétel, 1993).

La Asociación Psiquiátrica Americana define a este padecimiento como un trastorno del estado de ánimo o falta de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados, por un período mayor a dos semanas. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud sostiene que el enfermo que la padece sufre humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lo lleva a disminuir su nivel de actividad y a sentir cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo (Baldwin et al., 2002). Actualmente, una de las definiciones más utilizadas en el ámbito psiquiátrico y psicológico es la del Dr. Alvaro Lista, quien sostiene que depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales,

cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social-ocupacional (Rojtenberg & Moreno, 2005).

Lo verdaderamente relevante es que, más allá de las definiciones, es claro que este trastorno origina intenso sufrimiento psíquico en el sujeto, a veces hasta el punto de no querer seguir viviendo. Conlleva una importante discapacidad a nivel personal, familiar, social, vocacional y laboral. Promueve y prolonga enfermedades. Empeora la salud y la calidad de vida. Se asocia con morbilidad cardio y cerebro vascular, y tiene una frecuente comorbilidad con otras entidades psiquiátricas, como lo son los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias.

La Organización Psiquiátrica Mundial (Baldwin et al., 2002) considera que la aparición del trastorno se determina por la interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, y ambientales (familiares, sociales y culturales), y que estos factores generan cambios bioquímicos y/o estructurales en el Sistema Nervioso Central, circunstancia que promueve una sensibilización para el desarrollo de nuevos episodios depresivos, así como la estabilización de las condiciones neurobiológicas que llevan a la recurrencia y a la cronicidad.

La prevalencia de la depresión en el adulto mayor varía de fuente a fuente según los criterios diagnósticos involucrados, y las metodologías usadas, pero varía de 0.4 a 35%. Entre un 10 y 20% de los mayores de 65 años atraviesan por al menos un episodio depresivo, y hay entre un 1 y 5% (algunos hablan de hasta un 13%) que presentan síntomas de depresión mayor, afectando a aproximadamente el doble de mujeres que de hombres, aún cuando hay variaciones geográficas. Las cifras sobre la incidencia también varían, ya que cada estudio arroja números distintos, aunque en general se habla de un 12% anual que tiende a disminuir en los años de seguimiento debido a su relación con alta mortalidad y morbilidad, aspectos que determinan la pérdida del caso en el seguimiento. La dificultad para distinguir si los síntomas depresivos tienen causas orgánicas o psiquiátricas, complica el registro de cifras. Se habla de una prevalencia de depresión del 25% en adultos mayores que están

hospitalizados o viven en residencias geriátricas, y de una prevalencia de entre 4 y 60% en adultos de la tercera edad que acuden a instituciones mentales. Los hospitales reportan un 25% de pacientes mayores con una enfermedad física que presentan depresión mayor y un 90% de adultos añosos con depresión mayor que padece al menos una enfermedad física. En relación a los centros mentales, éstos reportan prevalencias de aproximadamente el 46%, siendo la depresión mayor el subtipo más frecuente (Rojtenberg & Moreno, 2005).

La OMS también sostiene que el riesgo de morbilidad de los individuos es del 20%, siendo mayor la proporción en la mujer, al menos en la adolescencia y en la adultez temprana y media, ya que resultados de estudios recientes indican que hay una mayor prevalencia de depresión en los varones en la infancia y en aquellos mayores de 80 años de edad. Para esta institución, una de cada cinco personas padecerá depresión una vez en su vida, y de éstas, el 70% de ellas tendrá más de un episodio depresivo (Baldwin et al., 2002).

Además, aquellos individuos que tienen antecedentes familiares con trastornos depresivos, los que cuentan con una historia familiar de trastornos afectivos o alcoholismo, aquellos con enfermedades crónicas, trastornos de la personalidad, así como los que tienen una historia de eventos traumáticos tempranos o abuso infantil, tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de padecer depresión que aquellos que no los poseen. (Rojtenberg, S. & Moreno, F., 2005). El estado civil también parece ser influyente, ya que se presentan tasas más altas entre los divorciados que entre los casados varones. Sin embargo, entre las mujeres, son las casadas y no las solteras las que presentan tasas más elevadas. En esta situación intervienen tanto el grado de sujeción al hogar, como la mantención de canales sociales de comunicación (Ochoa, 2003).

En cuanto a la evolución de este padecimiento, los estudios más recientes indican que refiere una clara tendencia a la cronicidad, que se incrementa en un 10% por episodio. Además, cada episodio aumenta estos riesgos (Rojtenberg, S. & Moreno, F., 2005).

Sabemos ahora que la depresión es un trastorno muy común en la actualidad. Sin embargo, en muchas ocasiones, ni siquiera la persona que lo sufre se percata de que lo tiene porque este padecimiento puede presentarse en forma enmascarada o somatoforme. Adicionalmente, se ha visto que hasta el 70% de los pacientes deprimidos racionalizan sus síntomas depresivos, diciendo que tienen cansancio, exceso de trabajo, que “están haciéndose mayores”, etc. La depresión termina constituyendo una entidad de diagnóstico difuso y tardío, lo cual es un gran problema, debido a que se le subreconoce por los pacientes y se le subdiagnostica por parte de los profesionales de la salud con demasiada frecuencia. \*

Algunos ejemplos de los factores que intervienen en el subdiagnóstico y el subreconocimiento son los siguientes (Rojtenberg, S. & Moreno, F.,2005):

1. Banalización propia y ajena de la enfermedad, atribuyendo el malestar al estrés o al cansancio, diciendo que “ya va a pasar, es cuestión de tiempo”.
2. Racionalización de la enfermedad, vinculando los síntomas a algún episodio negativo reciente.
3. Negación de la enfermedad.
4. Enmascaramiento psíquico.
5. Enmascaramiento somático.
6. Comorbilidad con otros cuadros, tanto psiquiátricos, como neurológicos o clínicos.
7. Falta de tiempo y/o espacio mental en el profesional para contactar con el padecer del paciente.

**\* (Consultar Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor Episodio Unico, Trastorno Depresivo Mayor Recidivante, Trastorno Distímico, así como las Escalas de Evaluación de la Depresión GDS, Hamilton, MADRS, SDS, Beck, el Inventario de Desesperanza de Beck y las Escalas EEAG y SASS en Anexos 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 y 12 respectivamente)**

La importancia de tomar en cuenta lo anterior es evidente, ya que es imprescindible llevar a cabo un diagnóstico adecuado y a tiempo de los trastornos depresivos en el adulto mayor, debido al agravamiento del propio padecimiento si no se trata de inmediato, así como al negativo impacto que tiene sobre el pronóstico de padecimientos asociados, circunstancia frecuente en el individuo añoso.

- **PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE DEPRESIÓN**

Los síntomas depresivos estaban implicados en el proceso de envejecimiento desde la antigüedad, época en la que se pensaba que la melancolía crónica desembocaba en demencia. La etiología de la depresión se relacionaba tanto con hipótesis biológicas, como con hipótesis divinas. Durante el período de la Antigüedad Grecorromana, Hipócrates y los demás autores del “Hábeas Hippocraticum” elaboraron en forma progresiva la Teoría de los Humores, la cual sostiene que la salud descansa en el equilibrio de los humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, así como en el equilibrio de las cualidades que los acompañan: caliente, frío, seco y húmedo, básicamente (Póstel & Quérel, 1996).

En este sentido, se consideraba que el desequilibrio era la base de la enfermedad en general y de todas las enfermedades en particular, ya que decían que no existía una dicotomía entre enfermedades del alma y enfermedades del cuerpo. Es decir, pensaban que, puesto que todas las enfermedades tienen una explicación fisiológica, son entonces físicas, y los tratamientos adecuados son los sintomáticos. Como no se excluye la noción de partes del cuerpo, se sostenía que el cerebro era la parte afectada en la enfermedad mental. Por lo tanto, según esta teoría, no es propiamente este órgano el causante de la enfermedad mental, lo que sucede es que, mediante su expresión psíquica, mediante los trastornos humorales, la enfermedad mental se pone de manifiesto. Esto puede causarse por factores internos o por factores externos, como lo sería la alimentación. De aquí se derivaba la importancia del medicamento (por su

asociación al régimen alimentario) y de la “psicoterapia”, entendida ésta como el diálogo establecido entre médico y enfermo: el médico escucha, explica y ordena.

Hipócrates (460-357 A.C.) describió a la melancolía o “bilis negra” como un estado de desaliento, abatimiento, irritabilidad, inquietud y en ocasiones una aversión al alimento. Años después, Galeno (131-201 D.C.) propuso que la melancolía se manifestaba en miedo y depresión, descontento hacia la vida y odio hacia las personas. Más adelante, Aurelianus amplificó el rol de la agresión en la melancolía, y su vínculo con el suicidio, describiendo la manera en que la enfermedad asumía un tinte delirante (Póstel & Quétel, 2000). Hay que mencionar que el “juego de los humores”, el cual es propio de cada individuo, sufre la influencia de la edad, la estación del año y la hora del día. Se pensó que la melancolía tenía la particularidad de ser el humor que correspondía con la finalidad del día, el otoño y la decadencia de la edad, por lo que se consideró que ella precede inmediatamente a la noche, al invierno y a la ancianidad. Recordar lo anterior es importante porque fueron los griegos quienes elaboraron la más antigua formulación bioquímica de los trastornos mentales. Creían que la enfermedad usualmente se originaba a partir del sustrato del sombrío temperamento melancólico, el cual, bajo la influencia del planeta Saturno, hacía que el bazo secretara bilis negra, lo que en última instancia ensombrecía el estado de ánimo debido al impacto que esto tenía sobre el cerebro. Las descripciones griegas de las manifestaciones clínicas de la depresión y del temperamento predispuesto a la melancolía, se reflejan en el DSM IV TR y en la subdepresiva letargia, auto-denigración y pesimismo habitual de la persona con trastorno distímico (Akiskal, 2000).

Durante el período comprendido entre el Renacimiento y la Ilustración, la palabra melancolía designaba a la vez, un humor natural, un temperamento caracterizado por una especie de tristeza meditativa, según palabras de la época, “los variados frutos de la adustión de los humores, y una alucinación del espíritu”. La “locura parcial” con la que se equiparaba a la melancolía en el Renacimiento, no necesariamente incluía la tristeza, y mucha gente de esa época histórica relacionaba a la depresión con factores externos, como lo era lo divino, por lo que se llegaba incluso a acusar de brujería a

quienes sufrían de psicosis depresivas.

Sin embargo y a pesar de las creencias mencionadas anteriormente, había una cierta visión “positiva” de la melancolía. Abraham mencionó que de entre todas las complexiones destempladas, él pensaba que no había una que fuera más excelente que la melancólica cuando ésta se mantiene dentro de los límites de la salud. Se pensaba que había una especie de grandeza en la melancolía, porque, aún siendo destemplada, era la complexión que forjaba a los hombres de gran entendimiento. Por otro lado, también se veía su miseria, afirmándose que el melancólico andaba siempre cerca de la locura, ya que, en esta época se consideraba a la melancolía como al vino, agregando que este humor, aunque agudice el entendimiento, como lo hace el vino bebido con moderación, si es demasiado abundante y excesivo e imbuido de algún vicio, es sumamente perjudicial para el espíritu (Póstel & Quétel, 1993).

Ya para el siglo XIX, en la época en que Freud desarrolló sus conceptos sobre angustia y neurosis, existían dos formas aceptadas del término depresión:

1. Melancolía
2. Depresión de presentación normal producto de las vicisitudes de la vida.

Para este momento, se llevaba a cabo una diferenciación de las depresiones por grados, y a fines del mismo siglo, se aplicaba el término melancolía únicamente a las depresiones de grado psicótico. En Kraepelin y en Freud, el término melancolía se oponía al de tristeza de ocurrencia normal. Por lo tanto, se relacionaba a la magnitud de la perturbación del humor y su duración, con las características del individuo. Había que considerar que, aún las personas más estables, pueden ceder al abatimiento depresivo al estar frente a sucesos excepcionalmente intensos. En todos los casos, las medidas terapéuticas de esa época consistían en el aliento, el apoyo, el alejamiento de las fuentes de tensión y la consideración de los precipitantes junto con los abordajes psicológicos profundos del Psicoanálisis. Entonces, la palabra depresión, a partir del siglo XIX, se utilizó principalmente en Medicina para significar una disminución de las funciones, de las potencias vitales o para hablar sobre la condición de un ánimo

abatido.

Se ha comentado incluso que, en relación al origen de la palabra depresión, “antes de que apareciera la ‘depresión’ ya se conocía la ‘melancolía’ (Postel, J. & Quérel, C. 1993).

Esta empezó a llamarse ‘depresión’ a mediados de los años treinta del siglo XX a raíz del surgimiento de la crisis financiera denominada ‘La Gran Depresión’. La palabra ‘depresión’ se volvió un término psiquiátrico, mientras que al derrumbe económico se le llamó ‘Recesión’...En cierta medida, Freud tenía la misma idea sobre el origen de la histeria que la propuesta por Thomas SAS y Harris Brown con relación al origen de la depresión: el medio ambiente, es decir, sucesos vitales traumáticos.” (2)

Aquellos que entendieron el problema como la consecuencia de conflictos emocionales, lo cual implica la relación con otros, establecieron el origen de los síntomas como externo. Al igual que Fairbairn, ubicaron a la etiología de la depresión en “problemas inherentes a las relaciones individuales con los objetos significativos...Todos los problemas personales son, básicamente, problemas inherentes a las relaciones individuales con los objetos significativos” (3). Como es evidente, para los seguidores de esta postura, las personas con trastornos depresivos son víctimas de sus relaciones objetales. Por otro lado, mientras que algunos autores han visto a la depresión y a la generalidad de los desórdenes mentales como el resultado de situaciones vitales intolerables, otros han considerado a la depresión como

un padecimiento originado en una conformación psicológica o mental deficiente del metabolismo del individuo, es decir, en su biología.

En la actualidad, el término depresión muchas veces se usa de manera generalizada

(2) Bar Din, A. (1989). “La sintomatología de la depresión y sus implicaciones sociales”. En Bar din, A. **La Madre Deprimida y el Niño**. Cap. 2, pp. 13. México: Siglo XXI Editores

(3) Fairbairn, W. (1954). **Psychoanalytic Studies of the Personality**. Londres, Inglaterra: Tavistock

Publications.

para mencionar una amplia gama de emociones: desde una leve fatiga pasajera, hasta profundos sentimientos de aislamiento y desesperanza. Se ha discutido mucho el uso clínico de la palabra, debido, entre otras razones, a las diversas descripciones de síntomas, las cuales no se han considerado ni exclusivas ni exhaustivas a lo largo de los años. Asimismo, parte de la confusión también se debe a la etiología de la depresión en relación con la clasificación de los síntomas. Respuestas a preguntas como: “¿Es la depresión una enfermedad o es una reacción normal del individuo a los acontecimientos vitales que le causan un dolor insoportable?” han sido objeto de acaloradas discusiones a través del tiempo, originándose, en consecuencia, las distintas concepciones del término, las teorías alrededor del mismo y las clasificaciones que se derivan de sus diferencias.

Para Akiskal (2000), el sub-óptimo nivel de resultados en el manejo de los trastornos del estado de ánimo en los últimos diez años, no se debe únicamente al subdiagnóstico y al subtratamiento por varias razones:

1. La incidencia de los trastornos del estado de ánimo puede estarse incrementando en grupos de edades menores, especialmente en las cohortes nacidas en los 1960s, y pueden estar asociados con ascendentes niveles de uso de alcohol y abuso de sustancias.
2. Los trastornos del estado de ánimo, antes considerados como padecimientos esencialmente adultos, se están diagnosticando cada vez más en niños y adolescentes.
3. Estudios clínicos sugieren la existencia de niveles más elevados de cronicidad, recurrencia y refractaria de lo que se creía anteriormente.

Se ha tendido a sobreestimar la proporción de casos con pronóstico menos favorable, y es innegable que muchos pacientes atendidos en consultorios privados experimentan resultados favorables debido a que se les proporciona un mucho mejor cuidado del que reciben la mayor parte de los pacientes que atienden en otros entornos.

En Europa, dos escuelas de pensamiento acerca de los trastornos del estado de ánimo han influido en la conceptualización de los mismos:

1. Escuela de Maudsley: Promovió un modelo “continuo”, que va de los trastornos de ansiedad, a las depresiones neuróticas leves y de éstas a las depresiones endógenas severas y depresiones psicóticas.
2. Escuela de Newcastle: Enfatizó fuertemente las demarcaciones entre estos padecimientos.

Los vestigios de ambas posturas aún influyen la investigación básica y clínica, pero su significancia está actualmente opacada por estudios europeos que subdividen a los trastornos del estado de ánimo basándose en una polaridad:

1. Unipolar: Referida únicamente a los episodios depresivos.
2. Bipolar: Referida a los episodios depresivos adicionados a episodios maníacos, hipomaniacos o episodios mixtos.

Esta subdivisión se ha apoyado por estudios realizados en los Estados Unidos de Norteamérica, y ha servido como base para investigaciones recientes (2000) sobre la clasificación de los trastornos del estado de ánimo. De hecho, esto se refleja tanto en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR), como en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados de Salud (ICD-10). Sin embargo, y a pesar de esta aprobación oficial, muchas autoridades en la materia siguen viendo una continuidad considerable entre los trastornos depresivos recurrentes y los trastornos bipolares (Akiskal, 2000).

Esta idea de continuidad también se maneja en la información que hasta principios del Siglo XXI se ha obtenido respecto del “continuum” entre los trastornos del estado de ánimo juveniles y los adultos.

El mismo Akiskal (2000) menciona que los conceptos que se manejan últimamente en los Estados Unidos de Norteamérica sobre los trastornos del estado de ánimo abarcan

a muchas condiciones previamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno de la personalidad o neurosis. Las fronteras conceptuales se ampliaron aún más debido a la accesibilidad a tratamientos nuevos y efectivos, y al inaceptable riesgo por la diskinesia tardía y suicidio en personas con trastornos del estado de ánimo mal diagnosticado. Se ha dicho que el propio estudio de la psicobiología de las enfermedades afectivas ha originado mucho interés por la investigación de estos trastornos.

Algo muy interesante es que, los cambios que han ocurrido en la práctica diagnóstica, cualesquiera que éstos sean, parecen no haber afectado significativamente a la morbilidad y la mortalidad de los trastornos depresivos. Autores contemporáneos opinan que esto escandaliza porque desde los 1990's se usan nuevas generaciones de antidepresivos y agentes estabilizadores del estado de ánimo, así como psicoterapias especializadas en el manejo de la depresión. Concluyen que esto se debe, en parte, al hecho de que tanto el entrenamiento especializado como el primario en relación al manejo de estos padecimientos, han fallado en ponerse al día con los últimos avances en el estudio, manejo y prevención de estos padecimientos. Sin embargo, se afirma que se ha incrementado la concientización de lo que son y lo que implican los trastornos depresivos, y puesto que los trastornos del estado de ánimo subyacen en el 50-70% de los suicidios, el tratamiento efectivo, y especialmente la prevención de estos padecimientos debe ser una prioridad.

- **MODELOS CONTEMPORÁNEOS DE LA DEPRESIÓN**

De la antigüedad hasta principios del siglo XXI, se han llevado a cabo una serie de virajes conceptuales alrededor de la depresión, ofreciéndose explicaciones que han ido desde lo sobrenatural, hasta lo naturalista, de las reduccionistas teorías unitarias sobre causalidad, hasta las teorías pluralistas, y del dualismo hasta lo psicobiológico. Los nuevos abordajes derivados de posiciones teóricas competitivas, han generado modelos para comprender varios aspectos de los trastornos del estado de ánimo,

particularmente de los trastornos depresivos.

Los modelos biológicos se ocupan con la definición de los mecanismos somáticos que subyacen o predisponen a las experiencias afectivas mórbidas. Por otro lado, la influencia formativa de la experiencia temprana y de cómo se forma dinámicamente por estructuras mentales emergentes durante el desarrollo, es el común denominador de los conceptos psicoanalíticos de los fenómenos psicopatológicos. En contraste, los abordajes conductistas se enfocan en sus formulaciones más tradicionales del impacto patogénico de los contextos proximales. Por su parte, los abordajes cognitivos, a pesar de que son afines a la tradición conductista-patogénica, conceden que los estilos distorsionados y negativos de pensamiento podrían mediar entre los estresores proximales y las experiencias más remotas. Estas tres escuelas (psicoanalítica, conductista y cognitiva), enfatizan los constructos psicológicos al explicar el origen de los trastornos del estado de ánimo.

Akiskal (2000) sostiene que el cisma que existe entre las conceptualizaciones psicológicas y las biológicas es una instancia de la dicotomía cuerpo-mente que ha caracterizado a la tradición intelectual desde Descartes, y que, después de todo, los abordajes somático y psicológico representan solamente estrategias de investigación convenientes, que intentan evitar el abismo metodológico entre las estructuras mentales y las estructuras neurales.

A pesar de esto, el objetivo último debe ser la comprensión de la manera en que los trastornos del estado de ánimo se desarrollan dentro del sistema psiconeural del individuo, para lo cual es importante recordar los modelos contemporáneos más importantes de la depresión (Akiskal, 2000). A continuación se exponen los principales representantes de cada uno de los principales modelos y sus mecanismos, así como las implicaciones científicas y clínicas que se desprenden de ellos.

<b>Representante (Año)</b>	<b>Modelo</b>	<b>Mecanismo</b>	<b>Implicaciones Científicas y Clínicas</b>
Kart Abraham (1911)	Agresión introyectada	Transducción del instinto agresivo en afecto depresivo	Mente hidráulica cerrada a las influencias externas; no analizables
Sigmund Freud (1917) John Bowlby (1960)	Pérdida del objeto	Disrupción de un vínculo de apego	Ego-psicológicas; sistema abierto; analizables
Edward Bibring (1953)	Autoestima	Indefensión en el logro de objetivos del Ideal del Yo	Ego-psicológicas; sistema abierto; ramificaciones sociales y culturales
Aaron Beck (1967)	Cognitivo	Esquemas cognitivos negativos como intermediarios entre causas remotas y causas proximales	Ego-psicológicas; sistema abierto; analizable; predice fenomenología; sugiere tratamiento
Martin Seligman (1975)	Indefensión aprendida	Creencia de que las propias respuestas no proporcionarán alivio de los eventos indeseables	Analizable; predice fenomenología; predice tratamiento

<p>Meter Lewinsohn (1974)</p>	<p>Reforzamiento</p>	<p>Bajo índice de reforzamiento, o reforzamiento presentado de manera no contingente; déficits sociales pueden excluir respuesta a eventos potencialmente gratificantes</p>	<p>Analizables; predice fenomenología; predice tratamiento</p>
<p>Joseph Schildkraut (1965) William Bunney &amp; John Davis (1965) Alec Coppen (1968) I.P. Lapin &amp; G.F. Oxenkrug (1969) David Janowsky e al. (1972) Arthur Prange et al. (1974) Larry Siever &amp; Kenneth Davis (1985)</p>	<p>Amina biogénica (neuroquímica)</p>	<p>Debilitamiento o desregulación de la transmisión aminérgica</p>	<p>Analizable; reduccionista; explica fenomenología y episodios opuestos; sugiere tratamiento</p>
<p>Alec Coppen &amp; D.M. Shaw (1963) Peter Whybrow &amp; Joseph Mendels (1968) Robert Post (1990)</p>	<p>Neurofisiológico</p>	<p>Molestias electrofisiológicas conducen a hiperexcitabilidad y encendido neuronal</p>	<p>Analizable; reduccionista; explica fenomenología y recurrencia; sugiere tratamiento</p>

HAgo Akiskal & William McKinney (1973) Frederick Goodwin & Kay Jamison (1990)	Sendero común final	Interaccion Diátesis-Estrés convergente en mecanismos cerebrales de gratificación y ritmos biológicos	Analizables; integrativas; psicobiológicas; pluralistas: explica fenomenología; sugiere tratamiento
---	------------------------	---	--

Debido a la notable influencia que tienen en la actualidad tanto sobre el estudio como en el manejo de los trastornos depresivos, en el presente trabajo se mencionarán las principales aportaciones de la teoría psicoanalítica, la teoría cognitiva, la neurofisiología y la bioquímica de la depresión, así como el modelo integrador diátesis-estrés de este padecimiento.

- **INFORMES SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA RESILIENCIA EN LA BÚSQUEDA DE UN INCREMENTO EN LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO Y RESISTENCIA**

En la actualidad, se piensa que, más allá de los modelos patogénicos de salud que existen, hay otras formas de entender y conceptualizar el trauma y las pérdidas. Este modelo más “salutogénico” entiende que el individuo, además de sus debilidades, también posee una capacidad natural de resistir y rehacerse a pesar de la vivencia de adversidades de muchos tipos.

Se ha hecho evidente una tendencia en la psicología a estudiar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, evitando focalizar la atención exclusivamente en los potenciales efectos patológicos de una vivencia traumática. Este abordaje parte de la hipótesis de que el ser humano tiene una notable capacidad para adaptarse y para encontrar sentido y crecimiento

personal ante las más terribles adversidades, hecho que ha sido sistemáticamente minimizado y pobremente explicado por mucho tiempo en el pasado. Este modelo “salutogénico” intenta reconceptualizar la experiencia traumática, basándose en métodos positivos de prevención que consideren la habilidad del individuo para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en situaciones sumamente difíciles (Vera, 2005).

Diversos estudios (Vera, 2005) han mostrado que hay muchas respuestas preconcebidas acerca de la respuesta humana ante la pérdida, y acerca de que la depresión grave es inevitable ante la declinación de las propias capacidades, de las condiciones de vida, la muerte de seres queridos y ante el cambio de rol familiar y/o de rol social, entre otras adversidades. Sin embargo, los resultados de este estudio arrojaron datos interesantes: al menos la mitad de la gente que sufre una pérdida importante suele resistir los embates de la vida con insospechada fortaleza, sin presentar una depresión como trastorno.

Resultados de estudios más recientes (Bonanno, 2004), han demostrado también que, ante pérdidas irreparables tales como la muerte del cónyuge, casi la mitad de las personas muestran una conducta resiliente, a pesar de haber presentado emociones y pensamientos negativos, incluso rumiaciones en determinados momentos posteriores a la pérdida. La diferencia encontrada entre los individuos resilientes y los que no lo son, estriba en que en los primeros, estas emociones, pensamientos y rumiaciones negativas fueron transitorias y no interfirieron en su capacidad para seguir funcionando en otras áreas de la vida, ni en su capacidad para experimentar afectos positivos. Se concluyó, además, que la habilidad de afrontamiento y el crecimiento postraumático no supone la ausencia de emociones negativas, sino que de hecho, necesita de ellas para “trabajarlas” y utilizarlas como energía para seguir adelante, comprobándose así la complejidad de las reacciones humanas.

Estos estudios también encontraron que muchos de los individuos que viven experiencias traumáticas y que experimentan en los primeros momentos síntomas

postraumáticos, reacciones disfuncionales de estrés o síntomas depresivos, pueden estar mostrando “reacciones normales ante situaciones anormales”, por lo que no siempre deben considerarse como reacciones patológicas, al menos no en primera instancia. La realidad demuestra que, aún cuando algunos individuos que experimentan situaciones traumáticas llegan realmente a desarrollar trastornos, también es cierto que en otros, esto no sucede así, y que incluso algunos sujetos son capaces de recuperarse, aprendiendo y beneficiándose de la experiencia.

Estudios realizados en 2005 en Argentina y Perú han encontrado que la promoción de la resiliencia en los individuos ha mejorado la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, del modo como ellos perciben y enfrentan el mundo. Recientemente, han llevado a cabo programas que involucran a todos los miembros de las comunidades en las que se ha trabajado, partiendo del reconocimiento de las cualidades y fortalezas que han permitido a las personas de la tercera edad enfrentar positivamente experiencias estresantes y estimulando ese comportamiento resiliente. Pretenden que sus investigaciones sean una esperanza para que los programas de prevención, educación y desarrollo de las personas no giren alrededor de los programas en sí, sino en el proceso de promoción de la salud mental como tal (Soria, 2005).

Aún cuando muchos todavía dudan si en verdad es posible regresar a niveles normales de funcionalidad después de experimentar experiencias y pérdidas traumáticas, especialmente en la etapa tardía de la vida, gran parte de los investigadores de estos temas sostienen que lo que se deduce de los estudios actuales sobre trauma y adversidad es que las personas son mucho más fuertes de lo que la psicología ha venido considerando, y que se ha subestimado por mucho tiempo la capacidad natural de los supervivientes de experiencias traumáticas de resistir y rehacerse (Bonanno, 2004).

Es decir, se ha venido insistiendo en que una experiencia traumática es siempre negativa, pero que lo que suceda con ella depende de cada persona. Por lo tanto, se

planteó la cuestión de si es posible fortalecer e incluso aprender esta especial y aparentemente innata capacidad de resiliencia para prevenir e incluso manejar los trastornos depresivos en las personas. Se comenzó a estudiar esta cualidad que poseen algunos para resistir y rehacerse ante situaciones sumamente adversas, intentando comprender la naturaleza dinámica de la resiliencia en lugar de los elementos protectores más comunes, entendiendo los mecanismos que subyacen al desarrollo del proceso de protección.

Las investigaciones realizadas en otras partes del mundo, especialmente en Francia, Canadá y Estados Unidos, adicionalmente al esfuerzo que realizan por comprender este fenómeno, pretenden, sobre todo, ser un llamado para que se dé un cambio a nivel social, para que se creen relaciones y oportunidades de promoción de salud mental para cada individuo. Pretenden cambiar paradigmas, tanto a nivel personal como a nivel profesional, promoviendo la conciencia de la necesidad de la participación de **todos** los miembros de la comunidad en la instauración de **procesos de cambio estructural que involucren tanto al individuo mismo como al entorno**. Manciaux (2003) sostiene que ante todo, hay que intentar entender mejor cómo nace la resiliencia, cómo se desarrolla, cómo actúa y cómo protege y hace madurar a quienes la manifiestan, lo cual exige observación e investigación, así como la introducción de prácticas innovadoras.

Lo anterior nos lleva a la consideración de que, afortunadamente, los planteamientos más modernos y humanitarios de la psiquiatría y la psicología han enfatizado la prevención de las enfermedades y sus secuelas en base a la promoción de estilos de vida y comportamientos de salud, así como la consideración de estrategias tanto de autocuidado individual, como de participación activa de la comunidad y la sociedad en su conjunto. No solamente debe considerarse a la población que presenta morbilidad psicológica y psiquiátrica, sino fundamentalmente a la que se denomina población sana, ampliando la comprensión de lo que es salud mental e integrando aspectos biológicos, psicosociales y culturales bajo un abordaje interdisciplinario, multisectorial, comunitario e integral.

¿Es posible pensar que la promoción de cualidades como la resiliencia es verdaderamente útil para la protección contra los trastornos depresivos en los adultos mayores? Primeramente, tendremos que comprender a la población que ocupará la atención del presente trabajo. Posteriormente, y puesto que su prevalencia es tal que la propia OMS la ha llegado a llamar “una de las epidemias de este siglo”, será absolutamente necesario revisar qué se entiende por depresión en la adultez mayor, cuál es su frecuencia, su etiología, su expresión clínica, su relación con enfermedades físicas y neurodegenerativas, su sombrío pronóstico, su enorme impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, la de sus familiares, la de sus cuidadores y el creciente impacto que está teniendo la depresión del individuo añoso en la sociedad y en la economía mundial (Baldwin & col, 2002). Solamente a partir de la consideración de las particularidades de la población que atañe al presente trabajo, de la taxonomía, sintomatología, comorbilidades, etiopatogenia, factores de riesgo y factores protectores de los trastornos depresivos en el adulto mayor, será posible entablar la discusión final sobre si la muy mencionada inevitabilidad de la relación entre trastorno depresivo mayor y adulto de la tercera edad en la actualidad, es o no una realidad.

## **CAPÍTULO 1**

### **PROCESOS BIO-PSICO-SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO**

Puesto que cada persona llega de manera distinta a la tercera edad, es de suma importancia considerar de manera individual los factores que afectan tanto a su esfera biológica, como a la psicológica y a la social. Por ello, se mencionarán los principales procesos que se llevan a cabo en estas áreas durante la etapa tardía de la vida.

#### **1.1 PROCESOS FÍSICOS**

El proceso de envejecimiento está provocado por la acción de factores intrínsecos y extrínsecos en las células del cuerpo humano que llevan a la pérdida de la función o la muerte de las mismas. Se dice que se altera el proceso de intercambio de información entre citoplasma y núcleo, que las membranas celulares se vuelven más viscosas y que las lipoproteínas que las forman tienen cada vez más dificultad para llevar a cabo sus funciones. También disminuye la funcionalidad y el número de las mitocondrias y las enzimas de la cadena respiratoria desencadenan un alteración irreversible de la propia célula. Debido a estos y otros cambios, se llega a la deshidratación progresiva de la célula, la cual disminuye en tamaño. El pigmento del envejecimiento, la lipofuscina, se acumula en el citoplasma de las células. Se generan radicales libres como subproducto de la respiración celular, y éstos constituyen moléculas que tienen un electrón no apareado en su orbital más extremo, situación que les proporciona gran capacidad para reaccionar con otras moléculas. Los radicales libres más comunes en el ser humano son los de oxígeno, e interactúan con hidratos de carbono, lípidos o proteínas. Entre otras cosas, estos radicales libres hacen que los lípidos se preoxiden y pierdan su capacidad de fluidez, lo cual es sumamente importante en la vaina de mielina de las fibras nerviosas. Aún cuando la célula tiene mecanismos que la protegen de estos

radicales libres, algunos escapan y logran interaccionar con el DNA. Sin embargo, esta capacidad que tiene el individuo para responder a los estímulos del medio ambiente va disminuyendo con la edad, y se aúna con la vivencia de situaciones de estrés, se adiciona al cuadro un declive del sistema inmunitario (Sáiz, 2001).

Se producen cambios somáticos generales, como sucede con los huesos, que se vuelven menos densos y por ende, más frágiles, especialmente cuando la dieta muestra alteraciones, existe sedentarismo o se presenta una influencia negativa de la menopausia en este sentido. El problema es que esto es causa de fracturas y curvaturas de columna, que son muy frecuentes en adultos de la edad tardía. Las heridas tienden a cicatrizar lentamente y el colágeno puede calcificarse y disminuir la flexibilidad de las articulaciones. La masa muscular disminuye también, aumenta el tejido fibroso y decrece la elasticidad, lo cual puede repercutir en la función cardíaca y en la respiratoria. Este tipo de limitaciones, junto con los dolores y los tratamientos que se indican, pueden repercutir en el estado de ánimo de la persona. Lo anterior justifica la indicación de tener la costumbre desde incluso antes de presentar algún problema serio de salud, de realizar un ejercicio moderado para mejorar el pronóstico de estas circunstancias. Se soportan de peor manera los cambios bruscos de temperatura, tanto al frío como al calor, el pelo se vuelve fino, quebradizo, disminuyendo su brillo y su color (Sáiz, 2001).

La piel se vuelve más seca, menos elástica, fina, pálida, se mancha y aparecen las arrugas ya que hay una disminución de la vascularidad, se presentan cambios en los melanocitos y tanto la grasa subcutánea como las fibras elásticas disminuyen. Los dientes amarillean y tienden a caerse puesto que las encías se retraen y disminuye la salivación. Tiende a acumularse la grasa, ya que se necesitan menos calorías y se tiende a la obesidad si no hay ejercicio moderado presente. Si la persona adelgaza, se generan aún más arrugas, en especial si la nueva dieta es pobre en vitaminas y proteínas.

Son claros en esta etapa de la vida los cambios en todos los sistemas del organismo.

Por ejemplo, en el aparato circulatorio, el corazón aumenta de peso y tamaño, funciona más despacio y en muchas ocasiones de forma irregular, disminuye la elasticidad de las válvulas cardíacas y aumenta el colágeno en los vasos. La presión arterial puede elevarse y aumentan los riesgos de fallas cardíacas. El aparato digestivo no se afecta tanto, pero sí puede decrecer el apetito y la digestión es a veces menos efectiva. Puede existir una tendencia al estreñimiento y hay que estar muy pendientes de evitar las deficiencias nutricionales. En cuanto al aparato respiratorio, si existen variaciones en el oxígeno suministrado al cerebro, puede causar debilidad muscular y alteraciones en la coordinación sensoriomotora, lo cual puede originar confusión, pérdida de conciencia y eventualmente la muerte. Pueden presentarse enfermedades vasculares obstructivas y en este sentido, la depresión y los cuadros ansiosos son consecuencia común de las enfermedades pulmonares. Incluso pueden observarse cuadros psicóticos si el problema pulmonar afecta la función cerebral. En general, puede decirse que las infecciones respiratorias son más frecuentes en los ancianos (Scwartz,2004).

En relación al aparato genitourinario y al sistema renal, puede agregarse que los problemas en estas áreas son comunes. Por ejemplo, en ocasiones se presenta la incontinencia o, en las mujeres, la disminución de la lubricación vaginal. En los hombres disminuye la potencia sexual y puede o no presentarse una disminución del interés sexual mismo. En este rubro, y en relación a los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, es muy importante tomar en cuenta el nivel de frustración que una disminución de la función en el área sexual genera en los adultos mayores.

El sistema endocrino sufre cambios a nivel hormonal. Por ejemplo, el cortisol casi no se afecta, pero sí disminuye el tamaño de la glándula tiroides y hay una sustitución de células activas por otras inactivas en el tejido conjuntivo. Son mínimos los cambios en la tiroxina, la triyodotironina y la hormona tiroestimulante, la glándula pituitaria aparentemente mantiene su actividad a lo largo de la vida y generalmente las glándulas suprarrenales no se afectan mucho Sin embargo, hay un descenso en la tolerancia a la glucosa y los estrógenos también disminuyen con la menopausia. La libido puede

afectarse por la reducción de la testosterona. En cuanto al metabolismo basal, éste decrece con la edad y hay una reacción más lenta y menos adecuada a los cambios en la temperatura ambiental que aumenta los riesgos de enfermedades pulmonares. Es decir, en general, la homeostasis se vuelve menos eficiente y hay una tendencia a la debilitación del sistema inmunitario, ya que disminuye el número de células T y aumenta la producción de autoanticuerpos. Parece ser que es mayor el efecto del estrés en los adultos añosos que en los adultos jóvenes (Sáiz, 2001).

No puede dejarse de hacer mención a los cambios experimentados en los órganos de los sentidos: vista, audición, gusto, tacto y olfato. La capacidad visual empeora con la edad, ya que el diámetro pupilar se reduce, disminuye la luz que llega al ojo y la reacción a ella es lenta. La córnea se espesa y se hace menos transparente y en la retina se atrofian las células nerviosas, situación que colabora a empeorar la visión. Incluso es posible que se presenten cataratas, glaucomas o degeneración retiniana, situación que podría desembocar en ceguera total. Dado que la disminución de la visión y la privación sensorial favorecen la aparición de ilusiones y cuadros confusionales, resulta entonces muy importante cualquier corrección de la visión que sea necesaria para ayudar a una mejor visión en el adulto de la tercera edad y para elevar su bienestar y calidad de vida.

La audición también va disminuyendo con el tiempo y el lenguaje puede detectarse mal, lo que contribuye al aislamiento del adulto mayor y a la presencia de alucinaciones o interpretaciones delirantes, con la consecuente aparición de cuadros paranoides. En forma similar, el gusto disminuye debido a la reducción del número de papilas gustativas en la lengua desde la adultez media. En este sentido, las papilas que disminuyen primero son las que detectan lo dulce y lo salado, conservándose por más tiempo aquellas que detectan los sabores amargo y agrio. Es importante tomar esto en cuenta para evitar que el adulto mayor consuma cantidades excesivas de sal o de sacarosa. En cuanto al tacto, decrece la percepción táctil y vibratoria y en el olfato disminuye la sensibilidad, pero esto casi nunca es clínicamente relevante (Sáiz, 2001).

Otro aspecto relevante a considerar son los cambios a nivel neurológico. Se dice que el cerebro disminuye a partir de los 25 años de edad y a mayor velocidad a partir de los sesenta, que la corteza lo hace más rápidamente hasta los 50 años y que la sustancia blanca lo hace más a partir de los 65-70 años. Las pérdidas de peso del cerebro no son homogéneas, y se sostiene que afectan sobre todo a las áreas de corteza en lóbulos frontales y temporales, ganglios basales y formación hipocámpica. Esta pérdida se relaciona con la progresión de enfermedad. Se asocia una pérdida proporcionalmente mayor con un rápido declinar en los pacientes ancianos, pero una disminución del tamaño cerebral no determina un grado de deterioro (Salzman, 2000).

Por lo tanto, en el adulto añoso, la masa cerebral disminuye sin que esto indique forzosamente grado de deterioro. Los surcos se vuelven más amplios y profundos y los ventrículos se dilatan, las meninges se engrosan y se vuelven fibrosadas, las arterias derivadas de carótidas y tronco vertebrobasilar muestran arterioesclerosis con disminución de la luz, las arteriolas y vénulas intracraneales se vuelven tortuosas con la edad y el flujo cerebral disminuye no tanto global sino regionalmente (regiones: temporal superior, frontal media, parietal posterior, parahipocámpica y cíngulo y áreas límbicas y de asociación). Se produce una desmielinización difusa o focal en la sustancia blanca. El número de neuronas en corteza, núcleos del mesencéfalo, protuberancia y bulbo disminuye. Las neuronas motoras de la médula espinal también decrece y disminuye en número de espinas dendríticas en las neuronas piramidales. Sin embargo, la reducción de las neuronas no es general, aunque es el hipocampo el primer punto del cerebro en donde se manifiesta la neurodegeneración (Salzman, 2000).

Es decir, el número de neuronas tiende a disminuir en el envejecimiento normal. Lo relevante es considerar que la función global no se deteriora mientras la población neuronal se mantenga dentro de ciertos límites y con suficiente número de conexiones sinápticas. Se pierden células nerviosas, otras sufren cambios degenerativos, aumenta la glía y se produce deterioro selectivo de dendritas, axones y sinapsis. Afortunadamente, cuando las fibras nerviosas se pierden o se dañan, usualmente

brotan otras procedentes de células sanas para formar otras conexiones y sinapsis, lo cual es importante porque permite la adaptación a nuevas situaciones o necesidades y la compensación de funciones. Vemos entonces que existe plasticidad cerebral tanto en el cerebro joven como en el viejo. Consecuentemente, resulta primordial la estimulación mental.

Aunque aparentemente el efecto de la edad sobre el sistema nervioso autónomo es menor, algunos casos demuestran reacciones más primitivas y descontroladas debido a una pérdida difusa de corteza que condiciona una relación más directa con el estímulo sin contar con las modulaciones o los controles de las funciones superiores. Estos cambios explican la aparición de apatía en algunos casos, y las respuestas intensas a los estímulos emocionales en otros (Schwartz, 2004).

Un tema apasionante en la actualidad es el de si la extinción neuronal se realiza al azar o si existe un mecanismo subyacente en el cerebro de almacenamiento de información y memoria. Entonces, la muerte de las neuronas podría interpretarse como una forma de deshacerse de las vías menos utilizadas.

La consideración de los cambios en los niveles de neurotransmisores en el adulto senescente es muy importante porque impactan directamente en su salud y, en lo que a este trabajo concierne, la aparición de síntomas de trastornos depresivos en una gran cantidad de casos. En la vejez, existe una disminución selectiva y regional de neurotransmisores y neuropéptidos y una modificación del metabolismo de los neurotransmisores. Por ejemplo, se ha observado una disminución del 50% de la dopamina en el cerebro medio y los ganglios basales y una reducción en los receptores de la dopamina en adultos de 75 años. También se han visto disminuciones de serotonina y de neuronas colinérgicas centrales y de la enzima sintetizadora en cerebros ancianos (Sáiz, 2001).

Todos estos cambios en las condiciones de salud y en la apariencia de la persona mayor pueden traer como consecuencia una tendencia al retraimiento y una

disminución en el bienestar general, lo cual contribuye a un descenso en la autoestima. Puede fácilmente originarse, entonces, una sintomatología depresiva que empeora con el tiempo si no se le diagnostica y trata de inmediato.

## **1.2 PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS**

La personalidad de un individuo es parte de su esencia, lo distingue y lo representa. Se fundamenta en sus propias características, las cuales pueden definirse y medirse. La personalidad también se ha considerado como la fuerza activa que organiza las respuestas del individuo. Este orden y congruencia, tanto de las características distintivas, como de los comportamientos de la persona, se mantiene a lo largo de su vida, y se dice que incluso llega a intensificarse en el individuo añoso (Hall & Lindzey, 1970; Fadiman & Frager, 2001).

Por ejemplo, Belsky (2001) sostiene que algunas actitudes extremadamente defensivas en el adulto mayor pueden recordar cuadros neuróticos de su juventud, un temor a la dependencia puede orillarlos a ser hostiles y agresivos, o actitudes positivas y constructivas pueden estar derivadas de una personalidad equilibrada e integrada desde la juventud. Es decir, hay una tendencia a la acentuación de los atributos previos. Sin embargo, debido a las limitaciones que va imponiendo la tercera edad, frecuentemente, puede originarse una desmotivación que produzca retraimiento en las actividades laborales e incluso en las relaciones interpersonales, por lo que los recuerdos pesan mucho más que los proyectos a futuro. La biografía y la personalidad influyen mucho en la forma de enfermarse, y en muchos casos, los sentimientos de fragilidad e inseguridad llevan al adulto mayor a la dependencia y al egocentrismo. Se dice que la actitud que el individuo adopte hacia su propio envejecimiento está en gran parte determinado por los recuerdos de las personas mayores próximas a él y en relación también a las actividades a las que dedicaron su juventud. En esta época de la vida, como en cualquier otra, los individuos necesitan afecto, compañía, seguridad,

reconocimiento y aprobación.

Consideraremos ahora la evolución que tienen algunos procesos psicológicos básicos en el adulto mayor:

- **Inteligencia:**

Es muy importante mantener un buen nivel de agilidad intelectual desde la adultez joven porque éste determinará un menor deterioro en la tercera edad. Aunque en los procesos de aprendizaje el adulto mayor requiere de más tiempo, puede utilizar a su favor su caudal de experiencia, estrategias y sentido común. Se considera que el cociente intelectual se mantiene aproximadamente hasta los 80 años en un adulto saludable, pero sí disminuye la velocidad psicomotora en la realización de las tareas.

- **Memoria:**

Puesto que en esta función participan estructuras cerebrales más susceptibles al deterioro neuronal (Ej.: hipocampo, cerebro basal anterior y ganglios basales), la memoria se considera muy vulnerable. Especialmente para la función declarativa de la memoria, es imprescindible la integridad del hipocampo. Las lesiones estructurales en la corteza entorrinal producen desconexión del hipocampo y originan deterioro cognoscitivo. Sin embargo, el neocórtex contiene los registros del material consolidado. Las conexiones corticocorticales, corticosubcorticales y los diversos neurotransmisores son esenciales para un buen funcionamiento de la memoria.

Se observa una tendencia al declive en las funciones a partir de los 50 años, pero no en todas las áreas y una mayor dificultad para elaborar bien el paso de la memoria a corto plazo a la de largo plazo. Hay más problemas en el procesamiento y la codificación de la información. Disminuyen las estrategias para la memorización, lo que origina problemas en la metamemoria. Esto ha llevado a la conclusión de la existencia de un déficit frontal debido a que la organización de la conducta reside en los lóbulos frontales, base de la previsión, la planificación y el control de la conducta. Se rinde peor

en la memoria episódica (hechos concretos) pero igual o mejor en la memoria semántica (conocimientos generales). Aunque hay problemas en las funciones de atención y velocidad de procesamiento, no existen en reconocimientos de cosas o figuras. Entonces, la memoria a largo plazo no muestra diferencias con el cerebro joven, por lo que, en general, se conserva mejor la memoria antigua que la reciente.

La experiencia acumulada del adulto mayor en cuanto a las personas y al conocimiento en general, lo hace desempeñarse mejor en las tareas verbales que en las no verbales, las cuales usualmente dependen directamente de la función cerebral más que de la experiencia.

- **Atención:**

Esta es una de las funciones más importantes para desempeñar todo tipo de tareas a lo largo de la vida, ya que nos hace posible seleccionar la información principal de entre las informaciones accesorias en una determinada situación, manteniéndola cierto tiempo y haciendo posible el cambio de foco a otros mensajes y tareas. Esta función tiende a afectarse con la edad, especialmente en los casos en que la persona recibe varios estímulos en forma simultánea.

- **Lenguaje:**

El lenguaje es una capacidad que generalmente se mantiene en buena forma en los individuos sanos a lo largo de la vida. Si se presentan problemas de comunicación, pueden estar originados en una falla sensorial o en problemas emocionales o psiquiátricos. Esta capacidad está íntimamente relacionada con la memoria y la atención, entre otras funciones, por lo que un deterioro en éstas influye en el lenguaje.

- **Pensamiento Abstracto:**

La capacidad para el razonamiento abstracto se ve disminuida con la edad. El adulto mayor generalmente ofrece buenas soluciones a problemas concretos y cotidianos, pero en cuanto a problemas que requieren de una mayor utilización de su pensamiento formal, se observa un enlentecimiento en las funciones ejecutivas.

### **3 PROCESOS SOCIALES: FAMILIA, SOCIEDAD Y CULTURA EN EL CONTEXTO DEL ADULTO MAYOR**

En la actualidad, los viejos constituyen un reto especial para las sociedades, en especial las occidentales, dado que se trata de la primera generación en la historia conocida que logra alcanzar masivamente una vida longeva. Los procesos en los que se ve involucrado el individuo, como lo son los cambios en los roles que desempeña a edades distintas durante su ciclo vital, impactan de manera determinante la manera en que se enfrenta a esta etapa tardía. Krassoievitch (2001) habla de tres tipos de edades que existen en el ser humano, y que deben considerarse por sí mismas:

1. Biológica: Se refiere a la esperanza de vida.
2. Psicológica: Estudia las capacidades del sujeto para una conducta adaptativa.
3. Social: Se refiere a los roles o papeles sociales de un individuo, en relación a las expectativas que tiene su entorno social, para con los miembros de su grupo etario.

En este sentido, se ha mencionado que alrededor del 75% de los cambios relacionados con la edad pueden atribuirse al envejecimiento social, y que éstos son producto de nuestras creencias, prejuicios y conceptos erróneos sobre la vejez. Desafortunadamente, en occidente ya no existe la valorización al anciano, producto de su valiosa experiencia de vida, la cual se transmitía oralmente en el pasado. En la actualidad, la sociedad, junto con la capacidad para transmitir los conocimientos en forma impresa, audiovisual, electrónica y cibernética, ha vuelto inútil la experiencia acumulada y la presencia del adulto mayor. A esto se agregan, entre otras pérdidas, la jubilación como cambio de posición social, económica y de estilo de vida, la pérdida de actividades, el nuevo ocio forzado, el síndrome del “nido vacío”, la pérdida de vínculos familiares, amistosos y laborales, la disminuida colaboración en la formación de las nuevas generaciones (la cual ha pasado a manos de las guarderías y escuelas) y su

falta de lugar en la vida de la actual familia nuclear. Todas estas situaciones condicionan un empobrecimiento del mundo relacional, complicando mucho el panorama del adulto añoso.

Asimismo, el adulto mayor debe enfrentar los retos que implica la necesidad de actualización y de adecuación que le permita elaborar cambios y mantener la relación con el ambiente que le rodea, con el fin de lograr insertarse operativamente en su entorno. Pareciera difícil, pero es posible, y quienes a esta edad deciden hacer frente a nuevas actividades y responsabilidades, han mostrado que faltan menos, son más precisos y más responsables que muchos adultos jóvenes, volviéndose entonces otra vez útiles a pesar de la disminución en algunas de sus capacidades.

Sin embargo, esta situación se presenta con menor frecuencia de lo que debiera, ya que solamente cuando hay un excedente económico, la sociedad hace el esfuerzo de hacerse cargo debidamente de los ancianos, los deficientes mentales, los discapacitados y los enfermos, por su “incapacidad” para producir al nivel en que lo demanda la misma sociedad. Ahora hay una mayor longevidad en la población, pero se favorece la competitividad intergeneracional en beneficio de los jóvenes. Además, al aparecer como tontos e ignorantes debido a los mejores niveles de instrucción de las generaciones nóveles y al desarrollo tecnológico, los veloces cambios en el estilo de vida y la evidente disminución de la comunicación entre generaciones, el adulto mayor es frecuentemente segregado, constituyendo una fácil presa del dolor y la tristeza.

Salvarezza (1988) sostiene que el “viejismo”, término que toma al traducir el concepto “Ageism”, se aprende desde que el ser humano de estas sociedades occidentales es joven, es decir, se adquiere al pasar de los años, provoca la discriminación del adulto añoso y con el tiempo, el individuo la transforma en una imagen negativa de sí mismo. Krassoievitch sostiene que este viejismo se estructura sobre la base de respuestas emocionales ante los estímulos representados por los ancianos. Sucede porque el niño y el joven son testigos de constantes respuestas negativas hacia los ancianos, las cuales fundamentan sentimientos, pensamientos y conductas irracionales hacia los

adultos mayores durante el resto de sus vidas. Este autor hace mención de lo dicho por Butler (1980) en relación a que el viejismo se volvió un método expedito por medio del cual la sociedad fomenta puntos de vista acerca de los ancianos, con la finalidad de deshacerse de su responsabilidad para con ellos. El gran problema es que este tipo de perjuicios usualmente están encubiertos, son inconscientes o se les transforma en racionalizaciones e intelectualizaciones, y es a causa de este viejismo el que muchas personas, incluyendo a muchos médicos y otros profesionales de la salud, consideren que el deterioro de los ancianos es normal, situación que, entre otros factores, lleva al peligroso subdiagnóstico de los trastornos depresivos.

Otro importante proceso al que se ve expuesto el adulto mayor es el de la desvinculación, en donde el individuo y la sociedad se alejan uno del otro, y cuyas principales consecuencias son:

1. Disminución de las interacciones sociales del anciano porque se siente menos involucrado con los demás.
2. Decremento de los roles que había desempeñado anteriormente.
3. Aumento en la preocupación por sí mismo que en épocas previas de la vida.

Es importante puntualizar que estas consecuencias también pueden ser causas de la desvinculación, la cual es una tendencia presente en todos los ancianos que tiene una función adaptativa. (Krassoievitch, 2001). Se ha dicho que la desvinculación es un ejemplo de lo que producen y fundamentan aquellos sistemas ideológicos que acompañan y sustentan la posición de inferioridad que asignan al grupo social de los ancianos. El desapego, y en consecuencia, el aislamiento, no son procesos deseados ni intrínsecos del ser humano, porque, como lo sostiene Salvarezza (1988), el hombre aislado es un problema, no un ideal. Por tanto, es necesario que los adultos añosos se mantengan apegados a sus objetos y actividades el mayor tiempo posible. Si no lo es, deben intentar encontrar sustitutos. Los viejos se quejan frecuentemente de la pérdida de roles sociales, lo cual, como ya se ha mencionado, constituye una causa común de depresión. La separación o pérdida de objetos reales o fantaseados considerados

necesarios para satisfacer un deseo, muchas veces origina sentimientos depresivos.

La pérdida de roles, además de implicar una liberación de actividades y responsabilidades, debería también significar el estar disponible para otras actividades y otras responsabilidades. Es decir, debe haber una **revinculación**. Entonces, la desvinculación como elección, no como triste imposición de las circunstancias, podría darse en ancianos en los que se ha producido la “Integridad del Yo” (Erikson, 1959). El objetivo de este tipo de desvinculación es el de encontrarse a sí mismo mediante la introspección, la reminiscencia y la toma de conciencia de la situación presente. Además, no es una opción definitiva, sino temporal y reversible por haber sido escogida libremente, posibilitando al adulto mayor a regresar a su actividad, a vincularse o revincularse (sustituyendo actividades), y a adoptar roles diversos (Krassoievitch, 2001).

Consecuentemente, se comprende el porque todos los adultos añosos sanos tienden a estar activos y expuestos a diversos estímulos, mostrando mayor satisfacción hacia su existencia. La teoría de la actividad sostiene incluso que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible. Cuando ciertas actividades ya no pueden llevarse a cabo, es necesario buscar los sustitutos correspondientes. Por tanto, cuando se reduce la actividad, el deterioro en la salud o las limitaciones económicas suelen aparecer como causas. El problema son los efectos negativos que un medio al que le faltan estímulos genera en el adulto añoso, tales como la irritabilidad, el aburrimiento, la frustración e incluso la depresión.

Lo antes dicho se relaciona significativamente con la calidad de vida de los ancianos en muchas residencias geriátricas que carecen de opciones de actividades creativas, y que proporcionan un ambiente físico y social empobrecido. Ellas se vuelven campo fértil para la aparición de sentimientos de apatía, desaliento, desinterés y desesperanza, fomentando conductas de dependencia y regresión que fundamentan depresiones.

En cuanto a los roles desempeñados por los individuos en la sociedad contemporánea, éstos tienden a perderse o volverse confusos en el adulto mayor. Se produce entonces un impacto fuerte en la identidad y las metas de los adultos añosos, lo cual lleva fácilmente a la desadaptación y a la enajenación, provocando ansiedad, soledad, eventual desinterés y finalmente desapego. Sucede mucho en situaciones de jubilación y viudez, y se acompaña de apatía, nostalgia y rechazo a comprometerse con nuevas interacciones sociales. Se ha dicho insistentemente que tener trabajo es uno de los elementos necesarios para pertenecer al sector social de los “incluidos” por oposición a los “excluidos”. Recordemos que los fenómenos culturales de enajenación y burocratización también lastiman mucho al ser humano hoy en día, como en algún momento lo dijo Fromm (1970).

Por todo esto, se considera esencial el hecho de que el adulto mayor debe contar con un “otro significativo”, sea éste un nuevo compañero, un cuidador o una mascota, ya que a través de esta relación, el viejo puede sentirse reconocido o necesitado por algo o alguien, situación que dará sentido al levantarse cada mañana y organizar la rutina diaria (Zarebski et al., 2000).

Otra “aportación” de la cultura en relación al impacto sobre la autoestima del adulto mayor, es el “timing” de los sucesos sobresalientes que guían el ciclo vital en nuestra sociedad. Se trata de “hacer lo que se tiene que hacer a la edad en la que se debe hacer”. Los cambios traumáticos de roles en el individuo añoso que traen consigo circunstancias como una jubilación precoz, “abuelidad” temprana, matrimonio o paternidad tardíos, inicio de una nueva carrera profesional después de los 60 años, un romance “otoñal”, etc., posicionan al individuo de una manera “desviada” respecto a los demás miembros de su grupo etario, sufriendo entonces consecuencias negativas para su vida y para su autoestima. En caso de que el individuo, a pesar de sus deseos de hacerlo, decida no llevar a cabo ninguna de estas acciones, se inhibe profundamente su propio desarrollo y su bienestar emocional en el tiempo que le queda de vida, por temor al ridículo, al rechazo y a la agresión de sus coetáneos, condicionando trastornos depresivos (Krassoievitch, 2001).

Por otro lado, los conflictos intergeneracionales tienen también un impacto profundo en la posición social, laboral y familiar del adulto añoso, a lo cual se agrega que, para muchos, la entrada al “status” de la vejez lleva en sí mismo el paso a un “status” devaluado.

Respecto a la familia, se ha considerado que ésta es la fuente habitual de ayuda y apoyo para los ancianos porque:

1. Ayuda financieramente en situaciones de urgencia o en forma continua.
2. Cuida en casos de enfermedad, temporal o permanentemente.
3. Provee de estimación, afecto y gratificación a la mayoría de los adultos añosos.

Las relaciones interpersonales dentro de la familia usualmente son armoniosas cuando:

1. Es adecuada la complementariedad entre un papel y su contraparte. Ej.: esposo-esposa, padre-hijo.
2. Existe sintonía entre el rol designado y los sentimientos subjetivos del que lo desempeña.

Sin embargo, surgen complicaciones serias, con posible impacto en la salud física, mental y emocional en el anciano cuando:

1. Se presentan reacciones adversas ante una “crisis filial”, la cual es un proceso en el que los hijos adultos se dan cuenta de que sus padres están envejeciendo y de que se volverán dependientes de ellos, originándose entonces una inversión del rol parental.
2. En alguna de las fases de la existencia familiar (preparental, parental, posparental, fase posproductiva), se producen cambios en los roles respectivos, que perturben las relaciones interpersonales de sus miembros. Por ejemplo, el equilibrio conyugal puede afectarse por la jubilación, la enfermedad y el aumento en la importancia de las relaciones verticales en detrimento de las horizontales dentro de la familia.

3. Surge una descompensación del equilibrio previo de una asociación neurótica entre los miembros de la familia.
4. Se producen giros en los focos de estrés y de crisis permanentes dentro del grupo familiar.
5. El envejecimiento desencadena conflictos recientes o agudos, centrados en el miembro anciano. Si éste además adopta una conducta regresiva que demanda apoyo y asistencia permanentes, la carga para el resto de la familia puede aumentar dramáticamente, ocasionando un sinnúmero de problemas. A esto pueden agregarse sentimientos de culpabilidad, disgusto y hostilidad por parte del anciano, el cual lleva el conflicto interpersonal a nivel intrapsíquico, situación que lo conduce fácilmente a la depresión.
6. Disminuye o se manifiesta ausente la presencia de amistades que ayuden al adulto mayor a sentirse comprendido, apreciado y útil a nivel extrafamiliar.
7. Aparecen duelos anticipados por enfermedad grave o crónica del individuo anciano, del cónyuge o de otro significativo. Esto condiciona depresión en el adulto mayor y/o en sus familiares.
8. Existe una merma de la calidad de vida del anciano y de su familia debido a la jubilación o el despido. En general, la pérdida del rol laboral es brusca, y muchas veces condiciona reacciones adversas y de menosprecio dentro de la propia familia, lo cual también fundamenta sentimientos de tristeza y minusvalía, presentándose con frecuencia una sintomatología depresiva.

Los trastornos depresivos también se relacionan con el ingreso del adulto añoso a una institución, como lo es un albergue, un asilo, un hospital psiquiátrico, etc. La familia generalmente es la que toma la decisión del ingreso del adulto mayor, a pesar de que se dan todo tipo de justificaciones para estas reclusiones, tales como la evitación de caídas, de extravíos, de accidentes, la proporción de mayor protección y cuidados calificados, así como una mayor comodidad y posibilidad de convivencia con su grupo etéreo. En México, la mayoría de estos confinamientos se dan porque los familiares del anciano consideraron al viejo difícil de manejar, e incluso como un estorbo en el marco familiar. Lo relevante es que se ha visto que la mayoría de los ancianos preferirían en

realidad otro tipo de vida que la del asilo, lo cual se manifiesta en la alta prevalencia de trastornos depresivos que muestran los adultos mayores que viven en estas instituciones. Aún cuando en la mayoría de estos lugares impera la apatía, la inactividad y la monotonía, con ocasionales esfuerzos para alegrar la estancia de quienes ahí viven, es innegable la función social de estos establecimientos en la sociedad actual. Tal vez lo que habría que reflexionar es sobre si realmente existe la necesidad de recluir a los viejos. (Krassoievitch, 2001).

#### **1.4 EJEMPLOS DE TEORÍAS PSICOLÓGICAS SOBRE CAMBIOS OCURRIDOS EN EL INDIVIDUO SEGÚN LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL**

Resulta muy interesante revisar la relación que se ha dicho existe entre los cambios específicos que ocurren durante el ciclo vital, el fracaso en el logro de un exitoso tránsito y superación de las diferentes etapas involucradas y la aparición de padecimientos como lo son los trastornos depresivos en el adulto mayor. Por lo tanto, se comentarán brevemente tres de las teorías psicológicas más representativas que versan sobre estas etapas:

1. Las Crisis Psicosociales de Eric Erikson
2. El Paso a la Madurez de Carl Jung
3. Optimización Selectiva mediante la Compensación de Paul Baltes

Erikson (1959), psicoanalista alemán, aceptaba los principios generales del Psicoanálisis, especialmente el hecho de que la infancia es importante, pero se alejaba de algunos aspectos de lo propuesto por Freud. A diferencia de él, que se centraba en los impulsos sexuales y agresivos, Erikson sostenía que lo más importante en la vida de un individuo eran las inquietudes psicosociales, es decir, las cuestiones relacionadas con la identidad y las relaciones. Registró las fases del desarrollo psicológico que se presentan a lo largo de la vida. Mencionó que existen ocho labores o

Crisis Psicosociales, cada una vinculada flexiblemente a un determinado período de la vida. Puesto que la persona no puede dominar lo que corresponde a una fase posterior a menos que haya superado exitosamente las crisis de desarrollo de las fases previas, Erikson consideró que estas labores se asientan unas en las otras (Newton & Newton, 2000).

Las Crisis Psicosociales del niño -a excepción de la primera infancia-, se centran alrededor del progresivo desarrollo de un sentido del Yo seguro y sano. Después de la formación de la Identidad en la Adolescencia, el individuo es capaz de unión con otra persona, es capaz de establecer una Intimidad. Esta es la primera labor del joven adulto.

Una vez cumplido esto, el individuo puede dar un sentido más amplio a su vida. Erikson dice que en esta etapa, aparece la Generatividad, que consiste en la preocupación por establecer y guiar a la generación siguiente. La Generatividad es importantísima para tener una vida plena en la adultez mediana, aunque no necesariamente se lleva a cabo a través de la educación de los hijos. Es decir, aunque no es necesario ser padres, cumplir con la labor de la Generatividad implica estar comprometido en fomentar el desarrollo de nuestros semejantes en cualquier aspecto de la vida. Por consiguiente, la falta de Generatividad lleva al individuo a tener un sentimiento omnipresente de estancamiento y de empobrecimiento personal, al no haber cumplido con la labor de la edad adulta.

La importancia de llevar a cabo lo anterior estriba en que, de no hacerlo así, no puede dominarse la última labor psicosocial del ciclo vital durante la vejez: la Integridad del Yo. Esta implica la aceptación de la propia vida para poder aceptar la próxima muerte, y significa que, haber alcanzado esta Integridad del Yo, hace que las personas sientan que su vida tuvo y aún tiene significado. Al mismo tiempo, y gracias a este sentido de significancia personal, puede ser factible la aceptación de la insignificancia en la vida, lo cual incluye el hecho de que la muerte se acerca. En caso de no haber llevado a cabo esta última labor psicosocial, el individuo se siente deprimido, frustrado,

desesperanzado, condenado, desesperado y temeroso de la muerte.

En cuanto a Jung y en relación a su distanciamiento respecto del enorme énfasis que Freud dio a la primera infancia y a la sexualidad infantil, se alejó del Psicoanálisis tradicional, lo que lo condujo a considerar que el presente y el futuro tienen una enorme importancia, ya que, según dijo, tanto nuestras metas como nuestros planes en la vida están implicados, como la persona que ahora somos y que esperamos ser. Esta idea prospectiva sobre la naturaleza humana llevó a Jung a pensar que la segunda parte de la vida es más importante que la primera (Belsky, 2001).

La separación en dos fases que hizo Jung de la vida adulta está dada por la Mediana Edad, alrededor de los 40 años. Durante el período de vida que él llama Juventud, que va desde la pubertad hasta los 35 años aproximadamente, la meta principal es la de que el individuo se configure. En esta etapa, Jung considera que la persona es enérgica, apasionada, absorta en sí misma, preocupada por satisfacer su necesidad y obsesionada por labrarse un puesto en el mundo (Mohl & Weiner, 2000).

Sin embargo, alrededor de los 40 años, empieza una declinación de la energía física y sexual. El individuo conoce ya sus capacidades y los límites de lo que puede hacer, lo cual lo lleva a la introspección y a la contemplación. En este momento, las principales preocupaciones del sujeto son las relaciones, la comprensión del significado de la vida y el servicio a los demás. El problema es que caminar este sendero es difícil y muchas personas no renuncian a la psicología de la fase joven, por lo que arrastran esta orientación hasta la edad mediana e incluso hasta la vejez, situación que los convierte en seres estancados, vanidosos, deprimidos, infelices y rígidos. Jung dice que esto puede evitarse si se lucha por llegar a lo más alto y si el individuo se transforma en un ser espiritual (Belsky, 2001).

Belsky (2001) deduce que, para Jung, el individuo se completa psicológicamente si logra efectuar el cambio hacia la madurez de la edad mediana. Aquí, se aceptan y se integran todas las facetas de la personalidad propia, incluso aquellas que se han

negado previamente. Este autor agregó que otra consecuencia de este cambio es una menor diferenciación entre los dos sexos, ya que los hombres se vuelven más tolerantes ante el componente femenino de su personalidad y las mujeres aceptan y juegan más con su lado masculino.

Un representante de posturas más contemporáneas es el investigador Paul Baltes (1991), quien ha realizado estudios sobre la cognición de los adultos y se ha dedicado a investigar los cambios que se producen con la edad. Su Teoría de la Optimización Selectiva con Compensación se considera clara, práctica y aplicable a muchas áreas de la vida (Belsky, 2001).

Dado que Baltes propone estrategias a emplear para que el individuo se comporte con éxito a medida que avanza en edad y pierde facultades, sugiere que, para triunfar en la vida, se necesita la Selección. Hay que centrar las energías en aquellas actividades de la vida que sean más importantes desde el punto de vista personal, ya que no puede hacerse todo. La Optimización es necesaria para una vida de éxito debido a que, para desarrollar su potencial, el individuo necesita trabajar con mucho ahínco y dedicación a estas tareas especiales de su vida.

Asimismo, Baltes sostiene que la vida con éxito necesita Compensación. Como no existe la persona lo suficientemente competente como para hacer todo por sí misma, incluso en los ámbitos que ha seleccionado, debe entonces confiar en el apoyo externo en aquello que no puede llevar a cabo.

Es evidente que estas estrategias son importantes en cualquier momento de la vida, pero se vuelven fundamentales cuando el individuo enfrenta las pérdidas propias de la edad. Cuando las personas envejecen, tienen que emplearse más a fondo en todas aquellas tareas fundamentales en su vida, ya que el hacer las cosas igual de bien que en la juventud requiere más esfuerzo. Por tanto, al perder capacidades, los individuos mayores debieran limitarse a las actividades que consideran importantes, porque al hacer menos, pueden seguir siendo eficaces. Es por esto que, en muchas

intervenciones psicoterapéuticas en los adultos mayores, se utilizan los principios de Selección, Optimización y Compensación.

Belsky (2001) considera como una síntesis de perspectivas, a la “Perspectiva Contextualista a lo Largo de la Vida”, la cual incorpora puntos de vista distintos, como los mencionados en las teorías anteriores. Esta propuesta no se considera una teoría, sino una orientación general con el mensaje único de que el pluralismo es el mejor sistema para comprender los cambios que se producen con la edad.

Puesto que nuestras acciones tienen una gran diversidad de causas, hay muchas formas de contemplar a la conducta. Actualmente se dice que el cambio que se produce en la madurez es multidimensional, ya que comprende diferentes componentes o dimensiones. Algunas capacidades mejoran, otras empeoran y otras permanecen estables, y cada persona es distinta a las demás, por lo que los individuos siguen diversos tipos de envejecimiento.

Muchos autores dicen que no hay pruebas de que las personas de la tercera edad sean más infelices o emocionalmente más descontroladas que los jóvenes, y que se ha descubierto que la ansiedad, la hostilidad y la depresión alcanzan su grado más alto en la juventud. Sin embargo, frecuentemente se considera que, a pesar de que algunos adultos mayores son pacíficos, reflexivos, y satisfechos con su vida, algunos individuos de esta edad son más vulnerables, más propensos a los estragos del estrés, infelices, sin control y tendientes a la depresión, ya que es posible que consideren, en ese punto de sus vidas, que sus pérdidas pesan más y que son más abundantes que sus ganancias. En estos casos, las personas consideran que los golpes de la vida son ya irreversibles, y que para ellos no existe la posibilidad de cambio.

Por tanto, es muy importante considerar **integral y multidisciplinariamente** todo lo que ocurre con y alrededor de las personas de la tercera edad que luchan con el sentimiento de que la vida no tiene nada que ofrecerles, que ya no parecen interesarse por las actividades que antes gozaban, que su visión del mundo y sus cogniciones

sobre ella y sobre sí mismos cambian, lo que los vuelve vulnerables, indefensos, indiferentes, desesperanzados, agresivos y sujetos de abandono, precisamente durante la etapa de la vida en que pudieran despedirse de la misma en forma mucho más digna y satisfactoria.

## **CAPÍTULO 2**

### **PRINCIPALES PERSPECTIVAS AL ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN**

## 1 PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Aún cuando originalmente Freud conceptuó a la depresión como un padecimiento en el cual existía una introyección de la ira respecto a un objeto significativo externo, en general, los psicoanalistas contemporáneos han minimizado el rol de la agresión en el desarrollo de la depresión, a la cual visualizan como una perturbación de la autoestima dentro del contexto de las relaciones interpersonales (Gabbard, 2002).

En relación al aparato psíquico, es de suma importancia considerar el decremento de la energía del Yo que acontece en la tercera etapa de la vida. Esta situación tiene implicaciones relevantes porque el Yo se encarga de equilibrar los impulsos del Ello y las exigencias del Superyó con la realidad misma, utilizando mecanismos defensivos que lo auxilian en el alivio de la ansiedad y el sufrimiento. Por tanto, en la etapa tardía de la vida, los mecanismos psicológicos de defensa suelen volverse insuficientes para enfrentar los cambios, las fuerzas biológicas pueden incrementarse, y debido a la mencionada disminución de los recursos energéticos, se prioriza la atención de ciertos asuntos “urgentes” en detrimento de otros, todo lo cual ocasiona que el Yo se sienta amenazado, y con frecuencia invadido de una intensa angustia. Esta circunstancia reclama la utilización de mecanismos protectores, los cuales, a esta edad, usualmente refuerzan la represión, la negación o la evitación, entre otros.

El adulto mayor tiene la posibilidad de usar cualquiera de los mecanismos defensivos conocidos en la psicología: negación, fantasía, regresión, renunciamiento, retraimiento, racionalización, intelectualización, proyección, sobrecompensación, defensas contrafóbicas, etc. La formación reactiva o transformación en lo contrario de tendencias o sentimientos objetables, el aislamiento, las dudas obsesivas, la indecisión y los rituales compulsivos constituyen mecanismos que pueden agruparse dentro de los fenómenos obsesivo-compulsivos. Aún cuando pueden ser usados de manera independiente, estos mecanismos defensivos en el adulto añoso usualmente actúan

combinados, con el fin de aumentar su eficacia, constituyéndose en una constelación defensiva que tiende a preservar el equilibrio y a combatir la angustia desorganizadora tan frecuentemente presente en el adulto mayor (Krassoievitch, 2001).

En este sentido, hay tres tipos de hechos que generan enorme angustia:

1. Pérdidas de cualquier índole: Incluyen desde la separación o muerte de un ser querido o significativo, hasta la pérdida de la salud, de una función, una capacidad, un órgano, un miembro, un rol social o la propia autoestima.
2. Ataques: Es decir, agresiones externas que produzcan una herida y un dolor.
3. Restricciones originadas por fuerzas externas que limitan la satisfacción de impulsos y deseos: Aquí se incluyen enfermedades físicas, angustia, miedo y las actitudes de la familia y de la sociedad.

El grado de ansiedad por el temor a la pérdida o separación y la respuesta a esta pérdida o separación está sumamente influenciado por las experiencias previas de este tipo y por la calidad de las relaciones que ha tenido con anterioridad el individuo. Se ha dicho que las experiencias de pérdidas de partes del Yo (duelos) contribuyen a la formación de la identidad del Yo, situaciones que esta instancia psíquica intenta elaborar mediante la relación con objetos externos, y la recuperación de sus partes perdidas a través del énfasis en situaciones del pasado o en aspectos de la personalidad que no llegaron a manifestarse. Sin embargo, esta posibilidad está muy limitada en el anciano, por lo cual no puede recurrir fácilmente a ella.

La Integridad del Yo como última fase del desarrollo del ser humano es la aceptación de un ciclo vital único y propio, y de las personas que han sido significativas para él. Significa que el individuo ha logrado un sentimiento de camaradería hacia todo y todos los que lo rodean y también hacia aquellos que le han precedido, por lo cual ha aceptado que es responsable de su propia vida. Sólo se alcanza en aquél que, como lo sostenía Erikson, ha cuidado de cosas y personas, se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones inherentes al hecho de ser generador de otros seres humanos o el generador de productos e ideas, aceptando finalmente que su existencia tiene fin y que

pronto terminará. Es obvio que para lograrlo, es requisito poseer una cierta sabiduría y una filosofía de la vida que van más allá del ciclo vital individual, así como una disposición a la defensa del propio estilo de vida contra toda amenaza física o económica.

Es evidente que el logro de esta integridad del Yo no es sencillo. Krassoievitch (2001) menciona que la desesperación que viene con el fracaso en la obtención de esta integridad puede deberse a:

- Perturbaciones más o menos severas del desarrollo del individuo a lo largo de su vida, con raíces en su temprana infancia, etapa en la cual la indefensión del individuo es máxima y existe una mayor vulnerabilidad en el sujeto ante todo aquello que atente contra su necesidad de dependencia. Si algo realmente atenta contra ella, la dependencia será permanente.
- Alteraciones bruscas de un estado de equilibrio que tienen las características de una crisis, y que, aún siendo habitualmente transitorias, también pueden ser permanentes.

En este punto, y en relación a los mecanismos defensivos utilizados por el adulto mayor, resulta relevante mencionar el aspecto de la memoria. Se sabe que realmente existe una disminución de la capacidad mnésica para los hechos recientes en la vejez normal, con una tendencia a recordar mejor los hechos remotos, pero siguen debatiéndose los mecanismos subyacentes de este fenómeno. Algunos piensan que es parte del envejecimiento biológico, en tanto que otros apoyan la presencia de un mecanismo psicogénico, relacionado con la mencionada reducción de la energía psíquica expresada en energía Yoica. Krassoievitch menciona que Hartmann apoya lo anterior al decir que la memoria es una de las funciones autónomas del Yo que tienen una finalidad adaptativa.

Es decir, cuando hablamos de un sentimiento de fracaso en la integridad del Yo, se percibe a la realidad circundante en la etapa tardía de la vida, como más amenazadora, favoreciéndose un retraimiento protector del Yo hacia el pasado, catectizando a éste y

presentando fallas en la atención y la concentración debido, además, a cambios en la vigilia y en las motivaciones. Entonces, se alteran las diferentes fases de la memorización y de la utilización de la información memorizada, "olvidando" en cierta forma los hechos recientes y las circunstancias presentes, circunstancia que puede proteger al individuo del dolor que pueden causarle las insatisfactorias percepciones de sus circunstancias actuales. Puesto que el adulto añoso está cada vez más consciente de sus propias limitaciones, la visión psicodinámica considera que su memoria puede disminuir para evitar el enfrentamiento con un presente displacentero, debido a que, en general, las emociones determinan aquello que se olvida y aquello que se recuerda.

En relación a esto, y en cuanto a la utilización de la memoria en beneficio del propio individuo añoso, Krassoievitch (2002) sostiene que la reminiscencia, es decir, el acto de pensar en las propias experiencias pasadas, o de relatarlas, tiene un efecto adaptativo durante el envejecimiento. protegiendo contra la ansiedad y la depresión, permitiendo además la conservación de la autoestima frente a la disminución de la capacidad física e intelectual. Hay ciertos mecanismos psicológicos, defensivos, adaptativos y protectores que intervienen en la reminiscencia, los cuales son utilizados por los individuos mayores en forma diferente dependiendo de su propia personalidad. Por ejemplo, algunos individuos usan la negación para declinar su propio envejecimiento y mantener a raya la ansiedad que les provoca la cercanía de la muerte. Otros proyectan sus deficiencias en las personas más jóvenes, otros se identifican con personas del pasado, otros recurren a la fantasía para relatar hechos y circunstancias de las que salieron victoriosos en el pasado y otros más reprimen impulsos sexuales y agresivos para mantener su autoestima y su identidad. La reminiscencia, entonces, puede auxiliar al individuo añoso a adaptarse al envejecimiento, a mantener su autoestima, su sentido de identidad, a elaborar las pérdidas personales y tratar de contribuir a la sociedad que le rodea.

En la consideración del proceso de envejecimiento, es importante recordar el concepto de narcisismo, utilizando la concepción de Fromm (1966). Para este autor, existen dos formas de narcisismo:

- Benigna: El objeto del narcisismo es resultado de un esfuerzo personal. Ej.: el orgullo narcisista del carpintero por su trabajo. Aquí, la energía que impulsa al trabajo es en gran parte narcisista, pero el hecho mismo de que el trabajo vuelva necesario el relacionarse con la realidad, frena constantemente el narcisismo y lo mantiene dentro de límites.
- Maligna: Aquí el objeto del narcisismo no es nada que el individuo hace o produce, sino algo que tiene. Ej.: su cuerpo, su belleza, su riqueza. Es maligno porque carece del elemento correctivo que está presente en la forma benigna.

Es esencial tomar en cuenta que el narcisismo está seriamente comprometido y amenazado en esta etapa tardía de la vida, debido a las circunstancias internas y externas que están implicadas. El individuo mayor recibe muchas heridas narcisistas que percibe como amenazas y la forma en que reacciona ante ellas depende de la organización previa del narcisismo. Por ejemplo, quien en el pasado se ha apegado demasiado a una cierta imagen de sí mismo y ha impedido otras formas de relacionarse con los demás que no sean narcisistas, vivirá muy mal su vejez, y podrá vislumbrarse en su panorama la instauración de mecanismos desadaptativos, tales como actitudes autoritarias y autoafirmación excesiva originadas en profundos sentimientos de incapacidad, aislamiento, introversión, reacciones paranoides e incluso la desintegración psicótica. Otros reforzarán su coraza narcisista para combatir los ataques internos y los externos, volviéndose seres egocéntricos, interesados solamente en sus cuerpos y sus pertenencias y llenándose de ideas depresivas, hipocondriacas y conductas hostiles hacia los demás. En contraste, los individuos mayores que se manejaron en base al narcisismo benigno seguirán haciéndolo durante el proceso de envejecimiento, ya que desde antes han estado al servicio de la defensa y de la supervivencia de los ideales y los intereses, y no les será tan difícil adaptarse a los cambios que vienen con la vejez. Sin embargo, la familia y la sociedad pueden originar un reforzamiento del narcisismo benigno cuando proyectan en el anciano sus propios temores ante el envejecimiento y la muerte. En consecuencia, el individuo mayor manifestará su necesidad obstaculizada de expresión de servicio a la vida y a sus

intereses mediante una conducta hostil y resentida, originándose en él sufrimiento y angustia. Sin embargo, este sentimiento puede corregirse con la utilización de medidas que favorezcan la expresión del narcisismo benigno.

Salvarezza (1988) no considera que el aumento del narcisismo en los ancianos es un fenómeno universal y constitutivo de esta etapa de la vida, definiéndolo como la valoración que hace el individuo de sí mismo, colocado dentro de una escala de valores en cuyo extremo más alto está el Yo ideal, y en cuyo extremo más bajo está el negativo de este Yo ideal. Para este autor, la medida de la autoestima de cada individuo está dada por su ubicación en esta escala, ubicación que está muy relacionada con los trastornos depresivos, dado que narcisismo y autoestima están muy relacionados. Lo que sí es universal es el incremento de la interioridad con la edad, el cual se debe a factores físicos, psicológicos, sociales y culturales. La relación de este concepto con el de narcisismo está en que el narcisismo en la tercera edad es la consecuencia y no la causa de esta vuelta dentro del sujeto. Entonces, en caso de que el individuo tenga recuerdos con "tonalidades afectivas dolorosas" (nostalgia), no le será posible lograr la integridad del Yo, y aparecerá en su lugar la desesperación. Salvarezza considera que, en aquél que posea una personalidad narcisista (su preocupación central es su propia valoración ante sí y ante los demás, lo cual medirá su autoestima), el no cumplir la identificación con el Yo ideal, lo llevará a caer en una identificación con el negativo del Yo ideal, ya que en él no existen las posiciones intermedias. Sufrirá entonces una gran angustia que lo llevará a utilizar mecanismos de defensa tales como la regresión, negación, represión, defensas obsesivas, intelectualización y sobrecompensación, entre otros, con el fin de construirse una imagen más favorable de sí mismo que le sea más llevadera. Sin embargo, si las defensas no resultan eficaces, viene el "colapso narcisista", en donde hay una definitiva identificación con el negativo del Yo ideal, y una invasión de sentimientos de inferioridad y autorreproches narcisistas, quejas somáticas y dependencia, mecanismos todos que intentan contrarrestar la ansiedad y que pueden ser indicativos de la evolución de una depresión clínica. Esto sucede porque las condiciones que frecuentemente acompañan al proceso de envejecimiento, tales como las enfermedades físicas crónicas, la disminución de las funciones y las capacidades,

las pérdidas, las separaciones, la soledad, los cambios de roles, etc., confrontan al "self" grandioso con la vulnerabilidad, las limitaciones y la temporalidad de la existencia del ser humano.

Abundando en aquello que puede fundamentar sentimientos depresivos en la vejez, diremos que Gitelson, psicoanalista (1948), sostuvo que, mientras más rígida fue la adaptación caracterológica en etapas previas en la vida del individuo, más severos serán los síntomas de ansiedad e inseguridad durante el período tardío de la vida. Krassoievitch también menciona las contribuciones de Bibring, psicoanalista (1966), quien dijo que se produce un desequilibrio psicológico importante cuando fallan los ajustes profundos requeridos por las circunstancias cambiantes de la vida, como lo son el término de la función reproductora, la pérdida del empleo, la jubilación, la partida del hogar de los hijos, la disminución de la energía y el vigor físicos, la pérdida de la salud, de amigos, de relaciones laborales, de roles sociales y el duelo por la muerte de seres queridos, en especial del cónyuge o los hijos, entre otras. A esto puede agregarse los frecuentes sentimientos de culpa que ocasionan los impulsos sexuales a esta edad, causa común de ansiedad y desasosiego. Además, y debido a la disminución de la energía física y psíquica, puede disminuir la sexualidad genital y resurgir los impulsos pregenitales de tipo oral y anal, situación que lleva a los ancianos a dar más importancia a los alimentos y a la comodidad, a los hábitos y en el mejor de los casos, a los intereses estéticos e intelectuales. Nuevamente, vemos la evidencia de la actuación de mecanismos que pretenden proteger al individuo mayor de la ansiedad, la inseguridad y los sentimientos de inadecuación y decadencia. En este sentido, debemos considerar que algunos mecanismos defensivos pueden resultar útiles o patológicos, dependiendo de si persisten o no conflictos no resueltos que pudieran provenir desde la infancia, y de si existe una ineficacia notoria en las barreras defensivas que combaten los impulsos primitivos desarrolladas durante la edad adulta.

Por todo lo anterior, es de suma importancia considerar que para enfrentar eficazmente las pérdidas, los ataques y las restricciones que están implícitos en la edad avanzada, es necesario movilizar la energía psíquica disponible, partiendo de la función perdida

hacia otras áreas. Esto hace posible la sublimación de las necesidades narcisistas por las vías adecuadas para la edad. También se requiere la disposición en el propio individuo mayor de introducir modificaciones en las expectativas del Yo ideal y del Superyó, de acuerdo con la realidad pasada y presente, con el fin de que reestructure su sistema de valores. También resulta provechoso para el individuo mayor el que se le apoyen mecanismos defensivos que propicien la actualización de aspectos creativos que habían estado ocultos por mucho tiempo, así como el ayudarlos a resolver conflictos previos, y a aceptar los cambios regresivos apoyando las defensas más maduras para que el anciano pueda hacer frente a la reaparición de impulsos primitivos. Sin embargo, autores como Newton y col. (en Krassoievitch, 2001) sostienen que incluso los individuos con un "self" sano pueden tener efectos negativos en su autoestima debido al cúmulo de experiencias asociadas con la vejez, por lo que enfrentar este proceso de envejecimiento sería siempre todo un reto. Aquí es relevante señalar que se menciona mucho el hecho de que la magnitud de las reacciones ante una pérdida (Ej.: una función), depende del grado de importancia atribuido a ese "objeto" perdido. Por lo tanto, para restituir al "self", se intenta reconstruir la autoestima mediante la mencionada utilización de diversos mecanismos defensivos, y el resultado dependerá en gran parte, de la eficacia con la que se usen esos mecanismos. Se menciona entonces que, aquellos individuos que poseen un "self" frágil, una autoestima basada en ilusiones de omnipotencia, así como roles y relaciones al servicio de la gratificación de sus necesidades narcisistas, enfrentan trágicamente las amenazas y agresiones implícitas en el proceso de envejecimiento.

Los individuos que se encuentran en la tercera edad han ya atravesado por experiencias de pérdida, las cuales provocan procesos intrapsíquicos que si se desarrollan normalmente, constituyen duelos normales. En cambio, si estos procesos entorpecen la aceptación de las pérdidas sufridas, si son prolongados y se parecen a un estado depresivo, impidiendo la confrontación adecuada de los diferentes sucesos de la vida, constituyen duelos patológicos.

Freud dijo que el duelo es la reacción a la pérdida de un ser amado o de una

abstracción equivalente, en donde el Yo se entrega totalmente al dolor, se inhiben y restringen sus funciones, deja de manifestarse un interés por el mundo exterior, perdiendo la capacidad de elegir otro objeto y apartándose de toda función no realizada con la memoria del ser querido. Para Freud, este sería el primer paso para el trabajo del duelo, cuya finalidad es que el sujeto logre desprenderse progresivamente del objeto perdido. Aún cuando el juicio de realidad dice que el objeto amado ya no existe, el sujeto se resiste a aceptar esto, pero lo va logrando paulatinamente, gastando gran cantidad de tiempo y energía. El objeto internalizado persiste, pero poco a poco, la libido se va desprendiendo de cada uno de los recuerdos y esperanzas relacionados con el objeto. Finalmente, el Yo vuelve a quedar libre y sin inhibiciones (Akiskal, 2000).

Grinberg (1983) sostiene que el duelo normal implica todo un proceso dinámico complejo que compromete a la personalidad total del individuo, implicando consciente e inconscientemente a todas las funciones del Yo, sus actitudes, defensas y especialmente las relaciones con los demás.

Por otro lado, Melanie Klein basa sus conceptos sobre el duelo en la teoría freudiana, pero agrega que la pérdida de un objeto amado reactiva la posición depresiva en el ser humano, y que la forma en que se atraviesa el proceso de duelo depende de cómo se hayan solucionado las posiciones esquizoparanoide y depresiva en la infancia. Para ella, la pérdida del objeto bueno externo implica el sentimiento inconsciente de haber perdido también el objeto bueno interno, removiéndose de nuevo las ansiedades persecutoria y depresiva. En su aportación, Klein incluye dos fases en el duelo: una de desorganización y otra de reorganización, con dolor persistente en ambas fases. Aquí es importante que el objeto perdido no sea idealizado ni denigrado, para que pueda elaborarse un duelo normal. Debe constituirse en objeto valioso para el Yo. Es importante la reparación del objeto bueno interno. Si por el contrario, hay una interferencia en la reparación y el establecimiento del objeto bueno interno debido a una movilización excesiva de las defensas maniacas, este proceso no se resuelve normalmente (Gabbard, 2002).

Para Freud, la libido en el duelo patológico permanece orientada hacia el Yo, en vez de ser retirada del objeto amado perdido, y desplazado a otro objeto. El postuló la “ambivalencia de las relaciones amorosas”, la cual implica que, en el duelo patológico, el conflicto de la ambivalencia pasa a primer plano. Por lo tanto, el individuo se siente culpable de la muerte del “objeto”, la niega y piensa que está influido o poseído por el difunto, cree padecer la misma enfermedad que le produjo la muerte, etc. El carácter patológico está dado por esta ambivalencia, la cual se manifiesta en el reproche que se hace el propio sujeto de haber deseado la pérdida del objeto amado, incluso de ser culpable de ella. La postura de Melanie Klein sostiene que la diferencia está solamente en el grado de nivel de libido que está orientada hacia el Yo en lugar de ser retirada del ser amado perdido. Para ella, es necesario valorar el aspecto cuantitativo para diferenciar el duelo normal del duelo patológico. (Gabbard, 2002).

Por su parte, Bowlby (1961) sostiene que las pérdidas significativas durante la infancia predisponen al individuo a responder a situaciones de pérdida que se presenten más adelante en su vida, con un duelo patológico, exponiéndolo a sufrir una enfermedad psiquiátrica.

En conclusión, consideraremos al duelo como un fenómeno normal, una labor intrapsíquica que debe llevarse a cabo en todas y cada una de sus etapas para que sea posible lograr un equilibrio emocional, y cuyo éxito como proceso o “trabajo del duelo” depende de:

1. Personalidad del sujeto.
2. Circunstancias de la pérdida.
3. Actitud del entorno del doliente.
4. Contexto sociocultural en el que se desenvuelve el individuo.

Es importante agregar que en los adultos mayores, el trabajo del duelo puede perturbarse porque, en muchas ocasiones, puede instalarse un sentimiento de tristeza sin fin, originado por la dificultad que tiene el adulto añoso en lograr la conexión con nuevos objetos o con equivalentes que sustituyan al objeto perdido, puesto que

frecuentemente, estos objetos ni siquiera están disponibles para él. Por su parte, la Dra. Elizabeth Kübler-Ross concluyó que existen cinco fases por las que hay que transitar en el duelo normal:

1. Negación y Aislamiento
2. Rabia o Ira
3. Negociación
4. Depresión
5. Aceptación.

Cuando la persona no es capaz de llegar al punto de la aceptación, circunstancia que resulta muy diferente a la de la resignación, se presenta el duelo patológico, el cual se caracteriza por la dificultad de aceptar la pérdida y por una reacción desmedida ante esa imposibilidad. Cualquiera de las pérdidas a las que ha estado expuesto el adulto añoso pueden funcionar como causas de este duelo patológico: muerte del cónyuge o de algún otro significativo, alejamiento de los hijos, cambio de trabajo o de domicilio, pérdida del rol laboral (despido, jubilación), pérdida de habilidades, capacidades o funciones, enfermedades, separación, divorcio, pérdidas económicas, pérdidas de relaciones laborales o de compañeros de actividades, de amistades, etc.

**Diferencias en las Fases del Trabajo del Duelo entre**  
**Duelo Normal y Duelo Patológico**  
**(Krassoievitch, 2001)**

<b>Duelo Normal</b>	<b>Duelo Patológico</b>
1. Después de la pérdida, el individuo entra en un estado de desequilibrio, sintiéndose perplejo e incrédulo. Hay impulsos dirigidos hacia el objeto perdido, pero frustrados por la ausencia del objeto. El individuo se esfuerza intensamente (generalmente en forma inconsciente) por recuperar al objeto,	1. Se presenta de la misma manera que en el duelo normal.

recurriendo a mecanismos de defensa (principalmente negación y proyección). Busca un depositario externo para la culpa, mostrando agitación, llanto, protestas, desasosiego y negación de la pérdida. El individuo se muestra ingrato hacia quienes tratan de ayudarlo.

2. Van disminuyendo tanto la conducta derivada de la creencia de que el objeto perdido sigue presente, como la falsa esperanza de reunirse con él. Se incrementa la relación del Yo con los objetos internos que hayan tenido relación con el objeto perdido. Se produce un desinterés o una ruptura con los objetos externos, y persiste la desesperanza. Se desorganiza la conducta por no tener objetos para estructurarse. El individuo puede mostrar desaliño, descuido en el vestir y en el aseo personal.

Se acepta la pérdida, por lo que la tristeza y la aflicción aparecen en toda su magnitud. El individuo se sumerge en interminables recuerdos, lo que se muestra en su conversación, que gira en torno a ellos. Para él, la falta del objeto amado le quita todo sentido a la vida, así que se retrae y se niega a salir porque nada lo distrae. Incorpora

2. Persiste la conducta derivada de la creencia de que el objeto sigue presente y de la expectativa de reunirse con él. En este momento se reinstala la relación ambivalente primitiva, y las agresiones que se derivan de ésta se dirigen al exterior, hacia el entorno y hacia el objeto desaparecido. Se intensifican los reproches al objeto y se instala la sensación de que el mundo está vacío. El sujeto muestra ocasionales descargas agresivas, pero en general, está apático, retraído y muy triste. Se producen trastornos en el sueño, pesadillas e incluso sueños en los que aparece el difunto, descuidando también su aliño y su aseo personal. El individuo puede intoxicarse con alcohol o con medicamentos.

<p>actitudes, gestos o atributos del objeto desaparecido mediante la identificación.</p>	
<p>3. En esta fase se completa el trabajo del duelo. Se realiza una reorganización, tanto en función del objeto perdido, como en relación con nuevos objetos externos. Esto se basa en una debilitación del vínculo con los objetos internos, y el establecimiento de vínculos con aspectos del mundo exterior que había abandonado. Se conecta con otros nuevos. Aunque todavía manifiesta cierto grado de conducta orientada al objeto desaparecido, el individuo poco a poco va sintiendo que los recuerdos se hacen más lejanos y espaciados. Empieza a conversar sobre otros temas y a interesarse por sus actividades habituales. Se reorganiza la conducta del individuo, se siente lo suficientemente bien como para salir y aceptar una distracción, para lo cual se retoman los hábitos de limpieza y de cuidado personal. A pesar de que permanece la relación con el objeto desaparecido, no se contradice la realidad, se reconstruye con él una relación afectuosa. Es decir, el individuo evoca al objeto cariñosa pero</p>	<p>3. Al paso de las semanas, se hace evidente el fracaso del trabajo del duelo. Hay varias formas en que se manifiesta la falla de la reorganización de la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. El individuo puede permanecer orientado hacia el objeto perdido, organizando su existencia como si ese objeto siguiera vivo, o por lo menos como si pudiera ser recuperado.</li> <li>b. El individuo continúa viviendo en el pasado, sin lograr adaptarse a la situación presente, o sin encontrar satisfacciones en ella.</li> <li>c. El individuo encuentra muy difícil desprenderse del objeto cuando la prueba de realidad no opera adecuadamente y la imagen del objeto se vuelve distorsionada y fantasiosa. Si a esto se agrega el impulso de reunirse con el objeto y reproches por su desertión, es probable que se desencadene una depresión en el sujeto.</li> <li>d. Las fantasías y los impulsos dirigidos al objeto perdido se escinden de la estructura principal de la organización psíquica, y empiezan a llevar una</li> </ul>

<p>lejanamente. Termina el duelo. Como dice Lagache, se logra “matar al muerto”.</p>	<p>existencia independiente, incluso pueden permanecer completamente inconscientes. Entonces, suelen aparecer muchos síntomas neuróticos y trastornos de la conducta.</p>
--	---

En el duelo patológico, el paciente frecuentemente se reprocha muchos hechos relacionados con el objeto perdido, considerándose culpable de su pérdida. Esto lo vuelve más apático y temeroso, con el agravante de que el motivo que originó su estado actual le parece lejano, sin solución o incluso inexplicable, debido a una pérdida de la conexión entre causa y efecto. En este punto, el riesgo de suicidio es bastante considerable.

Puesto que el duelo patológico rara vez desaparece por sí mismo, resulta peligroso, ya que su persistencia entorpece mucho la capacidad adaptativa del individuo. Lo imposibilita para enfrentar las circunstancias de la vida y lo vuelve sumamente vulnerable a las situaciones traumáticas que se le presenten. Muchas personas en las que el duelo patológico no ha sido tratado, se mantienen en un estado crónico de tristeza, retraimiento y temor. En otros casos, aparece una “manía de duelo”, circunstancia en la cual el trabajo del duelo no presenta una segunda fase, y en lugar de ella, se manifiesta un estado maníaco, en donde se refuerza la negación. El individuo puede presentar excitación, hiperactividad, aceleración del curso del pensamiento, fuga de ideas y verborrea, con posibilidad de consumo de alcohol y drogas. En los adultos mayores, esta situación conlleva el obvio riesgo de descompensación física severa.

## 2 PERSPECTIVA COGNITIVA

La teoría cognitiva de la psicopatología se basa en una perspectiva de procesamiento

de la información. Beck (1967,1976,1987, 2005), sostiene que las desviaciones en el procesamiento sistemático de la información son evidentes en todos los estados psicopatológicos. El proceso de información defectuoso constituye una parte esencial del complejo de síntomas y funciones emergentes para mantener desórdenes psicológicos. Adicionalmente a esta desviación en el procesamiento de información, el modelo cognitivo sostiene que las condiciones psicopatológicas representan “flujos de conciencia” (streams of consciousness), dominados por pensamientos automáticos negativos y por imágenes que, a su vez, derivan de estructuras cognitivas o esquemas latentes persistentes, que poseen una orientación disfuncional o maladaptativa.

En base a este modelo, pueden identificarse cuatro fundamentaciones que guían, tanto a la teoría, como al tratamiento cognitivo (Clark, D.A. & Steer, R.A., 1996):

1. Los individuos construyen activamente su realidad.
2. La cognición es mediadora del afecto y de la conducta.
3. Es posible conocer y acceder a la cognición.
4. El cambio cognitivo es central al proceso de cambio en el ser humano.

Es decir, para el modelo cognitivo, los individuos no son receptores pasivos de los estímulos ambientales o de las sensaciones físicas, sino que están activamente involucrados en la construcción de sus propias realidades. Toda la percepción, el aprendizaje y el conocimiento, son productos de un sistema de procesamiento de información que activamente selecciona, filtra e interpreta estímulos ambientales y sensoriales que impactan al individuo. Consecuentemente, los individuos adjuntan significados altamente personales e ideosincráticos a eventos. En el caso de la depresión, las personas tienden a interpretar experiencias negativas personalmente significativas como fundamento de las creencias que tienen acerca de ser ellos mismos seres fracasados.

Por lo tanto, este abordaje asume que, tanto el contenido, los procesos, como las estructuras cognitivas, influyen o median la conducta y la emoción. En otras palabras, la perspectiva cognitiva visualiza a los factores cognitivos como mediadores o concomitantes de los desórdenes psicológicos, más que como agentes causales. Aquí

es necesario aclarar que este modelo no postula una relación secuencial, unidireccional, en donde la cognición siempre precede a la emoción. En realidad, asume que la cognición, la emoción y la conducta, son constructos recíprocamente determinantes e interactivos. Se considera que, en la depresión, los pensamientos automáticos negativos y los procesos cognitivos desviados no juegan un rol causal, sino que constituyen síntomas cardinales del desorden depresivo, los cuales juegan un rol mediador primario en el mantenimiento de otros síntomas emocionales, conductuales y motivacionales de los trastornos depresivos.

Clark, D.A. & Steer, R.A. (1996) mencionan que, en apoyo de las conclusiones anteriores, el modelo cognitivo de Beck propone constructos que pueden ser definidos operacionalmente y probados empíricamente. Estas mediciones han aportado datos cuantitativos y cualitativos que probaron ser importantes en las investigaciones que Beck llevó a cabo a lo largo de los años. Además, permitieron el desarrollo de instrumentos útiles, tales como el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck y la Lista de Cogniciones.

Un aspecto relevante a recordar, es que el modelo cognitivo **no** asegura que todos los procesos cognitivos son conscientes, controlados o voluntarios, ya que reconoce niveles variados de accesibilidad. La propia definición de “pensamientos automáticos negativos” asume que los pensamientos asociados a los desórdenes psicológicos son sumamente espontáneos, y se encuentran justo en el límite de la conciencia. Para Beck y sus seguidores, los individuos pueden ser capacitados para acceder a los productos de su procesamiento de información defectuoso, argumento que constituye uno de los pilares de la terapia cognitiva, en donde se piensa que el cambio conductual es central en el proceso de cambio del ser humano.

En relación a la depresión y la ansiedad, este abordaje considera que, si una disfunción cognitiva es crucial para el mantenimiento de los síntomas de estos padecimientos, entonces el cambio en un amplio rango de síntomas conductuales, emocionales y somáticos, sólo puede lograrse mediante la modificación de los síntomas cognitivos. Es

decir, el mejoramiento conductual y emocional es posible únicamente si cambian los productos, procesos y estructuras cognitivas mediadoras, lo cual puede llevarse a cabo en forma directa por una técnica terapéutica cognitiva, como lo es la Reestructuración Cognitiva, o en forma indirecta mediante una intervención conductual, como lo es la Desensibilización Sistemática en Vivo o los Horarios de Actividades.

El modelo cognitivo propone varias hipótesis, derivadas de los principios básicos de este abordaje, respecto al papel que juega la cognición en la depresión. Una de ellas, la “Hipótesis Negativa”, asevera que, en todos los tipos de depresión, se puede encontrar un incremento significativo del pensamiento autoreferencial negativo que versa sobre el sí-mismo, el futuro y el mundo. Beck llevó a cabo numerosos estudios en donde concluyó que estas cogniciones negativas están asociadas a la depresión en niveles sindrómicos, sintomáticos y anímicos. Sin embargo, autores como Hamilton, encontraron que esta desviación cognitiva en la cognición no siempre se encuentra en todos los pacientes deprimidos.

Una segunda hipótesis, la “Hipótesis de la Primacía”, sostiene que la cognición o el procesamiento de información desviados influenciarán en forma crítica a los otros síntomas de ansiedad y depresión. Para Beck, “primacía” significa que el procesamiento cognitivo desviado llevará a un cambio correspondiente en la respuesta conductual y emocional del individuo. Esto sugería que la cognición negativa puede ser tan integral a la experiencia depresiva, que los síntomas cognitivos deberían ser un importante objetivo en el tratamiento de la depresión, más allá de los síntomas depresivos “no cognitivos”. Por otro lado, Beck aclaró que “primacía” no significa que las cogniciones desviadas sean las causantes de los otros síntomas de la depresión. Aunque algunos consideraron a la Hipótesis de la Primacía como una estrategia útil, no como un constructo que podía probarse empíricamente, sino como un auxiliar a los clínicos en la comprensión y organización de los problemas de sus pacientes, muchos otros concluyeron que la producción de imágenes y pensamientos autoreferenciales negativos, pueden llevar a los individuos a presentar respuestas conductuales, afectivas y psicológicas características de la depresión. (Clark, D.A. & Steer, R.A.,

1996).

Una tercera hipótesis relevante al nivel descriptivo, es la “Hipótesis Cognitiva de Especificidad de Contenido”, la cual ha estado sujeta a numerosas investigaciones y es una de las centrales del modelo cognitivo. Sostiene que cada desorden psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo, que se refleja en todos los niveles del funcionamiento cognitivo. En la depresión, el tema cognitivo predominante versa sobre la privación o la pérdida personal, mientras que en la ansiedad, trata de la amenaza o el peligro físico o psicológico. Por lo tanto, se considera al contenido cognitivo específico asociado con un desorden de importancia crucial en el diagnóstico diferencial entre la depresión y la ansiedad (Clark, D.A. & Steer, R.A., 1996).

### Perfil Cognitivo de la Depresión

<b>Estructuras Cognitivas</b>	Creencias maladaptativas enfocadas principalmente en la pérdida y la falla en el ámbito interpersonal y en el ámbito del aprovechamiento.
<b>Procesamiento Cognitivo</b>	Procesamiento exacerbado de la información negativa. Exclusión de los autoreferentes positivos en la información. Evaluaciones globales, absolutas, exclusivas y totalizadoras. Incremento en la atención autofocalizada que puede reducir la responsividad a los estímulos externos.
<b>Cogniciones Negativas</b>	Pensamientos de falla y de pérdida personal. Pensamientos toman la forma de autoaseveraciones orientadas al pasado.

Beck aseveró que estructuras cognitivas, tales como las creencias o esquemas maladaptativos, son factores predisponentes distales que pueden contribuir a la aparición de un episodio depresivo. Para este autor, los esquemas maladaptativos no son ni necesarios ni suficientes en la causalidad de este trastorno. Además, sostiene

que la interacción entre una vulnerabilidad cognitiva predispuesta, y un evento vital precipitante, será evidente únicamente en algunas depresiones, posiblemente sólo en aquellas que algunos llaman todavía “de naturaleza reactiva”. Por lo tanto, no se considera a la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva como aplicable universalmente a todos los tipos de depresión.

Otros autores (Hollon, S.D. et al., 1996) sostienen que la teoría cognitiva sugiere que las personas se deprimen, en parte, porque poseen esquemas cognitivos negativos que se activan bajo condiciones de estrés. Estos esquemas están formados, tanto de contenidos o supuestos subyacentes, como de procesos que vuelven a los individuos propensos a manejar un procesamiento de información maladaptativo. Estas proclividades sirven como diátesis preexistentes que conducen a una producción de pensamientos automáticos negativos específicos. (Ej.: “Soy un perdedor. Nada de lo que hago sale bien”), los cuales deprimen el ánimo y disminuyen la motivación para un manejo de mecanismos de afrontamiento activos bajo condiciones de estrés. Consecuentemente, estos investigadores afirman que la discontinuación de las expectativas negativas más proximales deben jugar un rol central en el aminoramiento del distrés agudo, mientras que los cambios en las predisposiciones más distales deben ser más importantes para la reducción del riesgo subsecuente. Se ha concluido que este modelo se anticipa y es más consistente con la más reciente Teoría de la Desesperanza en relación a la depresión.

En el caso de los adultos mayores, se ha dicho que se prueba la robustez de la perspectiva cognitiva en relación al manejo de los trastornos depresivos debido al hecho de que los pensamientos negativos que tienen los adultos senescentes acerca de la evaluación de su propia realidad, pueden reflejar una evaluación acertada de su entorno y de sus circunstancias. Se ha discutido mucho el que, si el sistema de procesamiento de información está distorsionado en estos pacientes, es porque sus pensamientos automáticos negativos frecuentemente forman parte de una secuencia natural de reacciones ante el estrés y los procesos de duelo acumulados. Por esta razón, se presentan dos retos a resolver para la teoría cognitiva:

1. ¿Cómo se maneja esta perspectiva en relación a los pensamientos negativos de naturaleza realista? ¿Existen momentos en los que tal vez la vida es tan dura para alguien, que podemos decir que la ansiedad y la depresión constituyen una respuesta “racional” ante tan terrible situación? Y si es éste el caso, ¿podemos realmente esperar poder ayudar al utilizar una terapia bajo la premisa de que el pensamiento ansioso y depresivo es ilógico?
2. ¿Cómo maneja la terapia cognitiva el proceso de ajuste? Los modelos cognitivos de la depresión y la ansiedad son esencialmente estables, pero las reacciones de los individuos hacia el trauma o la pérdida son frecuentemente parte de un proceso continuo de ajuste. Por lo tanto, ¿puede realmente la terapia cognitiva enfrentarse al reto de los desórdenes de ajuste?

Se ha argumentado que los pacientes mayores deprimidos que se enfrentan dolorosamente al cúmulo de pérdidas, de enfermedades penosas e incurables e incluso a la cercanía de la muerte, tienen una visión de la realidad más acertada y objetiva que el resto de las personas.

Ante estas inquietudes, algunos autores (Moorey, S., 1996) mencionan que los representantes del modelo cognitivo han asegurado que no existe tal cosa como la “depresión realista”, dado que la tristeza no es depresión. Definen a la tristeza como “una emoción normal creada por las percepciones realistas que describen un evento negativo que involucra pérdida o decepción en una forma distorsionada. Depresión es una enfermedad que resulta siempre de los pensamientos que están distorsionados de alguna manera” (4).

(4) Moorey, S. (2006). “Cognitive Therapy in Adverse Life Circumstances”. En Salkovskis, P. (comp). *Frontiers of Cognitive Therapy*. pp. 452. New York, NY, USA: The Guilford Press.

Esta evaluación acertada conduciría a sentimientos de tristeza y pérdida. Pensamientos automáticos negativos, tales como la sobregeneralización, la inferencia arbitraria, la culpabilidad, la visión catastrófica, el pensamiento polarizado, el razonamiento emocional, la personalización, la interpretación del pensamiento, las etiquetas globales,

el filtraje y el “debería”, entre otros, pueden estar inmersos en estas evaluaciones, y deberían analizarse y modificarse, puesto que son producto de procesamientos de información desviados. Agregan que hay que recordar que los individuos necesitan transitar siempre por un periodo de ajuste ante las circunstancias que implican un cambio en la vida, durante el cual ocurre una gran variedad de interpretaciones cognitivas y respuestas emocionales. Estos autores remiten a la consideración de las etapas del duelo ante las pérdidas. Entonces, frente al imperativo de considerar y explorar los pensamientos negativos “realistas”, proponen la búsqueda del significado más profundo que se encuentra detrás de estos pensamientos automáticos negativos, con el fin de obtener más distorsiones cognitivas en el paciente.

A pesar de las controversias y las muy interesantes discusiones generadas alrededor de las investigaciones sobre la teoría y la terapéutica cognitiva, no puede ignorarse el hecho de que han tenido notables implicaciones en el diagnóstico de los desórdenes psicológicos. Más recientemente, el autor del modelo cognitivo ha evolucionado en relación a sus postulados originales, argumentando que la depresión no ocurre aisladamente, aún en individuos cognitivamente vulnerables, reconociendo que, en este padecimiento, usualmente está involucrado un estresor ambiental agudo o crónico.

En este punto, resulta importante mencionar también al Modelo de Indefensión Aprendida, propuesto por Martin Seligman, el cual, en varios modos, es un equivalente experimental del Modelo Cognitivo. Propone que la postura defensiva es aprendida de situaciones pasadas en las cuales la persona fue incapaz de poner fin a contingencias indeseables. Seligman propuso la teoría de que la acumulación de episodios pasados de incontrolable indefensión forman en el individuo un rasgo de indefensión aprendida, la cual es una creencia de que es inútil el iniciar una acción personal para cambiar radicalmente las circunstancias aversivas. A pesar de que el paradigma de indefensión aprendida es general y se refiere a una disposición mental más amplia que la depresión, se considera potencialmente útil en la comprensión de condiciones tan diversas como la impotencia social, el derrotismo y el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Además, los eventos pasados pueden moldear un

cluster caracterológico consistente en pasividad, falta de hostilidad y la disposición de culparse a sí mismo, el cual es relevante a ciertos fenómenos depresivos. Por eso, la indefensión aprendida podría proveer posibles vínculos entre aspectos de la biografía personal y la fenomenología clínica en los trastornos depresivos. Sin embargo, y aún cuando las estrategias cognitivas diseñadas y utilizadas para modificar las expectativas de incontrolabilidad y los estilos atribucionales negativos se usan a menudo para aliviar tanto los síntomas depresivos como los estados psicopatológicos relacionados, se recomienda al clínico que sea cauteloso con las extrapolaciones clínicas injustificadas (Akiskal, 2000).

### **3 PERSPECTIVA BIOLÓGICA: ABORDAJES NEUROFISIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICA DE LA DEPRESIÓN**

Los abordajes neurofisiológicos incluyen:

1. Hiperexcitabilidad Neuronal
2. Ritmopatía
3. Desregulación Afectiva

La hiperexcitabilidad neuronal se relaciona con anomalías en las concentraciones y el transporte del sodio, circunstancia que se considera hipotéticamente relevante a la producción de un estado inestable de hiperexcitabilidad neurofisiológica, lo cual fundamenta la tesis de la existencia de un “arousal” neurofisiológico en los estados melancólicos.

En cuanto a la ritmopatía, Akiskal (2000) sostiene que diversos estudios europeos muestran que los pacientes deprimidos están básicamente alterados en muchos ritmos biológicos. Es decir, se han observado perturbaciones en muchos patrones circadianos en los pacientes deprimidos, incluyendo el de la latencia de la fase REM (Movimientos Oculares Rápidos) en el ciclo del sueño. Incluso se ha propuesto a la comprobación de la existencia de un acortamiento de la fase REM, como otra prueba de laboratorio más

para auxiliar en el diagnóstico de trastornos depresivos. Este autor agrega que estos padecimientos también se han relacionado con anomalías en la regulación de la temperatura cerebral. Asimismo, se ha investigado el papel que juega la hormona pineal melatonina en la ritmopatía. Lo importante de estas consideraciones es que han abierto el camino para nuevos manejos terapéuticos de los trastornos depresivos, como lo es la terapia a base de exposiciones a una brillante luz blanca, llamada comúnmente “fototerapia”, al menos en aquellos pacientes que sufren de depresiones periódicas y estacionales. Muchos investigadores interesados en este abordaje, apuntan hacia la desregulación del cerebro medio como un probable sustrato neurofisiológico común de los trastornos depresivos, lo cual sugeriría que los antiguos griegos no se equivocaban al atribuir la melancolía a influencias geofísicas malignas. Sin embargo, todavía se requiere de investigación más extensa al respecto.

Respecto a la desregulación afectiva, Akiskal (2000) menciona que ésta se encuentra íntimamente ligada a las ritmopatías, razón por la cual se considera como un gran reto el caracterizar la base molecular de los mecanismos que subyacen a estas ritmopatías, las que a su vez pueden ser responsables de la recurrente naturaleza de la patología afectiva.

Pasando a la consideración de la bioquímica de la depresión, hay que recordar que durante el siglo XX, después de la aparición de los postulados psicodinámicos y a partir de los años 60's, se dio a conocer la Hipótesis Aminérgica de la Depresión de Schildkraut, la cual sostiene que es un déficit de neurotransmisores lo que provoca este trastorno. Más recientemente, se han elaborado otras varias hipótesis bioquímicas, pero la mayoría de ellas se basan en un mal funcionamiento sináptico de una serie de sistemas de neurotransmisión, especialmente los de la norepinefrina, serotonina, dopamina, acetilcolina, hormona liberadora de corticotrofina y la sustancia P (Salim-Pascual, 2004).

Las investigaciones han demostrado que son varias partes del cerebro las que están relacionadas con los cambios físicos y emocionales observados en los trastornos

depresivos y la imagenología ha mostrado que mientras el cerebro de un individuo deprimido generalmente está en baja actividad, ciertas áreas muestran hiperactividad. Las áreas del cerebro que se afectan con la depresión son:

- Tálamo: Puesto que está asociado con cambios emocionales y estimula a la amígdala, sufre de niveles elevados de actividad en individuos deprimidos.
- Amígdala: Como responsable de los sentimientos displacenteros, se vuelve hiperactiva en los individuos deprimidos.
- Circunvolución del Cíngulo o “Gyrus Cinguli”: El cerebro de un individuo deprimido muestra un incremento de actividad en ésta área, la cual ayuda a asociar los olores y las visiones con recuerdos agradables de emociones pasadas. Además, esta área participa en la reacción emocional al dolor y regula la agresión.
- Córtex Prefrontal: Debido a que algunas partes de esta área ayudan a regular las emociones, los individuos deprimidos muestran una disminución en la actividad de esta sección del cerebro.

El papel del sistema límbico en este padecimiento es muy importante y complejo, debido a su relación con la expresión de los instintos, los impulsos y las emociones, ya que regula los efectos del humor en el comportamiento externo e influencia los cambios internos y las funciones corporales asociadas a la depresión. La investigación de la bioquímica de la depresión involucra la exploración del papel de neurotransmisores tales como la norepinefrina, la serotonina y la acetilcolina. Se sabe que los mecanismos de acción son muy complejos y que en ellos participan tanto la cantidad de neurotransmisores disponibles como las complejas interacciones entre los sistemas de neurotransmisión y los receptores. Los neurotransmisores son sustancias químicas que llevan mensajes entre neuronas y que afectan el comportamiento, el humor y el pensamiento. Estos neurotransmisores se liberan en las sinapsis entre neuronas con el fin de facilitar la transmisión de información de una célula a otra. En los trastornos depresivos, se reducen los niveles de estos neurotransmisores en las regiones del cerebro que controlan el humor y las emociones. Es decir, en estos trastornos, las neuronas no producen suficientes neurotransmisores, lo cual ocasiona que los canales

de membrana no se abran, las señales nerviosas no se transmitan y las áreas del cerebro que afectan las emociones puedan no ser estimuladas apropiadamente. Evidentemente, el sistema neuroendocrino, desempeña un papel importante en los trastornos depresivos. Este incluye el hipotálamo, la glándula pituitaria y las glándulas adrenales y toroideas, y está regulado por neurotransmisores. Este sistema neuroendocrino está muy relacionado con la presentación de depresión, y en las etapas del ciclo vital que involucran importantes cambios biológicos, como lo es la adolescencia y la tercera edad, se plantean dificultades especiales. Consecuentemente, es de suma importancia considerar la relevancia del papel que desempeña en Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HPA), porque hay evidencia de que este sistema hormonal regula la respuesta del cuerpo al estrés y que se encuentra hiperactivo en las personas que presentan algún trastorno depresivo. Cuando está amenazado el bienestar físico o psicológico de un individuo, el hipotálamo aumenta la producción del factor de liberación de corticotropina (FLC). Entonces, al elevarse el nivel de FLC, se aumenta la secreción hormonal de la hipófisis y de las glándulas adrenales que preparan el cuerpo para una acción defensiva. Resultados de estudios recientes sugieren que la depresión puede dispararse por la hiperactividad crónica del eje HPA como consecuencia de una experiencia traumática (Reynolds, 2000).

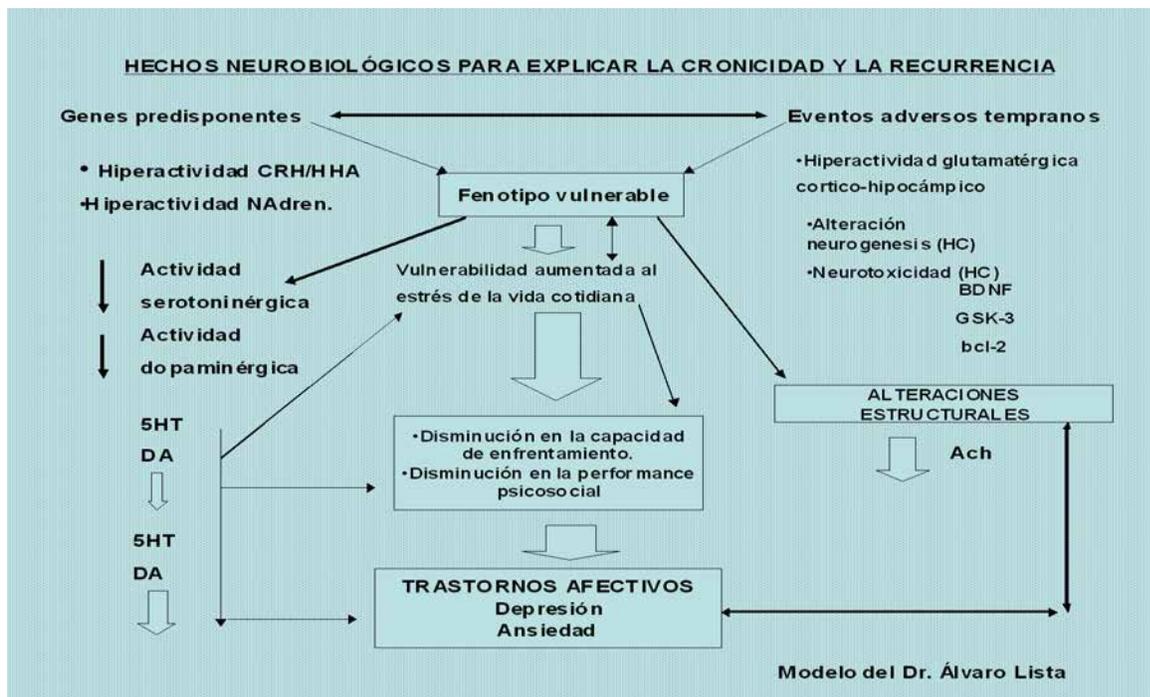
- Norepinefrina (NE): La hipótesis catecolaminérgica de los trastornos afectivos propone que al menos algunas formas de depresión están relacionadas con una deficiencia funcional de norepinefrina. Esta hipótesis se basa en evidencias farmacológicas e indirectas.
- Dopamina (DA): Se han proporcionado evidencias de alteraciones en el sistema de la dopamina en la depresión. En algunos pacientes deprimidos, se ha vinculado a la administración del precursor dopaminérgico con un efecto benéfico, aunque aún siguen debatiéndose los resultados de la utilización de estrategias de retos farmacológicos relacionados al sistema dopaminérgico.
- Serotonina (5-HT): Se ha sugerido que la disminución en la actividad de la serotonina puede aumentar la vulnerabilidad de la depresión, o ser un factor causal. En algunos enfermos con depresión, se han encontrado cambios en el sistema serotoninérgico. Algunos de éstos son: disminución en la disponibilidad

del triptofano cerebral para que éste sea metabolizado hacia 5-HT, disminución de la frecuencia de disparo de las neuronas 5-HT debido a la hipersensibilidad del autoreceptor y aumento de los mecanismos de recaptura y disminución en la capacidad de respuesta del receptor postsináptico. Los niveles del triptofano plasmático, principal precursor de la 5-HT, están reducidos en enfermos deprimidos. Muchos estudios han arrojado evidencia de una disminución en la recaptura de la 5-HT plaquetaria en pacientes con depresión, secundario a la disminución del número de sitios plaquetarios de recaptura para la 5-HT. También están disminuidos los sitios de unión a imipramina que modulan la recaptura de serotonina.

- Acetilcolina (ACh): Evidencias farmacológicas proponen que el sistema colinérgico está alterado en la depresión. Esta hipótesis sostiene que en este trastorno existe un predominio del sistema colinérgico, es decir, un aumento del número y/o sensibilidad de los receptores muscarínicos. Este es uno de los primeros modelos bioquímicos de las enfermedades mentales que menciona que hay más de un solo sistema de neurotransmisión involucrado. Se observó que los agentes que incrementan la actividad colinérgica cerebral pueden inducir un estado depresivo y que muchos de los sistemas de la depresión parecen ser consistentes con la hiperactividad colinérgica. Además, se ha encontrado una elevada comorbilidad entre depresión mayor y adicción a la nicotina, en donde se supone que el paciente deprimido trata de compensar el deterioro cognitivo leve que se presenta en la enfermedad.
- Hormona liberadora de corticotrofina (HLC): Esta hormona se produce en el hipotálamo, encontrándose también en otras áreas del sistema límbico como la amígdala temporal. Se supone que este sistema se encuentra hiperactivo en la depresión, y se ha visto que en las formas crónicas de este trastorno, existe un crecimiento de la porción cortical de las suprarrenales.

#### **4 PERSPECTIVA INTEGRADORA: MODELO DIÁTESIS-ESTRÉS**

Varios modelos más actuales que estudian la depresión integran factores ambientales, genéticos y constitucionales, así como eventos adversos tempranos y actuales. También incluyen las repercusiones de todo esto a nivel del sistema nervioso central, que promueven un sistema CRF y noradrenérgico hiperactivo, lo cual a su vez genera un sistema hiperrespondente al estrés, haciendo vulnerables a los sujetos a padecer trastornos de ansiedad y depresión. El modelo de Hechos Neurobiológicos para explicar la cronicidad y la recurrencia de la Depresión de Alvaro Lista (Rojtenberg y Moreno, 2005) muestra la posible derivación de alteraciones estructurales y funcionales, entre otras; neurodegeneración en diferentes áreas del sistema nervioso central, a partir de distintos eventos genéticos, psicológicos y ambientales en genes que regulan cascadas informativas, conectividad sináptica y neurogénesis (Rojtenberg & Moreno, 2005). (Ampliación del Modelo Integrador del Dr. Alvaro Lista en Anexo 13).



## **CAPÍTULO 3**

### **TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR**

#### **3.1 TAXONOMÍA**

##### **1 Generalidades sobre depresión mayor y depresión no mayor**

Sabemos que las formas clínicas de la depresión en el adulto mayor pueden ir desde las más leves e indetectables, como lo son los trastornos subclínicos crónicos, hasta las más graves y riesgosas, como lo son la depresión mayor de tipo melancólico y la depresión psicótica. Sin embargo, la OPM señala que, más allá de la presentación inicial, un mismo paciente puede padecer de “Pleomorfismo evolutivo de los subtipos”, es decir, el individuo puede sufrir de diferentes subtipos de depresión a lo largo de su vida. La evidencia epidemiológica que se maneja en la literatura más actualizada dice que la depresión mayor típica es responsable de solamente entre un cuarto y un tercio de los adultos mayores con sintomatología depresiva significativa (Baldwin et al., 2002)

Tampoco se ha llegado a un consenso general sobre cómo llamar a la depresión no mayor (Baldwin, R.C., Chiu, E., Katona, C. & Graham, N., 2002). Se han utilizado mucho términos tales como “depresión subumbral”, “depresión subclínica”, “depresión menor” y “depresión leve”. Los descubrimientos recientes muestran lo siguiente:

- La depresión mayor y la depresión menor en los adultos mayores comparten factores de riesgo similares: salud disminuida, incapacidad, aislamiento, insatisfacción con la propia vida, etc.
- La actividad física reducida, el menor contacto social y una mortalidad más alta están asociados en forma similar tanto con la depresión mayor como con la depresión menor.
- El trastorno depresivo menor o depresión no mayor está asociada con

discapacidad funcional de una magnitud similar a la de la depresión mayor.

- En base a resultados de estudios en muestras de individuos con edades diversas, se ha demostrado que el tener una depresión no mayor es un factor de riesgo para una depresión mayor, y que una cierta porción de depresión no mayor se debe a una resolución incompleta de síntomas en pacientes con depresión mayor.

El amplio rango de síntomas depresivos se ha organizado en :

Sufrimiento Activo: Estos síntomas se caracterizan por tristeza, tendencia al llanto fácil, deseo de morir, etc.

Síntomas relacionados con un factor motivacional, que comprende una pérdida de interés, concentración pobre y anhedonia.

También se ha identificado un cluster de síntomas depresivos únicos a personas de más de 60 años de edad que todavía viven inmersos en su vida en comunidad. Estos se caracterizan por: bajo nivel de humor, concentración pobre, retardo psicomotor, constipación, déficits cognitivos y una asociación de la propia persona con la presentación de una mala salud física. Evidencias como las anteriormente mencionadas parecen fortalecer la postura actual de que los sistemas clasificatorios más ampliamente usados, como lo son el DSM IV TR y el ICD 10, dejan de tomar en cuenta estados depresivos clínicamente significativos en los adultos añosos. Por tanto, se ha sugerido que puede existir una forma distintiva del trastorno depresivo en el adulto mayor, caracterizado menos por un bajo estado de ánimo e ideación depresiva, que por un nivel bajo de motivación, concentración pobre, retardo y mala salud física. Es clara la necesidad de una futura mejor clarificación de la nosología del trastorno depresivo en la edad tardía.

En cuanto a la depresión menor, se ha sostenido últimamente que, a pesar de cualquier clasificación o nombre que se use para delinear el perfil de los adultos mayores con depresión no mayor, es probable que estemos lidiando con un grupo heterogéneo de trastornos afectivos, y que pueden existir caminos etiológicos múltiples.

la OPM sostiene que la clarificación de esto requiere de una investigación más extensa. En la actualidad, muchos autores utilizan este término de dos maneras:

- Para denotar estados depresivos con, sustancialmente, el mismo tipo de síntomas que los de la depresión mayor, pero presentándose menos de éstos en la depresión menor.
- Para caracterizar un síndrome con diferentes síntomas de los de la depresión mayor.

Lo relevante de todo esto es considerar que la depresión menor **no** es un estado de ánimo trivial o poco importante. La prevalencia de esta depresión menor (o subumbral, o subclínica o no mayor) se incrementa de forma casi lineal con la edad. En consecuencia, se convierte en el trastorno depresivo más común en personas senescentes, y es comúnmente asociada con mala salud física, lo cual sabemos que dificulta su diagnóstico diferencial temprano. Esto se debe al perfil sintomático característico, que incluye amotivación, concentración pobre y déficit cognitivo.

## 2 Otros tipos de trastornos depresivos en el adulto mayor

**Trastorno Depresivo (Anímico) Orgánico:** Se refiere a aquél en donde la depresión se debe a los efectos de un desorden sistémico y/o a una droga. De todas formas, deben cumplirse los criterios de depresión mayor. Este padecimiento es más frecuente en pacientes deprimidos mayores que en los jóvenes.

**Trastorno bipolar:** Aquí, la depresión puede ocurrir como parte del trastorno bipolar, y su inicio usualmente se encuentra en la adultez joven. Su presentación en la etapa tardía de la vida frecuentemente está asociada con enfermedad cerebral orgánica y morbilidad considerable.

**Distimia:** Este término se refiere a un trastorno anímico crónico caracterizado por

varios síntomas de depresión, generalmente insuficientes para cubrir el nivel de “caso” como lo estipula el ICD 10 y el DSM IV TR, en cuanto a episodio depresivo o depresión mayor, con algunas fluctuaciones. La duración es de al menos dos años. En el pasado se pensaba que su inicio se presentaba a más tardar en la adultez temprana, pero evidencias recientes sugieren que también puede surgir tardíamente y causar una morbilidad considerable. La distimia es además un factor de riesgo para la depresión mayor.

**Trastorno de Adaptación:** Se diagnostica este trastorno, con bajo nivel del estado de ánimo, cuando aparecen síntomas de bajo nivel anímico con ansiedad en el lapso de un mes a partir de un evento estresante mayor. Los síntomas son insuficientes para que se realice un diagnóstico particular por derecho propio, como lo es en la depresión mayor. La resolución ocurre en el curso de seis meses. Actualmente se considera que este término de trastorno de adaptación acompaña ahora a muchos casos de lo que anteriormente se llamaba “depresión neurótica”.

**Depresión Vascular:** Se refiere a una nueva categoría basada en la hipótesis de que una lesión a las arterias finales que surten circuitos subcorticales estriado-pálido-talámico-cortical, rompe las conexiones de neurotransmisores involucrados en la regulación anímica. Esto puede causar o predisponer a la depresión. Aunque esta hipótesis no ha sido suficientemente probada, sí considera una base fundamental de enfermedad vascular, y propone como sus principales características las siguientes: la depresión surge en una época tardía en la vida, existe una ideación depresiva reducida, un insight reducido, apatía y retardo motor, disfunción cognitiva (especialmente en cuanto a la disfunción ejecutiva) y evidencia neurológica de daño cerebral isquémico, el cual afecta en forma notable a la materia gris y a ciertas áreas subcorticales.

Es decir, es importante considerar que para cada caso de depresión mayor en la etapa tardía de la vida, hay entre 2 y 3 depresiones no mayores, y que los términos “menor” o

“subumbral” o “subclínica” son cada vez más usados para referirse a este tipo de depresión, aunque se considera probable que sea una categoría heterogénea. Tales casos no alcanzan a cubrir los criterios del ICD 10 ó los del DSM IV TR en relación a la depresión mayor, aunque estas condiciones son clínicamente importantes. Se ha estipulado que las depresiones mayores y no mayores están ubicadas en un continuum, en vez de constituir trastornos bastante separados, aunque las causas orgánicas del episodio depresivo ocurren con más frecuencia en pacientes más ancianos que en los más jóvenes. La evidencia muestra que el trastorno bipolar es poco común en la adultez tardía pero es relevante tomar en cuenta que está asociado a una morbilidad considerable (Baldwin et al., 2002).

Puesto que en los adultos añosos, la depresión mayor, la depresión no mayor y la distimia deben todas ser objeto de intervención, los profesionales de la salud tienen que estar conscientes de que, para empezar, la depresión no mayor es un **trastorno significativo y no trivial**, ya que, entre otras cosas, es un importante factor de riesgo de la depresión mayor. Esto conlleva el tener un alto índice de sospecha para la depresión menor o subumbral, especialmente en personas con mala salud que tienen un bajo estado de ánimo, cognición disfuncional y motivación pobre, y no olvidar que en los adultos de la tercera edad, deben descartarse las causas orgánicas.

### **3 Trastorno depresivo mayor en el adulto mayor: Inicio Temprano e Inicio Tardío**

En el adulto mayor, se clasifican las depresiones mayores de esta forma:

1. De inicio temprano o precoz: Antes de los 60 años de edad.
2. De inicio tardío: Después de los 60 años de edad.

Ambos tipos utilizan para su diagnóstico los mismos criterios que manejan manuales como el DSM IV TR en casos de individuos más jóvenes. Sin embargo, y como se

verá más adelante, el seguimiento de estos criterios carente del conocimiento por parte del clínico de la sintomatología característica que presenta el adulto mayor, puede llevar al subreconocimiento, al subdiagnóstico o al diagnóstico equivocado.

En este sentido, es sumamente relevante considerar los factores de riesgo de depresión en el adulto mayor. Algunos autores, entre ellos Zaragoitia (2005), los clasifican de la siguiente manera:

1. Predisponentes.- Ej.: estructura de la personalidad, aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión, predisposiciones biológicas-genéticas, neurobiológicas, neurobioquímicas, etc.
2. Contribuyentes.- Ej.: socioeconómicos, dinámica familiar, escolaridad, ocupación, jubilación, comorbilidad orgánica y mental, etc.
3. Precipitantes.- Ej.: crisis propias de la edad, abandono, sentimientos de desesperanza, aislamiento, violencia, muertes de familiares cercanos y allegados, pérdidas económicas, agudización de síntomas de enfermedades crónicas, cronificación de enfermedades, discapacidades y disfuncionalidad, dependencia, etc.

Lo importante es tomar en cuenta que, tanto la detección e interpretación de los síntomas y de las manifestaciones clínicas, así como el manejo del proceso diagnóstico, no es tan sencillo como lo plantean los sistemas taxonómicos más utilizados actualmente, como lo es el DSM-IV TR, manual cuyos criterios diagnósticos se siguen en el presente trabajo. Por tanto, es necesario que el clínico tenga un buen conocimiento sobre los cambios que normalmente se producen en el adulto mayor, tanto en los ámbitos biológico, físico, psicológico, familiar como en el social. Debe llevarse a cabo una historia clínica bien documentada, y es necesario seguir el caso en forma puntual, detallada, atenta y cuidadosa, con el fin de no pasar por alto dato importante alguno, y recordar que en esta edad vital, la depresión puede mostrar una sintomatología diferente a la que se presenta en el adulto más joven.

Es decir, pueden estar ausentes expresiones de tristeza o desánimo, pero estar presentes expresiones de intranquilidad, ansiedad, agitación, nerviosismo e

irritabilidad. Además, pueden coexistir manifestaciones de pérdida del interés, lo cual auxilia en la diferenciación de entre los ancianos deprimidos melancólicos de los no melancólicos. También aparecen sentimientos de soledad, abandono, sensación de vacío e incluso impulsos suicidas. La rumiación de problemas con evidente pesimismo, quejas reiteradas de dolencias físicas (Ej.: dolores sin correlato físico), molestias digestivas, alteraciones en el sueño, insatisfacción por la vida generalmente relacionadas con factores de salud y con limitantes externos, también se encuentran presentes. Asimismo, pueden observarse disfunciones cognitivas, especialmente problemas de memoria, los cuales se relacionan con la gravedad de la depresión, y que constituyen síntomas de lo que se llama "Pseudodemencias", depresiones que desafortunada y frecuentemente, se diagnostican equivocadamente como demencias con demasiada frecuencia.

**Diagnóstico Diferencial entre Depresión y Demencia  
(Winsted & Mielke, 1984)**

<b>Depresión</b>	<b>Demencia</b>
Disforia presente	Disforia ausente
Exageración de las dificultades	Negación de las dificultades
Sin alteración significativa de las pruebas neuropsicológicas	Alteración importante y progresiva de las pruebas neuropsicológicas
Depresión "enmascarada" con síntomas somáticos	Afecto lábil, levemente depresivo
Historia personal de trastornos afectivos	Sin historia relevante
Duración del sueño REM mayor (86 min)	Duración del REM menor (65 min)
Hipoperfusión frontotemporal (SPECT)	Hipoperfusión temporoparietal
Sin empeoramiento nocturno	Con empeoramiento nocturno
Aparición súbita	Aparición insidiosa
Tendencia a mejorar con la deprivación	Sin mejoría

de sueño	
Progresión rápida	Progresión lenta

Es de suma importancia tener en cuenta los signos que se relacionan con la depresión en la edad tardía, los cuales son, entre otros, los siguientes:

- Llanto asociado con evidente irritabilidad
- Aparente ausencia de expresiones de tristeza
- Agitación
- Expresiones físicas de dependencia
- Conductas compulsivas

Resulta claro que todas estas manifestaciones pueden confundir mucho al clínico y pueden complicar la decisión diagnóstica, concluyéndose erróneamente que la depresión no se encuentra presente.

Recientemente y respecto al trastorno depresivo mayor de inicio tardío, la mayor parte de la literatura médica (Baldwin et al., 2005) ha manejado argumentos para fundamentar el criterio de que este padecimiento debe considerarse un tipo distinto de depresión debido a:

1. Diferencias en la sintomatología (mayores síntomas somáticos o hipocondriacos).
2. Presencia de menores antecedentes familiares de trastornos depresivos.
3. Hallazgos de imagenología cerebral.
4. Peor respuesta al tratamiento.

A la depresión mayor de inicio tardío se le asocia con factores de riesgo vascular, y en su génesis parece estar relacionada con alargamiento de los ventrículos laterales, atrofia cortical, disminución del volumen del núcleo caudado y con lesiones vasculares en el mismo. Entre las consecuencias que se desprenden de este tipo de depresión, está el incremento de la mortalidad por suicidio o por enfermedades somáticas

agregadas, aumento en la incapacidad asociada con los trastornos cognitivos y médicos, el considerable aumento en el costo y complejidad de los tratamientos, mayor deterioro físico, mayor recurrencia, mayor cronicidad, notable aumento de la probabilidad de evolución a demencia, mayor mortalidad, deterioro en las actividades instrumentales diarias, pérdida de peso, aumento drástico de la incapacidad y el funcionamiento global, incremento en la carga familiar, mayor pérdida de la independencia, más ingresos en asilos, disminución del soporte de la red social, mayores problemas de cambios estructurales en el cerebro, mayores dificultades cognitivas, aumento de la comorbilidad médica, así como un indiscutible aumento en el sufrimiento tanto del paciente, como del cuidador y de los familiares. Un problema adicional, y en relación al riesgo de suicidio, es que, a diferencia del intento suicida en adultos jóvenes, en el adulto mayor, el primer intento suicida muchas veces es el último. Resulta inobjetable entonces, la gran importancia del estudio de los factores de riesgo de la depresión mayor en el adulto añoso.

Es decir, las personas a quienes se diagnostica este trastorno, son aquellas que desarrollan alteraciones del estado de ánimo más severas, con síntomas depresivos y manifestaciones somáticas del sistema nervioso autónomo. Autores como Salim-Pascual (2004) sostienen que estos síntomas son susceptibles de modificarse de manera farmacológica, y que en el individuo que padece este trastorno, se presenta un estado de ánimo depresivo, acompañado de una sensación de desesperanza, apatía y deseos de no seguir vivo. Asimismo, se manifiesta un abandono del aseo personal, sentimientos de culpa y de autodevaluación, pesimismo, signos de autodestrucción y un mal funcionamiento social.

Consecuentemente, la depresión también puede hacer aparecer o empeorar cualquiera otra condición patológica o comórbida. Por ejemplo, en los trastornos cardiovasculares, los trastornos neurodegenerativos, los trastornos neoplásicos y en la diabetes mellitus, entre otros. En relación a esto, investigaciones recientes han arrojado información de que hay un incremento de 7 a 12 veces en relación al riesgo de trastornos isquémicos en los pacientes mayores con depresión y se ha referido la presencia de infartos

cerebrales silenciosos, especialmente en zona frontal, en personas con historia de depresión. También se considera que quienes padecen un accidente cerebrovascular junto con depresión, tienen la mitad del porcentaje de recuperación que aquellos individuos que no presentan este cuadro. Otros estudios sobre la evolución del padecimiento indican que la depresión refiere una clara tendencia a la cronicidad que se incrementa un 10% por episodio, y que cada episodio incrementa estos riesgos (Salzman, 2000).

Sabemos que factores genéticos, biológicos, psicológicos, psicodinámicos y ambientales (familiares, sociales y culturales) generan cambios bioquímicos y/o estructurales en el sistema nervioso central, circunstancia que promueve una sensibilización para el desarrollo de nuevos episodios depresivos y la estabilización de las condiciones neurobiológicas que llevan a la recurrencia y a la cronicidad. Uno de los problemas importantes en la depresión mayor en los adultos añosos, es que es muy frecuente que racionalicen sus síntomas depresivos, diciendo que tienen cansancio, preocupaciones de trabajo, problemas de la “edad”, etc. La depresión termina siendo entonces una entidad de diagnóstico difuso y tardío, ya que se le subreconoce y subdiagnostica (Rojtenberg & Moreno, 2005).

Puede considerarse que el cuadro depresivo descansa sobre un trípode sintomático: angustia, ánimo depresivo e inhibición, y que lo que contribuye a la tipificación del subtipo depresivo es la prevalencia de algunos de estos rasgos y sus diferentes expresiones.

En el comienzo de la depresión, un síntoma cardinal lo constituyen las perturbaciones del dormir (insomnio de conciliación, insomnio medio, insomnio tardío, despertar temprano, sueño no reparador o hipersomnia en las depresiones atípicas) y que el decaimiento y el ánimo depresivo se van haciendo más notables con el tiempo. Aquí es importante puntualizar que el insomnio de conciliación puede estar enmascarado tanto por el Síndrome del Lector, que se caracteriza por no poder dormir sin haber leído algo hasta quedarse dormido, como por el Síndrome del Televidente de Trasnocche. Las

alteraciones en el apetito, y por consiguiente, en el peso, son también manifestaciones tempranas, así como las dificultades en las relaciones sexuales, la irritabilidad, el fastidio e incluso las vivencias paranoides y las conductas obsesivas, en caso de que el paciente haya poseído anteriormente estos rasgos de personalidad. En este sentido, la proyección del malestar mental en el medio social o en el propio cuerpo se relaciona con la vivencia paranoide y con la vivencia hipocondriaca. Los síntomas vagos, inexplicables, erráticos y no mejorables por la terapéutica sintomática (en especial las algias), pueden ser expresiones somáticas de la depresión en el adulto añoso, y pueden acompañarse de expresiones ideo-afectivo-conductuales del trastorno. Incluso, estas expresiones pueden constituir la única manifestación del padecimiento, razón por la cual en estos casos se le denomina “depresión somatoforme” (Rojtenberg, S. & Moreno, F.,2005).

Puesto que dentro de las manifestaciones de conducta el individuo deprimido puede ir desde la inhibición psicomotora hasta la excitación derivada del componente ansioso, es necesario aclarar que aún cuando muchos de estos sujetos se recluyen, se encierran y dejan de lado sus actividades y sus interacciones personales, otros mantienen el vínculo con sus actividades, las cuales realizan sin la gratificación que éstas pueden darles. Es decir, el paciente deprimido tiene siempre dificultades para experimentar placer en forma progresiva, y aún cuando tenga una idea sobre la razón de su abatimiento, su estado no está “proporcionalmente relacionado” con la intensidad del evento. Cuando el caso es realmente severo, también se presentan vivencias de despersonalización y desrealización (Baldwin et al., 2002).

El abuso de sustancias, especialmente con sedantes o estimulantes del sistema nervioso central, pueden ser manifestaciones del cuadro depresivo. En estos casos, los pacientes buscan disminuir la intensa ansiedad persecutoria que padecen mediante el consumo de depresores del Sistema Nervioso Central. En cuanto al consumo de los estimulantes del mismo, se intenta instrumentar una defensa maniaca de negación del sufrimiento, confundiendo la euforia con la no-depresión. En este caso, el alcohol, que es estimulante, puede funcionar de las dos maneras (estimulante y depresor). Sin

embargo, se ha comprobado que el alcohol induce y agrava el trastorno (Rojtenberg & Moreno, 2005).

Uno de los principales problemas de la avasalladora sensación de desamparo “sin salida” que presenta el individuo con trastorno depresivo mayor, en especial el adulto añoso, es que tanto el paciente como la familia pueden malinterpretar esta inhibición como pasividad, vagancia o falta de voluntad en el deprimido, situación que genera reproches y acusaciones de falta de iniciativa y de motivación. Por lo tanto, es de fundamental importancia recordar que una de las áreas más afectadas es precisamente la volición. Debemos tener esto siempre en cuenta para no lastimar más todavía al paciente. Además, la repetición de situaciones de desamparo, la manifestación de profundísima desesperanza, la mayor desesperación debido al sentimiento en el adulto añoso de que el pasado lo acusa o lo condena, la intensa decepción o frustración o simplemente una tranquila ausencia de la mención de estos sentimientos en el presente cuando se han sentido profundamente en el pasado, debe considerarse como una situación de alto riesgo suicida, ya que esta aparente tranquilidad puede tratarse de una pacífica fase de espera hasta el momento de llevar a cabo el acto suicida. Es necesario tomar todas las medidas preventivas para preservar al paciente de sí mismo, debido a que esta desesperanza no es una desesperanza común. Se trata de una desesperanza del “self” (sí- mismo), en la cual no existe algo que promueva el bienestar, placer o satisfacción del individuo deprimido, circunstancia que lo lleva a dejar de valorar la propia vida. En este punto debemos considerar los factores más comunes de riesgo suicida, según la Organización Psiquiátrica Mundial, en la senectud (Baldwin et al., 2005):

1. Edad
2. Vida solitaria
3. Pérdida reciente de la pareja, por ruptura del vínculo o por muerte.
4. Pérdida del rol laboral, especialmente si a él se dedicó gran parte del tiempo vital
5. Comienzo en edad temprana del cuadro en enfermedad recurrente o recidivante.
6. Mala salud
7. Falta de canales o redes familiares o sociales adecuados

8. Suicidios recientes de seres queridos
9. Sensación profunda de fracaso
10. Personalidad impulsiva o esquizotípica

Por todo lo anterior, la intensa preocupación que genera la depresión en el adulto añoso, especialmente la de inicio tardío, ha originado numerosos estudios en la última década. La determinación del inicio de la depresión de inicio tardío varía según el autor, y va desde los 55 hasta los 65 años de edad. Sin embargo, la mayoría de ellos mencionan que este padecimiento refiere al que se presenta de los 60 años en adelante, criterio que seguirá el presente trabajo, debido a que es la edad que la Organización Mundial de la Salud (2002) ha propuesto como la de inicio de la "senectud". Esta institución sostiene que las características principales de la depresión de inicio tardío son:

1. Ausencia o poca frecuencia de antecedentes familiares psiquiátricos.
2. Episodios más prolongados y con mayor tendencia a recurrir.
3. Baja respuesta al tratamiento.
4. Mayor número de intentos suicidas.
5. Pronóstico desalentador.
6. Cronicidad.
7. Mayor riesgo de progreso a demencia.
8. Mortalidad temprana.
9. Cambios estructurales acentuados.
10. Mayor atrofia cortical y agrandamiento de los ventrículos laterales.
11. Incremento de la actividad MAO plaquetaria.
12. Mayor número de hiperintensidades en la sustancia blanca.

Se ha mencionado mucho que los resultados de las exploraciones por neuroimágenes funcionales o estructurales han mostrado que las mencionadas hiperintensidades están relacionadas con la edad, y que se generan por insuficiencia vascular difusa.

Agregan que predicen una mala respuesta al tratamiento, una tendencia a la cronicidad y un deterioro cognitivo progresivo. Los investigadores sostienen que cuando hay estas señales en los ganglios basales, se ha encontrado una relación entre éstas y una mayor sensibilidad a los efectos secundarios de los antidepresivos, aumentándose el riesgo de desarrollar delirio. Es por esto que, en la actualidad, la conexión entre depresión, edad tardía de presentación y alteraciones vasculares cerebrales relacionadas, ha originado la creación de una nueva entidad a la que se llama "depresión vascular", siguiendo a la hipótesis elaborada por Alexopoulos respecto a las depresiones de inicio tardío relacionadas con patología vascular (Alexopoulos, 2000).

La presencia de alteraciones orgánicas cerebrales sutiles entre ancianos deprimidos se mencionó desde 1962 por Post y más adelante, Fujikawa y también Ryan (Rojtenberg, S. & Moreno, F., 2005) reportaron la relación entre problemas cardiovasculares y mayor prevalencia de depresión, haciendo énfasis en la edad (más de 60 años) y la presencia de eventos vasculares cerebrales (EVC) silentes relacionados con depresión. Además, parecen haberse encontrado alteraciones neurofisiológicas en pacientes con depresión mayor de inicio tardío.

Esta relación entre edad y factor vascular en la presentación de la depresión de inicio tardío se ha fundamentado también en evaluaciones con resonancia magnética funcional (RMF), con tomografía por emisión de positrones (TEP) e incluso en estudios anatomopatológicos post-mortem. Se ha dicho que los resultados arrojados por la RMF mostraron la asociación entre depresión de inicio tardío y un mayor número y tamaño de señales focales hiperintensas de densidad T2 en la sustancia blanca periventricular, lacunar y profunda de la corteza y en el núcleo estriado. En cuanto a lo arrojado por la TEP, se dijo que se encontró disminución del flujo en estas mismas áreas. Finalmente, se dijo que los estudios anatomopatológicos post-mortem han arrojado datos sobre alteraciones propias de una isquemia. (Alexopoulos, 2000).

Todo lo anterior llevó a los investigadores a sugerir que existe un subgrupo afectivo

que parece instalarse de modo secundario a la enfermedad vascular cerebral. (Rojtenberg, S. & Moreno, F., 2005). Agregaron incluso que la lentitud cognitiva que se observa en ancianos deprimidos es consecuencia de la interrupción de las conexiones axonales frontotemporales.

Alexopoulos (2000) sustentó su hipótesis de "depresión vascular" en lo siguiente:

1. Frecuencia de depresión en hipertensión, diabetes y coronariopatía.
2. Presencia de depresión en el evento vascular cerebral (EVC).
3. Poca relación con antecedentes familiares depresivos en deprimidos que muestran cuadros de eventos vasculares cerebrales (EVC) silentes.

Este autor relacionó la depresión vascular con daño en las conexiones entre los ganglios basales y la región prefrontal, situación que produce, según su hipótesis, un cuadro clínico que incluye un síndrome frontal, en el que se observa retardo, poca o nula conciencia de enfermedad y una alteración de las funciones ejecutivas. Por lo tanto, según este autor, los aspectos clínicos de las características de la depresión vascular son:

#### **A. Características principales:**

1. Evidencia clínica de enfermedad vascular o de factores vasculares.
2. Presencia de lesiones cerebrales isquémicas detectadas por neuroimágenes.
3. Inicio de depresión en la adultez mayor.

#### **B. Características secundarias:**

1. Disfunción cognitiva (sobre todo de tipo frontal).
2. Retardo psicomotriz.
3. Ideación depresiva limitada.
4. Escasa conciencia de enfermedad.
5. Ausencia de historia familiar de trastornos afectivos.
6. Impedimento o minusvalía física.

Es decir, Alexopoulos sostiene que la depresión se produce por un proceso

neurodegenerativo que origina una disfunción de las vías estriato-pálido-tálamo-corticales. Se relaciona con factores vasculares, implica una desregulación de los sistemas monoaminérgicos (Ej.: el de la serotonina) y da paso a manifestaciones depresivas. Para este autor, las implicaciones en la etiología, la clínica, los aspectos terapéuticos, la prevención y el pronóstico han convertido a este padecimiento en una entidad diferente al resto de las depresiones.

## **2 COMORBILIDAD**

Otro aspecto importante a tratar es la comorbilidad asociada con el síndrome de la depresión, lo cual sabemos que impacta negativamente a nivel psicosocial e implica un peor pronóstico a causa de las tendencias a una mayor cronicidad, mayor inhabilitación, menor respuesta terapéutica y una mayor necesidad de tratamiento agresivo y prolongado. Este padecimiento también puede hacer aparecer o empeorar cualquier otra condición patológica o comórbida, entre otras, los trastornos cardiovasculares, los trastornos neurodegenerativos, los trastornos neoplásicos y la diabetes mellitus. El concepto de comorbilidad se refiere a la existencia de condiciones separadas lado a lado. Algunos autores la subdividen en dos tipos:

- Comorbilidad Física: Aquella debida a trastornos físicos coexistentes.
- Comorbilidad Psiquiátrica: Cuando hay síntomas o trastornos psiquiátricos coexistentes.

En relación a la comorbilidad física, se ha llevado a cabo mucha investigación, concluyéndose que la interacción entre la mala salud y los trastornos depresivos es compleja y bidireccional.

La Organización Psiquiátrica Mundial (Baldwin et al., 2002) considera a la depresión como un factor de riesgo independiente para varias condiciones, incluyendo el infarto cerebral, tanto en culturas occidentales como en las orientales. También se ha relacionado con fallas del corazón en adultos mayores. Existen evidencias de vínculos

entre depresión crónica, es decir, aquella que se padece por más de seis años, y el desarrollo de un rango de cánceres en las personas, especialmente en los adultos mayores.

La Organización Psiquiátrica Mundial (Baldwin, R.C., Chiu, E., Katona, C. & Graham, N., 2002) considera que los síntomas depresivos de todos niveles de severidad, incluyendo los leves, se suman a la inhabilidad o incapacidad que es producto ya de la enfermedad física. Se ha demostrado que los síntomas depresivos están asociados al declive físico. La depresión empeora el pronóstico para un trastorno físico coexistente, como lo es el infarto al miocardio y se sostiene que la depresión crónica, más que la episódica, está independientemente asociada con este declive físico. En este sentido, se ha enfatizado la importancia del tratamiento inmediato y rápido a la depresión.

Consideremos la comorbilidad de la depresión en el caso de los adultos mayores. Se ha observado que los síntomas depresivos en hombres de más de 75 años de edad están asociados con un incremento de más de tres veces el porcentaje de hospitalizaciones subsecuentes a un trastorno médico respecto a aquellos adultos mayores que no presentan síntomas depresivos. Se dijo anteriormente que la discapacidad sensorial, como lo es la auditiva y la visual, está asociada con un mayor porcentaje de depresiones en el adulto de la tercera edad, y que la mala salud crónica contribuye a un mal pronóstico en los trastornos depresivos. Aquí, el estado nutricional puede afectar y ser afectado por la depresión. También se ha demostrado que la depresión sirve como mediador entre percepciones generales de salud y la calidad de vida en general. Debido a estas complejas interacciones en relación a la comorbilidad de la depresión, debe considerarse al individuo en su totalidad. Desafortunadamente, todavía sucede mucho que la atención a nivel primario maneje un abordaje de “esto o lo otro” respecto a los pacientes, y en demasiadas ocasiones se tiende al enfoque del trastorno físico o a la atención exclusiva de los síntomas psiquiátricos, cuando en realidad, se requiere un manejo **multidisciplinario**, en el cual el abordaje psicológico está definitivamente incluido. Algunos de los aspectos importantes a considerar respecto a la comorbilidad en la depresión son los siguientes:

<b>Hipocondriasis</b>	Se trata de un síntoma muy frecuente en el adulto de la tercera edad, en donde la preocupación excesiva por la salud y las funciones físicas pueden estar asociadas con cambios fisiológicos debido al envejecimiento, a la enfermedad, con enfermedad física en personas de la misma edad, con expectativas de estas personas o con el trastorno depresivo.
<b>Dolor</b>	También es muy común en el adulto mayor, ya que el trastorno depresivo altera el umbral del dolor. Es decir, un dolor que antes se toleraba, puede en esta etapa de la vida convertirse en intolerable cuando la persona está deprimida.
<b>Trastorno Depresivo Orgánico</b>	Este término significa que en el estado depresivo ha aparecido un vínculo patofisiológico entre la condición física base y la depresión. Desafortunadamente, el nivel de evidencia obtenido en forma rigurosa varía.
<b>Condiciones médicas comunes asociadas frecuentemente a la depresión</b>	Algunas condiciones muestran una prevalencia de hasta el 40%, como lo es en el asma. En algunas de estas condiciones existe un proceso causal de dos vías. Por ejemplo, los pacientes que han tenido un ataque al corazón, fractura de cadera, infarto al miocardio o falla cardíaca, tienen una alta incidencia de depresión, pero el trastorno depresivo está asociado en forma independiente con un porcentaje de ataques al corazón y enfermedad cardiovascular, incluyendo a la mortalidad cardiovascular, más alto de lo esperado.

Resultados de estudios a nivel mundial arrojan datos que sostienen la tesis de que algunas condiciones médicas más comunes en adultos mayores edad asociadas con

una prevalencia alta del trastorno depresivo son:

- Cáncer
- Embolia
- Enfermedad de Parkinson
- Fractura de cadera
- Infarto agudo al miocardio y falla cardiaca
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Asma

### **Causas del Trastorno Orgánico del Estado de Animo:**

#### **Endócrino/Metabólico**

- Hipo/hipertiroidismo
- Enfermedad de Cushing
- Hipercalcemia (Hiperparatiroidismo Primario o Carcinoma)
- Anemia Perniciosa

#### **Enfermedad Cerebral Orgánica**

- Enfermedad Cerebrovascular / Infarto
- Tumores Sistema Nervioso Central
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Lupus Sistémico Erimatoso

#### **Carcinoma Oculto**

- Páncreas
- Pulmón

#### **Infecciones Crónicas**

- Neurosífilis

- Brucelosis
- Neurocisticercosis

En el renglón del campo psiquiátrico, se considerarán dos aspectos importantes: síntomas neuróticos y demencia.

En relación a los síntomas neuróticos, la OPM considera que el trastorno depresivo en adultos senescentes, a diferencia de lo que sucede con individuos más jóvenes, tiene una menor probabilidad de estar asociado con otro diagnóstico psiquiátrico mayor, como lo es el trastorno de la personalidad o el mal uso de sustancias. También se sostiene que los llamados “síntomas neuróticos” (ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) son poco comunes como diagnósticos primarios en el adulto mayor. Generalmente, cuando ocurren por vez primera en una persona añosa, se sugiere un trastorno depresivo no manifiesto que está enmascarado por estos síntomas, como sucede en el caso de la fobia situacional.

En cuanto al nivel de “casos”, se ha dicho que los síntomas de ansiedad afectan a más del 5% de los adultos mayores, y que el trastorno de ansiedad generalizada sigue altamente correlacionado con la depresión, inclusive en los adultos muy ancianos. La OMS sostiene que cuando la ansiedad y la depresión ocurren al mismo tiempo, los médicos prescriben más benzodiazepinas que antidepresivos, lo cual nos previene sobre la importancia de la detección de una depresión no manifiesta, con el fin de indicar los medicamentos adecuados al caso individual.

Otro dato interesante se refiere al hecho de que, a pesar de que se ha dicho que la ansiedad marcada puede enmascarar la depresión en los adultos mayores, los médicos que proveen atención de nivel primario han mencionado que consideraron al síntoma de ansiedad como un fuerte indicador de trastorno psiquiátrico, el cual, paradójicamente, lleva al “desenmascaramiento” de la depresión.

Con respecto a la demencia, se ha demostrado que la depresión y la ansiedad son comunes en la demencia, pero desafortunadamente, y en parte debido a la variedad de instrumentos de medición utilizados, hay una variación en los porcentajes que va del 0 al 85%. Se ha calculado que, en promedio, la prevalencia del trastorno depresivo va de moderado a severo del 20% en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Por otro lado, se ha reportado que la depresión es más común en la demencia de tipo vascular que en la de tipo Alzheimer, y que la depresión en la demencia acelera el declive funcional (Baldwin et al., 2002).

Este tema nos lleva a la consideración del cuidador del enfermo con demencia. Tanto en la teoría como en la práctica clínica, existe una abrumadora evidencia de que los cuidadores de este tipo de enfermos sufren de altos niveles de depresión debido a la descomunal carga que llevan encima. Por esta razón, tanto los enfermos como los cuidadores deben ser atendidos en forma muy atenta por el equipo multidisciplinario de salud a la brevedad posible.

En conclusión, podemos decir que la depresión en adultos mayores frecuentemente coexiste con otros síntomas psiquiátricos, como lo es la ansiedad, circunstancia que nos recuerda lo anteriormente mencionado en cuanto a que la fragilidad, la incapacidad, la dependencia, la autopercepción de una mala salud, y la falta de relaciones significativas satisfactorias, entre otros factores, están fuertemente vinculadas con el trastorno depresivo en pacientes mayores. Además, y en relación directa con las decisiones a tomar para indicar el tratamiento adecuado, debe tomarse en cuenta que algunos trastornos físicos pueden predisponer a o causar depresión y que otros trastornos ejercen un efecto a través de un complejo interjuego de factores físicos, psicológicos y sociales.

Por lo tanto, para obtener desenlaces óptimos para el paciente, deben tratarse en conjunto tanto los problemas mentales, como los emocionales y los físicos, ya que el pronóstico de unos están sumamente asociados con el pronóstico de los otros. La enorme relevancia de contar con una historia biográfica completa y el preguntar al

paciente acerca de eventos adversos sucedidos antes de la aparición de una enfermedad médica seria, que pueden estar involucrados en la causa de la depresión y que requieren de intervención por derecho propio, es absolutamente evidente.

En la actualidad, se han logrado muchos avances importantes en el estudio de la depresión en el adulto mayor. Sin embargo, todavía resulta un verdadero reto la obtención de un adecuado y temprano diagnóstico, así como la decisión sobre el mejor tratamiento a seguir en cada caso en particular.

## **CAPÍTULO 4**

### **ETIOPATOGENIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN EL**

## **ADULTO MAYOR**

El interesantísimo estudio de la etiología de los trastornos depresivos, ha conducido a la mayoría de los investigadores a la conclusión de que la aparición de éstos usualmente está determinada por el interjuego de los factores de riesgo, más que por la influencia de uno sólo de ellos. Esto podría explicar el porqué algunas personas desarrollan depresión aún en ausencia de un evento de vida adverso, y otras, en cambio, no la desarrollan a pesar de haber experimentado algún suceso muy dramático. Por otro lado, muchos individuos todavía consideran que el desarrollo del trastorno depresivo después de un evento serio en la vida de un adulto de la tercera edad vuelve a la depresión “comprensible”, y en consecuencia, inevitable, y por consiguiente, no merecedora de ser tratada, lo cual es grave no solamente porque implica el mantenimiento de un factor de riesgo de una depresión mayor, sino porque pudiera favorecerse la futura aparición de padecimientos más graves como la demencia, y porque también, desafortunadamente, puede conducir al adulto mayor a una muerte anticipada.

A pesar de que los trastornos depresivos constituyen, junto con la demencia, algunos de los padecimientos más comunes en los adultos añosos, no existe evidencia de que el envejecimiento “per se” es un factor de riesgo para una depresión mayor. Las asociaciones que se han reportado usualmente se explican mediante un incremento de los problemas de salud física, mental y emocional, los cuales sí son relevantes factores de riesgo, más que la edad en sí misma. Consecuentemente, el análisis de los factores de riesgo de depresión es una de las consideraciones más importantes para el diagnóstico, manejo, prevención y estudio de este padecimiento. Con este fin, la categorización de los factores de riesgo, mismos que se derivarán de los criterios utilizados en la evaluación multiaxial, resulta muy conveniente. Implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales proporciona información que el clínico puede encontrar útil para organizarla, plantear un tratamiento y predecir resultados. El DSM IV-TR incluye cinco ejes, y aclara que este sistema auxilia en la organización y

comunicación de la información clínica y facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales, enfermedades médicas, problemas psicosociales, problemas ambientales y nivel de actividad. Es decir, pretende captar la complejidad de las situaciones clínicas, tomando en cuenta la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Los cinco ejes mencionados son:

- **Eje I:** Trastornos Clínicos  
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- **Eje II:** Trastornos de la Personalidad  
Retraso Mental
- **Eje III:** Enfermedades Médicas
- **Eje IV:** Problemas Psicosociales y Ambientales
- **Eje V:** Evaluación de la Actividad Global

#### 4.1 EVALUACIÓN MULTIAXIAL SEGÚN EL DSM IV-TR

<p><b>Eje I: Trastornos clínicos</b></p> <p><b>Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica</b></p> <p>Describe todos los trastornos incluidos en la clasificación, excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental. Aquí también se registran otros trastornos que pueden ser objeto de una investigación clínica.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (excluyendo el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II).</li> <li>• Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos</li> <li>• Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica</li> <li>• Trastornos relacionados con sustancias</li> <li>• Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</li> <li>• Trastornos del estado de ánimo</li> <li>• Trastornos de ansiedad</li> <li>• Trastornos somatoformos</li> <li>• Trastornos facticios</li> <li>• Trastornos disociativos</li> </ul>

- Trastornos sexuales de la identidad sexual
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos del sueño
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos adaptativos
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

## **Eje II: Trastornos de la personalidad**

### **Retraso mental**

Incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También pueden incluirse mecanismos de defensa y características de desadaptación de la personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad. Aquí también puede indicarse el uso habitual de mecanismos de defensa desadaptativos. Hay que considerar que la codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la naturaleza de la terapéutica sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el Eje I.

- Trastorno paranoide de la personalidad
- Trastorno esquizoide de la personalidad
- Trastorno esquizotípico de la personalidad
- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcicista de la personalidad
- Trastorno de la personalidad por evitación
- Trastorno de la personalidad por dependencia
- Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
- Trastorno de la personalidad no especificada
- Retraso mental

## **Eje III: Enfermedades médicas (con códigos CIE-10)**

Incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del individuo. Esta codificación tampoco implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, que los trastornos mentales dejan de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, o que las enfermedades médicas no están relacionadas con factores o procesos de comportamiento o psicológicos. El DSM IV-TR insiste en que la razón de la existencia de este eje es la de alentar la minuciosidad de la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud mental. Hay que recordar que las enfermedades mentales pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. Por ejemplo, la enfermedad médica puede ser un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y en otros casos, algunas enfermedades médicas no están relacionadas directamente con el trastorno mental, pero pueden tener implicaciones importantes para su pronóstico o tratamiento.

- Algunas enfermedades infecciosas o parasitarias
- Neoplasias
- Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y algunas enfermedades inmunitarias
- Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas

- Enfermedades del sistema nervioso
- Enfermedades del ojo y sus anexos
- Enfermedades del oído y de las apófisis mastoides
- Enfermedades del sistema circulatorio
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del aparato digestivo
- Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo
- Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo
- Enfermedades del sistema genitourinario
- Embarazo, parto y puerperio
- Patología perinatal
- Malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas
- Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otros apartados
- Heridas, envenenamiento y otros procesos de causa externa
- Morbilidad y mortalidad de causa externa
- Factores que influyen sobre el estado de salud y el contacto con los centros sanitarios

### **Eje III: Enfermedades médicas (con códigos CIE-9-MC)**

- Enfermedades infecciosas y parasitarias
- Neoplasias
- Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, y trastornos de la inmunidad
- Enfermedades de la sangre y de los órganos hemotopoyéticos
- Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales
- Enfermedades del sistema circulatorio
- Enfermedades del sistema respiratorio
- Enfermedades del sistema digestivo
- Enfermedades del sistema genitourinario
- Complicaciones de embarazo, parto y puerperio
- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

- Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo
- Anomalías congénitas
- Algunos trastornos originados en el período perinatal
- Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad
- Traumatismos y envenenamientos

#### **Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

Aquí se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales. Un problema psicosocial o ambiental puede ser: un acontecimiento vital negativo, dificultad o deficiencia ambiental, insuficiencia en los recursos personales, estrés familiar, estrés interpersonal u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Pueden incluirse estresores positivos (Ej.: ascenso laboral) únicamente si constituyen un problema o conducen a él. La psicopatología puede originar problemas psicosociales, los cuales deben considerarse en el planteamiento de la intervención terapéutica general. El DSM IV-TR recomienda al clínico que note aquellos problemas psicosociales y ambientales ocurridos antes del año anterior a la evaluación actual, o aquellos ocurridos antes, que parezcan haber contribuido claramente al trastorno mental, o que se han convertido en un objetivo terapéutico. En el caso en que los problemas psicosociales y ambientales sean muchos, deben considerarse todos aquellos que se consideren relevantes, y si uno de ellos es el centro de la atención clínica, también debe anotarse en el Eje I bajo el apartado: "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

#### **Categorías de problemas:**

- Relativos al grupo primario de apoyo
- Relativos al ambiente social
- Relativos a la enseñanza
- Laborales
- De vivienda
- Económicos

- De acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- Relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- Otros problemas psicosociales y ambientales

### **Eje V: Evaluación de la actividad global**

Se utiliza este eje para planear el tratamiento, medir su impacto y predecir su evolución. Incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de la actividad del individuo, y la utilización de la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) puede ser útil para su registro. Debe considerarse esta escala únicamente en relación a la actividad psicosocial, laboral y social, ya que no se incluyen las alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. Se divide en 10 niveles de actividad, que vale 10 puntos cada uno y que tiene dos componentes:

1. Gravedad de los síntomas
2. Actividad

En general, las evaluaciones de la EEAG deben referirse al momento de la evaluación. En este apartado, a veces resulta útil evaluar la incapacidad social y laboral para verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales, y en otras ocasiones, es conveniente la utilización de la escala de evaluación global de la actividad relacional (E EGAR), así como la escala de mecanismos de defensa.

Es clara la relación de la depresión con los muchos factores de riesgo que se han vinculado a ella. Asimismo, parece inobjetable que éstos interactúan entre sí, ya que, ante la aparente igualdad de éstos en individuos distintos, no todos desarrollan el padecimiento. En el presente estudio, se considerará a los factores de riesgo que se relacionan con el trastorno depresivo mayor en los adultos senescentes de la siguiente manera:

1. Genéticos
2. Biológicos y somáticos

3. Psicológicos y psicodinámicos
4. Ambientales (familiares, sociales y culturales)
5. Relativos a la funcionalidad

## **2 FACTORES DE RIESGO**

El proceso de envejecer varía mucho de unos individuos a otros, dependiendo de la conjunción entre variables constitucionales y ambientales a las que cada uno ha estado expuesto. En los adultos añosos, se considera que algunos de los deterioros y padecimientos que presentan están indiscutiblemente relacionados con esta etapa de la vida, pero que otros están determinados por ciertas características psicosociales, tales como las reacciones ante pérdidas personales, de funciones, de actividades, de redes y roles sociales y familiares e incluso pérdidas económicas, entre otros factores. Por todo esto, a una gran cantidad de individuos no les resulta fácil decidir qué es lo que se entiende por “normal” en cuanto a la manera de reaccionar, enfrentar y manejar el proceso del propio envejecimiento, ya que, aún cuando sí se acepta que se lleva a cabo un declive, la variabilidad de éste entre un individuo y otro es notable. Se ha hablado mucho de la disminución del sensorio, de la capacidad motora y de la cognoscitiva, de los cambios en la personalidad y en las actitudes, del aumento de la dependencia, del incremento de la rigidez, del desapego, pero se destaca poco la experiencia acumulada en el adulto mayor. Todos estos cambios tendrán su efecto y probarán la capacidad de adaptación y de contención, tanto del individuo como de su familia y de cuantos le rodean. Si a esto agregamos las consecuencias de enfermedades concomitantes, la situación personal del adulto mayor se complica. En ocasiones, se confunden o se equivocan los diagnósticos y se corre el riesgo de padecer los negativos efectos de la polifarmacia y de las hospitalizaciones recurrentes, circunstancia que puede originar incluso padecimientos yatrogénicos, lo cual, lejos de colaborar en el manejo de los problemas de salud del anciano, comprometen aún más su bienestar físico, mental y emocional.

Se ha mencionado ya que se considera que solamente un 10% de los adultos añosos que sufren de depresión reciben un tratamiento adecuado, debido a la característica sintomatología que presenta este grupo etario, la cual dificulta el reconocimiento y el diagnóstico. Para este fin, es fundamental llevar a cabo un análisis de los factores de riesgo que pueden dar lugar a la depresión mayor en individuos senescentes. A continuación se mencionarán algunos de los más frecuentes:

<b>Genéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Susceptibilidad genética</li> <li>• Raza</li> <li>• Género</li> <li>• Antecedentes familiares de enfermedades médicas</li> <li>• Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas</li> </ul>
<b>Biológicos y Somáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia previa de trastorno depresivo</li> <li>• Cambios en los neurotransmisores</li> <li>• Cambios neuroendócrinos</li> <li>• Cambios estructurales en el cerebro</li> <li>• Estrés crónico</li> <li>• Factores de riesgo vascular</li> <li>• Trastornos orgánicos del estado de ánimo debido al uso de sustancias, incluyendo ciertos medicamentos</li> <li>• Enfermedad médica</li> <li>• Salud declinante y morbilidad</li> <li>• Cambios funcionales en el cerebro</li> <li>• pérdidas sensoriales, funcionales y/o motoras</li> </ul>
<b>Psicológicos y Psicodinámicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura de personalidad</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos de adaptación a la vejez</li> <li>• Mecanismos adaptativos que se han vuelto maladaptativos (desadaptativos). Subutilización o sobreutilización</li> <li>• Necesidades e intereses del individuo</li> <li>• Pérdida de capacidades y funciones cognitivas, especialmente las ejecutivas</li> <li>• Acontecimientos vitales traumatizantes</li> <li>• Amenaza de vida de alguien cercano</li> <li>• Pérdida de un “otro significativo” (incluyendo a una mascota)</li> <li>• Dependencia</li> <li>• Sentimientos intensos de minusvalía, de culpabilidad y/o inadecuación</li> </ul>
<p><b>Ambientales (familiares, sociales y culturales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser un cuidador</li> <li>• Pérdida de la pareja por ruptura del vínculo (separación o divorcio)</li> <li>• Viudedad</li> <li>• Pérdidas de otros seres queridos debido a muerte</li> <li>• Emancipación de los hijos</li> <li>• Dificultades maritales</li> <li>• Interacciones negativas con un miembro de la familia o un amigo</li> <li>• Disminución o pérdida de las redes sociales</li> <li>• Disminución o pérdida de las redes laborales</li> <li>• Problemas mayores que afecten a un miembro de la familia</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Ocupación insatisfactoria</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupación mal remunerada</li> <li>• Cambio de rol social</li> <li>• Cambio de actividades laborales</li> <li>• Cambio de domicilio</li> <li>• Jubilación</li> <li>• Ausencia de actividades físicas</li> <li>• Ausencia de actividades recreativas</li> <li>• Ausencia de amistades</li> <li>• Desamparo súbito</li> <li>• Necesidad de cambio a vivir a una institución</li> <li>• Ingresos limitados</li> <li>• Problemas de vivienda</li> <li>• Problemas en el trabajo</li> <li>• Aislamiento social</li> <li>• Niveles aumentados de exigencia, (externos o internos)</li> <li>• Ritmo acelerado y anónimo de vida</li> <li>• Poca expectativa de progreso</li> <li>• Carencia de proyectos o imposibilidad de cumplirlos</li> <li>• Poco o nulo reconocimiento</li> <li>• Perfeccionismo</li> </ul>
<b>Relativos a la funcionalidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de funcionalidad global del individuo (considerar las diferentes esferas)</li> </ul>

Se explicarán algunos de ellos:

### **1. Susceptibilidad Genética:**

Comparado con la depresión surgida en la adultez joven, este factor está sustancialmente reducido, particularmente cuando el inicio es en la etapa muy tardía de la vida.

### **2. Género:**

Parece ser que las mujeres son más susceptibles a la depresión que los varones y esto parece no cambiar significativamente con la edad, aunque en los más ancianos, la diferencia en los porcentajes puede disminuir. Se ha sugerido que el género en combinación con los factores culturales, puede modificar los efectos de las pérdidas y las transiciones en la detonación de la depresión. Por ejemplo, estudios en China han demostrado que, en las mujeres, la falta de pareja o la emancipación de los hijos de los hogares paternos, lleva a un incremento en los síntomas depresivos, mientras que en los hombres, el hecho de que los hijos se independicen del hogar se asocia con un decremento de la depresión.

### **3. Historia Previa de Trastorno Depresivo:**

Este factor es un importante predisponente a la depresión debido a que todo antecedente depresivo, tanto en sí mismo como en sus antecedentes familiares, aumentan en el individuo la probabilidad de presentar el trastorno.

### **4. Estado Civil:**

Se ha demostrado en muchas sociedades que las viudas, viudos y divorciados son más susceptibles al trastorno depresivo, lo que no anula la posibilidad de la aparición de la depresión en solteros o casados con una historia de relaciones emocionales complicada e insatisfactoria.

### **5. Cambios en los Neurotransmisores:**

El envejecimiento normal está asociado con una disminución en las concentraciones cerebrales de serotonina, dopamina, noradrenalina y sus metabolitos, lo cual se esperaría que predispusiera a la depresión. Sin embargo, la evidencia con la que se

cuenta no es siempre consistente. Probablemente dependa de su combinación con otros factores protectores.

#### **6. Cambios Neuroendócrinos:**

Se ha observado que la depresión está asociada con hiperactividad y desregulación del eje adreno-hipotalámico-pituitario (HPA) en todas las edades. El trastorno depresivo está asociado con un incremento de los niveles de cortisol y la no-supresión cortical en respuesta a esteroides exógenos usados para evaluar el eje HPA, tales como el dexametazol. Sin embargo, pueden ocurrir cambios similares como parte del proceso de envejecimiento.

#### **7. Cambios Estructurales en el Cerebro:**

La atrofia cerebral está presente en la depresión en la adultez tardía, pero el hecho de si es causa o consecuencia del trastorno depresivo, no está claro todavía. Investigaciones recientes se han enfocado a la presencia de lesiones en la materia blanca profunda, y en lesiones subcorticales en la materia gris, las cuales, gracias a las nuevas técnicas en Imagenología, parecen ocurrir más comúnmente en el trastorno depresivo mayor de inicio tardío. Se considera que estos cambios pueden ser relevantes en relación al ya muy conocido descubrimiento de que los desórdenes que dañan el “cableado” frontal subcortical del cerebro están asociados con una alta incidencia de depresión, como sucede en la enfermedad de Parkinson y en la enfermedad de Huntington. Además, investigaciones epidemiológicas han arrojado datos sobre posibles mecanismos causales tales como lesiones en ganglios basales, los cuales se han asociado significativamente con síntomas depresivos en adultos mayores.

#### **8. Factores de Riesgo Vascular:**

La asociación entre hipertensión y depresión ha llamado mucho la atención en la actualidad, ya que existe evidencia reciente que vincula a la depresión con un rango de otros factores de riesgo vasculares, como lo son el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. Un aspecto novedoso e interesante es el descubrimiento de que no sólo la

presión alta es peligrosa, sino que también la presión sanguínea baja es un factor de riesgo para el trastorno depresivo en adultos senescentes. La importancia de este conocimiento está dada principalmente por las implicaciones que tiene en el cuidado preventivo. Otro factor que se había considerado anteriormente como un factor de riesgo para la depresión por su aparente asociación con la enfermedad vascular, es la presencia de la lipoproteína APOE 4, pero esto no ha sido apoyado por los hallazgos recientes.

### **9. Cambios Funcionales en el Cerebro:**

Se había pensado que la perfusión de la sangre estaba reducida en la depresión geriátrica. Sin embargo, los datos actuales sostienen que esto no necesariamente se normaliza con el tratamiento, situación que apoya la postura de que algunos pacientes con depresión mayor de inicio tardío sufren cambios irreversibles en el cerebro. Las implicaciones que esto tiene en la decisión respecto al tratamiento a seguir son evidentes.

### **10. Personalidad:**

En pacientes depresivos añosos, resultados de estudios clínicos han mostrado que los rasgos obsesivos y los tipos de personalidad evitativos y dependientes están sobrerrepresentados. También se considera que están en riesgo de desarrollar un trastorno depresivo aquellas personas que han tenido un historial de constante dificultad para establecer relaciones cercanas, cálidas, estables y confiadas. Existe incluso un incremento en la evidencia de que algunos rasgos de personalidad, por ejemplo el ansioso, están sumamente relacionados con los intentos de suicidio.

### **11. Salud General:**

Entre la depresión y la inhabilidad o incapacidad (entendida ésta como la limitación funcional que surge de un trastorno) hay una fuerte asociación, debido a condiciones emocionales y médicas. Es decir, a mayor inhabilidad, mayor probabilidad de aparición y/o mayor severidad del trastorno depresivo. Otro concepto importante a considerar es el de la discapacidad. Con esto se quiere significar la desventaja en la sociedad que

resulta de la inhabilidad o incapacidad. Se ha encontrado que la discapacidad es el predictor más importante de nuevos casos de depresión.

### **12. Ser un Cuidador:**

Cuando se es cuidador de alguien que está crónicamente enfermo, éste es un muy importante factor de riesgo que lleva a la depresión. Se dice que esta asociación es especialmente fuerte con la demencia.

## **4.3 FACTORES PRECIPITANTES**

Según parámetros de la Organización Psiquiátrica Mundial, Baldwin, Chiu, Katona y Graham (2002) clasifican a los factores precipitantes del trastorno depresivo mayor de la siguiente manera:

1. Eventos Vitales y Estrés
2. Trastornos Orgánicos del Estado de Animo Debido al Uso de Drogas
3. Alcohol

### **1. Eventos Vitales y Estrés:**

Entre los eventos vitales y el estrés más significativos en relación a la aparición de la depresión están los siguientes:

<b>Eventos Vitales</b>	<b>Estrés Crónico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viudez</li> <li>• Separación</li> <li>• Enfermedad física aguda</li> <li>• Enfermedad médica o amenaza de vida de alguien cercano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud declinante y morbilidad</li> <li>• Dependencia</li> <li>• Pérdida sensorial</li> <li>• Declive cognitivo</li> <li>• Problemas de vivienda</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desamparo súbito o necesidad de cambio a vivir a una institución</li> <li>• Crisis financiera mayor</li> <li>• Interacciones negativas con un miembro de la familia o amigo</li> <li>• Pérdida de un “otro significativo” (incluyendo a una mascota)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas mayores que afecten a un miembro de la familia</li> <li>• Declive socioeconómico</li> <li>• Dificultades maritales</li> <li>• Problemas en el trabajo</li> <li>• Jubilación</li> <li>• Cuidar a un familiar enfermo de un padecimiento crónico que lo vuelva dependiente del cuidador</li> <li>• Aislamiento social</li> </ul>
--	---

## **2. Trastornos Orgánicos del Estado de Animo Debido al Uso de Drogas:**

En los pacientes de la tercera edad, estos trastornos no son poco comunes, debido a la ingestión de medicamentos para tratar padecimientos que en muchas ocasiones aparecen anteriormente o en forma comórbida con la depresión. Las drogas más comunes en la práctica son. esteroides, antihipertensivos y analgésicos. Se ha encontrado que los medicamentos más asociados con la depresión son: bloqueadores del canal de calcio, analgésicos opiáceos y esteroides, pero no los inhibidores ACE, agentes que disminuyen lípidos, o diuréticos.

Las mujeres mayores que ingieren preparaciones de estrógenos pueden estar en riesgo reducido de depresión y no hay evidencia de que los andrógenos exógenos mejoren el estado de ánimo.

A pesar de que se desconoce todavía la verdadera prevalencia del trastorno depresivo causado o agravado por los medicamentos, se considera que seguramente es más alta de lo que se supone. Por esta razón es importante mantenerse informados y observantes de los medicamentos como probable causa de depresión.

## **3. Alcohol:**

El consumo excesivo de alcohol puede causar depresión a cualquier edad. Las

personas de la edad tardía que empiezan a beber en exceso con frecuencia experimentan aislamiento, soledad y pueden estar sufriendo de depresión aunque así no lo consideren ni ellos ni sus familiares. El pronóstico del tratamiento de la afición a la ingesta de alcohol en los adultos mayores puede ser algo mejor que en aquellos que beben desde muy jóvenes.

### **III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

#### **TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ADULTO MAYOR: \_**

##### **¿RELACIÓN INEVITABLE?**

#### **EL PAPEL DE LOS FACTORES PROTECTORES**

- **ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DE LOS FACTORES PROTECTORES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

Los factores que minimizan los efectos e incluso protegen de la instalación de procesos depresivos han sido motivo de intensa observación y estudio en años recientes. Una gran variedad de autores han hablado al respecto, e incluso se ha llegado a conclusiones generales acerca de “clasificaciones” generales de estos factores protectores de la depresión, especialmente en relación a los adultos mayores. La propia Organización Mundial de Psiquiatría los agrupa de la siguiente manera:

1. Cuidado Médico General (incluye la promoción de la salud mental)
2. Conductas de Manejo
3. Apoyos Sociales

#### **1. Cuidado Médico General:**

Entre los factores protectores más importantes en este renglón se considera la promoción de la salud mental y la corrección de los déficits físicos, como sucede en la corrección de la pérdida sensorial, motora o funcional. También se contabilizan positivamente la optimización de la salud en general, la nutrición adecuada y el estar en buena forma física.

#### **2. Conductas de Manejo:**

Algunos de los factores protectores más significativos son el poseer una personalidad adaptativa e integrada, una capacidad para establecer y mantener relaciones de confianza y el contar con estilos activos de manejo para superar la adversidad, es decir, tener mecanismos de afrontamiento adecuados, en contraste con la indefensión.

#### **3. Apoyos Sociales:**

En cuanto a los apoyos sociales protectores, pueden mencionarse como los más relevantes el contar con una red social adecuada, un apoyo social tangible, que el adulto mayor tenga percepciones positivas de apoyo de su entorno en general o al menos de la o las personas más allegadas a él y el tener relaciones de confianza con

las que pueda sentirse acompañado y sostenido. También han probado ser protectoras de la depresión en el adulto de la tercera edad las creencias religiosas y las prácticas espirituales.

Algo que se ha discutido mucho es la complejidad de la relación entre el apoyo social y el trastorno depresivo. Pareciera ser que el apoyo social actúa en contra de la depresión, o al menos, que aminora su impacto. Sin embargo, la OMP considera que no está claro si esto se refiere a la percepción del apoyo recibido, al verdadero apoyo recibido, a alguna combinación de ambos o si el apoyo debe venir de los otros íntimos o de las relaciones más difusas. A pesar de estas deliberaciones, lo importante es tomar en cuenta que tanto el apoyo emocional como el apoyo instrumental son esenciales en la protección contra la aparición de la depresión en el adulto añoso.

Puesto que, actualmente, se ha abordado multifactorialmente a la causalidad de la depresión, se reconocen los roles tanto de la susceptibilidad individual, como de los efectos adversos de la vida, lo cual implica que la persona senescente tiene que percibir esta red protectora como **realmente** auxiliar a su discapacidad, con el fin de que pueda ser efectiva en verdad.

Estar saludable es mucho más que no estar enfermo. Es por eso que, actualmente, la Organización Mundial de la Salud define a la misma como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de padecimiento o enfermedad”. Esta definición es ya una muestra de cómo ha evolucionado la percepción de lo que es salud, considerando que ésta incluye mucho más que el modelo médico que prevaleció hasta la mayor parte del Siglo XX. Es decir, la propia OMS sugiere que la salud es:

- 1. Multidimensional:** Se relaciona con el bienestar físico, mental y social.
- 2. Multideterminada:** Se afecta por muchos factores, incluyendo:

- creencias y prácticas espirituales
- Apoyo social
- Relaciones
- Paz
- Justicia
- Economía
- Ingreso
- Medio ambiente
- Políticas
- Participación ciudadana en los procesos de decisión

**3. Dinámica:** Se mueve libre y frecuentemente.

**4. Subjetiva:** La experiencia que cada persona tiene sobre la salud puede diferir ampliamente, aún cuando las “dimensiones” parezcan ser similares.

La promoción de la salud es un tema que concierne a todos, no solamente a quienes trabajan en este campo. Instituciones a nivel mundial se han pronunciado al respecto. Entre ellas, está la “Canadian Health Network”, la cual ha definido a la promoción de la salud como “El proceso de permitir y dar los medios necesarios a las personas para que incrementen su control sobre y el mejoramiento de su propia salud”. (Health Canada, 2004). En este sentido, el concepto “control” es importante, ya que se considera que estar “empoderado” promueve la salud, mientras que estar sin control, oprimido o el tener poco poder para opinar o decidir, reduce los niveles de salud. Asimismo, es relevante mencionar las “fronteras” que se toman en cuenta en esta promoción de la salud, incluyendo:

1. Modelo Médico: Se enfoca claramente en la identificación, intervención y manejo de la enfermedad como parte fundamental de promocionar la salud.
2. Estilo de Vida (Abordaje Conductual): Se encarga del manejo de prácticas de estilo de vida que pueden ser factores de riesgo para la salud, entre los que se

cuentan la dieta, el ejercicio, el consumo de alcohol y el uso del tabaco.

3. Modelo Socio-Ambiental: Contempla a los determinantes más amplios de la salud, tales como el ambiente físico, el entorno social y el aislamiento.

La consideración de cuál es el “verdadero” objetivo de la promoción de la salud ha sido por mucho tiempo motivo de controversia, dependiendo del punto de vista, las instrucciones o políticas a seguir y los recursos de los que se disponga. En cuanto al cómo llevar a cabo esta promoción, se relaciona evidentemente con el control o “empoderamiento” de alguna de las “dimensiones” mencionadas previamente. Sin embargo, en cualquiera de ellas, algunas actividades se llevan a cabo a gran escala, en un abordaje “de arriba hacia abajo”, mientras que otras pueden realizarse “de abajo hacia arriba”. En estos casos, las comunidades y las personas de la localidad que están directamente afectadas son las que determinan de qué manera puede o debe manejarse tanto el problema como la oportunidad. Entre los dos extremos en los tipos de abordaje de la promoción de la salud, también existen múltiples variaciones.

La Organización Mundial de la Salud ha manifestado que la salud mental es la capacidad para cada uno de nosotros de sentir, pensar y actuar en formas que mejoren nuestra habilidad para disfrutar de la vida y para hacernos cargo de los retos que enfrentamos a lo largo de nuestra existencia. En consecuencia, los elementos que esta institución considera que deben tomarse en cuenta al promover la salud mental son:

1. Incrementar la autoestima.
2. Incrementar las habilidades de manejo.
3. Incrementar el apoyo social.
4. Incrementar el bienestar en todos los individuos y comunidades.
5. Empoderar a las personas y a las comunidades para que puedan interactuar con sus entornos en formas que mejoren su fuerza y fortaleza emocional y espiritual.
6. Promover la resiliencia individual.
7. Promover la existencia de entornos que provean un apoyo social.
8. Retar a las discriminaciones contra aquellos que padecen problemas mentales.

9. Respetar la cultura, la equidad, la justicia social, las interconexiones y la dignidad personal.

Debido a lo anterior, la promoción de la salud mental es ciertamente única ya que:

1. Involucra a la población como un todo.
2. Se orienta hacia la construcción de fortalezas, recursos, conocimiento y apoyos para la salud. Estos aspectos implican los esfuerzos de las personas en lo individual y los de la comunidad en general, con el fin de decidir y controlar asuntos y procesos relacionados a esta promoción de la salud mental.
3. Contempla a todos los individuos como seres holísticos, más allá de los diagnósticos psicológicos o médicos.
4. Se aplica de manera equitativa a todos los individuos, sean éstos sanos o enfermos, capacitados o discapacitados, problemáticos o no problemáticos, tomando a todos como dignos de consideración en políticas de promoción de salud mental.
5. Rechaza el reducir a los individuos a sus vulnerabilidades y el confinarlos a su enfermedad.
6. Enfatiza la importancia del abordaje de la salud mental, para incrementar el bienestar y la calidad de vida, con el fin de ayudar a las personas a sobreponerse a sus dificultades.
7. Cree en que cada persona tiene recursos propios a los que puede recurrir, habilidades que ofrecer y talentos que pueden y deben nutrirse.

- **ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL FOMENTO DE LA RESILIENCIA EN EL ADULTO MAYOR**

La neuroetología, ciencia que estudia los fundamentos neuronales de la conducta, nos ha enseñado que las presiones del medio ambiente intervienen en la modelación del sistema nervioso, lo cual explica cómo puede influir un proceso neurológico en un

estado motivacional. El sistema nervioso busca en su medio físico y ecológico, los objetos a los que su “equipo” y su desarrollo le hayan hecho más sensible. Cyrulnik (2003) sostiene que el fundamento neurológico de la resiliencia se explica por:

1. La filtración de esas informaciones.
2. El modelado del sistema nervioso.
3. Los procesos de memoria.
4. Las reparaciones o compensaciones posibles tras una lesión.

Agrega que estos factores son “el punto de partida de un proceso en que lo innato se difumina rápidamente, para dar paso a otros determinantes afectivos, psicológicos y socioculturales que intervendrán muy pronto en el curso del desarrollo” (5). En la relación entre la evolución del desarrollo de los individuos y los distintos modos en que

(5) Cyrulnik, B. (2003). “Neuroetología y resiliencia”. En Manciaux, M. **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 175. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

se tratan las informaciones que extraen de su medio, no pueden considerarse causalidades lineales excluyentes. Sin embargo, aunque el poder determinante de estas causalidades son temporales, cuando el individuo cambia, también cambia de “mundo”.

Debido a que el cerebro se modela tanto por sus determinantes genéticos, como por las presiones de su medio, se establece el fundamento de una sensibilidad neurológica al mundo que el propio individuo percibe, formándose en él “impresiones”. En las primeras etapas de la vida de una persona, el aprendizaje de cualquier objeto o de cualquier suceso es notablemente fácil y duradero porque, entre otros factores, corresponde a un determinante cronobiológico de secreción de un neuromediador (neurotransmisor) de la memoria: la acetilcolina, y que cualquier molécula que anule esta secreción, impide la “impresión” del objeto o evento en el sistema nervioso del individuo. Esto es evidencia de la gran influencia de las impresiones establecidas en

estos momentos del ciclo vital, especialmente las referentes a los “tutores del desarrollo” (Ej.: madre). Las impresiones o aprendizajes de objetos y eventos dan origen a una cierta categorización del mundo en el cerebro del individuo, y también un valor emocional a la información recolectada. Más adelante, a pesar de haber transcurrido ya el período más sensible para los aprendizajes, éstos todavía son posibles, aunque se vuelven más lentos a causa de la disminución de la producción de neuromediadores y a que la memoria cuenta con un enorme bagaje de impresiones de objetos y eventos que, en este momento, le son familiares, independientemente de si son placenteras o displacenteras. Muchas veces sigue viva, entonces, ante las adversidades y los traumas, la oportunidad de aprender nuevas estrategias, actitudes y maneras de relacionarse consigo mismo y con el entorno. Los mecanismos de suplencia y compensación involucrados en la plasticidad cerebral nos muestran que la resiliencia neurológica es posible. (6) Según Cyrulnik (2003), la resiliencia neurológica de la vejez es el resultado de haberse beneficiado de dos cosas:

(6) Cyrulnik, B. (2003). “Neuroetología y resiliencia”. En Manciaux, M. (comp.). **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 175. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

1. Estar rodeado por un medio en que la persona mayor aún puede comunicarse.
2. Haber tenido una infancia impregnada, clara, activa y victoriosa, lo cual no quiere decir feliz ni sin problemas.

Necesarias, pero insuficientes para constituir el único origen de relaciones permanentes de causa y efecto, la genética, la neurología y las secreciones neurobiológicas forman parte innegable de la construcción del proceso de resiliencia. Es por esto que, en numerosas ocasiones, y en relación a la prevención y manejo de padecimientos como el trastorno depresivo en el adulto de la tercera edad, el uso adecuado de diversos tipos de tratamientos, como son los farmacológicos y/o los electroconvulsivos, es importante pero no es suficiente.

Parece indispensable la consideración del reforzamiento de los recursos internos del individuo y del apuntalamiento de los recursos externos, así como del fomento de la

generación de procesos de suplencias y compensaciones en el propio individuo. Se trata de un trabajo que nunca es sencillo, pero que resulta fundamental para la comprensión de la relación entre lo innato y lo aprendido en la creación de la resiliencia. Consecuentemente, la relevancia de tomar en cuenta a la resiliencia de cada persona es inobjetable, debido a que ésta determina si un individuo “regresa” de sus altibajos, si aprende de ellos de una manera positiva o si en cambio permanece en un estado de frustración, depresión e incluso de franca auto-destrucción.

El concepto de resiliencia individual que manejan instituciones internacionales, como lo hace la propia Organización Mundial de la Salud, se refiere tanto al sentido vital de flexibilidad, como a la capacidad de reestablecer el propio balance o equilibrio interno, el sentimiento esencial de estar en control con respecto a uno mismo y al mundo exterior.

Este sentido de estar en control puede relacionarse con tres conceptos fundamentales:

1. Un sentido de **ser**: Incluye la manera en que somos y cómo nos sentimos acerca de nosotros mismos.
2. Un sentido de **pertenecer**: Incluye la manera en que nos relacionamos con otros y con nuestros entornos físicos, sociales y culturales.
3. Un sentido de **transformarse**: Incluye lo que hacemos en nuestras vidas, nuestras aspiraciones y cómo nos desarrollamos.

Resiliencia, entonces, se relaciona con salud mental y con el concepto de empoderamiento. Este concepto de empoderamiento provee la estructura básica sobre la cual se fundamenta la promoción de la salud mental, y en este sentido, puede entenderse como el reconocimiento y el fomento, en las propias personas y comunidades, del propio sentido de fuerza y fortaleza a través de la determinación de los propios destinos. También se refiere al tener los recursos personales y materiales para llevarlo a cabo, dentro de un entorno que brinde el sostén necesario. Además, involucra un sentido del control personal: el sentimiento de que uno puede contar con

uno mismo o con otros que apoyen cuando se enfrentan dificultades. El empoderamiento auxilia en la promoción de la salud.

Por lo tanto, se considera que el fundamento del abordaje que se sigue a nivel mundial con respecto a la promoción de la salud mental, y en forma especial respecto a los trastornos depresivos, está en el fomento de la resiliencia personal a través del empoderamiento en todos los individuos. El objetivo es fortalecer sus habilidades de manejo, su autoestima y su eficacia personal, así como la utilización eficiente y efectiva de los recursos que pueda proveer un entorno que sepa apoyar en forma responsable, consciente y oportuna.

Consecuentemente, la resiliencia se visualiza más como un proceso que como una lista de rasgos. La mayoría de los autores sostienen que, a pesar de que, como ya se ha mencionado algunos individuos tienen tendencias genéticas que contribuyen a su resiliencia (Ej.: temperamento desenvuelto), gran parte de las características que presenta un individuo resiliente **pueden** aprenderse. Wolin y Wolin (1993) hablan de 7 características internas que juzgan típicas de los niños y adultos resilientes:

1. Iniciativa: Referida a la exploración del entorno y a la capacidad de emprender acciones.
2. Independencia: Referida a la autonomía
3. Introversión: Relacionada con la habilidad de percibir qué está mal y porqué.
4. Relación: Referida al conjunto de destrezas que le permiten al individuo entablar relaciones con otros.
5. Creatividad
6. Moralidad: Relacionada con el hecho de tener altruismo y actuar con integridad.

Estos autores mencionan que incluso una sola de estas características puede bastar para impulsar al individuo a superar los desafíos de un medio disfuncional y estresante. Además, agregan que muchas veces, se desarrollan resiliencias adicionales a partir de un único punto fuerte inicial, y que es muy importante destacar y elogiar frecuentemente la conducta resiliente, especialmente cuando se está propenso a caer

en estados ansiosos o depresivos. Por su parte, Henderson (2004) habla sobre las condiciones del ambiente que ayudan a construir rasgos de resiliencia interna, tan mencionada en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud. Según este autor, estas condiciones, las cuales divide en dos grupos, suministran los factores protectores ambientales y las circunstancias que fomentan los factores protectores individuales:

- Mitigar el Riesgo
- Construir Resiliencia

<b>A. Mitigar el Riesgo</b>	<b>B. Construir resiliencia</b>
1. Enriquecer los vínculos	1. Brindar afecto y apoyo
2. Fijar límites claros y firmes	2. Establecer y transmitir expectativas elevadas y realistas
3. Enseñar habilidades para la vida	3. Brindar oportunidades de participación significativa

- Enriquecer los vínculos: Fortalecer las conexiones entre los individuos y cualquier persona o actividad prosocial.
- Fijar límites claros: Ej.: encarar conductas de riesgo.
- Enseñar habilidades para la vida: Cooperación, estrategias de resistencia, asertividad, destrezas comunicacionales, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, manejo sano del estrés, etc.
- Brindar afecto y apoyo: Proporcionar respaldo y aliento incondicionales. Es el más crucial de todos los elementos que promueven la resiliencia. Parece casi imposible superar la adversidad sin la presencia del afecto.
- Establecer y transmitir expectativas: Que además sean realistas, para que actúen como motivadores eficaces.
- Brindar oportunidades de participación significativa: Otorgar al individuo una alta cuota de responsabilidad por lo que ocurre en su vida, dándole oportunidad para resolver problemas, tomar decisiones, planificar, fijar metas y ayudar a otros.

Autores, como Henderson (2004), Melillo (2004) y otros, no quieren que la resiliencia se vea como una de las características que la gente tiene o no tiene. Puesto que se conceptualiza como algo cuya construcción implica un proceso a largo plazo, consideran que pueden utilizarse estrategias específicas para reforzar el proceso de desarrollo de resiliencia, protegiendo al individuo añoso de padecimientos como la depresión mayor.

En este sentido, Manciaux (2003) sostiene que la edad avanzada plantea dos cuestiones que están relacionadas entre sí:

1. La duración en el tiempo (incluso se refiere a la perennidad) de una conducta resiliente que apareció pronto en la vida.
2. Cuando se enfrenta un trauma grave, ¿puede una persona cuya existencia ha sido tranquila hasta la edad adulta, y aún después, encontrar en su interior recursos, hasta entonces poco aplicados, para resistir y seguir viviendo y creciendo en la vida?

La segunda cuestión se considera más compleja y cada vez más relevante en una época como la actual, en la cual hay una creciente longevidad y un aumento, en los adultos mayores, en el peso demográfico, económico, social y sanitario. Es importante aquí insistir que la resiliencia no se adquiere de una vez para siempre. Si es precoz, puede mantenerse y reforzarse. Muchos estudios, entre los que está incluido el del Grupo Sol de Suiza (Henderson, 2004) mencionan que una infancia en la que al menos se contó con un “tutor de resiliencia”, la práctica de la superación de las crisis, cierta sociabilidad, y recíprocamente una “red sólida de apoyo afectivo”, permiten llevar bien traumas graves en la etapa tardía de la vida, tales como la viudez, aún cuando no se llene el “vacío de la ausencia”. Sin embargo, también puede hundirse bajo la presión de un estrés que supere la capacidad de resiliencia del sujeto, el cual puede terminar por sumirse en una vida “sin historia”, o incluso puede desviarse hacia la arrogancia, la intolerancia y hasta las actitudes paranoides. Entonces, habría que considerar que, así como hay descompensaciones tardías, probablemente relacionadas con el fracaso del proyecto de vida, también puede presentarse resistencia con la edad a medida que se van superando las pruebas que impone la existencia y se desarrollan actitudes

diferentes hacia la vida.

Es evidente, pues, que aún durante el proceso de envejecimiento, la enorme importancia de reconocer y potenciar en el individuo aquellos recursos personales e interpersonales que protegen su desarrollo y su capacidad constructiva es indiscutible. Para ello, debemos diseñar programas de intervención que aumenten y refuercen el número de factores protectores que estén presentes en una situación dada, como pueden serlo la demostración de auténtico apoyo y afecto, el favorecimiento de la comunicación y la práctica de habilidades de superación de “adicciones” emocionales y de resolución de problemas, teniendo plena conciencia de la propia riqueza interna que se pierde de vista debido al sufrimiento que provocan muchos acontecimientos acumulados durante toda una vida. Esto es promover la resiliencia.

Zarebski (1994) considera que el envejecimiento tiende a significar adversidad porque la edad avanzada pone permanentemente a prueba la posibilidad de conservar y renovar una vida significativa y productiva, y que las sucesivas pérdidas que se dan con el paso del tiempo implican un gran desafío debido a que es indispensable aprender a compensar las pérdidas con ganancias, valorando lo que no necesariamente se pierde: la dimensión imaginaria-simbólica en la cual se asienta el acceso a la sabiduría en la vejez. En este sentido, resulta de importancia fundamental comprender y hacer comprender al adulto añoso que **las pérdidas y la muerte son inherentes a la vida y no a la vejez**, por lo que es necesario ubicar a la vejez del lado de la vida y no de la muerte.

El problema en sociedades como la nuestra es que se duda del valor de una vida cuando ésta deja de ser “útil”. Santos (en Melillo, 2004) sostiene que tener trabajo es uno de los elementos necesarios para pertenecer al sector social de los ‘incluidos’ por oposición a los ‘excluidos’. El individuo se pregunta de manera nostálgica qué es él más allá de sus funciones, y sus respuestas insatisfactorias pueden llevarlo fácilmente a sucumbir a los avasalladores sentimientos depresivos. El adulto añoso que se aísla, invadido de sentimientos de desesperanza y minusvalía, puede paralizarse en la ilusión

de estar alienado en Otro, cancelando su apertura a los semejantes, posiblemente rumiando sus rencores o anhelando tiempos idos y cerrando tanto sus conductas hacia afuera, como sus vías internas de enriquecimiento y de circulación de la energía que lo alimenta en todas las esferas. En este sentido, resulta evidente la necesidad de romper esta parálisis, reconociendo la importancia del movimiento hacia una búsqueda de caminos que intersecten al individuo deprimido con los demás, conformando a la vez una red externa de contención y de sostén que permita el fortalecimiento de recursos internos para la consolidación de este proceso interactivo y permanente entre el sujeto que envejece y su medio. (Sluzki, en Melillo, 2004).

Es innegable que, al envejecer, la red social personal sufre pérdidas, que las oportunidades de reemplazo de las mismas están notablemente reducidas, que los esfuerzos requeridos para mantener una conducta social activa son mayores, que aumenta la dificultad para movilizarse, que se reduce la agudeza del sensorio, que disminuyen las habilidades y, con el tiempo, también se reduce el interés en expandir esta red social tan necesaria para la conservación de la salud física, mental, emocional y espiritual. La creciente soledad, la pérdida de roles, de recuerdos, de funciones y de la previa identidad, ensombrecen el panorama del adulto mayor. No se cuestiona la dificultad de enfrentar con éxito estos cambios. Por eso surge la pregunta ¿Qué es “saber envejecer”? Zarebski (1990) nos comenta al respecto que significa estar en condiciones de renovar el estilo de vida, aceptar las transformaciones a las que somete el tiempo, desplegar las redes internas y externas de sostén, así como emprender la diversificación de los caminos.

Autores como Kottiarenco (en Melillo, 2004) mencionan que es necesario generar procesos de aprendizaje que se desarrollen en el marco de la educación no formal, favoreciendo cambios actitudinales que puedan asimilarse a comportamientos resilientes. En esto puede incluirse el uso creativo del tiempo libre del adulto senescente y el trabajo con grupos en los que sus miembros se aporten contención en un ambiente de confianza que dé la posibilidad de la vivencia de la responsabilidad en el manejo de su propia libertad en relación al tiempo de vida. Es decir, hay que buscar

que el adulto añoso se desarrolle y experimente sentimientos de plenitud, favoreciendo el encuentro de la persona consigo misma y con sus potencialidades, para que intente modificar las variables subjetivas referidas a su estilo de vida, pero a partir de sus condiciones **objetivas**, con el fin de incidir verdadera y favorablemente en la calidad de su vida.

Partiendo del hecho de que el ser humano es esencialmente un ser social, autores como Maturana y Varela (1984) hablan sobre la importancia del acto de conversar, ya que insisten en que nuestro espacio relacional consiste en redes de conversaciones que constituyen la cultura en la que nos desarrollamos. Es decir, lo psíquico, lo mental e incluso lo biológico y lo espiritual se manifiesta en el acto de conversar, el cual incluye tanto palabras como emociones. Puesto que el aislamiento afecta este acto de conversar, la calidad de vida del adulto añoso disminuye en soledad. Consecuentemente, es indispensable abrir múltiples caminos de relación con los semejantes, oportunidades de “conversar”, a través de redes de vínculos interaccionales, contar con un “otro significativo”, sea éste un nuevo compañero, un cuidador, incluso una mascota, debido a que, a través de esta relación, el adulto mayor puede sentirse reconocido o necesitado por algo o alguien. Este “ser escuchado, ser necesitado, ser apreciado, ser tomado en cuenta”, da sentido al levantarse cada mañana y organizar la rutina diaria. (Zarebski, 2000).

Todo lo anterior nos lleva a la necesidad de la consolidación, y si es necesario, la creación, de redes de vínculos, circunstancia que, sin embargo, presupone características de flexibilidad y plasticidad en el adulto senescente. Con este fin, hay que sostener el trabajo psíquico que pone en movimiento el trabajo físico y el enlace social en un interjuego permanente. Y aquí entra en escena el valor de la utilización de la estrategia grupal en la promoción de la resiliencia en el anciano. Se pretende justificar su uso porque se considera que el grupo en sí posee un valor intrínseco que potencia el vínculo y los sentimientos de afecto entre los integrantes, brindando oportunidades para el análisis crítico de la propia realidad que permita la transformación personal dentro de la contención que ofrecen los compañeros. Esta

“recreación educativa” intenta dar lugar a la integración de esta etapa tardía al proyecto de vida autónomo, favoreciendo el reconocimiento identificador y el trabajo de “historización”, proceso que intenta permitir la experimentación de los cambios y la modificación activa de las expectativas de la vida futura, así como de las interpretaciones acerca de la propia historia vincular de interacciones significativas. Estas vivencias en el adulto añoso pretenden dar oportunidad al individuo para dejar de lado modelos de comportamiento conocidos pero profundamente insatisfactorios, dolorosos y repetitivos, por otros nuevos, funcionales y más adecuados a las condiciones actuales de su existencia.

Incluso, autores como Bonet (en Melillo, 2004), que manejan el enfoque psiconeuroinmunoendocrinológico, sostienen que la biología humana también está regida por sistemas de redes neuronales, inmunológicas y endócrinas que se energizan o decaen de acuerdo con parámetros psicosociales, los cuales consisten en redes de significantes, discursos, emociones y vínculos que potencian o debilitan esos correlatos biológicos. Bajo este punto de vista, el ambiente permanentemente cambiante genera respuestas neuroinmunoendócrinas a partir de la evaluación cognitiva, las cuales parten del patrimonio genético, las experiencias tempranas durante el desarrollo y los patrones de respuesta conductuales que, mediante el aprendizaje, se instalan posteriormente en el individuo. He aquí de nuevo la interacción de las distintas esferas del individuo.

En este punto, es importante mencionar los factores psicológicos que, según autores como Zarebski (2002), permiten la resiliencia durante el proceso de envejecimiento:

1. La calidad del narcisismo. Se considera que el factor de riesgo más importante del envejecimiento patológico es la condición maligna o patológica del narcisismo. Es preciso que el individuo cuente con la flexibilidad que le permita realizar el trabajo de autocuestionamiento que conlleva este proceso de envejecimiento, con el fin de evitar trastornos como la depresión mayor.
2. Según la manera en que se juegue el narcisismo, el sujeto adoptará una

posición u otra frente al desafío que plantea la vida, que es el de poder soportar los cambios en aspectos que constituyen la base estructurante de la identidad (imagen, sexualidad, funciones, roles, etc.). Al mismo tiempo, debe conservarse lo que define en esencia un envejecimiento normal: el logro de la continuidad identitaria a través de los cambios.

3. La importancia de la relación entre el envejecimiento y el proyecto de metamorfosis que se le plantea al Yo.

Entonces, ¿qué es lo que sucede alrededor de los individuos resilientes? ¿Qué es lo que hacen bien? Castoradis (1983, en Melillo, 2003) menciona que, en los adultos mayores que, a pesar de las condiciones que impone su edad y que pudieron constituir factores detonantes de un trastorno depresivo mayor, las circunstancias y actitudes protectoras más comúnmente observadas son las siguientes:

1. Sostener una labor satisfactoria hasta el fin de sus días.
2. Mantener la existencia de mallas de contención externas e internas en una tópica en la cual no está delimitado con claridad lo que viene del “afuera” y lo que viene del “adentro”, porque lo externo se vuelve interno, y lo interno se vuelve externo. La red externa refleja la interna, y viceversa. Una es continuidad de la otra, a través de productos de sujetos que son protagonistas e instituyentes en su entorno. Estas mallas externas e internas permiten resistir a la ley de destrucción que nos rige. Permiten incluso trascender más allá de la muerte.

Es fundamental considerar que el hecho de llegar a viejo no necesariamente implica haber sido resiliente. Todo depende de cómo se llegue a esta etapa de la vida, sin olvidar que el envejecimiento patológico se caracteriza por un achatamiento de la dimensión imaginario-simbólica. Es decir, la consideración de un “camino hacia la muerte” como un camino de autorrealización personal, implica la consideración de una vida que se realiza a sí misma. El mismo Castoradis sostiene que se trata de una capacidad de construcción de estas mallas de contención recíproca y supone el

fortalecimiento tanto del campo representacional del sujeto, como el de la “imaginación radical”, lo cual actuará como dique ante lo real del deterioro y la muerte, en un envejecimiento normal.

Los factores de resiliencia que protegen al individuo añoso de la depresión, deben considerarse en relación a los “temas de envejecimiento”: aprender a enfrentar y manejar las transformaciones relativas al cuerpo, a los vínculos interpersonales y a los roles sociales, a los duelos y a la propia muerte. Por lo tanto, los logros de un envejecimiento resiliente implican, entre otras cosas, un sostenimiento y una renovación de los ideales del Yo, de los proyectos de vida, una elaboración normal de los duelos y una permeabilidad entre las instancias psíquicas, es decir, un acceso a soñar, a fantasear, a imaginar, a jugar y a desear. Estos logros, que se manifiestan en aquellos individuos que los alcanzan, frente a cada uno de estos temas del envejecimiento, posibilitan lo siguiente:

1. Elaborar gradualmente las marcas del paso del tiempo.
2. Compensar pérdidas con ganancias.
3. Tener recursos para recomponer la autoestima en el presente, no en el pasado.
4. Recordar de modo reminiscente, es decir, vincularse al presente y proyectándose al futuro, y no de manera nostálgica.
5. Poseer un proyecto diario que organice la vida alrededor de cierta rutina.
6. Seguir conectado con el afuera, con el entorno.
7. Poder poner las angustias en palabras.
8. Poder cuestionar los principios.
9. Poder autocuestionarse, lo cual incluye la posibilidad de reírse de sí mismo.
10. Poder relativizar, sin regirse por el “todo o nada”.
11. No aferrarse a una identidad unívoca, es decir, no caer en el “yo soy así”.
12. No vivir toda la vida sostenido en otro o en una función, o en un rol, como único bastón, lo cual implicaría el quiebre ante la eventualidad de su pérdida.
13. Haber podido diversificar los apoyos (familia, trabajo, estudio, otros ideales).
14. Tener en cuenta las limitaciones, el enlentecimiento, etc.

15. Adaptarse a la disminución del rendimiento.
16. Mantenerse autoválido, seguir “funcionando” a pesar de las patologías.
17. Aceptar elementos protéticos.
18. Desarrollar la generatividad, que es la labor psicosocial de la mediana edad (35-65 años), la cual incluye la dirección de la generación siguiente.
19. Incorporar la finitud.
20. Vivir hasta y no hacia la muerte.
21. Desarrollar el sentido de la trascendencia.
22. Obtener como resultado de este trabajo psíquico permanentemente renovado, el sostenimiento de la continuidad identitaria, en relación a lo postulado por Erikson como Integración del Yo.

En concordancia con lo anterior, autores como Melillo (2004), consideran que la promoción de la resiliencia durante el proceso de envejecimiento no busca el que el individuo trate de regresar a un estado anterior en el que se sintió “mejor”, sino que encuentre respuestas nuevas, manteniendo la creatividad, el sentido del humor, el disfrute del juego, la empatía y finalmente, la integridad del yo. Debe evitarse el “quiebre identitario” que caracteriza al envejecimiento patológico. Es manifiesta la necesidad de creación de suficientes talleres preventivos que incentiven esas transformaciones en los adultos mayores, armando redes, promoviendo la autogestión y el sentido de “empoderamiento” de los adultos añosos. Menciona la importancia de la generación del ámbito más adecuado para encontrar en los grupos y en las tareas comunitarias, la resolución de problemas y de tareas emocional-cognitivas que se encuentran atrapadas en las “mallas internas” del sujeto (Melillo, 2004). Al emprender estas tareas, se pretende que el adulto senescente vea las cosas y la vida desde otras perspectivas.

La salud mental está relacionada íntimamente con la satisfacción de la necesidad de ajustar nuestra capacidad de adaptación y afrontamiento, desarrollando actitudes frescas a partir de las cuales sea posible alinearnos con la realidad para que nuestras mentes sean fuentes de felicidad y gozo, y no de problemas, ansiedades, percepciones

distorsionadas en busca de placeres esquivos, de esperanzas inútiles y frustraciones inevitables. Es necesario limpiar, y hacer a un lado la “basura” inmersa en las actitudes de las personas, ayudándolas a que puedan sacar a la luz su capacidad para cambiar, y descubrir dentro de ellas mismas el verdadero y permanente gozo que da la comprensión y la práctica de aquellas verdades que llevan a un estado genuino y duradero de bienestar que no es contingente con ni se fundamenta en los estímulos placenteros. Autores como Wallace (2001) llaman a esto “práctica espiritual”, mencionando que estas verdades se fundamentan en nuevas actitudes, que incluyen un cuidado del propio individuo en relación a sí mismo, mediante una dieta balanceada y adecuada a las propias condiciones individuales, ejercicio, medicamentos en caso de ser necesario, pero sobre todo, a través de la práctica de un cambio interno que lleve a una profunda transformación de las actitudes. Por lo tanto, es esencial involucrarse con las propias circunstancias y con todos los eventos y acontecimientos en formas que sean realistas y que conduzcan al bienestar propio y al de los demás, fomentando la puesta en marcha de actitudes que auxilien al individuo a experimentar gozo y satisfacción profunda tanto cuando todo va bien, como cuando las circunstancias en su vida sean desfavorables, incluso cuando sienta que el fin de su existencia física es inminente. Es decir, es de fundamental importancia fomentar en los individuos la activación de actitudes que resulten en beneficio de ellos mismos y de quienes les rodean, las cuales puedan ejercitar a lo largo de la vida, especialmente cuando se presentan sus inevitables vicisitudes. Poner un alto a los pensamientos, conductas y emociones que fundamentan actitudes que habitualmente impiden la utilización de la capacidad de la mente para sanarse a sí misma, por encima de cualquier circunstancia. Esto implica dos grandes retos, especialmente en el caso de los adultos mayores:

1. La evaluación exhaustiva de la vida ordinaria.
2. La evaluación exhaustiva del potencial humano.

Surge entonces la necesidad de identificar y analizar las creencias, aseveraciones, pensamientos, ideas, conductas y emociones que no se han evaluado debidamente en el pasado, que son fuente de sufrimiento, tan difícil de erradicar. Refinar la manera en que se percibe el mundo, dando forma y significado al pensamiento conceptual,

transformando de raíz las actitudes que han llevado a la instalación de sentimientos depresivos. Sin embargo, esto no debe ser un cambio que implique únicamente “nuevas envolturas para los viejos hábitos”.

Algo muy interesante es que el concepto de resiliencia ha acabado con la “dictadura” del concepto de vulnerabilidad, el cual permitía condenar por adelantado en nombre de un determinismo inapelable. Para muchos profesionales de la salud, todo sujeto vulnerable es sospechoso de una debilidad, ya que se ha enseñado demasiado a reconocer los fallos, los déficits y las faltas de cada paciente, sin enseñar lo suficiente sus competencias, sus puntos fuertes, sus recursos, sus deseos, sus proyectos. Es decir, falta más ayudar al paciente a llevar a cabo su “estrategia personal”, utilizando estas recién mencionadas cualidades, que son la esencia misma de la resiliencia. (Tomkiewitz, S., en Manciaux, M.; 2003). Para este autor, el buen uso de la resiliencia invita a “positivizar” nuestra mirada al prójimo y a modificar nuestras prácticas. Con ello, podríamos ayudar al individuo añoso a observar, identificar y usar mejor sus propios recursos. Implica también rechazar toda postura que apoye al fuerte abandonando al débil, lo cual no siempre es fácil.

Es imprescindible considerar que la resiliencia no tiene que ver con una invulnerabilidad que suponga soportarlo todo sin sufrir daños. Algunos procesos adaptativos y de cicatrización se llevan a cabo muy rápidamente, y constituyen factores tanto de debilidad como de recursos. Por eso, quienes tienden a “moldear” al individuo deben ser muy prudentes y no olvidar el potencial individual de salud mental del propio sujeto: defensas, resistencias, refugio en lo imaginario, etc. Según Tomkiewicz (2003), estas respuestas se consideran patológicas demasiado frecuentemente. Henderson (2004) también menciona al respecto que muchos individuos que enfrentan discapacidades, disfunciones familiares o problemas ambientales suelen reaccionar con una respuesta dual que incluye conducta negativa y conducta resiliente: “Muchas veces, una conducta que se considera disfuncional puede contener elementos de resiliencia, como iniciativa e independencia. Reencuadrar esa conducta de modo de incluir sus elementos positivos, sin necesariamente aprobarla, podría facilitar el proceso de construcción de

resiliencia". (7) Lo anterior parece apoyar la opinión de que la resiliencia es un proceso más que una lista de rasgos, razón por la cual debe considerarse su fomento en cualquier etapa de la vida. Para esto, la búsqueda de los aspectos positivos debe ir más allá de los del propio individuo. Es necesario abarcar a sus allegados, a su ambiente de vida y a la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, es imprescindible movilizar también los recursos del entorno.

Parece, entonces, que la depresión y el adulto senescente no tienen que ser parte de una relación inevitable. La satisfacción, la plenitud espiritual y la fecundidad pueden **realmente** constituir elementos esenciales de la última etapa de la vida, pese a los azares de la fortuna, a las pérdidas, a las incapacidades y a las deficiencias de cualquier tipo, incluso frente a la aproximación de la muerte.

(7) Henderson, N. & Milstein, M. (2004). *Resiliencia en la Escuela*. pp. 30. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Por lo tanto, y debido a que el concepto de resiliencia está vinculado con el concepto de vulnerabilidad, se dice que quien logra resiliencia es quien es capaz de admitir y conectarse tanto con sus puntos "fuertes" como con los "débiles", y que aquellos individuos que la alcanzan, no son quienes se rigidizan y se acorazan, ya que esas mismas corazas terminan quebrándose. Son aquellos que admiten su humanidad, los que pueden reírse de sí mismos, los que son capaces de evitar la dureza y la inflexibilidad tan frecuentemente presente a esta edad; es decir, los que se disponen a alcanzar la sabiduría subyacente en la profunda comprensión y aceptación del continuo

e inexorable proceso de la impermanencia y el cambio en la existencia. Como diría Claudel en su *Diario* (8):

***"¡Ochenta años! ¡Ni ojos, ni oídos, ni dientes, ni piernas, ni aliento!  
¡Y es asombroso al fin de cuentas,  
cómo uno llega a prescindir de ellos!"***

Partiendo del supuesto de que la psicopatología está íntimamente vinculada con deficiencias en los mecanismos de afrontamiento y con la falta o evitación del autoconocimiento, es de importancia fundamental vincular a la ruptura de la tendencia a la inevitabilidad de la depresión en el adulto mayor, con el establecimiento de un contacto de estos pacientes con sus propios pensamientos, afectos y actitudes, así como con la relación de éstos entre sí.

Se ha dicho que la base para la realización personal deriva del desarrollo del autoconocimiento, ya que éste conduce al logro de la dignidad, la identidad y la auténtica independencia, orientando al hombre hacia la potencia primaria para el amor y la razón que tanto mencionaba Fromm. Este autoconocimiento va de la mano con la

(8) Knopoff, R., Santagostino, L. & Zarebski, G. (2004). "Resiliencia y envejecimiento". En Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. & Rodríguez, D. **Resiliencia y Subjetividad**. Cap. 11, pp. 226. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

revaloración que debe hacer el individuo, tanto de las suposiciones básicas que rigen sus relaciones con los que lo rodean, como de la visión y orientación deformadora de la realidad que maneja. De esta forma, le es posible examinar constructivamente los orígenes de sus sentimientos, pensamientos y conductas, y por ende, de su estilo de vida. El objetivo es lograr, dentro de un marco de objetividad en la consideración de las circunstancias que rodean al adulto mayor, un bienestar que deriva de la aceptación de la propia individualidad única, de la Identidad personal, para alcanzar la Integridad del Yo de la que hablaba Erikson.

En el ser humano, y en el caso que nos concierne: el adulto senescente deprimido, resultaría invaluable ponerse en contacto con una importante capacidad de resistencia y de adaptación frente a los cambios a los que lo enfrenta la vida, capacidad que le permita, si no evitar, sí reducir el daño, superar las rupturas, las pérdidas, y seguir viviendo y desenvolviéndose. Puesto que las manifestaciones de la resiliencia son

esencialmente el mantenimiento de las aptitudes en medio de un peligro continuo, y el reestablecimiento tras un trauma, así como la demostración de una evolución inesperada en el individuo pese a los altos riesgos a los que se enfrenta, el valor del fomento de esta notable capacidad parece innegable.

Para tener una visión lo más equilibrada posible de la resiliencia, así como de su utilidad en la promoción y manejo de padecimientos como la depresión, es indispensable considerar tanto sus fortalezas como sus debilidades. Se ha dicho que hace posible vivir una vida personal y socialmente aceptable, incluso plena y exitosa, a pesar de las pruebas y los sufrimientos por los que pasaron quienes mostraron poseer esta capacidad. Sin embargo, hay que puntualizar que es difícil identificar tanto a los factores de protección, como a los de riesgo, porque éstos varían según la naturaleza del trauma en cuestión, la personalidad afectada, la situación y el momento concreto en que intervengan.

En este sentido, habría que tomar en cuenta que un factor protector puede no ser un suceso agradable en el sentido común del término. Lo importante es ver “el juego sutil entre los distintos factores, sus interacciones y los procesos que tienen lugar” (9)

Es difícil aplicar el concepto y la evaluación de la resiliencia, debido a la imprecisión de algunos criterios. Sin embargo, es posible basarse en los sentimientos personales y el juicio que hace el adulto mayor de su historia personal, de sus experiencias, su sufrimiento, su vida y del destino que él mismo ha seguido. Habría que decirle que, aún cuando la resiliencia nunca es total ni se garantiza a largo plazo, las historias personales de muchos sujetos resilientes inspiran y ayudan a otras muchas personas, pues tras superar sus problemas, éstos se involucran de un modo u otro para ayudar a sus semejantes.

Un dato interesante es que los programas de grupo inspirados en la resiliencia, que poseen objetivos claros y precisos de desarrollo comunitario y de fomento a la salud, han arrojado resultados positivos. (Manciaux, M., 2003). El reto parece ser que debe

dárseles un seguimiento cuidadoso y prolongado, para mantener y evaluar los resultados a largo plazo. Además, habría que evitar caer en los riesgos que se relacionan con el mal uso del concepto de resiliencia:

1. Tener una falta de rigor al interpretar los hechos observados, viendo resiliencia donde sólo hay negación del trauma que sí es real, en donde se presenta una ausencia aparente de reacciones negativas, e incluso una simple resistencia sin reconstrucción.
2. Desviar y desvirtuar la resiliencia:
  - Por el profesional: Para que evite considerar que una persona que ha demostrado resiliencia “ya puede arreglárselas sola”.

(9) Manciaux, M., Lecomte, J., Vanistendael, S. & Schweizer, D. (2003). “Conclusiones y Perspectivas”. En Manciaux, M. (comp.). **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 306. Barcelona, España: Editorial Gedisa, S.A

- Por los poderes públicos: Se refiere al riesgo de falta de compromiso. Cuando se ve que alguien “puede salir por sí sólo”, se piensa que no hace falta ayudarlo, concluyendo equivocadamente, además, que los que no pueden hacerlo “son incapaces o perezosos”.
- Por la sociedad: Se refiere al riesgo de juzgar con menosprecio a quienes no consiguen “salir adelante”. Esto lleva a contentarse con una sociedad que tiene varios niveles de competencia y de competitividad, y se cae en el desprecio del respeto a la diferencia, menoscabando una política gubernamental o social de ayuda mutua y de solidaridad. Consecuentemente, se pone en marcha un proceso de exclusión.

Afortunadamente, al evitar caer en estos errores, comprendemos la invitación que ofrece la resiliencia a cambiar la forma en que el individuo se ve a sí mismo y a los demás, a pesar de la carga que implican la adversidad de sus circunstancias de vida. Lo invita, además, a encontrar recursos internos, a veces insospechados, que le son de

suma utilidad para hacer frente y seguir viviendo una vida que valga la pena, en un entorno que le ofrezca el sostén de personas de confianza, y con algún apoyo social. Dado que esto ayuda a superar las difíciles pruebas a las que pudo haber estado sujeto el individuo añoso, se origina en él una evolución, un progreso humano, incluido también el espiritual.

Los beneficios que pretende lograr el fomento de la resiliencia resultan entonces muy similares a los objetivos terapéuticos que persiguen los diversos tratamientos y psicoterapias dedicadas al manejo de padecimientos como la depresión. Entre estos objetivos se encuentran:

- El disfrute, por parte del individuo, de sus propios poderes creadores.
- La transformación, o al menos la minimización, del efecto negativo de las emociones “destructivas”.
- El logro de satisfacciones y seguridades basado en la conciencia de la calidad de las propias relaciones con los demás.
- El disfrute de los beneficios de la sabiduría que deja la edad.
- La entrega a una interrelación auténtica y cooperadora, acrecentando la propia disposición a compartir con otros.
- La disposición para familiarizarse con lo nuevo.
- El sentimiento de insatisfacción ante las formulaciones estereotipadas y esquematizadas.
- El deseo de romper las cadenas de la autoenajenación y del enajenamiento de los otros.
- El logro de una buena voluntad para llevar a cabo una perenne autoindagación y autoinvestigación, con el fin de perseguir un autoconocimiento que reduzca la sintomatología perturbadora y autodestructiva.
- El inicio de un proceso satisfactorio de autoexpansión, al seguir interrelacionándose y aprendiendo de los demás.
- La evitación de la inactividad y de la pseudoactividad, llevando a cabo una actividad auténtica, productiva y creadora.

- La resolución de las actitudes negativas y la formación de nuevas orientaciones.
- La promoción del gozo por hacer gozar a los demás.
- El logro de la buena disposición para engancharse en el esfuerzo interminable de la búsqueda del bienestar emocional, para poder soportar la propia incompletud, la propia finitud y la soledad implícita en la individualidad.

Entonces, el fomento a la resiliencia parece buscar también la utilización de medidas que favorezcan la expresión del narcisismo benigno, intentando equilibrar al individuo entre su Yo Ideal y el negativo de ese Yo Ideal, analizando sus posibles distorsiones cognitivas y modificando sus expectativas de acuerdo con su presente, con el fin de encontrar una estabilidad en la autoestima. Se trata de eliminar la rigidez caracteriológica, y de compensar mecanismos de ajuste ante circunstancias cambiantes y generalmente, como lo son, entre otras, la pérdida de capacidades, funciones, roles y personas significativas. Para lograrlo, es necesario movilizar la energía psíquica disponible, partiendo del rol o la función perdida, hacia otras áreas. Los estudiosos de la resiliencia sostienen que esto hace posible la sublimación de las necesidades narcisistas por las vías adecuadas para la edad. Asimismo, se considera de gran utilidad el apoyar los mecanismos defensivos más maduros en el individuo añoso, para que le sea posible actualizar dentro de sí mismo aquellos aspectos creativos que habían estado ocultos por mucho tiempo, útiles, además, para hacer frente a la reaparición de impulsos instintivos. Una consecuencia positiva sería el aumento en la capacidad de resolución de conflictos, tanto internos, como externos.

La promoción de la red familiar y de la red social como fuentes de apoyo para el individuo mayor en su lucha contra los trastornos depresivos, aspectos fuertemente enfatizados tanto en las estrategias terapéuticas como en aquellas que promocionan la salud mental y el fomento a la resiliencia, es un asunto muy importante que, adicionalmente a la búsqueda de la mejoría personal en el adulto senescente, puede fomentar la sintonía interrelacional, lo cual, a su vez, minimizaría tanto los conflictos

intergeneracionales, como el sentimiento del ridículo, el rechazo y la agresión de los coetáneos. En suma, se trata de promover el legítimo bienestar emocional.

A pesar de que los investigadores de este apasionante tema manifiestan que la resiliencia no debe verse ni venderse como una panacea ni como una nueva receta o técnica de intervención infalible, sí sostienen que es imprescindible reconocer su poder, y que su fomento puede hacer de ella un instrumento invaluable en pro de la vida misma. Por eso es necesario entenderla, comprender mejor cómo nace, cómo se desarrolla, cómo actúa y cómo protege y hace madurar a aquellos que la manifiestan.

Para este fin, es inaplazable la observación y la investigación de la resiliencia, así como la instauración de prácticas innovadoras para que podamos ayudar a desarrollarla aún en el sujeto anciano deprimido o traumatizado, aún cuando sólo sea para reducir el efecto destructivo del daño que ha sufrido. Para algunos de los investigadores más conocedores del tema (Manciaux, M., Lecomte, J., Vanistendael, S. & Schweizer, D., 2003), esta observación debe ser al mismo tiempo objetiva y empática, con un enfoque holístico del sujeto resiliente y de su entorno, considerando la trayectoria de vida del mismo. Este ejercicio de observación puede referirse a un individuo o a un grupo entero involucrado en un programa de desarrollo comunitario, pero implica una renuncia a la visión determinista y una práctica de un realismo neutral pero benevolente. En cuanto a la investigación, estos autores enfatizan la importancia de la colaboración de una gran diversidad de disciplinas, las cuales, en conjunto, pudieran abordar temas tan relevantes como: el papel del apego, del temperamento y el de la mentalización de los traumas en relación a la génesis de la resiliencia o el papel de las diferencias entre desgracias individuales y dramas colectivos, así como el de la transformación gradual de los factores de protección durante la vida en relación a la resiliencia como proceso.

Por lo tanto, resulta convincente el llamado que se está haciendo en relación a la necesidad de multiplicar esfuerzos que conduzcan a una verdadera y seria formación de profesionales que puedan comprender y usar más y mejor el concepto de resiliencia en el trabajo de campo, en la clínica y en el ámbito educativo, así como en la

realización de una amplia difusión de una información de calidad, para, según estos autores, obtener:

- Personas mejor equipadas para la vida.
- Familias y comunidades mutuamente “apoyadoras”.
- Profesionales más empáticos, más dispuestos a oír, a intercambiar, a colaborar con las comunidades, los voluntarios y las asociaciones.
- Muchos más investigadores y más motivados.
- Responsables mejor informados y más próximos a sus administrados.
- Políticas más participativas.
- Una sociedad más solidaria.

Es claro que el logro de lo anterior exige el compromiso no únicamente de individuos aislados, sino de la sociedad misma, ya que implica una reorientación de muchas prácticas y conceptos actuales en diversos ámbitos, especialmente el de la educación y el de la salud mental. El fomento de la resiliencia demanda la instauración de nuevas políticas sociales que, más que una ayuda asistencial, ofrezcan a los individuos la promoción del individuo mismo, la oportunidad de una interacción que valore la vida, la experiencia y la fuerza generativa en general, así como el crecimiento de las personas, las familias y las comunidades. Es decir, deben reorientarse los servicios y las políticas de educación y de salud pública y privada, promoviendo a la propia salud de manera verdaderamente integral. Sabemos que el logro de lo anterior exige la complementariedad de las aportaciones de un gran número de disciplinas, circunstancia que resulta difícil, especialmente en un país con las carencias que tiene el nuestro, más no imposible.

El propio Manciaux (2003) está convencido de que, aún cuando lo anterior parezca la propuesta de algunos utopistas, son precisamente éstos los que cambian al mundo. Yo comparto su opinión, agregando que está en nuestras manos el caminar en esa dirección, especialmente si en verdad queremos revertir las tendencias actuales en relación al incremento desmesurado de los padecimientos psiquiátricos, en donde los

trastornos del estado de ánimo, especialmente los trastornos depresivos, se encuentran en primer lugar en las estadísticas a nivel mundial.

Por lo tanto, más allá de los tratamientos físicos y farmacológicos, más allá de las diversas teorías psicopatológicas y de sus respectivos manejos terapéuticos en relación a los padecimientos, más allá de las condiciones y de la edad de las personas que los sufren, debemos considerar que, como dice Singer, **el logro del bienestar emocional de los individuos no es una cuestión puramente científica, sino que es, ante todo, ética, ya que:**

***“este bienestar emocional es el reflejo de los valores éticos que sustente el definidor. Y esto resulta cierto no sólo en psicoterapia, sino también en medicina, y en cualquiera otra región del esfuerzo humano, donde los datos científicos hayan de aplicarse con el fin de alcanzar fines “deseables”. (10)***

(10) Singer, E. (1985). “Raíces Históricas y Filosóficas de la Psicoterapia”. En Singer, E. **Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia**. pp. 34. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Akiskal, H. (2000). “Mood Disorders: Clinical Features”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.) **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 14, pp. 1338-1376. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins. Edit.

Akiskal, H. (2000). “Mood Disorders: Introduction and Overview”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.) **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 14, pp. 1284-1297. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Alexopoulos, G. (2000). “Psychiatric Disorders in Later Life: Mood Disorders”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.) **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 51.3, pp. 3060-3067. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Baldwin, R.C.; Chiu, E.; Katona, C. & Graham, N. (2002). **Guidelines on Depresión in Older People**. Great Britain: Martin Dunitz Ltd. Edit.

Bar Din, A. (1989). “La Sintomatología de la Depresión y sus Implicaciones

Sociales”. En Bar Din, A. **La Madre Deprimida y el Niño**. Cap. 2, pp. 18-32. México: Editorial Siglo Veintiuno.

Bar Din, A. (1989). “Las Tareas de la Crianza”. En Bar Din, A. **La Madre Deprimida y el Niño**. Cap. 3, pp.33-47. México: Editorial Siglo Veintiuno.

Bar Din, A. (1989). “Una Definición Tentativa de Depresión”. En Bar Din, A. **La Madre Deprimida y el Niño**. Cap. 1, pp. 9-17. México: Editorial Siglo Veintiuno.

Beck, A. (2005). “Cambiar las Propias Deformaciones”. En Beck, A. **Con el Amor No Basta**. Cap. 13; pp. 284-306. México: Editorial Paidós

Beck, A. (2005). “El Poder del Pensamiento Negativo”. En Beck, A. **Con el Amor No Basta**. Cap. 1; pp. 25-46. México: Editorial Paidós.

Belsky, J. (2001). “El Contexto Cambiante de la Atención a la Salud Mental”. En Belsky, J. **Psicología del Envejecimiento**. Cap. 9, pp. 280-284. España: Editorial Paraninfo, Thomson Learning.

Belsky, J. (2001). “Mayores en Acción 9-2: “El Desarrollo de una Depresión”. En Belsky, J. **Psicología del Envejecimiento**. Cap. 9, p.p. 276-280. España: Editorial Paraninfo, Thomson Learning.

Belsky, J. (2001). “Mayores en Acción 9-3: “Evaluación del Riesgo de Suicidio”. En Belsky, J. **Psicología del Envejecimiento**. Cap. 9, pp. 280. España: Editorial Paraninfo, Thomson Learning.

Blackburn, J.M. (1996). “Cognitive Vulnerability to Depression”. En Salkovskis, P.M. (comp.) **Frontiers of Cognitive Therapy**. Cap.12, pp. 250-265. New York, USA: The Guilford Press.

Blazer, D. (2000). “Mood Disorders: Epidemiology”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.) **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 14, pp. 1298-1307. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Boyle, D. & Davies, S. (2001). “Psiquiatría de los Ancianos”. En Boyle, D. & Davies, S. **Lo Esencial en Psiquiatría**. Cap. 25, pp. 183-186. Madrid, España: Publicaciones Harcourt.

Bobes, J., Portilla, M.P.G., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A. & Bousoño, M. (2003) **Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica – Instrumentos de Evaluación para los Trastornos del Humor**. (2<sup>a</sup>. Edición). Tomo II. Cap. 5. Barcelona, España: Editorial Ars Médica.

Bonanno, G. A. (2002). "Resilience to Loss and Chronic Grief: A prospective study from preloss to 18 months post-loss". *Journal of Personality and Social Psychology*. N<sup>o</sup> 83, pp. 1150-1164. USA.

Bonanno, G. A. (2004). "Loss, Trauma and Human Resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?". *American Psychologist Publications*. N<sup>o</sup> 59, pp. 20-28. USA:

Bowlby, J. (1995). "El Cuidado de los Niños". En Bowlby, J. *Una Base Segura – Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Cap. 1, pp. 13-32. España: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1995). "El Papel del Apego en el Desarrollo de la Personalidad". En Bowlby, J. *Una Base Segura – Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Cap. 7, pp. 140-158. España: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1995). "La Violencia en la Familia". En Bowlby, J. *Una Base Segura – Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Cap. 5, pp. 94-117. España: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1995). "Los Orígenes de la Teoría del Apego". En Bowlby, J. *Una Base Segura – Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Cap. 2, pp. 33-52. España: Editorial Paidós.

Bowlby, J. (1995). "Saber lo que Supone que no Debes Saber y Sentir lo que se Supone que no Debes Sentir". En Bowlby, J. *Una Base Segura – Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. Cap. 6, pp. 118-139. España: Editorial Paidós.

Breuer, H. (2005). "A Great Attraction – The Magnetic Cure". En *Scientific American Mind*. Vol. 16. N<sup>o</sup> 2., pp. 54-59. USA: Scientific American Inc. Publications.

Campbell, R.J. (2000). "Managed Care". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 52.2, pp. 3199-3209. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Chappa, H.J. (2004). "El Modelo Cognitivo de la Depresión". En Chappa, H.J. *Distimia y otras Depresiones Crónicas*. Cap. 10, pp. 97-117. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Chappa, H.J. (2004). "La Depresión Neurótica – Evolución del Concepto". En Chappa, H.J. *Distimia y otras Depresiones Crónicas*. Cap. 1, pp. 3-12. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Chappa, H.J. (2004). "Modelo Integrador Interpersonal Cognitivo-Evolucionario". En Chappa, H.J. *Distimia y otras Depresiones Crónicas*. Cap. 13, pp. 137-150.

Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Chappa, H.J. (2004). "Modelo Interpersonal y Social". En Chappa, H.J. ***Distimia y otras Depresiones Crónicas***. Cap. 12, pp. 129-136. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Chappa, H.J. (2004). "Modelo Psicoevolucionario". En Chappa, H.J. ***Distimia y otras Depresiones Crónicas***. Cap. 11, pp. 115-128. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Chappa, H.J. (2004). "Personalidad Depresiva". En Chappa, H.J. ***Distimia y otras Depresiones Crónicas***. Cap. 6, pp. 53-64. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Chappa, H.J. (2004). "Primeras Teorías Psicológicas de la Depresión". En Chappa, H.J. ***Distimia y otras Depresiones Crónicas***. Cap. 9, pp. 89-96. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Clark, D. & Steer, R. (1996). "Empirical Status of the Cognitive Model of Anxiety and Depression". En Salkovskis, P.M. (comp.) ***Frontiers of Cognitive Therapy***. Cap. 4, pp. 75-96. New York, USA: The Guilford Press.

Costa, P. & Mc Crae, R. (2000). "Theories of Personality and Psychopathology – Approaches Derived From Philosophy and Psychology". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). ***Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry***. (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 6, pp. 638-651. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Cruz Rolando, A. (1996). ***Psicología Gerontológico y Geriátrica***. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica del Instituto Cubano del Libro.

Cyrulnik, B. (2004). "Neuroetología y Resiliencia". En Manciaux, M. (comp.). ***La Resiliencia: Resistir y Rehacerse***. pp. 175-184. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

***DSM IV TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*** (2002). Barcelona, España: Editorial Masson, S.A.

Fadiman, J. & Frager, R. (2001). ***Teorías de la Personalidad***. 2<sup>a</sup> Edición. México: Oxford University Press.

Fromm, E. (2000). "Narcisismo Individual y Social". En Fromm, E. ***El Corazón del Hombre***. Cap. 4, pp. 68-108. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Fuchs, E. (2003). "¿Van unidas ética y resiliencia?". En Manciaux, M. (comp.). ***La***

**Resiliencia: Resistir y Rehacerse.** pp. 285-288. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Gabbard, G. (2000). "Mood Disorders: Psychodynamic Aspects". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.** (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 14, pp. 1328-1337. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Gabbard, G. (2002). "Abordajes Psicodinámicos de los Trastornos del Eje I: Trastornos Afectivos". En Gabbard, G. **Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica.** 3<sup>a</sup> Edición. Sección II. Cap. 8, pp. 217-247. Buenos aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Gabbard, G. (2000). "Theories of Personality and Psychopathology – Psychoanalysis". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.** (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 6, pp. 563-606. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Grinberg, L. (1983). **Culpa y Depresión. Estudio Psicoanalítico.** Madrid, España: Alianza Editorial.

Guerra, M. & San Martín, J.C. (2005). "Gerontopsiquiatría". En Alarcón, R.; Mazzotti, G. & Nicolini, H. (comp.). **Psiquiatría.** (2<sup>a</sup> Edición). Cap. 24, pp. 793-817. México: Editorial El Manual Moderno.

Hall, C. & Lindzey, G. (1970). **Theories of Personality.** 2nd Edition. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Henderson, N. & Milstein, M. (2004). "Construcción de Resiliencia en la Práctica – Mediación de Conflictos – Estrategias de Enseñanza para Construir Resiliencia". En Henderson, N. & Milstein, M. **Resiliencia en la Escuela.** Cap. 7, pp. 123-138. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Henderson, N. & Milstein, M. (2004). "Definición de Resiliencia – Origen del Concepto – Cambio de Actitud – Perfil de una Persona Resiliente – Resiliencia como Proceso". En Henderson, N. & Milstein, M. **Resiliencia en la Escuela.** Cap. 1, pp. 19-36. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Henderson, N. & Milstein, M. (2004). "El Proceso de Cambio en Acción – Intercambio Inicial de Información – Diagnóstico – Proceso de Intervención". En Henderson, N. & Milstein, M. **Resiliencia en la Escuela.** Cap. 6, pp. 103-122. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Henderson, N. & Milstein, M. (2004). "Herramientas para Facilitar el Cambio – Diagnosticar el Estado Actual – Promover el Cambio y el Compromiso – Evaluar la Tarea y Celebrar el Exito". En Henderson, N. & Milstein, M. **Resiliencia en la Escuela.** Cap. 8, pp. 139-158. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Henderson, N. & Milstein, M. (2004). "Modos en que las Escuelas Ayudan a Fortalecer la Resiliencia – Las Relaciones y la Construcción de la Resiliencia – Seis Pasos de la Rueda de la Resiliencia". En Henderson, N. & Milstein, M. **Resiliencia en la Escuela**. Cap. 2, pp. 37-56. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Hirschfeld, R. & Shea, M.T. (2000). "Mood Disorders: Psychotherapy". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 14, pp. 1431-1440. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Hollon, S., De Rubeis, R. & Evans, M. (1996). "Cognitive Therapy in the Treatment and Prevention of Depression". En Salkovskis, P.M. (comp.). **Frontiers of Cognitive Therapy**. Cap. 14, pp. 293-317. New York, USA: The Guilford Press.

Kandel, E. (2004). "Trastornos del Estado de Animo". En Kandel, E., Schwartz, J. & Jessell, Th. (comp.). **Principios de Neurociencia**. (4<sup>a</sup>. Edición). Cap. 61, pp. 1209-1226. Madrid, España: Mc Graw Hill/Interamericana de España, S.A.

Knopoff, R., Santagostino, L. & Zarebski, G. (2004). "Resiliencia y Envejecimiento". En Melillo, A., Suárez Ojeda, E. N. & Rodríguez, D. (comp.). **Resiliencia y Subjetividad – Los ciclos de la vida**. Cap. 11, pp. 213-230. Argentina: Editorial Paidós.

Krassoievitch, M. (2001). "Aspectos Psicológicos y Psicodinámicos del Envejecimiento". En Krassoievitch, M. **Psicoterapia Geriátrica**. Cap. 3, pp. 56-86. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Krassoievitch, M. (2001). "Aspectos Psicopatológicos". En Krassoievitch, M. **Psicoterapia Geriátrica**. Cap. 5, pp. 111-138. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Krassoievitch, M. (2001). "Aspectos Sociales, Culturales y Familiares de la Vejez". En Krassoievitch, M. **Psicoterapia Geriátrica**. Cap. 2, pp. 23-55. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Krassoievitch, M. (2001). "El Duelo y la Muerte". En Krassoievitch, M. **Psicoterapia Geriátrica**. Cap. 4, pp. 87-110. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Legorreta, D. (2003). **La Segunda Adolescencia – Los Cambios a Partir de los Cuarenta**. México: Grupo Editorial Norma.

Liberman, R., Kopelowicz, A. & Smith, Th. (2000). "Psychiatric Rehabilitation". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 52.4, pp. 3218-3245. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

López Trigo, J.A. (2005). **La Depresión en el Paciente Anciano**. Málaga, España: Publicaciones sobre Tercera Edad y Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga.

Manciaux, M. (2003). “La Resiliencia, Ayer y Hoy - La Resiliencia: Estado de la Cuestión”. En Manciaux, M. (comp.). **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 17-27. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Manciaux, M., Lecomte, J., Vanistendael, S. & Schweizer, D. (2003). “Conclusiones y Perspectivas”. En Manciaux, M. (comp.). **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 303-318. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

**Manual de Estilo de Publicaciones**. (2002). American Psychological Association. (2ª Edición en español traducida de la 5ª Edición en inglés). México: Editorial El Manual Moderno.

Melillo, A. (2004). “Realidad Social, Psicoanálisis y Resiliencia”. En Melillo, A., Suárez Ojeda, E.N. & Rodríguez, D. (comp). **Resiliencia y Subjetividad – Los Ciclos de la Vida**. Cap. 2, pp. 63-76. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Menninger, W. (2000). “Role of the Psychiatric Hospital in the Treatment of Mental Illnesses”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup>. Edition). Cap. 52.3, pp. 3210-3217. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Mohl, P. & Weiner, M. (2000). “Theories of Personality and Psychopathology – Other Psychodynamic Schools”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 6, pp. 615-637. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Moorey, S. (1996). “When Bad Things Happen to Rational People: Cognitive Therapy in Adverse Life Circumstances”. En Salkovskis, P.M. (comp.). **Frontiers of Cognitive Therapy**. Cap. 19, pp. 450-469. New York, USA: The Guilford Press.

Newton, D. & Newton, P. (2000). “Theories of Personality and Psychopathology – Erik H. Erikson”. En Sadock, B. y Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 6, pp. 607-614. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Nieto Carrero, M. (2002). **Ante la Enfermedad de Alzheimer – Pistas para Cuidadores y Familiares**. Bilbao, España: Colección Serendipity, Desclée De Brouwer Editores.

Norman, M., Whooley, M. & Lee, K. (2005). “Depresión y Otros Temas de Salud Mental”. En Landefeld, S., Palmer, R., Johnson, M.A., Johnston, B. & Lyons, W. (comp). **Diagnóstico y Tratamiento en Geriatría**. Cap. 14, pp. 111-124. México: Editorial El Manual Moderno.

Ochoa Ruiz, C. (2003). **Depresión – Comprenda en qué consiste para superarla**. Madrid, España: Edimat libros, S.A.

Olivares, J.M. & Pinal, B. (2004). “Depresión y Vejez”. En De la Gándara, J., Micó, J.A., Olivares, J.M. & Szerman, N. (comp.). **Depresión en Pacientes de Riesgo**. pp. 61-86. Madrid, España: Editorial Ars Médica.

Pepper, T. & Cunningham, J. (junio, 2004). “Sad Planet - The Talking Cure – Sad Planet”. En **Newsweek International Publications**. USA.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “La Antigüedad: La Psiquiatría de la Antigüedad Greorromana – El Lugar de la Enfermedad Mental en la Historia de la Medicina Antigua”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Primera Parte. Cap. 1, pp. 11-15. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “La Antigüedad: La Psiquiatría de la Antigüedad Greorromana – las Grandes entidades Nosológicas”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Primera Parte. Cap. 1, pp. 16-23. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “La Antigüedad: La Psiquiatría de la Antigüedad Greorromana- Relato de Casos”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Primera Parte. Cap. 1 , pp. 24-31. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “La Edad Media: La Reflexión Médica Medieval y la Aportación Árabe”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Segunda Parte. Cap. 3, pp. 434-53. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “Del renacimiento a la Ilustración – Entre lo Natural y lo Demoníaco: La Locura en el Renacimiento”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Tercera Parte. Cap. 6, pp. 73-85. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “El Siglo XIX: Nacimiento de la Psiquiatría”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Quinta Parte. Cap.13, pp. 163-165. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “El Siglo XIX: Enfoque Contemporáneo de la Enfermedad Mental”. En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Quinta Parte. Cap. 16, pp. 260-263. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Postel, J. & Quétel, C. (1993). “El Siglo XX: Una Historia de la Psiquiatría en el Siglo

XX". En Postel, J. & Quétel, C. **Historia de la Psiquiatría**. Sexta Parte. Cap. 25, pp. 457-486. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Reynolds, Ch. (2000). "Psychofarmacology". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 51.4c, pp. 3090-3093. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Rodríguez, C. & Aguilar, L. M. (2004). "Aplicabilidad de la resiliencia en los programas sociales: experiencias en Latinoamérica". En Manciaux, M. (comp.). **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. pp. 239-251. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Rojtenberg, S. & Moreno, F. (2005). "Trastornos Depresivos Monopolares". En Alarcón, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (comp.). **Psiquiatría**. (2<sup>a</sup> Edición). Cap. 13, pp. 431-453. México: Editorial El Manual Moderno.

Roose, S. & Miyazaki, F. (2005). "Tratamiento antidepresivo de la depresión en etapas tardías de la vida". En **Depression – Mind and Body**. (Edición en Español). Vol. 1, N<sup>o</sup> 4. México: Editorial REMEDICA.

Rush, A.J. (2000). "Mood Disorders: Treatment of Depression". En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7<sup>th</sup> Edition). Cap. 14, pp. 1377-1384. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Sáiz, J. (2001). "Cambios Físicos y Psíquicos Relacionados con la Edad". En Sáiz, J. **Manual de Psicogeriatría Clínica**. Cap. 2, pp. 21-36. Barcelona, España: Psiquiatría Médica Editorial Masson, S.A.

Salim-Pascual, R. (2004). **Comorbilidad del Trastorno de Ansiedad y Depresión – Trastornos Depresivos**. México: Edit. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.

Salvarezza, L. (1988). **Psicogeriatría. Teoría y Clínica**. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Salzman, C. (2000). "Mood Disorders". En Coffey, E. & Cummings, J.I. (comp.). **Textbook of Geriatric Neuropsychiatry**. (2<sup>nd</sup> Edition). Cap. 13, pp.313-325. Washington, D.C., USA: The American Psychiatric Press.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1991). **Metodología de la Investigación**. (3<sup>a</sup> Edición). México: Editorial McGraw Hill Interamericana.

Santos, H. (2004). "La Educación de Adultos Como Factor de Resiliencia". En Melillo, A., Suárez Ojeda, E.N. & Rodríguez, D. (comp.). **Resiliencia y Subjetividad**

– **Los Ciclos de la Vida**. Cap. 12, pp. 257-272. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Sarquís, G. & Zacañino, L. (2004). “La Resiliencia Como Herramienta”. En Melillo, A., Suárez Ojeda, E.N. & Rodríguez, D. (comp.). **Resiliencia y Subjetividad – Los Ciclos de la Vida**. Cap. 19, pp. 343-360. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Schaie, W. & Willis, S. (2003). **Psicología de la Edad Adulta y la Vejez**. (5ª Edición). Cap. 14, pp. 460-471. Madrid, España: Editorial Pearson Prentice Hall.

Schwartz, J. (2004). “Neurotransmisores”. En Kandel, E., Schwartz, J. & Jessell, Th. (comp.). **Principios de Neurociencia**. (4ª. Edición). Cap. 15, pp. 280-297. Madrid, España: Mc Graw Hill/Interamericana de España, S.A.

Singer, E. (1985). “Raíces Históricas y Filosóficas de la Psicoterapia”. En Singer, E. **Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia**. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Sirey, J., Bruce, M. & Alexopoulos, G. (2005). “El Treatment Initiation Program: Una intervención destinada a mejorar el curso clínico de la depresión en la población anciana”. En **The American Journal of Psychiatry**. (Edición Latinoamericana en Español). Vol. 8, Nª 8. México: Editorial Ars Médica.

Soria, C. (2005). “La personalidad como Target Farmacológico”. En Soria, C. **Vulnerabilidad y Resiliencia**. Argentina: Ediciones del Colegio Argentino de Neuropsicofarmacología.

Sroufe, A. (2000). “El Despliegue de las Emociones”. En Sroufe, A. **Desarrollo Emocional – La Organización de la Vida Emocional en los Primeros Años**. Parte 2, pp. 65-182. México: Oxford University Press.

Sroufe, A. (2000). “La Naturaleza del Desarrollo Emocional”. En Sroufe, A. **Desarrollo Emocional – La Organización de la Vida Emocional en los Primeros Años**. Parte 1, pp. 1-64. México: Oxford University Press.

Thase, M. (2000). “Mood Disorders: Neurobiology”. En Sadock, B. & Sadock, V. (comp.). **Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry**. (7th Edition). Cap. 14, pp. 1318-1327. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, Edit.

Tomkiewicz, S. (2004). “El Buen Uso de la Resiliencia: Cuando la Resiliencia Sustituye a la Fatalidad”. En Manciaux, M. (comp.). **La Resiliencia: Resistir y Rehacerse**. p.p. 289-300. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Vera, B. (2005). “Personalidad Resistente, Resiliencia y Crecimiento Postraumático”. En Vera, B. **Resistir y Rehacerse: Una Reconceptualización de la Experiencia Traumática desde la Psicología Positiva**. Lima, Perú: Ediciones

Universidad de Lima.

Wallace, A. (2001). "The First Point: The Preliminaries". En Wallace, A. ***Buddhism With an Attitude***. Cap. 1, pp. 13-63. Ithaca, N.Y., USA: Snow Lion Publications.

Weischaar, M. (1996). "Cognitive Risk Factors in Suicide". En Salkovskis, P.M. (comp.). ***Frontiers of Cognitive Therapy***. Cap.11, pp. 226-249. New York, USA: The Guilford Press.

Weissenburger, J. & Rush, A. (1996). "Biology and Cognitions in Depression: Does the Mind Know What the Brain is Doing?". En Salkovskis, P.M. (comp.). ***Frontiers of Cognitive Therapy***. Cap. 6, pp. 114-134. New York, USA: The Guilford Press.

Wicks-Nelson, R. & Israel, A.C. (2004). "Depresión y Problemas en las Relaciones Entre Iguales". En Wicks-Nelson, R. & Israel, A.C. ***Psicopatología del Niño y del Adolescente***. (3ª Edición). Cap. 7, pp. 142-173. España: Editorial Prentice Hall.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR:**

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período 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. **Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad o enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (Ej.: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (Ej.: 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 (Ej.: un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito caso cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
  4. Insomnio o hipersomnia 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 delirante) 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 sólo 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 (Ej.: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (Ej.: hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (Ej.: después de la partida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

**ANEXO 2: CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F32.x**  
**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO (296.2x)**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
  
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
  
- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de

una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos**

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el período posparto**

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

**En remisión parcial, en remisión total**

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el posparto**

**ANEXO 3: CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F33.x**  
**TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE (296.3x)**

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. **Nota:** Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los

episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos.**

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el período posparto**

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

**En remisión parcial, en remisión total**

**Crónico**

**Con síntomas catatónicos**

**Con síntomas melancólicos**

**Con síntomas atípicos**

**De inicio en el posparto**

*Especificar:*

**Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)**

**Con patrón estacional**

**ANEXO 4: CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F34.1**  
**TRASTORNO DISTÍMICO (300.4)**

- A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.
- B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
- C.** Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B

durante más de dos meses seguidos.

- D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. **Nota:** Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante dos meses). Además, tras los primeros episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno no psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G.** Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej.: una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (Ej.: hipotiroidismo)
- H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

**23 Inicio temprano:** Si el inicio es antes de los 21 años.

**24 Inicio tardío:** Si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar: (para los últimos dos años del trastorno distímico):

**25 Con síntomas atípicos:** Puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las dos semanas más recientes de un episodio depresivo mayor actual de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando

estos síntomas predominan durante los últimos dos años de un trastorno distímico; si el episodio depresivo mayor no es actual, se aplica si los síntomas predominan durante un período cualquiera de dos semanas).

- A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).
- B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:
  1. aumento significativo del peso o del apetito.
  2. hipersomnia.
  3. abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes).
  4. patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo.
- C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

### **ANEXO 5: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA** **(GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS)**

		<b>Sí</b>	<b>No</b>
1.	¿Esta usted satisfecho con su vida?		
2.	¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?		
3.	¿Se siente que su vida esta vacía?		
4.	¿Se siente usted frecuentemente aburrido?		
5.	¿Tiene usted mucha fe en el futuro?		
6.	¿Tiene usted pensamientos que le molestan?		
7.	¿La mayoría del tiempo esta de buen humor?		
8.	¿Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar?		
9.	¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo?		
10.	¿Se siente usted a menudo impotente, desamparado, desvalido?		
11.	¿Se siente a menudo intranquilo?		
12.	¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir?		
13.	¿Se preocupa usted a menudo sobre del futuro?		
14.	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?		

15	¿Cree que es maravilloso estar viviendo?		
16	¿Se siente usted a menudo triste?		
17	¿Se siente inútil?		
18	¿Se preocupa mucho sobre el pasado?		
19	¿Cree que la vida es muy interesante?		
20	¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?		
21	¿Se siente lleno de energía?		
22	¿Se siente usted sin esperanza?		
23	¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?		
24	¿Se preocupa por cosas sin importancia?		
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?		
26	¿Es difícil para usted concentrarse?		
27	¿Disfruta al levantarse por las mañanas?		
28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?		
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30	¿Está su mente tan clara como antes?		

Esta es una escala autoaplicada, de cribado, y es la única específica para detectar una posible depresión en los pacientes de la tercera edad. Si la aplicación de la escala orienta a la existencia de un posible trastorno depresivo, tendrá que realizarse un examen en profundidad para confirmar o descartar la presencia del mismo.

La puntuación total se calcula con la suma de las puntuaciones en cada una de las preguntas. Una respuesta afirmativa en los ítems 2 a 4,6,8,10 a 14,16 a 18,20,22 a 26 y 28 obtiene 1 punto. Una respuesta negativa en el resto, en los ítems 1,5,7,9,15,19,21,27,29 y 30 se califica también con 1 punto.

- Puntos de corte recomendados: De 0 a 10: Normal / De 11 a 30: Posible depresión.  
Algunos autores diferencian entre: \* 11-20: depresión leve  
\* más de 20: depresión grave

## **ANEXO 6: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS)**

### **1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad):**

1. Ausente.
2. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.
3. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.
4. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, comunicadas por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto.
5. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

### **2. Sensación de culpabilidad:**

1. Ausente.
2. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
3. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones.
4. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

5. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

### **3. Suicidio:**

1. Ausente.
2. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.
3. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.
4. Ideas de suicidio o amenazas.
5. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica 4).

### **4. Insomnio precoz:**

1. Ausente.
2. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.
3. Dificultades para dormirse cada noche.

### **5. Insomnio medio:**

1. Ausente.
2. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
3. Esta despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si esta justificada: orinar, tomar o dar medicinas, etc.)

### **6. Insomnio tardío:**

1. Ausente.
2. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.
3. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

### **7. Trabajo y actividades:**

1. Ausente.
2. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.
3. Perdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
4. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
5. Dejo de trabajar por la presente enfermedad.

### **8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motor disminuida):**

1. Palabra y pensamiento normales.
2. Ligero retraso en el diálogo.
3. Evidente retraso en el diálogo.
4. Diálogo difícil.
5. Torpeza absoluta.

**9. Agitación:**

1. Ninguna.
2. “Juega” con sus manos, cabellos, etc.
3. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

**10. Ansiedad psíquica:**

1. No hay dificultad.
2. Tensión subjetiva e irritabilidad.
3. Preocupación por pequeñas cosas.
4. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
5. Terrores expresados sin preguntarle.

Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

**11. Ansiedad somática:**

1. Ausente:
2. Ligera.
3. Moderada.
4. Grave.
5. Incapacitante.

**12. Síntomas somáticos gastrointestinales:**

1. Ninguno.
2. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que le estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
3. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

**13. Síntomas gástricos generales:**

1. Ninguno.
2. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias

- musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
3. Cualquier síntoma bien definido se califica 2.

#### **14. Síntomas genitales:**

Síntomas como:

- Pérdida de la libido.
- Trastornos menstruales.

1. Ausente.
2. Débil.
3. Grave.
4. Incapacitante.

#### **15. Hipocondría:**

1. No la hay.
2. Preocupado de sí mismo (corporalmente).
3. Preocupado por su salud.
4. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.
5. Ideas delirantes hipocondriacas.

#### **16. Pérdida de peso (completar A o B):**

##### **A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación):**

1. No hay pérdida de peso.
2. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
3. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

##### **B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes):**

1. Pérdida de peso inferior a 500 g. en una semana.
2. Pérdida de peso de más de 500 g. en una semana.
3. Pérdida de peso de más de 1 kg. En una semana (por término medio).

#### **17. Insight (conciencia de enfermedad):**

1. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
  2. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
  3. Niega que esté enfermo.
-

La escala de Hamilton es una escala heteroaplicada que evalúa el perfil de síntomas y de gravedad del cuadro depresivo. El profesional valora si el síntoma explorado está o no presente con una puntuación para cada ítem de 5 valores posibles desde 0 a 4 puntos.

La referencia temporal de la presencia de síntomas es el momento de la entrevista, salvo para los relacionados con el sueño, en donde se valoran las alteraciones de los 2 días previos.

Proporciona:

1. Puntuación Global de gravedad del cuadro.
2. Puntuación en los tres Índices:
  - Melancolía: Incluye los ítems 1 (humor deprimido), 2 (Sensación de culpabilidad), 7(trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).
  - Ansiedad: Formado por los ítems 9 (agitación), 10(ansiedad psíquica) y 11(ansiedad somática).
  - Sueño: Constituido por los ítems 4 (insomnio precoz), 5 (insomnio medio) y 6 (insomnio tardío).

La Puntuación Global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. La puntuación de cada uno de los Índices se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen:

- Melancolía: Ítems 1,2,7,8,10 y 13
- Ansiedad: Ítems 9,10 y 11
- Sueño: Ítems 4,5 y 6.

Puntos de Corte más usados para la interpretación de resultados:

- De 0 a 7: Depresión.
- De 8 a 12: Depresión menor.
- De 13 a 17: Menos que depresión mayor.
- De 18 a 29: Depresión mayor.
- De 30 a 52: Más que depresión mayor.

Otros puntos de corte son: 0-7: no depresión / 8-14: distimia / igual o más de 15: depresión de moderada a grave.

Crítica más común a la escala: Estar contaminada de forma significativa por síntomas de ansiedad y somáticos, lo cual dificulta su interpretación en pacientes con enfermedades físicas.

## **ANEXO 7: ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY-ASBERG (MADRS)**

### **1. Tristeza aparente:**

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica.

Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

1. No tristeza.

2. \_\_\_\_\_
3. Parece desanimado, pero se anima fácilmente.
4. \_\_\_\_\_
5. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo.
6. \_\_\_\_\_
7. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido.

## **2. Tristeza expresada:**

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no. Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influencia del humor por las circunstancias.

1. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales.
2. \_\_\_\_\_
3. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad.
4. \_\_\_\_\_
5. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas.
6. \_\_\_\_\_
7. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia.

## **3. Tensión Interior:**

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida.

1. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna.
2. \_\_\_\_\_
3. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido.
4. \_\_\_\_\_
5. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad.
6. \_\_\_\_\_
7. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador.

## **4. Sueño Reducido:**

Expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a como duerme cuando se encuentra bien.

1. Sueño como los normales.
2. \_\_\_\_\_
3. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero.
4. \_\_\_\_\_
5. Sueño reducido o ininterrumpido al menos durante dos horas.

6. \_\_\_\_\_
7. Menos de dos o tres horas de sueño.

**5. Disminución del apetito:**

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

1. Apetito normal o aumentado.
2. \_\_\_\_\_
3. Apetito ligeramente disminuido.
4. \_\_\_\_\_
5. Falta de apetito. Los alimentos saben mal.
6. \_\_\_\_\_
7. Necesidad de persuasión para comer.

**6. Dificultades de concentración:**

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

1. Ninguna dificultad de concentración.
2. \_\_\_\_\_
3. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos.
4. \_\_\_\_\_
5. Dificultades en la concentración y mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer.
6. \_\_\_\_\_
7. Incapacidad para leer o conversar sin dificultad.

**7. Laxitud. Abulia:**

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

1. Apenas dificultades para iniciar las tareas. Sin inactividad.
2. \_\_\_\_\_
3. Dificultad para iniciar tareas.
4. \_\_\_\_\_

5. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo.
6. \_\_\_\_\_
7. Completa laxitud, incapacidad para hacer cualquier cosa sin ayuda.

### **8. Incapacidad para sentir:**

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

1. Interés normal por las cosas y la gente.
2. \_\_\_\_\_
3. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales.
4. \_\_\_\_\_
5. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos.
6. \_\_\_\_\_
7. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos.

### **9. Pensamientos pesimistas:**

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

1. Sin pensamientos pesimistas.
2. \_\_\_\_\_
3. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones.
4. \_\_\_\_\_
5. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo.
6. \_\_\_\_\_
7. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable.
8. Autoacusaciones absurdas e irreductibles.

### **10. Ideación Suicida:**

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

1. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene.
2. \_\_\_\_\_
3. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces.

4. \_\_\_\_\_
5. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención.
6. \_\_\_\_\_
7. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio.

Esta escala evalúa el perfil de los síntomas y de la gravedad de la depresión y está diseñada para ser aplicada por un médico que valorará la presencia y la intensidad de cada uno de los parámetros que explora.

La puntuación de cada ítem oscila entre 0 y 6 y las puntuaciones son 0,2,4 ó 6 puntos. Para designar el valor a cada ítem el profesional debe basarse en la entrevista con el paciente y también otras fuentes de información distintas al propio paciente (familia, amigos, etc.).

Esta escala no está tan contaminada por ítems que evalúen ansiedad. Sin embargo, sí presenta varios que exploran síntomas somáticos y vegetativos que dificultan la aplicación en pacientes con enfermedades médicas.

Puntuación Global: Se obtiene sumando la puntuación asignada a cada uno de los apartados. Puede oscilar entre 0 y 60 puntos.

Puntos de Corte recomendados:

- De 0 a 6: no depresión.
- De 7 a 19: depresión menor.
- De 20 a 34: depresión moderada.
- De 35 a 60: depresión grave.

Otros puntos de corte utilizados en distintos ensayos clínicos son:

- De 0-12: no depresión
- De 13-26: depresión leve
- De 27-36: depresión moderada
- Igual o más de 37: depresión grave

### **ANEXO 8: ESCALA DE ZUNG-CONDE (SDS)**

		Raramente	Alguna Vez	Bastante	Siempre
1.	¿Estoy triste?				

2.	Por la mañana estoy mejor. *				
3.	¿Lloro?				
4.	¿Duermo mal?				
5.	¿Tengo hambre? *				
6.	¿Me atrae el sexo como antes!				
7.	¿Pierdo peso?				
8.	¿Estoy estreñado?				
9.	¿Palpitaciones?				
10.	¿Cansancio fácil?				
11.	¿Tengo la cabeza despejada? *				
12.	¿Hago las cosas fácilmente como antes? *				
13.	¿Estoy nervioso?				
14.	¿Esperanza en el futuro? *				
15.	¿Estoy más irritable?				
16.	¿Me cuesta decidir?				
17.	¿Soy útil? *				
18.	¿Encuentro agradable vivir? *				
19.	¿Sería mejor morirme?				
20.	¿Tengo interés por mis aficiones habituales? *				

Esta es una escala autoaplicada por el propio paciente. Permite detectar una depresión en forma sencilla y rápida. Los valores que se asignan a cada respuesta puntúan de 1 a 4:

- La puntuación 1 equivale a “Raramente”.
- La puntuación 2 a “Alguna vez”.
- La puntuación 3 a “Bastante”.
- La puntuación 4 a “Siempre”.

Las preguntas 2,5,6,11,12,14,16,17,18 y 20 marcadas con un asterisco puntúan al revés donde el 1 equivaldría a “Siempre” y el 4 a “Raramente”.

La interpretación de los resultados es la siguiente:

- Más de 33 puntos: Sospecha de depresión.
- Más de 47 puntos: depresión clara.

## **ANEXO 9: ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK**

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 enunciados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje

su situación actual.

<p><b>1. Estado de ánimo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</li> <li>• No me encuentro triste</li> <li>• Me siento algo triste y deprimido</li> <li>• Ya no puedo soportar esta pena</li> <li>• Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</li> </ul>
<p><b>2. Pesimismo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</li> <li>• Creo que nunca me recuperaré de mis penas</li> <li>• No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</li> <li>• No espero nada bueno de la vida</li> <li>• No espero nada. Esto no tiene remedio</li> </ul>
<p><b>3. Sentimientos de fracaso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc)</li> <li>• He tenido mas fracasos que la mayoría de la gente</li> <li>• Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena</li> <li>• No me considero fracasado</li> <li>• Veo mi vida llena de fracasos</li> </ul>
<p><b>4. Insatisfacción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya nada me llena</li> <li>• Me encuentro insatisfecho conmigo mismo</li> <li>• Ya no me divierte lo que antes me divertía</li> <li>• No estoy especialmente insatisfecho</li> <li>• Estoy harto de todo</li> </ul>
<p><b>5. Sentimientos de culpa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A veces me siento despreciable y mala persona</li> <li>• Me siento bastante culpable</li> <li>• Me siento practicamente todo el tiempo mala persona y despreciable</li> <li>• Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable</li> <li>• No me siento culpable</li> </ul>
<p><b>6. Sentimientos de castigo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presiento que algo malo me puede suceder</li> <li>• Siento que merezco ser castigado</li> <li>• No pienso que esté siendo castigado</li> <li>• Siento que me están castigando o me castigarán</li> <li>• Quiero que me castiguen</li> </ul>

<b>7. Odio a sí mismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy descontento conmigo mismo</li> <li>• No me aprecio</li> <li>• Me odio (me desprecio)</li> <li>• Estoy asqueado de mi</li> <li>• Estoy satisfecho de mi mismo</li> </ul>
<b>8. Autoacusación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No creo ser peor que otros</li> <li>• Me acuso a mi mismo de todo lo que va mal</li> <li>• Me siento culpable de todo lo malo que ocurre</li> <li>• Siento que tengo muchos y muy graves defectos</li> <li>• Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores</li> </ul>
<b>9. Impulsos suicidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaba a hacerlo</li> <li>• Siento que estaría mejor muerto</li> <li>• Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera</li> <li>• Tengo planes decididos de suicidarme</li> <li>• Me mataría si pudiera</li> <li>• No tengo pensamientos de hacerme daño</li> </ul>
<b>10. Periodos de llanto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No lloro más de lo habitual</li> <li>• Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo</li> <li>• Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo</li> <li>• Ahora lloro más de lo normal</li> </ul>
<b>11. Irritabilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No estoy más irritable que normalmente</li> <li>• Me irrito con más facilidad que antes</li> <li>• Me siento irritado todo el tiempo</li> <li>• Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba</li> </ul>
<b>12. Aislamiento social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto</li> <li>• Me intereso por la gente menos que antes</li> <li>• No he perdido mi interés por los demás</li> <li>• He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos</li> </ul>
<b>13. Indecisión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ahora estoy inseguro de mi mismo y procuro evitar tomar decisiones</li> <li>• Tomo mis decisiones como siempre</li> <li>• Ya no puedo tomar mis decisiones en absoluto</li> <li>• Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda</li> </ul>
<b>14. Imagen corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me siento feo y repulsivo</li> <li>• No me siento con pero aspecto que antes</li> <li>• Siento que hay cambios en mi aspecto fisico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)</li> </ul>
<b>15. Capacidad laboral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puedo trabajar tan bien como antes</li> <li>• Tengo que esforzarme mucho para hecer cualquier cosa</li> <li>• No puedo trabajar en nada</li> <li>• Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo</li> <li>• No trabajo tan bien como lo hacía antes</li> </ul>
<b>16. Trastorno del sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duermo tan bien com antes</li> <li>• Me despierto más cansado por la mañana</li> <li>• Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir</li> <li>• Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche</li> <li>• Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme</li> <li>• Me despierto temprano todos los días y no duermo mas de 5 horas</li> <li>• Tardo mas de 2 horas en dormirme y no duermo mas de 5 horas</li> <li>• No logro dormir mas de 3 ó 4 horas seguidas</li> </ul>
<b>17. Cansancio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Me canso más fácilmente que antes</li> <li>• Cualquier cosa que hago me fatiga</li> <li>• No me canso mas de lo normal</li> <li>• Me canso tanto que no puedo hacer nada</li> </ul>
<b>18. Pérdida del apetito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• He perdido totalmente el apetito</li> <li>• Mi apetito no es tan bueno como antes</li> <li>• Mi apetito es ahora mucho menor</li> <li>• Tengo el mismo apetito de siempre</li> </ul>
<b>19. Pérdida de peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No he perdido peso últimamente</li> <li>• He perdido mas de 2.5 kg</li> <li>• He perdido mas de 5 kg</li> <li>• He perdido mas de 7.5 kg</li> </ul>
<b>20. Hipocondría</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas</li> <li>• Estoy preocupado por dolores y transtornos</li> <li>• No me preocupa mi salud más de lo normal</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro</li> </ul>
<b>21. Libido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estoy menos interesado por el sexo que antes</li> <li>• He perdido todo mi interés por el sexo</li> <li>• Apenas me siento atraído sexualmente</li> <li>• No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo</li> </ul>

### Corrección e Interpretación:

El valor de cada una de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto. Aquí se pondrá en valor de cada uno, siguiendo el orden en que aparecen en el cuestionario:

Item 1:	2-0-1-3-2
Item 2:	1-2-0-2-3
Item 3:	3-1-2-0-2
Item 4:	2-1-1-0-3
Item 5:	1-2-2-3-0
Item 6:	1-3-0-2-3
Item 7:	1-1-2-2-0
Item 8:	0-2-3-2-1
Item 9:	1-2-2-3-2-0
Item 10:	0-3-2-1
Item 11:	0-1-2-3
Item 12:	3-1-0-2
Item 13:	1-0-3-2
Item 14:	1-3-0-2
Item 15:	0-1-3-2-1
Item 16:	0-1-2-2-2-3-3-3
Item 17:	1-2-0-3
Item 18:	3-1-2-0
Item 19:	0-1-2-3
Item 20:	2-1-0-3
Item 21:	1-3-2-0

La puntuación total es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems. Aquí no hay puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10,9 puntos.
- Depresión leve: puntuación media de 18,7 puntos.
- Depresión moderada: puntuación media de 25,4 puntos.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.

Los 21 ítems de esta escala evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Se considera que, dentro de las escalas de depresión, es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo cual está en concordancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Salim-Pascual, 2004).

## **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) – VERSIÓN ABREVIADA**

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No me encuentro triste</li> <li>• Me siento triste o melancólico</li> <li>• Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo</li> <li>• Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo</li> </ul>
2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro</li> <li>• Me siento desanimado respecto al futuro</li> <li>• No tengo nada que esperar del futuro</li> <li>• No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar</li> </ul>
3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No me siento fracasado</li> <li>• Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas</li> <li>• Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos</li> <li>• Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)</li> </ul>
4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No estoy particularmente descontento</li> <li>• No disfruto de las cosas como antes</li> <li>• No encuentro satisfacción en nada</li> <li>• Me siento descontento de todo</li> </ul>

5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No me siento particularmente culpable</li> <li>• Me siento malo o indigno muchas veces</li> <li>• Me siento culpable</li> <li>• Pienso que soy muy malo e indigno</li> </ul>
6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No me siento decepcionado conmigo mismo</li> <li>• Estoy decepcionado conmigo mismo</li> <li>• Estoy disgustado conmigo mismo</li> <li>• Me odio</li> </ul>
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No tengo pensamientos de dañarme</li> <li>• Creo que estaría mejor muerto</li> <li>• Tengo planes precisos para suicidarme</li> <li>• Me mataría si tuviera ocasión</li> </ul>
8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No he perdido el interés por los demás</li> <li>• Estoy menos interesado en los demás que antes</li> <li>• He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos</li> <li>• He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto</li> </ul>
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes</li> <li>• Trato de no tener que tomar decisiones</li> <li>• Tengo grandes dificultades para tomar decisiones</li> <li>• Ya no puedo tomar decisiones</li> </ul>
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No creo que mi aspecto haya empeorado</li> <li>• Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo</li> <li>• Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo</li> <li>• Siento que mi aspecto es feo y repulsivo</li> </ul>
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puedo trabajar igual de bien que antes</li> <li>• Me canso más fácilmente que antes</li> <li>• Me canso por cualquier cosa</li> <li>• Me canso demasiado por hacer cualquier cosa</li> </ul>
12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No me canso más que antes</li> <li>• Me canso más fácilmente que antes</li> <li>• Me canso por cualquier cosa</li> <li>• Me canso demasiado por hacer cualquier cosa</li> </ul>
13.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi apetito no es peor de lo normal</li> <li>• Mi apetito no es tan bueno como antes</li> <li>• Mi apetito es ahora mucho peor</li> </ul>

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• He perdido el apetito</li> </ul> |
|---|

### Puntuación e Interpretación:

Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los ítems:

1ª respuesta: 0 pts.	2ª respuesta: 1 pto.	3ª respuesta: 2 ptos.	4ª respuesta: 3 ptos.
----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

Puntos de corte recomendados:

- Depresión ausente o mínima: 0-4 ptos.
- Depresión leve: 5-7 ptos.
- Depresión moderada: 8-15 ptos.
- Depresión grave: más de 15 ptos.

### **ANEXO 10: ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

	Verdadero (1)	Falso (2)
1. Yo veo el futuro con esperanza y entusiasmo.		
2. Puedo darme por vencido fácilmente por que no hay nada que pueda hacer para mejorar mi situación.		
3. Cuando las cosas van mal, me ayuda el pensar que no pueden estar así siempre.		
4. No puedo imaginarme cómo será mi vida dentro de diez años.		
5. Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.		
6. En el futuro espero triunfar en las cosas que más me interesan.		
7. Mi futuro me parece oscuro.		
8. Soy particularmente afortunado y espero obtener más cosas buenas de la vida que la mayoría de las personas.		
9. No puedo superar mis problemas, y no hay razón para pensar que podré hacerlo en el futuro.		
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro.		
11. Todo lo que puedo ver delante de mí es desagradable.		
12. No espero conseguir lo que realmente quiero.		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.		
14. Las cosas simplemente no funcionarán de la forma que yo quiero.		
15. Tengo mucha fé en el futuro.		
16. Yo nunca consigo lo que quiero, así que es tonto querer algo.		
17. Es poco probable que yo consiga una satisfacción en el futuro.		

18. El futuro me parece vago e incierto.		
19. Yo puedo prever más buenos tiempos que malos tiempos.		
20. Es realmente inútil tratar de conseguir algo que yo quiera porque probablemente no lo conseguiré.		

Este es un cuestionario de autoinforme. El individuo debe describir su actitud en la última semana, incluyendo el día en que lo responda.

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida (Salim Pascual, 2004).

Es importante tomar en cuenta que las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

### **Corrección e Interpretación:**

Las respuestas señaladas como “verdadero” en los ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18 y 20 valen un punto y las señaladas como “falso” en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como “falso” en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como “verdadero” en esos ítems valen 0 puntos.

Se lleva a cabo una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro)
- Factor motivacional (pérdida de motivación)
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)

Obtención de las puntuaciones:

- Puntuación total: Se suman todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.
- Puntuación en el factor afectivo: Se suman los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- Puntuación en el factor motivacional: Se suman los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- Puntuación en el factor cognitivo: Se suman los ítems 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguientes puntos de corte:

- De 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio.
  - \* De 0-3: ninguno o mínimo.
  - \* De 4-8: leve

- De 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
  - \* De 9-14: moderado
  - \* De 15-20: alto

## **ANEXO 11: ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)**

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45,68,72).

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
91	Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
71	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51	
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en

41	tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31	
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos).
21	
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
11	
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	
0	Información inadecuada.

## ANEXO 12: ESCALA AUTOAPLICADA DE ADAPTACIÓN SOCIAL (SASS)

Instrucciones: Por favor, responda **todas** estas sencillas preguntas, teniendo en cuenta su opinión en este momento. Haga una cruz encima del círculo de la respuesta que haya escogido.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene usted un trabajo u ocupación remunerada?      Sí                      No</li> </ul>	
Si la respuesta es "sí": 1. ¿En qué medida le interesa su trabajo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Un poco</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
Si la respuesta es "no": 2. ¿En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Un poco</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
3. Cuando participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfruta mucho</li> <li>• Disfruta bastante</li> <li>• Disfruta tan sólo un poco</li> <li>• No disfruta en lo absoluto</li> </ul>
4. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Un poco</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
5. La calidad de su tiempo libre es:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy buena</li> <li>• Buena</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptable</li> <li>• Insatisfactoria</li> </ul>
6. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia? (cónyugue, hijos, padre, etc.)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy frecuentemente</li> <li>• Frecuentemente</li> <li>• Raras veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>
7. En su familia, las relaciones son:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy buenas</li> <li>• Buenas</li> <li>• Aceptables</li> <li>• Insatisfactorias</li> </ul>
8. Aparte de su familia, se relaciona usted con:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muchas personas</li> <li>• Algunas personas</li> <li>• Tan sólo unas pocas personas</li> <li>• Nadie</li> </ul>
9. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy activamente</li> <li>• Activamente</li> <li>• De forma moderadamente activa</li> <li>• De ninguna forma activa</li> </ul>
10. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy buenas</li> <li>• Buenas</li> <li>• Aceptables</li> <li>• Insatisfactorias</li> </ul>
11. ¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gran valor</li> <li>• Bastante valor</li> <li>• Tan sólo un poco de valor</li> <li>• Ningún valor en absoluto</li> </ul>
12. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy a menudo</li> <li>• A menudo</li> <li>• Raras veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>
13. ¿Respeta usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• La mayor parte del tiempo</li> <li>• Raras veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>
14. ¿En qué medida está usted involucrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plenamente</li> </ul>

en la vida de la comunidad? (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderadamente</li> <li>• Ligeramente</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
15. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• No mucho</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
16. ¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mucho</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• Tan sólo ligeramente</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
17. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A menudo</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>
18. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A menudo</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>
19. ¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy importante</li> <li>• Moderadamente importante</li> <li>• No muy importante</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>
20. ¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre</li> <li>• A menudo</li> <li>• A veces</li> <li>• Nunca</li> </ul>
21. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En gran medida</li> <li>• Moderadamente</li> <li>• No mucho</li> <li>• Nada en absoluto</li> </ul>

Esta escala autoaplicada recoge la percepción del sujeto de su funcionamiento social y fue diseñada para evaluar la conducta y el ajuste social de los pacientes con depresión. Los 21 ítems exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de su vida:

- Trabajo
- Familia

- Ocio
- Relaciones Sociales
- Motivación / Intereses

Se pide al sujeto que conteste cada ítem utilizando una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde 0 (peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento). El marco de referencia temporal es el momento actual.

**Corrección e Interpretación:**

Debe obtenerse una puntuación total sumando todas las puntuaciones en todos los ítems. Esta puntuación total oscila entre 0 y 60 (en vez de 63, ya que dos ítems, el 1 que se refiere al trabajo remunerado, y el 2 que se refiere a tareas domésticas o trabajo no remunerado, son mutuamente excluyentes).

Puntos de corte sugeridos:

- Menos de 25: desadaptación social
- De 25-52: Normalidad
- Más de 55: "superadaptación" patológica

**ANEXO 13: MODELO INTEGRADOR DIÁTESIS-ESTRÉS**  
**(DR. ALVARO LISTA)**

