

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR
ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA 13-VI-1997
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



LA DANZA COMO UN TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA DEPRESIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
VIRIDIANA ROMERO MANZO

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD DEL TEPEYAC

ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS RECONOCIDOS OFICIALMENTE POR
ACUERDO No. 3213-25 CON FECHA 13-VI-1997
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



LA DANZA COMO UN TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA DEPRESIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
VIRIDIANA ROMERO MANZO

ASESOR DE TESIS:
SANTOS RICARDO GONZÁLEZ QUEVEDO
CÉDULA PROFESIONAL No. 3653070

AGRADECIMIENTOS

A mi Familia:

Las estrellas que iluminan mi camino, quienes me brindaron su apoyo, consejo y en los momentos más difíciles me alentaron a seguir adelante, anhelando que siempre me preparara para enfrentarme a la vida con éxito. Hoy se ven culminados nuestros esfuerzos y mis deseos, iniciándose así una nueva etapa en mi vida en la que siempre estarán en mi corazón.

Mil Gracias a DIOS por dejarme existir y por darme el Don de la vida y la mejor herencia: Mi Carrera Profesional.

Al Profesor Santos Ricardo González Quevedo:

Quien fue el responsable de lograr esta meta, debido a la formación profesional que me brindó, su guía y apoyo. Este presente simboliza mi gratitud por toda la responsable e invaluable ayuda que siempre me ha proporcionado.

Mil gracias

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

ii

CAPÍTULO I LA VEJEZ

1.1. Envejecimiento	2
1.1.1. Teorías del Envejecimiento	3
1.2. Vejez	6
1.2.1. Teorías de la Vejez	11
1.3. Causas del Envejecimiento	19
1.3.1. Aspecto Biológico	22
1.3.2. Deterioro Físico	22
1.3.3. Procesos Psicológicos	26
1.3.4. Desarrollo Social	29
1.4. Temores en la Vejez	36
1.4.1. Temor a Enfermarse	36
1.4.2. Temor a la Jubilación	37
1.4.3. Temor a la Muerte	42
1.5. Vejez en la Actualidad	45

CAPÍTULO II DEPRESIÓN EN ANCIANOS

2.1. Depresión: Antecedentes Históricos	49
2.2. Definiciones sobre Depresión	53
2.2.1. Etiología	57
2.2.2. Epidemiología	59
2.2.3. Cuadro Clínico	61
2.3. Modelos de Depresión	64
2.3.1. Modelo Psicoanalítico	64
2.3.2. Modelo Clínico-Descriptivos	68
2.3.2. Modelo Neurofisiológico	75
2.3.3. Modelos Bioquímicos	76
2.3.4. Modelo Conductual	77
2.4. Tipos de Depresión	78
2.5. Depresión en Personas de la Tercera edad	86
2.5.1. Frecuencia	88
2.5.2. Causas	94
2.6. Diagnóstico	97
2.7. Tratamiento	100

CAPÍTULO III LA DANZATERAPIA

3.1. ¿Qué es la Danza?	109
3.1.1 Orígenes	111
3.1.2 Clasificación	116
3.1.3 Función social	118
3.1.4 Elementos básicos	121
3.2. La Danza como Terapia	123
3.2.1 Antecedentes históricos	123
3.2.2 Definiciones	126
3.2.3 Características	130
3.3. Usos y Beneficios	134
3.4. Danzaterapia como Tratamiento en la Depresión de Adultos mayores	138
3.5. Evidencias Empíricas	141

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Estudio	145
4.2. Diseño	145
4.3. Pregunta de Investigación	146
4.4. Objetivos	146
4.5. Hipótesis	147
4.6. Variables	147
4.7. Instrumento	148
4.8. Muestreo	159
4.9. Muestra	159
4.10. Procedimiento	160
4.11. Escenario	160

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 Resultados	163
----------------	-----

CONCLUSIONES	171
---------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	176
---------------------	-----

ANEXOS	182
---------------	-----

INTRODUCCIÓN

Parte de la problemática que se vive hoy en día llega a provocar ciertos malestares en nuestra salud como lo son los físicos, psicológicos e incluso sociales; por ello es importante saber cuáles son las causas que originan dichos problemas, y qué consecuencias pueden traer para así evitarlos y prevenirlos.

En cuanto a la conducta del ser humano su estudio es complejo por lo que toca a los psicólogos investigar el porqué los seres humanos se comportan de distintas maneras.

El ser humano muestra un desarrollo evolutivo muy importante que va desde el nacimiento hasta la muerte a través de varias etapas: la infancia, adolescencia, adultez y la vejez. Esta última es la que se estudiará ya que parece ser una etapa difícil de aceptar para todo ser humano. El ser longevo no es propiamente una enfermedad, ni tiene que venir acompañada de dolores ni angustias, es un estado de cambios graduales degenerativos y de lento desgaste.

La vejez es un estado mental que se define según normas exteriores como en el caso de la edad cronológica o bien según el propio criterio. Se puede situar a la vejez en etapas relativamente tardías de la vida y existen diferentes teorías que explican el proceso de envejecimiento.

Una de las problemáticas actuales de la última década son los Trastornos de la conducta, principalmente la Depresión o bien trastorno afectivo de la conducta, el cual

viene del latín depressio que significa hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

La depresión es un estado de ánimo que se presenta con características propias como falta de motivación, desgano por las cosas, falta o aumento del apetito, trastornos del sueño, melancolía, sentimientos de soledad, entre muchas características más.

Por otra parte es preocupante que la depresión se llegue a presentar en los ancianos ya que muchas veces los familiares piensan que esta conducta es propia de su etapa de declive, sin embargo no identifican que son características propias de esta enfermedad mental.

Una vez identificando y diagnosticando profesionalmente dicho trastorno se procede a la búsqueda de un tratamiento adecuado; existen muchos tratamientos entre ellos el uso de medicamentos y terapias como la musicoterapia y la danzaterapia, definida como aquella intervención que mediante el movimiento y expresión corporal pretende plasmar las emociones y sentimientos de las personas, desarrollando su creatividad, expresión y sensibilidad, favoreciendo la aceptación de uno mismo y de los demás.

La danza es la utilización específica de los movimientos gestuales-corporales coordinados a través de la música como medio de comunicación no verbal, que busca “incrementar el yo personal”, liberador de tensiones y potenciador tanto de la aptitud como de la relajación física.

La depresión en personas de la tercera edad ha propiciado cierto interés para la búsqueda de soluciones que no tengan que ser bajo medicamentos o drogas que alteren el Sistema Nervioso Central más de lo que se pudiera encontrar, por eso la Danzaterapia es la técnica que se empleará en esta investigación, es un método alternativo que produce un estado de ánimo de felicidad total.

Por lo anterior interesa hacerse la siguiente pregunta *¿La danzterapia o práctica del baile es un medio efectivo para el tratamiento de la depresión en personas de la tercera edad?*

El objetivo de esta investigación es el analizar si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de depresión entre personas de la tercera edad que practican la danzaterapia y quienes no la practican.

Las hipótesis van en relación a si existen o no diferencias en el nivel de depresión entre aquellas personas que bailan y las que no y si el índice de depresión en las personas de la tercera edad que practican la danzaterapia es menor o igual que en aquellas que no la practican.

Una vez planteadas nuestras hipótesis se procedió a la aplicación de la prueba de Zung la cual consta de 20 preguntas, de las cuales diez reactivos están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los que menos deprimidos están. Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente.

El marco teórico que respalda esta investigación y este instrumento se basó en tres capítulos: el primero consta de la Vejez, nos habla sobre las teorías del envejecimiento, causas, definiciones y los temores a los que se enfrenta el anciano.

En el Capítulo II se tomaron aspectos generales de lo que es el Trastorno Depresivo, etiología, epidemiología, cuadro clínico, modelos depresivos, tipos de depresión en especial de la tercera edad, frecuencia, características, causas, diagnóstico y tratamiento para tener una visión más amplia de este trastorno psicoafectivo.

En el Capítulo III se describe a la Danza como un Arte y como terapia, al igual que los usos y beneficios que trae consigo y las evidencias empíricas que ha dejado como parte curativa.

En lo que respecta al Capítulo IV se abordará toda la metodología: el tipo de estudio a realizar, el diseño, los objetivos principales de la Investigación, las hipótesis, las variables que se utilizaron, todo lo referente al instrumento que en este caso fue la Prueba de Zung compuesta por 20 reactivos y todas aquellas características que definen a nuestra población, en este caso se habla de dos grupos: un grupo los que si bailan conformado por 50 personas y el segundo los que no bailan también conformado por 50 personas, lo que nos da un total de 100 sujetos de sexo indistinto con un rango de edad de 60 a 85 de años, de sexo, estado civil, religión y nivel socioeconómico indistinto. Una vez obtenidos todos los datos anteriores se siguió un procedimiento y se procesaron los datos para obtener resultados.

En el Capítulo V se recopilan los resultados obtenidos, los cuales señalan que en términos generales en el grupo que no bailan existe una mayor proporción de mujeres. En cuanto a la edad de los sujetos en el grupo que Baila se encuentran las personas (hombres y mujeres) de menor edad, quizá debido a que poseen más energía para practicar la danza. Asimismo se encontró que en las variables sexo y edad no existen diferencias significativas entre los grupos.

Finalmente en el apartado de conclusiones se especifican las consecuencias derivadas del presente estudio que señalan que el grupo de personas de la tercera edad que practican algún tipo de baile tienen un menor índice de depresión, lo que nos permite inferir que la Danza es una actividad “terapéutica” que actúa de manera satisfactoria y gratificante en el estado de ánimo del ser humano.

CAPÍTULO I

LA VEJEZ

1.1 Envejecimiento

El término envejecer es un término nuevo, pues hasta antes del siglo XVIII se tenía una concepción mística de los viejos, fundamentalmente porque no había, y porque pocos eran los que sobrepasaban los 50 años. El término nace con los progresos de la medicina, y es en la mitad del siglo XIX que se empieza a utilizar como tal, porque la esperanza de la vida aumentó 10 años con respecto al siglo anterior.

Existen dos procesos que describen al envejecimiento: individual que a su vez comprende dos grupos de factores que tienen una función principal sobre él; los exógenos (estrés, tabaquismo, alimentación, higiene, medio ambiente, etc.) y los endógenos (salud, genética, personalidad, etc.); y envejecimiento general de la población de un país con tres factores importantes:

- a) Reducción de la tasa de natalidad.
- b) Aumento de la esperanza de vida.
- c) Movimientos migratorios de la población.

El envejecimiento individual es aquel en el que cada quien toma conciencia de su edad, es personal y puede darse en un momento que no necesariamente coincide con un aniversario, o puede darse con algunas expresiones que se oyen en los jóvenes o niños al referirse a las personas mayores.

El envejecimiento es un proceso de deterioro fisiológico, progresivo, irreversible, bien definido e independientemente de episodios patológicos que

marcan la vida de un individuo, este proceso como tal va acercándose cada día más a la muerte.

El rechazo a envejecer parece originarse por la idea que se tiene de si se podrán realizar ciertas actividades o no, lo importante de esta etapa es el vivirla plenamente. Los síntomas de la vejez se van presentando poco a poco, la edad se manifiesta no sólo en nuestro cuerpo sino en el cambio de decisiones, gustos y actitudes mentales.

Como en todos los casos el envejecer se ve sometido a las actitudes personales tanto positivas como negativas, si se opta por la primera se puede decir que la vejez es un proceso en donde se suscitan día a día una serie de adaptaciones y cambios. Si se adopta la postura negativa se consideraría a la vejez como una enfermedad o etapa difícil de sobrellevar (González, 2000).

El envejecimiento es un proceso en el cual se van suscitando diferentes cambios tanto físicos, psicológicos y sociales que van haciendo vieja a una persona; por otra parte la vejez es el término que se le da a una persona de mayor edad o bien de la tercera edad.

1.1.1 Teorías del Envejecimiento

El afán de encontrar la causa y el remedio contra el envejecimiento ha dado una cantidad de teorías, que no tienen comparación con cualquier otra actividad intelectual. A finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX se han propuesto un gran número de teorías para explicar de forma más o menos científica el envejecimiento. Por la naturaleza multicausal del envejecimiento, resulta improbable que una única teoría pueda dar explicación de manera global a este proceso humano.

Hay que tener en cuenta dos puntos de vista importantes:

- Ψ El envejecimiento comprende un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 de ellos implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.
- Ψ El envejecimiento ocurre a todos los niveles: molecular, celular y orgánico.

De todas las teorías existentes sobre envejecimiento ninguna es lo suficientemente unitaria para producir una explicación suficiente y satisfactoria, sin embargo se retomarán aquellas que son de mayor interés en la actualidad.

De manera general podemos dividir las teorías en dos grandes grupos:

- Ψ Estocásticas: los procesos que condicionan el envejecimiento ocurrirían de un modo aleatorio y se irían acumulando en el transcurso del tiempo como consecuencia de acumulación de “agresiones” procedentes del medio ambiente hasta alcanzar un nivel incompatible con la vida.
- Ψ No estocásticas: También conocidas como teorías del reloj biológico, basadas en mecanismos genéticos. El proceso de envejecimiento se produce según unas normas predeterminadas.

Teorías Estocásticas

Teoría Glandular

Esta teoría propuesta por Charles Edgard Brown-Séquerd (1889 citado por Rodríguez, 2006) propone que el envejecimiento en los hombres se produce por una atrofia de la glándula testicular. Se realizaron estudios en donde se midió el aumento de energía vital y virilidad que producían los testículos, llegando a postular que el

estadio senil se debía a la falta de secreción interna testicular y no al resultado de afecciones orgánicas.

Teoría de Autointoxicación

Esta teoría propuesta por Metchinkoff (1904 citado por Rodríguez, 2006) señala que el envejecimiento es causado por la acumulación de toxinas originadas por la flora intestinal, por lo que se recomendaba el consumo de yogurt y búlgaro.

Teoría de la Acumulación de Productos de Desecho

También conocida como teoría metabólica fue propuesta por Ribbert y Mullman (1914 citados por Rodríguez, 2006) quienes consideraron que hay ciertos productos del metabolismo celular normal, que se podrían acumular dentro y fuera de los espacios celulares y producir degeneración senil y atrofia.

Sheldrake (1974 citado por Rodríguez, 2006) propuso que el envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera de que las células pueden evitar su mortalidad sería creciendo y dividiéndose.

Teoría de los Productos de Desgaste

Esta teoría propuesta por Carrell y Ebeling (1923 citados por Rodríguez, 2006) indica que el envejecimiento se produce por un deterioro progresivo de funciones fisiológicas, consecuencia de la vida. En la actualidad sería la similitud con las máquinas cuyo uso conlleva un desgaste progresivo y un deterioro.

1.2 Vejez

Las evidencias históricas con relación al concepto de vejez subrayan ante todo una diferenciación cultural y social antes que biológica.

La biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en las últimas décadas.

Ahora bien, aunque los términos geriatría y gerontología nacen en un ámbito eminentemente científico, actualmente su acepción es mucho más amplia. Ambos términos son frecuentemente confundidos y utilizados indiscriminadamente. Para abordar el entendimiento de sus semejanzas y diferencias, se revisarán algunas definiciones frecuentes y comunes a sus lenguajes.

La gerontología, proviene del griego Geronto= anciano y logos= tratado; es decir el estudio de la vejez. Se entiende como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento. Por la gran amplitud de la gerontología, la geriatría constituye la parte eminentemente biológica y médica de ella.

La geriatría, que proviene del griego Geron que significa = vejez, y tría= curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez.

Existen muchas acepciones del término vejez. Con base en un convencionalismo surgido en la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena Austria (organizado por la OMS en los 80), México adopta la definición de “toda

persona de 60 y más años”. Aunque arbitraria, esta definición es necesaria para organizar la investigación, la enseñanza y la asistencia de todo un país y un sistema para ancianos.

Por lo señalado es posible preguntar ¿qué significa el viejismo o ancianismo? Es la traducción del inglés “ageism”, que en español quizás no tenga el mismo “sonido cultural o conceptual”. Se usa para describir a toda una ideología médico-social que mira el envejecimiento como sinónimo de pérdida, rigidez, déficit e incapacidad. Las investigaciones recientes aportan pruebas de que el “viejismo o ancianismo” se apoya en mitos, prejuicios y estereotipos sin sustento científico. En México, a veces la palabra “senil” se usa peyorativamente con ese sentido (UNAM, 2005).

En el mundo actual la palabra “viejo” tiene una fuerte connotación, basada en consideraciones acerca de la edad. Con frecuencia se hace ver que se es “demasiado viejo” o “demasiado joven” para las actividades, oportunidades o experiencias que deseamos. De la misma manera, se tiende a juzgar a las personas de acuerdo con su edad.

Otro cuestionamiento necesario de formularse es ¿qué es la “vejez” y cómo se define? La respuesta no es sencilla. De hecho, hay varias definiciones, de las cuales se pasa inadvertidamente de una a otra. Sin embargo, la vejez es un estado mental que se entiende según normas exteriores como la edad cronológica o el propio criterio.

Se puede situar a la vejez en etapas relativamente tardías de la vida. Es posible considerarla como una situación deseable o temible y probablemente su inicio irá retrocediendo en las próximas décadas. Por ejemplo hasta hace unos años los

estadígrafos señalaban que los 65 años era la edad mágica para la entrada de la vejez, no obstante ahora tienden a cambiarla a los 75 años de edad (Kastenbaum, 1979).

La vejez, expresa Simona de Beauvoir (1980, citada por Bravo, 1995, p. 9) “acarrea consecuencias psicológicas, modifica la relación del individuo con el tiempo, por lo tanto su relación con el mundo y su propia historia. En la vejez del hombre como en cualquier edad, su condición le es impuesta por la sociedad a la que pertenece, y la sociedad asigna al anciano su lugar y su papel en la sociedad actual”. Ni el individuo, ni la familia, ni la sociedad aceptan la vejez, por que es una etapa del ser humano que crea muchos problemas; se le podría definir como la edad trágica en la que se encuentran unos y hacia la que caminamos todos.

Geist (1977, citado por Corkdi, 1979, p.17-18) dice que “Como índice de vejez, la edad cronológica es inadecuada, toda vez que no se tienen en cuenta la serie de diferencias individuales que existen entre las personas. No obstante, los años que con más frecuencia se mencionan como de iniciación de la vejez oscilan entre los 60 y 65 años”.

Martínez (1977 citado por Corkdi, 1979) menciona que se ha considerado vieja a una persona a raíz de una serie de síntomas superficiales como la aparición de arrugas en la cara, el llamado arco senil alrededor de la córnea del ojo, la pérdida de la postura recta de la columna vertebral, etc.

Zenil (1976 citado por Bravo, 1995) habló de la vejez en el primer Congreso Nacional de Geriatria celebrado en México, como una etapa de cambios sumamente significativos caracterizados por los procesos irreversibles del envejecimiento y

especialmente por la angustia existencial que la idea de muerte provoca en estas personas.

Havighurst (1968 citado por Bravo, 1995) asume que el éxito en la vejez consiste en una adaptación exitosa. Cuando hay un ajuste apropiado entre la personalidad, el ambiente social y el organismo físico, la adaptación será relativamente fácil y la vejez exitosa.

La senectud es un periodo de la vida en el que la persona pasa a ser anciana, se inicia a distintas edades según el individuo, y por lo tanto no dice mucho de alguien el hecho de saber el año de su nacimiento. Se dice que la vejez empieza entre los 60 y 65 años aproximadamente, cuando el individuo puede ser obligado a jubilarse y puede recibir pensión de la Seguridad Social, se le llama también edad adulta tardía.

En la cultura occidental la vejez se consideraba un hecho negativo. Ya que la palabra viejo era como un tabú en la sociedad civilizada, ahora a las personas de mayor edad se les llama ciudadanos mayores, personas de edad dorada, personas de edad avanzada, ancianos, personas más viejas, personas en años de cosechas o personas en el crepúsculo. El término más reciente quizá muy creativo, es el eufemismo que es cuando una persona está cronológicamente dotada (Papalía, 1997).

El envejecimiento es un prejuicio o discriminación basada en la edad, implica debilidad, inhabilidad y estrechez mental. Existen infinidad de estereotipos que se les han asignado a los ancianos, sin embargo dentro de los términos más comunes están: viejos, ancianos y longevos.

Las personas de edad avanzada son un grupo diverso, con fortalezas y debilidades individuales. La edad adulta tardía es un periodo normal del trecho de la vida, con su propia naturaleza especial, sus tareas de desarrollo y oportunidades para el crecimiento psicológico.

Cabe mencionar que existen dos maneras de describir a las personas de edad avanzada: los viejos jóvenes, son aquellos que independientemente de su edad real, son vitales, vigorosos y activos y los viejos viejos, se dice que se deben al no envejecimiento en si mismos, sino a enfermedades o factores del estilo de vida que pueden o no acompañar el proceso de envejecimiento.

Puesto que el número de personas saludables y vigorosas de más de 65 años de edad crece con rapidez, pronto se podrá comenzar a hablar de que la vejez empieza a los 85 años, así las personas de 65 podrán seguir realizando actividades como el deporte, el baile, manualidades, etc. (Papalia, 1997).

Así, de acuerdo con estas definiciones, el estudio del envejecimiento social es gerontológico, en tanto que el del envejecimiento pancreático es geriátrico. Las actitudes socioculturales, las manifestaciones en el arte y la historia del envejecimiento, forman parte de la gerontología. Las políticas económicas y los servicios asistenciales hacia los ancianos también.

La vejez se puede considerar desde cuatro puntos de vista:

1. Cronológica
2. Físico-biológica
3. Psicoafectiva
4. Social

En cuanto a la primera, la forma más simple de definirla es contando los años desde el nacimiento. En nuestra sociedad es normalmente a la edad de 60 a 65 años que se marca la vejez.

Aunque los cambios son de naturaleza biológica, provocan cambios en el plan psicológico, así como en el comportamiento personal, dependiendo muchas veces del reloj biológico, influido por factores diversos como la alimentación y el ejercicio. La importancia de estos cambios residirá en el valor de significación que se le otorgue, por ejemplo la imagen de sí mismo puede cambiar cuando se perciben canas, arrugas y el desecamiento de la piel.

En el envejecimiento psicoafectivo, la persona que ha cifrado sus valores en la belleza física y en la apariencia corporal, sin duda tendrá más problemas para asumir la vejez, pero para aquellos que piensan en esta como su meta de vida, el proceso, además de anhelado, se desarrollará en las mejores condiciones.

Referente a la edad social, ésta designa los papeles o roles a desarrollar en el ámbito socio cultural específico en que se encuentra la persona (González, 2000).

1.2.1 Teorías sobre la Vejez

Envejecer es la creciente incapacidad del cuerpo de una persona de mantenerse por sí sola y realizar las cosas que hacía antes. El resultado es que con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de fallecimiento. Aunque esta definición describe el proceso biológico, no explica el porqué envejecen las personas. Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los

miembros de una especie. Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades.

Después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo. Los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que les creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento. Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, por que son ellos los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social (Papalia, 1990). Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida, ya que el envejecimiento satisfactorio es posible si la sociedad crea las condiciones que la favorezcan, reorganizando sus estructuras e impactando nuestros pensamientos.

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios o pérdidas personales. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud físicas, a la jubilación y a su propia muerte (Hoffman, 1996).

Teoría Psicosocial de Erikson

Cuando los adultos entran en una etapa final de la vida señala Erikson (1987 citado por Papalia, 1997), su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. La integridad del ego sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme a la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar

las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuando oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

A medida que la categoría de las personas mayores aumenta, Erikson predice que éstas permanecerán implicadas en los asuntos del mundo durante mucho más tiempo. Erikson (1987), citado por Papalia (1997), contempla la tercera edad como un período más productivo y creativo que en el pasado –en el que un artista de 80 años, escritor o músico, ya no serán algo excepcional.

En su crisis final, Integridad vs. Desesperación, Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida –la manera como han vivido- con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente.

De acuerdo con Erikson (1986 citado por Papalia, 1997) las personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande en términos de su pasado, presente y futuro.

La “virtud” que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte en sí misma; incluye aceptar lo vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido diferente, implica aceptar a los padres como las personas que hicieron lo mejor que podían y por tanto merecen amor, aunque no fueran perfectos, así como aceptar la propia muerte como el fin inevitable de la vida.

Quien ha fallado al tratar de resolver la crisis "teme desesperadamente a la muerte, expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar caminos alternativos hacia la integridad" (Papalia, 1997).

Igualmente propone Erikson que las personas que no consiguen aceptar su condición, se sienten desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

Según Erikson (1963) "la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilita y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente satisfactoria" (Papalia, 1997 p. 601).

La teoría Psicoanalítica de Jung

Jung vio a las personas mayores como alguien que todavía se esfuerza por desarrollarse a sí mismo, dado que creía que raramente se alcanzaba una personalidad integrada. Dentro de cada persona veía fuerzas y tendencias en conflicto que necesitaban ser reconocidas y reconciliadas. Parte de este reconocimiento se refleja en la tendencia de cada género a expresar rasgos generalmente asociados con el otro sexo. Jung (1960) citado por Graig y Baucum (2001 p. 513), proponía que esta tendencia aparecía por primera vez en la mitad de la vida y observó que la expresión del potencial de género que estaba oculto aumentaba en la tercera edad.

Durante la tercera edad, la expresión de los hombres de su feminidad y la de las mujeres de su masculinidad supone otro intento de reconciliar las tendencias en

conflicto. Para la mayoría de los teóricos, este papel está determinado por el género físico.

El ánima es el aspecto femenino presente en el inconsciente colectivo de los hombres y el animus es el aspecto masculino presente en el inconsciente colectivo de la mujer.

Jung propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que denominó extroversión y una orientación hacia el interior, el mundo subjetivo, que llamó introversión. Las personas introvertidas prefieren su mundo interno de pensamientos, sentimientos, fantasías, sueños y demás, mientras que las extrovertidas prefieren el mundo externo de las cosas, las actividades y las personas. Estos términos se han confundido con vocablos como timidez y sociabilidad, debido en parte a que los introvertidos suelen ser tímidos y los extrovertidos tienden a ser más sociables. Pero Jung se refería más a cuán inclinados estamos (nuestro Yo) hacia la persona y la realidad externa o hacia el inconsciente colectivo y sus arquetipos. En este sentido, el sujeto introvertido es un poco más maduro que el extrovertido, aunque bien es cierto que nuestra cultura valora más al extrovertido.

En la juventud y en gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. "Para una persona joven", escribió Jung (1969), citado por Boeere (1997), "es casi un pecado o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero para la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma". Este

cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar con paso firme la tendencia hacia la introversión.

También habló sobre las funciones, ya que aún cuando seamos introvertidos o extrovertidos, está claro que necesitamos lidiar con el mundo, tanto interno como externo. Y cada uno de nosotros posee su propia manera de hacerlo, más o menos cómoda y útil. Jung sugiere que existen cuatro maneras o funciones de hacerlo:

La primera es la de las sensaciones, que como indica la propia palabra supone la acción de obtener información a través de los significados de los sentidos. Una persona sensible es aquella que dirige su atención a observar y escuchar, y por tanto, a conocer el mundo. Jung consideraba a esta función como una de las irracionales, o lo que es lo mismo, que comprende más a las percepciones que al juicio de la información.

La segunda es la del pensamiento. Pensar supone evaluar la información o las ideas de forma racional y lógica. Jung llamó a esta función como racional, o la toma de decisiones en base a juicios, en vez de una simple consideración de la información.

La tercera es la intuición. Este es un modelo de percepción que funciona fuera de los procesos conscientes típicos. Es irracional o perceptiva como la sensación, pero surge de una bastante más compleja integración de grandes cantidades de información, más que una simple visión o escucha. Jung decía que era como “ver alrededor de las esquinas”.

La cuarta es el sentimiento. En el acto de sentir como el de pensar, es una cuestión de evaluación de la información. En este caso dicha información está dirigida a la consideración de la respuesta emocional en general. Jung le llamó racional; evidentemente no de la manera en que estamos acostumbrados a usar el término (Boeree, 1997).

Teoría Genética de Piaget

La teoría de Piaget descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia. Establece cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta (Papalia, 1997).

Respecto al procesamiento de la información en las diferentes etapas del desarrollo humano, se da una estabilidad (adolescencia) hasta llegar a un declive en la última etapa de la vejez. Se entiende el desarrollo como un cambio continuo, progresivo donde las capacidades del sujeto tienden a mejorar con el paso de los años hasta llegar al punto más óptimo; una vez aquí, se produce un declive progresivo.

Por último, otra visión teórica que hace referencia al estudio del adulto mayor es el enfoque sociocultural, mismo que considera que el desarrollo depende del contexto donde se pueden dar los acontecimientos de la vejez. Todo dependerá del ambiente según el declive o no de las capacidades del sujeto. Tiene en cuenta factores externos como la educación, calidad de vida y la alimentación.

El pensamiento postformal, que sería la 5ª etapa del modelo teórico de Piaget, plantea una forma del pensamiento que va más allá de lo puramente lógico (tipo hasta el que llega el hombre según Piaget). Las soluciones lógicas no siempre son las más adecuadas en la vida real.

Según Piaget (1955, citado por Papalía, 1997), consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras ya que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite –en ocasiones- al pensamiento postformal.

La madurez del pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos ó racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos (Labouvie-Vief y Hakim Larson, 1989 citados por Papalia, 1997). En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real.

Esta madurez de pensamiento se basa en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura, característica del pensamiento en las operaciones formales. Los pensadores maduros personalizan su razonamiento y emplean la experiencia cuando tienen que enfrentarse a situaciones ambiguas.

El pensamiento postformal también se caracteriza por un desplazamiento de la polarización (correcto Vs. incorrecto, lógica Vs. emoción, mente Vs. cuerpo) por una integración de conceptos.

La Sabiduría es un intento de encontrar aspectos del sistema cognitivo que no declinan con la edad. Es difícil su estudio empírico o científico porque: una persona sabia es una persona que tiene muchos conocimientos de experiencias vividas directas o indirectas. Capacidad de abstracción y generalización de conocimientos.

1.3 Causas del Envejecimiento

Las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores:

- El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.
- El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.
- La transformación del medio familiar y de la vida profesional.
- Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior. Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad.

Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, y se logra felicitarse por la vida que ha conseguido, aún reconociendo

ciertos fracasos y errores. Es un período en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras.

La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida.

A cualquier edad es posible morir. La diferencia estriba en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida.

Es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad a la muerte. En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido. Aquel anciano que posee integridad se hallará dispuesto a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas físicas y económicas.

Quien no pueda aceptar su finitud ante la muerte o se sienta frustrado o arrepentido del curso que ha tomado su vida, será invadido por la desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es breve, demasiado breve para intentar comenzar otra vida y buscar otras vías hacia la integridad.

El duelo es uno de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superarse el cambio de status laboral y la merma de la salud física y de las habilidades.

Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, el retiro supone una pérdida especialmente de prestigio, poder adquisitivo o un descenso en la autoestima.

Si ha sido incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a los más jóvenes; entonces no sería extraño que le resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte. Estas personas se muestran desesperadas y temerosas ante la muerte, y esto se manifiesta, sobretodo en la incapacidad por reconocer el paso del tiempo. No lograron renunciar a su posición de autoridad y a cerrar el ciclo de productividad haciendo un balance positivo de la vida transcurrida.

Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo. El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar.

Por esta razón, una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros, fracasos y defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Por lo que hay que prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

1.3.1 Aspecto Biológico

Desde el punto de vista biológico “el envejecimiento es una modificación de la actividad de todas las células del organismo, que las convierte en menos aptas a una reacción inmediata y eficaz ante los estímulos” (Renaud, 1992).

La edad cronológica está relacionada con la madurez biológica, aunque no necesariamente son idénticas. Las muestras de envejecimiento aparecen de manera diferente en las personas; en la mujer uno de los cambios mas significativos es la menopausia, la cual marca el fin de la vida reproductora, porque cesa la producción de óvulos, el organismo pierde la regularidad de la producción hormonal de estrógenos y progesterona. La menopausia es vivida en muchas mujeres como la muerte de la feminidad y de la posibilidad de procrear.

Por otra parte; en el hombre se presenta la andropausia la cual se da con la disminución del tamaño y firmeza de los testículos, los túmulos seminíferos se engruesan y empieza un proceso degenerativo progresivo que inhibe la producción de espermas. Estos son dos de los cambios significativos que se presentan en la tercera edad (Bazo, 1999).

1.3.2 Deterioro Físico

Los aspectos físicos del envejecimiento rigen muchos de los cambios y de las limitaciones propias de esta etapa de la vida. El envejecimiento es un fenómeno universal. Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez. En casi todos los

sistemas corporales estos procesos comienzan en la juventud y en la madurez. El envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva. No podemos decir que la única explicación del envejecimiento físico sea el deterioro biológico normal.

Las deficiencias sensoriales y los defectos de los órganos internos inician el proceso del deterioro. Se dice que no todos los cambios que acompañan a la edad forman parte del envejecimiento, a este proceso contribuyen el tipo de vida que se haya llevado, los accidentes y enfermedades que se hayan tenido, todas estas condiciones son conocidas como factores patológicos del envejecimiento.

En concreto, se producen modificaciones en el aspecto físico, en los sentidos, en los músculos, en los huesos, en la movilidad y en los órganos internos.

Parte del proceso de envejecimiento son las canas, la piel vieja, el cambio de postura y las arrugas profundas son señales más evidentes. La piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad. En la senectud las arrugas se deben en parte a la pérdida de tejido adiposo subcutáneo y, en parte, a la reducción de la elasticidad de la piel. Esta puede presentar una apariencia de papel suave y arrugado o de pergamino fino. Aumentan los lunares en el tronco, en el rostro y en el cráneo. Los capilares pequeños a veces se rompen y producen tenues marcas negras y azules. A veces aparecen manchas, son áreas de pigmentación que se conocen comúnmente como “manchas hepáticas”, aunque nada tiene que ver con el funcionamiento de este órgano (Rossman, 1977 citado por Craig y Baucum, 2001).

Se pueden evitar algunos de estos signos del envejecimiento de la piel si se come bien y si se protege la piel de los rayos solares, ya sea evitando la exposición o usando lociones bloqueadoras.

Los sentidos- oído, vista, gusto y olfato- por lo general pierden eficiencia con la edad. Muchos ancianos encuentran más difícil percibir y procesar un estímulo a través del sistema sensorial (Hoyer y Plude, 1980 citado por Craig y Baucum, 2001).

Las deficiencias auditivas son muy frecuentes. Suelen ir de ligeras a moderadas y a menudo se relacionan con la identificación de voces en medio de un ruido de fondo (Olsho, 1985). Además se pierde agudeza auditiva en los tonos de alta frecuencia, es decir, los que ocurren en los sonidos del habla como s, ch y f.

Hay varias clases de deficiencias visuales. El enfoque de objetos y la percepción de profundidad decrecen a medida que el cristalino pierde flexibilidad y la capacidad de acomodarse. El cristalino puede opacarse y finalmente sufrir de cataratas bloqueo casi completo de la luz y de la sensación visual. Otro de los problemas es el glaucoma, que es el aumento de la presión en el globo ocular que puede causar daño y pérdida gradual de la vista; por fortuna este tipo de problemas se pueden eliminar con cirugías e incluso usando anteojos, pues en algunos casos no es necesario la intervención quirúrgica (Craig y Baucum, 2001).

En cambio el sentido del gusto manifiesta gran estabilidad incluso en una edad relativamente avanzada. La capacidad para saborear el azúcar es de las más persistentes (Bartoshuk y Weiffenbach, 1990). Pero parece disminuir la capacidad de detectar los sabores amargos (Spitzer, 1988). A los ancianos que sufren de

hipertensión arterial les es más difícil distinguir los sabores y más si es presión sanguínea elevada.

Los ancianos tienen dificultades para distinguir los sabores de alimentos combinados. El problema parece deberse más a un deterioro de olfato, que a la disminución de la sensibilidad del gusto (Bartoshuk y Weiffenbach, 1990). El olfato presenta a menudo un gran deterioro en comparación con el gusto.

Con los años disminuye el peso muscular, la fuerza y la resistencia. El funcionamiento muscular se ve afectado por la estructura y composición cambiantes del esqueleto. Los ancianos suelen medir tres centímetros menos de lo que medían en la juventud debido a la compresión del cartílago de la espina dorsal, a los cambios de postura y a la pérdida de calcio (Whitbourne, 1985). Los huesos se vuelven más débiles, porosos y frágiles. Por lo tanto los ancianos son más propensos a sufrir fracturas. En cuanto a los músculos tardan más en adquirir su relajación y preparación tras haber sido sometidos a un gran esfuerzo (Gutmann, 1977).

El sistema cardiovascular pierde eficiencia con los años y disminuye la capacidad pulmonar. También decrece la capacidad de reserva del corazón, de los pulmones y de otros órganos.

Los ancianos están más propensos a sufrir problemas crónicos de salud que enfermedades agudas. Esto se debe en gran medida a una menor capacidad del organismo para afrontar el estrés; también intervienen factores socioeconómicos, la raza y el sexo.

En parte, la mala salud de los ancianos se debe a una dieta o alimentación deficientes. El consumo excesivo de grasas produce aterosclerosis, o sea endurecimiento de las arterias, estado que causa muchas de las cardiopatías tan comunes en esta etapa de la vida. Asimismo el consumo excesivo, el uso indebido y el abuso de los medicamentos pueden ocasionar problemas de salud en los ancianos. Craig (2001).

1.3.3 Procesos Psicológicos

Según las teorías de “tipo ordinario” del desarrollo mental y los métodos más comunes para valorar el funcionamiento intelectual, una persona llega a su punto máximo en la adolescencia o al inicio de sus veinte años de edad. Se espera que permanezca en un plano de competencia intelectual durante algún tiempo para después empezar a declinar.

No obstante, estas teorías han demostrado ser demasiado simples. El uso de técnicas más complicadas muestra que los patrones de funcionamiento mental, desde la niñez hasta la vejez, son más complejos e interesantes de lo que originalmente se pensó.

El envejecimiento de una persona bien puede mejorar algunos aspectos de su funcionamiento mental, en lugar de sufrir una decadencia temprana general. Sabrá más acerca de muchos temas y se hará hábil en el uso de algunos de los talentos que ha desarrollado a través de los años. Esto se muestra con mayor claridad en lo que se conoce como inteligencia cristalizada, según Thurstone, la cual se refleja en lo que hemos aprendido por la experiencia Horn (1982 citado por Craig y Baucum 2001).

Según Alberto (1995, p.10) el envejecimiento desde el punto de vista psicológico se puede considerar como un proceso irreversible, caracterizado por la pérdida de repertorios conductuales, funcionales y habilidades: correlativos casi siempre a un proceso de deterioro de las funciones biológicas, que repercuten en la vida social del sujeto en diferentes áreas.

Investigaciones exhaustivas han demostrado que el deterioro no es tan generalizado ni tan grave como se creía, sino que muchos de los problemas que sufren los ancianos se debe a otros factores tales como: depresión, inactividad o efectos secundarios de los medicamentos prescritos, entre otros.

Desde hace años, algunos psicólogos han argumentado que la “disminución intelectual en la vejez es ante todo un mito”. Otros han considerado que este enfoque es muy superficial. Se ha considerado que la inteligencia fluida, la capacidad para resolver nuevos problemas, parece declinar; pero la inteligencia cristalizada, que esta basada en el aprendizaje y la experiencia, tiende a aumentarse o incluso a aumentar.

Se han realizado algunas pruebas psicométricas de inteligencia, las cuales indican declinación mental y una estabilidad hasta los 60 años o más. Schaie (1995) sugiere que el funcionamiento intelectual en la edad adulta tardía esta marcado por la variabilidad, la multidireccionalidad y la susceptibilidad a influencias ambientales y culturales. Los factores psicológicos y físicos, así como las condiciones de las pruebas de inteligencia pueden influir en el desempeño intelectual, sin embargo no puede ser una medida precisa de la competencia intelectual.

Baltes (1981), citado por Papalía (1997, p. 582-588) “propone un modelo de proceso dual: la mecánica de la inteligencia declina a menudo, pero la pragmática de

la inteligencia (pensamiento práctico, conocimiento y habilidades especializadas y sabiduría) continúan creciendo. Según esta teoría la vejez exitosa, involucra optimización selectiva con compensación (uso de capacidades especiales para compensar pérdidas)”.

Algunos de los cambios cognoscitivos que se relacionan con la rapidez del desempeño, con la memoria y la adquisición de conocimientos son los siguientes:

★ Rapidez de la cognición. En esta etapa de la vida, se deterioran las funciones intelectuales que exigen un desempeño acelerado, por lo general los ancianos muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos preceptuales y en los procesos cognoscitivos en general.

★ Memoria. Se dice que la mayor parte de las habilidades mentales se conserva intacta en los ancianos, en unos cuantos segundos la información se retiene en la memoria sensorial por medio de imágenes visuales o auditivas, luego se transfiere a la memoria a corto plazo donde se organiza y codifica, y por último se transfiere a la memoria a largo plazo donde se retiene.

★ Sabiduría. Los mecanismos de la memoria son un poco más fuertes en los jóvenes que en el anciano, pero lo contrario ocurre respecto a la sabiduría que es el conocimiento experto que se concentra en el aspecto pragmático de la vida y que supone buen juicio y consejos sobre los asuntos más importantes de la vida Craig (2001, p. 563-566)

Aunque muchos ancianos conservan las capacidades de memoria y adquieren la sabiduría, algunos presentan un deterioro notable de su funcionamiento cognoscitivo.

Puede ser temporal, progresivo o intermitente. El deterioro puede deberse a causas primarias o secundarias. Entre las primeras se encuentran enfermedades como el Alzheimer, afección que causa demencia por el deterioro progresivo de las células cerebrales, en especial las de la corteza cerebral y la apoplejía que es el bloqueo de la sangre que llega al cerebro que puede causar daño cerebral.

Las personas mayores obtienen beneficio del entrenamiento de la memoria, ya que la salud mental influye directamente en la realización de las actividades cognoscitivas.

La depresión es una reacción común en la senectud, en parte por la pérdida de los parientes y amigos; muchos ancianos han pasado varias veces por este tipo de experiencia. La depresión aminora la concentración y la atención, de modo que reduce el nivel general de funcionamiento cognoscitivo.

Otros factores que ocasionan el deterioro mental son: la mala condición física, deficiencias nutricionales, consumo prolongado de alcohol, efectos secundarios de medicamentos y falta de ejercicio de las funciones mentales.

La actividad mental continua puede ser crítica para mantener a las personas de edad avanzada mentalmente alertas (Craig. 2001, p.567-572)

1.3.4 Desarrollo Social

Se da el nombre de transición de status a un cambio importante de roles y de posición social son algunos de ellos. Estos cambios ocurren a lo largo del ciclo vital. La satisfacción de la vida y el ajuste durante la senectud dependen de otros factores

además de la edad, a saber: salud, dinero, clase social, estado civil, vivienda adecuada y nivel de interacción social, son algunos de ellos. La comparación social, o sea evaluarse uno mismo y la situación personal en función de otros, influye de manera profunda en la actitud de los ancianos.

Una de las consideraciones más importantes en cuanto al factor laboral de los ancianos son las consecuencias de la jubilación, que es un punto de los cuales se abordarán más adelante dentro de los temores que tienen los ancianos.

Otro factor importante son las relaciones personales estrechas las cuales siguen definiendo una buena parte del estrés y de las satisfacciones de la vida en la senectud. En la vejez los ancianos, siguen estando estrechamente unidos con su pareja tratando de sentirse más satisfechos en su matrimonio, y por otro lado tienen contacto frecuente con sus hijos y sus nietos.

Cuando los ancianos necesitan ayuda, ya sea por su estado físico o por otra causa, acuden a su familia para que ésta los apoye en cualquier situación, por esa parte son dependientes de otros. Los amigos son una parte fundamental en esta etapa ya que ofrecen estabilidad emocional y satisfacción en la vida de los ancianos. Existen algunos factores que influyen ya sea positivamente o negativamente en los ancianos:

Cambio social, en las personas mayores de hoy en día se están dando cuenta de que el ser mayor ha cambiado completamente desde que sus padres llegaron a los 65 años, están más sanos y vigorosos que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las

anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos (Hoffman, 1996).

Un alto estrés o el que está por encima de la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, deteriorar física y mentalmente. La forma de cómo se perciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación. Las personas mayores no están exentas de situaciones negativas. La mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y, por tanto, más propensos a responder a él con una enfermedad (Hoffman, 1996).

El Matrimonio en la tercera edad es más apacible, ya que los principales conflictos sobre divisiones de responsabilidad, poder, sexo, dinero, hijos y cuñados, han sido solventados o resueltos en etapas anteriores. La mayoría de las personas que no pudieron resolver estos problemas se divorcian antes (Hoffman, 1996).

Los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos.

La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional y en la edad avanzada presenta sus propias características. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales. Además, la familia en la edad avanzada tiene una historia larga, que también presentan sus más y sus menos. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar

confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino.

Por otra parte, muchos ancianos aún están resolviendo asuntos inconclusos de la niñez o de la edad adulta temprana. Muchos eventos de la vida son especialmente típicos de la familia de edad avanzada (aunque no se limitan a ellas) como volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del trabajo y perder al cónyuge.

El matrimonio que dura largo tiempo, es un fenómeno relativamente novedoso; la mayoría de los matrimonios, como la mayoría de las personas, solían tener una vida más corta. Muchos hombres perdían a una ó más esposas en el parto y por lo general ambos sucumbían a la enfermedad siendo jóvenes. En la actualidad los aniversarios quincuagésimos son más comunes, aunque aún muchos matrimonios se terminan más temprano por muerte o divorcio.

Dado que las mujeres comúnmente se casan con hombres mayores y por lo general viven más largo tiempo que estos, muchos más hombres que mujeres viven con sus cónyuges.

Las parejas casadas que están todavía juntas en sus 60 años tienen mayor probabilidad que las parejas de edad intermedia de considerar su matrimonio como satisfactorio. Muchos ancianos dicen que su matrimonio ha mejorado a través de los años. Puesto que desde hace algunos años el divorcio ha sido más fácil de obtener, los esposos que todavía están juntos en una época tardía de la vida han elegido estar juntos.

Por lo general la decisión de divorciarse llega temprano en un matrimonio; las parejas que permanecen juntas a pesar de las dificultades son capaces de superar sus diferencias y de llegar a una relación mutuamente satisfactoria.

Otra posible razón por la cual las personas de edad avanzada reportan mayor satisfacción en el matrimonio es que a esta edad están más satisfechas con la vida en general. Su satisfacción puede surgir de factores externos al matrimonio, como el trabajo, el fin de la crianza de los hijos o más dinero en el banco.

También es posible que consideren que su matrimonio es feliz como una justificación consciente o inconsciente por haber permanecido en él tan largo tiempo.

Estar enamorado es todavía importante para el matrimonio exitoso en la edad adulta tardía. Los esposos de edad avanzada también valoran el compañerismo y la expresión abierta de los sentimientos, como también el respeto y los intereses comunes. Pero pueden surgir problemas provenientes de diferencias en valores, intereses y filosofías.

Una nueva libertad llega en cuanto el esposo y la esposa se apartan de los roles de sostén de la familia y de la crianza de los hijos, a medida que cada uno de los dos se vuelve más interesado en la personalidad del otro, y a medida que cada uno disfruta de modo creciente la compañía del otro. Además, la capacidad de las personas casadas para manejar los altibajos de la edad adulta tardía con relativa serenidad, puede resultar de mutuo apoyo. Esto refleja tres beneficios importantes del matrimonio: intimidad (sexual y emocional), interdependencia (compartir tareas y recursos) y sentido de la pareja de pertenecer uno al otro.

El éxito de un matrimonio en la edad adulta tardía puede depender de la capacidad de la pareja para adaptarse a los cambios de personalidad de la edad adulta intermedia, los que con frecuencia llevan a hombres y mujeres en direcciones opuestas. Como el esposo se involucra menos con el trabajo y está más interesado en la intimidad, la esposa puede interesarse más en el crecimiento personal y la autoexpresión.

Los matrimonios de edad avanzada por lo general se ponen a prueba por las dolencias de salud de uno de los cónyuges. Las personas que deben cuidar de su pareja incapacitada pueden sentirse aisladas, enojadas y frustradas, sobre todo cuando ellos mismos tienen precaria salud. Cuidar a un cónyuge que padece demencia es muy exigente y comúnmente da como resultado un sentido de pérdida de identidad. Tanto la personalidad como el desempeño externo influyen en la manera como los responsables del cuidado pueden adaptarse a las exigencias que se les presentan. Aquellos que son optimistas y están bien adaptados para comenzar con esta labor y los que mantienen contacto con amigos, logran desempeñarse mejor.

Algunas parejas disfrutan el retiro porque les permite tener tiempo de ocio para viajar, pasar momentos con los hijos y nietos, y perseguir otros intereses, juntos o por separado. No obstante, la jubilación no siempre hace que un matrimonio sea mejor.

Surgen problemas con mayor frecuencia en aquellas situaciones en que el esposo se retira y la esposa todavía sigue trabajando. La esposa puede sentir que su carga de trabajo es injusta, dado que los esposos en edad de retiro gastan menos de ocho horas a la semana, en promedio, en tareas domésticas, mientras que sus esposas invierten cerca de 20 horas más a la semana y hacen más de tres cuartas partes de los quehaceres domésticos.

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de apoyo y redes sociales. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios.

La calidad de vida en la vejez dependiente implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, siendo cuidadas en familia, para que puedan seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollando todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

Las personas mayores que no desarrollan alguna enfermedad debilitante están más sanas y vigorosas que sus homólogos de hace varias generaciones. Tienen un aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos a su misma edad.

En el futuro, un número cada vez mayor de parejas llegará a la tercera edad en etapas discrepantes de la vida. Al haber una proporción mayor de mujeres de mediana edad que trabajan fuera de casa, más hombres se encontrarán con que aunque ellos ya estén a punto de jubilarse, sus esposas todavía estarán muy absorbidas en sus trabajos.

Puesto que la mayoría de las mujeres son más jóvenes que sus esposos, esta tendencia aumentará y cuanto mayor sea la diferencia de edad, más se agudizará el problema.

En 1870 no había problemas de jubilación. La mayoría de los hombres morían a los 61, cuando todavía estaban trabajando duro, y los que vivían más no podían retirarse porque no había pensiones ni seguridad social.

1.4 Temores en la Vejez

Los programas sociales destinados a los ancianos frágiles no están diseñados para atender las necesidades del individuo. Algunos ancianos sufren discapacidad física o mental, carecen de apoyo de su familia o amigos, no pueden valerse por si mismos, por eso es recomendable que iniciando esta etapa de la vejez se realice una rutina de ciertos ejercicios los cuales aportan a que el organismo no se vaya atrofiando con el paso del tiempo; el buscar actividades recreativas como manualidades, lecturas, terapias como la musicoterapia y la danzaterapia, ayuda mucho en este sentido.

En general existen algunos procesos o eventos a los que las personas de la tercera edad temen que puedan ocurrir en ellos como temor a enfermarse y a la jubilación, a la muerte.

1.4.1 Temor a Enfermarse

La actual cultura occidental, consumista y elitista, ha colocado a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, la felicidad, el bienestar, la productividad, entre otros, se puede desarrollar a lo largo de toda la existencia.

El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser desterrado, y así permitir que los viejos y todos los individuos, podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos o mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que el proceso de envejecimiento no está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud.

En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchos viejos son saludables.

El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida. Y si estas etapas se viven al máximo de cuidado y prevención, se puede conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida.

1.4.2 Temor a la Jubilación

La idea estéril de que realmente no hay vida que valga la pena cuando se ha dejado el trabajo ha sido refutada muchas veces. Cada vez más, los estudios acerca de los años de jubilación revelan una diversidad de "vidas futuras". No todos los jubilados permanecen retirados, muchos continúan activos en campos relacionados con inclinaciones que han tenido toda su vida, otros cultivan nuevas aficiones o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar.

Es probable que valores tales como el aprendizaje, el descubrimiento de sí mismos y la ayuda a otras personas sean considerados con tanto respeto, en el futuro, como trabajar y producir. Ya hay indicios de que utilizar el tiempo para recreo y satisfacción personal está menos acompañada del sentimiento de culpa, que en el pasado, esto significa que la persona de edad madura que se halle inmersa en su fase productiva no poseerá todos los valores que son verdaderamente "valiosos". Las actividades no laborales no serán consideradas como simples indicadores de un período para los "demasiado jóvenes" y los "demasiado viejos".

Son muchas las personas que pasan largos años de su vida soñando con el momento en que cumplan la edad reglamentaria para la jubilación. Año tras año vienen acariciando el día en que dirán adiós a su trabajo. No más relojes despertadores, no más horas regulares para entrar y salir de las labores diarias. A dormir todo lo que uno quiera. Se hará lo que se desee cuando uno lo desee. Por fin el individuo será dueño de su destino. No son pocas las personas que sueñan con el retiro como si éste fuese un paraíso.

En el asunto del retiro, se encuentran también, muchas diferencias individuales. Probablemente haya personas que se retiran a la vida descansada, sin albergar propósitos ni perspectivas adicionales, a disfrutar tranquila y sosegadamente de los años postreros de la vida, sin que les perturben ansiedades y zozobras. Pero también hay personas que habiendo forjado grandes ilusiones, se dan cuenta que al entrar al retiro, no existe aquello de lo que habían soñado. Es hondo el abismo entre la ilusión y la realidad. También hay otros individuos que, al entrar a los años de la jubilación, encuentran que tienen por delante muchas otras cosas que hacer, en las cuales ellos no habían pensado.

La vida no tiene que ser fácil para ser maravillosa. De hecho, la vida fácil es el camino más corto hacia la monotonía. Hay que pensar en un retiro dinámico, disparado hacia el porvenir. El trabajo debe concebirse en todo momento como un medio de realización personal, aun en los años de vejez. La persona retirada debe conservar siempre el derecho a ser útil y a serlo con dignidad. Cada individuo debe descubrir a tiempo sus capacidades y limitaciones.

La planeación para el retiro no debe circunscribirse a la mera consideración de las actividades que uno vaya a realizar al dejar las tareas que han exigido los más y mejores años de la vida. Es decir, no debe ser únicamente un plan en el nivel de la actividad. Muy fundamental también es planear desde el punto de vista psicológico.

En la planificación para la vejez uno no debe quedarse en el nivel de la mera actividad. El retiro exige, como una condición esencial, la preparación psicológica anticipada.

La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprendan las estrecheces económicas. Condición esencial además es que se disfrute de una razonable salud física y mental. Las muertes rápidas después del retiro son frecuentes, pero hay pruebas de que la mala salud precede el retiro y no lo sigue. Hay individuos que se retiran a una edad temprana, tan pronto sus ingresos lo permitan, para así abandonar el trabajo como dominio principal de ocupación personal y poder dedicarse a actividades que les resultan más satisfactorias.

La higiene mental es clara y precisa en su recomendación de la vida activa. La actividad es un atributo de la persona mentalmente saludable. Para que la vida tenga

propósito, dirección y sentido, requiérase que el individuo defina un plan de acción que tienda a conseguir ciertos objetivos convenientes para él y aceptables para el grupo social del cual es miembro. Este plan debe ser de tal naturaleza que absorba el interés y la atención de la persona. La vida saludable ineludiblemente exige actividades que repercutan en sentimientos de satisfacción. La pasividad estanca y deteriora. Los propósitos que lleven a la persona a concentrarse en la tarea de realizarlos tienden a impedir su desintegración, evitando que surjan preocupaciones enfermizas.

El retiro, tal como indica la situación actual, constituye un problema psicológico y social para muchas personas. Probablemente, ante la presión de las nuevas generaciones, la sociedad ha descuidado la planificación de los años de la vejez.

En el momento de retirarse, con frecuencia la persona encuentra que ya sus hijos se han independizado. En numerosos casos existe una condición de viudez. Si la persona ha sido obligada a retirarse a una edad en que todavía tiene suficientes recursos físicos y mentales para desempeñar adecuadamente tareas significativas desde el punto de vista social, y si no ha sabido planear debidamente su jubilación, lo más probable es que ella se encuentra abocada a tremendas crisis psicológicas. Un retiro inesperado, como a veces ocurre, puede provocar un colapso total.

El retiro es una ruptura, que afecta en diferentes ámbitos como los siguientes:

- En la vida afectiva. El retiro hace pasar al hombre del estadio de la vida profesional durante el cual el trabajo se concibe y se exalta como la virtud

cardinal, al estadio del descanso obligatorio libremente consentido o impuesto. Ello produce una perturbación del equilibrio mental y fisiológico.

- En la organización de la jornada. Repentinamente, los horarios de trabajo, de descanso, de sueño, entre otros, que habían llegado a un alto grado de automatismo después de años de vida idénticos a sí mismos, resultan inadaptados, no corresponden ya a la situación objetiva; donde una perturbación del equilibrio físico y fisiológico con repercusión sobre la salud y sobre el carácter puede producirse.
- En las condiciones de la vida social. Se produce a la vez una ruptura de las relaciones profesionales (no se ve ya a los compañeros de empresa o fábrica), un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones (ya no se puede hablar del trabajo) y una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge (se pasa de doce o quince horas de vida en común a veinticuatro; de donde se desencadena una perturbación en los equilibrios afectivos).
- En las condiciones de vida financiera. La pérdida de una parte de los recursos tiene por efecto la perturbación del equilibrio general del presupuesto y sus repercusiones psicológicas y fisiológicas.
- En la vida cultural y el ocio. El retirado va a pasar de una situación, con poco tiempo que dedicar a las distracciones, a una situación con mucho mas tiempo libre.

El anciano debe prever un programa equilibrado para su jubilación, teniendo en cuenta:

- Una actividad individual y una actividad colectiva.
- Una actividad al aire libre y una diversión de interior.

- Un desgaste físico y una distracción que descansa, y piense que los ocios de su vida activa pueden prepararle útilmente para sus actividades regulares cuando llegue la jubilación.

1.4.3 Temor a la Muerte

El hombre es el único ser viviente que tiene conciencia de la muerte y, por tanto, le teme. Se nace sin conciencia de que algún día se debe morir, pero pronto se advierte de manera creciente de que la vida tiene un ciclo: nacer, crecer, declinar y morir.

Si se ha llevado una vida de provecho, si se han dejado huellas decorosas en el mundo, si se ha vivido digna y eficazmente, si a la hora de hacer el balance pesan más los créditos que los débitos, si se experimenta la satisfacción de haber vivido plenamente, habiéndose realizado en forma adecuada y ayuda a los semejantes, si la conducta estuvo razonablemente regida por elevados valores éticos, entonces la muerte no será la experiencia difícil y angustiosa que es para aquellos que no han sabido dar un significado noble a su vida.

A pesar de que hay grandes diferencias individuales en lo que se refiere al encaramiento con la muerte, desde el individuo que la afronta con serenidad hasta aquel que experimenta una tremenda angustia, casi todos los seres humanos temen a la terminación de su existencia. Desde muy temprano en la vida se debe tener conciencia de que algún día se ha de morir. Al hombre le angustia saber que eventualmente va a desaparecer del escenario de la vida y que ésta seguirá su marcha sin su presencia. Saber que no sólo se dejará vacío el espacio físico que diariamente ocupa el cuerpo, sino también el espacio psicológico que llena la conducta, saber que después de la muerte se irá lentamente muriendo en el recuerdo de la gente, en la

memoria de los familiares y de la sociedad, he aquí uno de los orígenes de la angustia y el terror de la muerte.

Como regla general, el miedo a la muerte es menos agudo entre los viejos que entre los adultos de edad media. Sin embargo, el anciano piensa más en la muerte que el individuo de edad mediana, dado que aquél está más próximo a ella. Aunque con el avance de los años el individuo va resignándose al hecho de que cada día se acerca más a la tumba, por la misma razón el tema de la muerte está más presente en el pensamiento del anciano como algo que se espera, como algo inminente.

La muerte misma puede ser desconocida, pero la separación y la pérdida son una áspera realidad tanto para quienes deben irse como para quienes se quedan. Se deja atrás toda una vida de pensamientos, sentimientos y relaciones cuando finalmente nos despedimos. En las últimas etapas de la vida salen a la superficie los sentimientos mutuos y la experiencia originada por la separación.

Puede haber ansiedad y desesperación o puede haber un nuevo sentimiento de intimidad y realización, incluso la muerte, para la que se cree estar preparados, puede hacer que la persona se sienta vacía y sacudida cuando sucede. Si se supone que todas las personas mayores están "listas" para morir, entonces, algunas veces, puede pasar que su pérdida no afectará mucho a sus sobrevivientes.

En el caso de la muerte fisiológica, todos los órganos vitales dejan de funcionar y el organismo no puede seguir subsistiendo en ningún sentido del término. Al ser privadas de oxígeno y de nutrientes las células del cuerpo van muriendo gradualmente. La muerte clínica consiste en la terminación de toda la actividad cerebral, indicada por la ausencia de ondas cerebrales. El organismo humano deja de

operar como una unidad mente – cuerpo autosuficiente, aunque el corazón y los pulmones pueden funcionar con apoyo artificial.

El duelo por la pérdida de un ser querido, es uno de los acontecimientos más estresantes de la vida. La pérdida es seguida de un período de luto y de aflicción por la persona fallecida. El proceso de duelo puede durar un breve período o no terminar nunca.

Las reacciones al duelo se presentan en cuatro niveles:

- **Reacciones Físicas.** El duelo es acompañado por una amplia gama de reacciones físicas que pueden incluir al insomnio, la falta de apetito o el comer en exceso, las molestias estomacales, diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria, sudoración excesiva y mareos.
- **Reacciones Emocionales.** Estas incluyen la depresión, abatimiento, llanto, conmoción e incredulidad, enojo, ansiedad, irritabilidad, preocupación y pensamientos del fallecido, sentimientos de desamparo, dificultad para concentrarse, olvidos, apatía, indecisión y aislamiento o sentimientos de soledad.
- **Reacciones Intelectuales.** Estas incluyen los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona y en ocasiones de racionalizar o tratar de comprender las razones de la muerte. La gente desea saber qué fue lo que sucedió y por qué pasó. Una reacción intelectual común al duelo es la idealización, es decir, el intento por purificar la memoria del fallecido disminuyendo mentalmente sus características negativas.
- **Reacciones Sociológicas.** Las reacciones sociológicas al duelo incluyen los esfuerzos de la familia y los amigos para unirse y compartir la experiencia y ofrecerse apoyo y comprensión. La reacción sociológica también incluye los esfuerzos por reorganizar la vida después de la pérdida: los reajustes financieros, la reorientación de

los roles familiares y comunitarios, el regreso al trabajo, la reanudación de actividades sociales y comunitarias.

Cuando las personas se encuentran en la etapa de desarrollo de la tercera edad, es normal que exista temor a la muerte; sin embargo, si se aprendiera a darle un nuevo sentido como una nueva forma de vida trascendental, no se tomaría como un temor. Por ello es importante el establecer una forma de vida la cual traiga consigo una estabilidad tanto física como emocional, para así cumplir con los diferentes roles sociales que se presentan en la vida.

La vejez es parte del proceso evolutivo de la vida en el cual existe una declinación tanto fisiológica como psicológica y social como ya se mencionó a lo largo de este capítulo.

Para entender cómo se da la etapa de desarrollo relativa a la tercera edad, fue necesario saber cuáles son los temas que la explican y que concepciones existen; sin dejar de tomar en cuenta cuáles son las causas que provocan este envejecimiento y hasta dónde llega el proceso a su final.

Por ello es importante saber cómo la danzaterapia puede ser un tratamiento innovador para combatir la depresión en personas de la tercera edad y no sólo para la tercera edad o personas depresivas, sino para cualquier tipo de problemática y edad.

Es importante enfocar el estudio a la tercera edad debido a que en este periodo existe una declinación en prácticamente todas las capacidades y se crea un pensamiento de pesimismo y de tristeza. Por el contrario el baile trae alegría, ilusión, amor por vivir la vida y ello ayuda a ver la vida con luz y vivirla al máximo. La Danza se considera como un goce o placer estético en quien la contempla; con ella no

sólo hay amor propio sino un buen desarrollo físico que permite evitar esos temores o bien afrontarlos de la mejor manera según se presenten.

1.5 Vejez en la Actualidad

En el tiempo de los aztecas, se respetaban a los ancianos, de hecho el padre de todos los dioses era llamado Huehuateotl (huehue: viejo, teotl: dios). Estaban organizados en porciones de territorio formando grupos de familias, regidos por un consejo en el que se integraban ancianos. Existían también el tecuhtli o abuelo que era una designación honorífica, nombre que se daba a personas que se distinguían por su valentía o por cumplimiento de sus deberes religiosos (González. 2000).

Los maestros de ceremonias sublimes eran siempre ancianos, había aquellos que pertenecían al consejo supremo, otros eran jueces, o bien llevaban a cabo ceremonias matrimoniales pues a estos se les consideraba gente sabia de respeto y con valores que los podían transmitir de generación en generación.

La modernización de la sociedad, en el siglo XX, trae consigo la desaparición de la familia patriarcal, cuando la línea paterna establece el lazo de afiliación y la descendencia se cuenta a partir de un antepasado varón (Anda, 2000 p. 48).

En el México actual existe aún la llamada familia tradicional y a pesar de que si bien la movilidad ha dificultado la coexistencia de tres o cuatro generaciones, las familias se mantienen unidas, y son ellas las que se ocupan de los que envejecen, siendo pocas las que internas a sus viejos en asilos o casas de asistencia.

En una encuesta llevada a cabo en cuatro entidades federativas del país, se detectó que únicamente un bajo porcentaje de ancianos tanto de zonas urbanas como suburbanas viven solos (5%). La mayoría de los hombres de edad avanzada (62%) viven con su esposa e hijos mientras que las mujeres ancianas (52%), tienden a vivir con sus hijos, nietos u otros familiares.

Según proyecciones basadas en el crecimiento demográfico y con una esperanza de vida actual de 67.2 años para el hombre y 68.6 para la mujer, para el año 2000 y 2025, México se encontrará en el segundo lugar dentro de los diez países del área latinoamericana y del caribe con mayor número de personas de 60 años y más a nivel mundial. Actualmente México ocupa el lugar 44 con una población mayor de 60 años (6.14% de la población). Situación que de continuar, así será necesario poder responder a la vejez de forma integral, es decir desde cualquier ámbito, sea médico, cultural, laboral, etc.

México no dista mucho de tener, como en Europa, un alto índice de viejos; es el momento de establecer y crear un enfoque sistémico para su atención, tanto en la organización como la estructura que requerirá, así como hacer conciencia a nivel social sociedad e individual para iniciar programas de preparación al retiro tanto dentro de empresas como en universidades y, en el ámbito de la psicología como profesión fomentar el desarrollo humano aportando conocimientos y métodos que conlleven un enfoque hacia la utilización del tiempo libre, la ayuda y soporte para las crisis de la edad media; comprendiendo que dicha aportación si bien se encontrará centrada en la persona, requerirá apoyarse en elementos exteriores, tales como clubes, asociaciones, etc. (González, 2000).

CAPÍTULO II
DEPRESIÓN EN ANCIANOS

2.1. Depresión: Antecedentes Históricos

El concepto de la depresión como afectación del estado de ánimo se conoce en el ámbito médico desde los tiempos de Hipócrates (siglo V a.C.) quien menciona el término “melancolía” o bilis negra haciendo referencia a la teoría de los “humores” y sosteniendo la base biológica de la misma.

Por su parte Galeno (160 d.C.) retomando los conceptos hipocráticos propone una teoría basada en tres fases de melancolía: la bilis negra que se estancaba en la región gástrica (hipocondría), la acumulación de vapores de bilis negra en el cerebro (ideas delirantes) y la distribución de bilis negra en todo el cuerpo (melancolía) (Glaxo Wellcome, 2002).

La melancolía es una palabra derivada del griego melas, “negro”, y chole, “bilis”, se utilizó este termino debido a que había pacientes los cuales vomitaban bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad.

La evolución del concepto varió mucho de cultura a cultura y no es sino hasta mediados del siglo XIX cuando, gracias a los sistemas de clasificación en psiquiatría de Emil Kraepelin, se enlistan diferentes síndromes afectivos como diagnósticos específicos de melancolía.

En 1896, en la quinta y última de sus clasificaciones de enfermedades mentales, Kraepelin cambia el término “melancolía” por el actual de “depresión”.

La atención sobre el fenómeno depresivo se hizo más evidente después del descubrimiento de los fármacos antidepresivos en 1957 y se convirtió después de 1970 en el centro de investigación psiquiátrica ante el impresionante desarrollo de la biología molecular.

Con ello se inició la modificación de los radicales enfoques psicoanalistas que provenientes del psicoanálisis, habían desviado la atención del origen biológico de la depresión.

La depresión es una enfermedad frecuente entre la población general que afecta todas las edades pero se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad. Es una de las enfermedades médicas más comunes.

Se estima que alrededor del 14% de la población general podría presentar a lo largo de su vida al menos un episodio de depresión mayor que requerirá tratamiento médico y psicológico y que de ellos más del 50% sufrirán un segundo episodio (Glaxo Wellcome, 2002).

Adicionalmente se considera que la distimia, conceptualizada por algunos como un tipo de “depresión mediana”, afectará al 6% de la población general en algún momento de su vida.

Diferentes estudios epidemiológicos muestran con claridad que los trastornos depresivos se presentan con mayor frecuencia en las mujeres en proporciones estimadas entre 2:1 hasta 4:1 en diferentes modelos de investigación epidemiológica.

También se sabe que es más frecuente en residentes de zonas urbanas que de zonas rurales y que las personas solteras, viudas, divorciadas o sin pareja tienen un riesgo dos o tres veces mayor de padecerla que quienes tienen pareja estable.

Expertos de la Organización Mundial de la Salud (1998) afirman que hasta el 15% de las personas que padecen depresión mayor han presentado intentos suicidas.

Por otra parte, el hecho de que el trastorno bipolar (que es un tipo específico de trastorno de estado de ánimo), muestre una clara tendencia heredo familiar, condujo a la realización de múltiples estudios genéticos, que indican de manera contundente que existe dos o tres veces mayor probabilidad de padecer trastornos depresivos en quienes tienen antecedentes familiares de depresión.

La depresión está considerada como la enfermedad del siglo, tanto por su alta frecuencia y grados de sufrimiento e incapacidad que produce, como por el enorme conocimiento que ahora se tiene de ella y el gran arsenal terapéutico con que se cuenta para su tratamiento.

Se ha determinado que las manifestaciones clínicas de la depresión se pueden presentar en diferentes áreas como:

✓ Emocional

- ★ Efecto abatido
- ★ Disminución de las gratificaciones
- ★ Pérdida de los lazos emocionales
- ★ Pérdida de la capacidad para alegrarse
- ★ Brotes de llanto

- ✓ Motivacional
 - ★ Parálisis de la voluntad
 - ★ Evitación, escape y aislacionismo
 - ★ Incremento de la dependencia
 - ★ Deseo de muerte
 - ★ Impulso suicida
- ✓ Cognitiva
 - ★ Pensamiento obsesivo
 - ★ Autoevaluación
 - ★ Autodegradación
 - ★ Expectativas negativas
 - ★ Culpa, crítica y vergüenza inapropiada
 - ★ Indecisión
 - ★ Fallas en la memoria y la concentración
 - ★ Alteración en la percepción de la imagen corporal
- ✓ Somática
 - ★ Pérdida del apetito
 - ★ Disminución de la libido
 - ★ Alteraciones en el dormir
 - ★ Hiperhidrosis
 - ★ Sensación del cuerpo extraño, dolor de garganta
 - ★ Palpitaciones, molestias abdominales difusas
 - ★ Molestias urinarias

A la fecha la depresión puede presentarse con altos niveles de ansiedad y agitación o bien con disminución de la actividad física; con un descenso significativo

del estado de ánimo o bien de la capacidad para sentir placer, algunas pueden ser intensas y resistentes al tratamiento o bien leves y de mejor pronóstico.

El tipo específico de depresión se establece en una mayor certidumbre siguiendo los criterios de la clasificación del **“Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV de la Asociación Psiquiátrica Americana”** (Glaxo Wellcome, 2002).

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven este trastorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar entre las enfermedades denominadas isquémicas como es el caso de los infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular, etc. (Delgado, 2005).

2.2. Definiciones sobre Depresión

Para poder entender de la mejor manera qué es el trastorno depresivo debemos de diferenciar lo que es el estado de ánimo de las personas, así como una emoción. El estado de ánimo es la etapa en la que el ser humano se encuentra ya sea triste o bien alegre, en el caso de la depresión se asemeja a la tristeza o melancolía, sin embargo también hay periodos de maníaco depresión que es cuando existe tristeza pero a la vez felicidad o alegría. Es por ello que el estado de ánimo de las personas va a determinar como se encuentre el sujeto y si es que posee un trastorno de la conducta, pues muchas veces solo se esta triste por momentos pequeños lo cual no quiere decir que se tenga depresión.

La emoción es una impresión que se da de manera positiva y entusiasta que mantiene a la persona con alegría y ganas de realizar las actividades, es parte de la motivación diaria que tiene todo ser humano, aquello que hace sentir a quien la experimenta con una gran felicidad por el hecho o acontecimiento.

A partir de estos conceptos sabemos que si el estado de ánimo tiende más a lo negativo podemos estar hablando de síntomas depresivos y más si son constantes. Pero entonces ¿qué es la depresión?

“La depresión viene del latín depressio que significa hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo bioquímico cerebral, con manifestaciones físicas evidentes que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad” (Antonini, 2002).

La depresión es un trastorno primario de las emociones, que afecta globalmente a la personalidad, los individuos que la sufren experimentan sentimientos persistentes de inutilidad y de infravaloración personales, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro.

No existe una definición universalmente aceptada de depresión sin embargo, con fines didácticos podríamos decir que se trata de un trastorno que afecta el estado de ánimo de tal manera que deteriora el funcionamiento global del individuo y que se caracteriza por una serie de características que se presentan de diferente manera según cada persona.

En la Tabla 2.1. Se enlistaron algunas características que son propias de la Depresión para poder identificar si se está presentando dicho trastorno.

Tabla 2.1. Características Generales de la Depresión

CARACTERÍSTICAS DE LA DEPRESIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Apatía • Tristeza • Pesimismo • Desaliento • Irritabilidad • Abatimiento • Desesperanza • Llanto frecuente • Baja autoestima • Aislamiento social • Sentimientos de culpa • Insomnio o hipersomnia 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación de la voluntad • Dificultad para concentrarse • Dificultad para sentir placer • Disminución del deseo de vivir • Disminución de la energía vital • Disminución de la productividad • Aumento o disminución del apetito • Agitación o lentificación psicomotriz • Quejas somáticas diversas e inespecíficas • Disminución del interés y capacidad sexual • Disminución e incapacidad para sentir placer

Tomado de Pfizer (2001). Depresión y Trastornos de Ansiedad. CD ROM.

Las enfermedades depresivas no deben confundirse con los estados de abatimiento y de tristeza que son experiencias comunes en los seres humanos. Los síntomas que caracterizan a la depresión clínica son significativamente diferentes a los estados de aflicción que normalmente y por diferentes circunstancias tienen o

viven las personas. Es claro que no todas las personas deprimidas están tristes, ni todas las personas sufren un trastorno depresivo.

Durante los episodios depresivos, el sujeto sufre de un descenso en su estado de ánimo, una disminución en su vitalidad y una reducción en su nivel de actividad. La capacidad de disfrutar de las cosas, así como el interés y la concentración disminuyen, agregándose habitualmente cansancio exagerado, incluso tras un esfuerzo mínimo (Glaxo Wellcome, 2002).

Todos experimentamos infelicidad, a menudo como resultado de un cambio o de una pérdida, o simplemente como dijo Sigmund Freud, de la “miseria cotidiana”. Los sentimientos tristes que acompañan esos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal, sin embargo, cuando la depresión persiste y perjudica la vida diaria, puede llegar a ser indicación de un trastorno depresivo.

Se ha aludido a la depresión con variedad de nombres tanto en la literatura médica como en el habla popular durante mucho tiempo. Algunos textos ingleses antiguos hacían referencia a la “melancolía”, que fue durante siglos el término genérico que se utilizó para todos los trastornos emocionales.

La depresión es una enfermedad y no se trata sólo de una sensación de tristeza o desánimo, progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, salud física y la forma de comportamiento del individuo que la sufre.

Es una enfermedad médica la cual, según datos de la Asociación Mexicana de Trastorno Bipolar, A.C., tiene una incidencia en el mundo es cercana al 1%,

actualmente ocupa el segundo lugar mundial después de las enfermedades cardiovasculares. Esa asociación estima que para el año 2001 en México 900 mil personas en algún momento de su vida pueden sufrir Trastorno Bipolar, siendo la mujer la que tiene la doble posibilidad de ser víctima de este trastorno. Por otra parte, se dice que en nuestro país hay un retraso de 50 años en el conocimiento y difusión en el área de salud mental, debido a la falta de educación e información acerca de los trastornos afectivos (Pliego, 2001).

La depresión puede llegar a convertirse en un trastorno psicótico donde el individuo queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida. La depresión o trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el estado de ánimo y los pensamientos.

Lo más grave de la depresión es que afecta la forma en que una persona come y duerme, afecta la forma de pensar sobre sí misma y el modo de ver las cosas (Pliego, 2001).

2.2.1. Etiología

Al tratar de localizar la causa de la depresión, algunos investigadores han considerado al cuerpo, la psique, la mente y el ambiente como factores etiológicos (Papalia y Wendkos, 2000).

Es de gran relevancia saber cuáles son las causas que pueden llegar a originar el trastorno depresivo, ya que también se dan consecuencias que pueden ser cada vez mas severas e inclusive llevar a la enfermedad a ser crónica, es por ello que se deben

determinar cuáles son los factores a partir de los que se da este trastorno de la conducta; estas causas son:

- ***Herencia.*** Se da cuando hay una historia familiar de la enfermedad lo cual causa una predisposición a dicho trastorno.
- ***Factores bioquímicos.*** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel muy significativo en los trastornos depresivos; lo que aún no se sabe es si este desequilibrio tiene origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.
- ***Situaciones estresantes.*** Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras o divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que a largo plazo pueden desencadenar una depresión clínica.
- ***Estacionalidad.*** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos.
- ***Personalidad.*** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y la tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión.
- ***La depresión en la vejez.*** Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos si no se diagnostica o se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia.

Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir sólo síntomas físicos omitiendo sus sentimientos de desesperanza y tristeza.

La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido (Antonini, 2002).

2.2.2. Epidemiología

Es de gran importancia saber quiénes son las personas que están propensas a tener depresión. Por otra parte se da en diferentes etapas del desarrollo humano así como diferentes padecimientos pues no en todas las personas se presentan las mismas causas y consecuencias. A continuación se define cuál es la epidemiología, a quiénes se les puede presentar este trastorno y debido a qué.

- ***Familiares de enfermos deprimidos.*** Puede ser por causas genéticas o por la relación continua con las personas que lo padecen, pues al convivir con estos enfermos es mayor la probabilidad de sufrir esta patología.
- ***Mujeres.*** Las mujeres se enfrentan a los efectos del ciclo hormonal menstrual, del embarazo, del parto, la menopausia o los anticonceptivos, cambios pueden desencadenar en esta enfermedad mental.
- ***Hombres.*** En los hombres casi no se presentan los síntomas depresivos, debido al hábito cultural que hace que los hombres muestren menos abiertamente sus emociones. Por eso en lugar de presentarse síntomas depresivos sus dificultades se

pueden revelar mediante alcoholismo u otros abusos en ciertas sustancias y mediante un comportamiento antisocial.

- ***La generación del baby boom.*** Los nacidos después de la Segunda Guerra Mundial tienen más riesgo de sufrir depresión que los más ancianos. Muchos de ellos muestran los problemas de desarraigo producidos por las rupturas en la familia clásica que se produjeron en los años 50 y 60, cuando aumentó la tasa de divorcios, emigraciones, etc., que conllevó a la pérdida de relaciones familiares y de amigos.
- ***Niños.*** La depresión no es común en los niños, pero los abusos, las pérdidas de seres queridos o que uno de los padres padezca una depresión severa, puede aumentar el riesgo. Normalmente no se muestran los signos típicos sino que se muestran en los cambios de conducta como: irritabilidad, agresividad y problemas escolares.
- ***Adolescentes.*** El suicidio en los adolescentes se está convirtiendo en una de las principales causas de muerte. Los adolescentes presentan cambios hormonales importantes y es una época en donde los lazos familiares se encuentran debilitados, lo cual trae como consecuencia esta enfermedad manifestando problemas en la escuela, cambios de humor o de comportamiento sin sentido, incapacidad de recuperarse tras una decepción, etc.
- ***Residentes en ciudades.*** Es donde más se padece depresión severa pues el habitar en otras ciudades hace que las personas se depriman más que en las personas que viven en áreas rurales.

- **Enfermos crónicos.** Es normal sentirse triste cuando se está enfermo o se ha diagnosticado a alguien con una enfermedad crónica o severa.
- **Ancianos.** En estos casos se produce la depresión como una reacción al deterioro físico o a la pérdida de amigos, familiares y actividades que anteriormente realizaban y les producía placer, por eso es recomendable buscar actividades recreativas. El problema de esta edad es que se tiende a considerar que los ancianos pierden parte de su vitalidad y están tristes “por la edad”, lo que provoca que muchos casos no se diagnostiquen, incluso que no se les tome en cuenta. (*Depresión*. Recuperado el 16 agosto del 2005 de www.ondasalud.com).

2.2.3. Cuadro Clínico

El concepto de depresión no es extraño por su difusión fuera de la práctica médica. Sin embargo es necesario puntualizar que los síntomas depresivos pueden formar una variada constelación de manifestaciones que incluyen síntomas psíquicos y corporales.

Entre los primeros se encuentran síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo. Es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan a la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio, etc.

Sin embargo en la depresión existen síntomas corporales o somáticos; siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; pérdida de peso con falta de apetito; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor de cabeza, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano (Depresión en el anciano. Recuperado el 5 de Diciembre del 2005 de www.saludalia.com).

Los síntomas que se pueden dar son:

Tristeza patológica: se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Es una sensación que aparece sin motivos, profunda y arrasadora. Tanto que el paciente se siente “en baja”, tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera capaz de dar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.

Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue en curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explorar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y el peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito, y en consecuencia provoca la pérdida de peso.

Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes, por eso es muy importante hacer hincapié en aquellas actividades de su agrado para así no disminuir el interés y usar estas actividades como reforzadores para desaparecer los síntomas de este trastorno.

Culpa excesiva: se siente una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana que por la tarde (Rozados, 2003).

2.3. Modelos de Depresión

Parte de las exploraciones empíricas sobre la depresión, son los modelos o microteorías que aportan concepciones diferentes y fueron las primeras aproximaciones a su estudio; es de gran importancia consultarlos para saber qué aportaciones dejó cada uno para el estudio de este trastorno.

2.3.1. Modelo Psicoanalítico

Freud se ocupó por primera vez del problema de la depresión en un artículo, *Traner und Melancholie* (Duelo y melancolía), redactado, según parece, en 1915 y publicado dos años más tarde.

La melancolía (Freud, 1973, p. 291) es un concepto que en la actualidad no se ha determinado fijamente, ni siquiera en la psiquiatría descriptiva; muestra diversas formas clínicas que recuerdan más las afecciones somáticas que las psicógenas.

Freud distingue con toda nitidez entre el duelo y la melancolía: El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida, de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Por otra parte la melancolía se caracteriza

psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, que el paciente se hace de sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. El duelo muestra también estos caracteres a excepción de uno solo: la perturbación del amor propio. El duelo intenso reacciona a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior en cuanto nos recuerda a la persona fallecida, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, lo que equivaldría a sustituir el desaparecido y el apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido. Esta inhibición y restricción del yo es la expresión de su entrega total al duelo, que no deja nada para otros propósitos e intereses.

El sujeto melancólico no repara en hacer pública su autocrítica. La percepción para sus defectos está especialmente agudizada, mientras que parece embotada para darse cuenta de sus características positivas. Parece que encuentra cierta satisfacción en lanzar por los aires las autoacusaciones y los reproches, sin que guarden correlación alguna con su real justificación. El remordimiento no le agobia hasta el extremo de frenar su deseo de rebajarse en público. Surge así un cambio. Las nuevas vivencias se retematizan según el contorno del cuadro depresivo, en el pasado y en el futuro.

Freud vuelve a considerar el aparato hermenéutico que consiste en que el paciente ha sufrido la pérdida de un objeto; pero de sus manifestaciones inferimos que la pérdida ha tenido efecto en su propio yo. Una parte del yo se sitúa enfrente de la otra y la valora críticamente como si la tomara por objeto.

La conciencia del yo una vez que ha caído en la infracción, puede ser presa de melancolía, debido a un descarrilamiento bioquímico, critica al yo ideal y al deber del yo, que esperaba llegar a ser. El yo se no desdobla, sino que las alteraciones afectivas y perceptivas con fundamentos biológicos, determinan esos cambios vivenciales como resultado de los cuales el yo se percibe extraño y culpabilizado; disminuido en todos sus rendimientos, por lo que se desfonda en autoreproches, críticas y remordimientos sin freno.

En el duelo se dan autorreproches que en cierto modo suponen un intento de autolegitimación frente a los demás, en su imposibilidad de alcanzar lo que se desea, para organizar a través de ellos una forma de atraerse la atracción y el cariño. En el duelo se busca el refuerzo y la gratificación, además de la compañía comprensiva de los que le rodean.

Abraham (1912) señala a la depresión, como la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente; estado de ánimo profundamente doloroso; cesación del interés por el mundo exterior; pérdida de la capacidad de amar e inhibición de todas las funciones.

El duelo se distingue de la melancolía porque no aparece en él la disminución del amor propio. De ahí que el duelo sea considerado como un estado no patológico frente a la melancolía, que aunque suponga ciertas desviaciones de la conducta moral, desaparece por si solo y es, por consiguiente, inadecuada e incluso perjudicial la instauración de un tratamiento psicoanalítico.

La melancolía es, en opinión de Freud, la verdadera depresión. Sus características principales pueden resumirse en la siguiente Tabla 2.2.

Tabla 2.2. Características de la Melancolía

-
- Extraordinaria disminución del amor propio;
 - Egotización, implicación del yo en la reacción ante la pérdida del objeto (yotización inflacionista);
 - Autocrítica pública de su yo sin ningún pudor, lo que le diferencia del remordimiento normal;
 - Pérdida de la autoestima;
 - La libido se retrotrae al yo en lugar de desplazarse al objeto (de ahí la reacción entre narcisismo y depresión);
 - Transformación de la pérdida de objeto en pérdida del yo;
 - Disociación entre la actividad crítica del yo, y el yo modificado por la identificación;
 - Rechazo a alimentarse como consecuencia de su regresión a la fase oral o canibalística del desarrollo de la libido (deseo de devorar al objeto), una vez que el objeto se ha perdido;
 - La rigidez y el empobrecimiento del yo hacen que pueda transformarse la melancolía en depresión obsesiva;
 - Tendencia al suicidio como signo de hostilidad contra sí mismo, como objeto.
-

Tomado de Polaino, A. (2000). La Depresión, p. 33-34

Schultz (1951) habla del problema de la depresión neurótica. La ambivalencia y la regresión parcial a la oralidad, conservando ciertas instancias adscritas a un super-yo rígido.

Klein (1960) comenta que el conflicto va a establecerse entre el yo y el ello, porque está identificado con los objetos malos, porque con sus impulsos supone una grave amenaza o pérdida del objeto bueno.

2.3.2. Modelo clínico-descriptivo

Los modelos clínico descriptivos son los que tienen una más larga tradición, tratan de presentarse como un sistema, sino sistémico y cerrado, sí suficientemente útil para que en la práctica sea operativo. Existe una discusión sobre si la depresión constituye una alteración psicótica o neurótica. La psicosis es una grave perturbación incomprensible psicopatológicamente, que supone una rotura de la continuidad histórico-significativa y biográfica del sujeto. Por otra parte la neurosis es una alteración más leve y comprensible psicológicamente a la luz de los motivos. Es por eso que existen modelos que hacen este tipo de diferenciación para distinguir entre una depresión neurótica, aquella que constituye una depresión difusa que abarca el variado espectro de las reacciones neuróticas al estrés; y entre la psicótica que se encuentra ligada más a la carga genética y que depende de alteraciones bioquímicas.

Otro dilema es el hablar de la depresión endógena y psicógena, la primera según Renth (1975), corresponde a la enfermedad depresiva y lo exógeno a los estados de angustia. Esta distinción se sostiene en dos criterios:

1. Farmacológico, se usa la terapia electroconvulsiva y de fármacos tricíclicos.
2. Cuestionarios, se realizan pruebas para determinar si se posee la depresión como tal o bien un grado de ansiedad.

La depresión endógena tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de

síntomas depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

Por otra parte la depresión exógena es fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno.

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán.

Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva.

Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

Pay Kel (1979) afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos. Toda la fisiología y la patología del estrés son inseparables de la emoción,

de la angustia y de la depresión, sobretodo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma.

Para finalizar el dilema de las depresiones bipolares o monopulares; la distinción entre las depresiones bipolares (alternancia de las fases maníacas y depresivas) y depresiones monopulares (fase únicamente de depresión o de manía) fue descrita por Leonhard en 1959. Pero fueron Gibeti (1955), Perris (1966) y Angst (1966) los que ofrecieron las pruebas que evidenciaban esta distinción, las diferencias encontradas pueden resumirse en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3. Diferencias sobre depresiones bipolares o monopulares.

Psicosis maniaco -depresivas-		Depresiones Monopulares
Biotipo y temperamento Etiología	Pícnico y Sintónico Hereditaria	Leptosómico y esquizotímico Multifactorial (desencadenamiento somático y psíquico)
Morbilidad y sexo Edad de aparición Formas Clínicas	1:1 Más temprana Semiestupor o estupor	8:1/10:1 Más tardía Hipocondriaca, anancástica y depersonalizante
Duración de las fases Intervalo asintomático Tasa de suicidio Personalidad	6,1 meses Menor Mayor Enérgica y extravertida	8,8 meses Mayor Menor Tensa y ansiosa

Tomado de Polaino, A. (2000). La Depresión, p. 47

En la tabla 2.4. se da un perfil de las distintas funciones psíquicas en el cual se observan las diferencias que existen entre la depresión y la manía para darle un mayor entendimiento.

Tabla 2.4. Sintomatología de la Depresión y la Manía

FUNCIONES	DEPRESIÓN	MANÍA
Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> -Descenso de la afectividad -Tristeza inmotivada -Falta de ilusiones - Indiferentismo - Aburrimiento - Renuncia a los proyectos e ideales - Deseos de morir - Imposibilidad de sufrir sus propios sentimientos - Infelicidad, escepticismo y apatía - Descenso del umbral para sintonizar con los sentimientos tristes - Hipersensibilidad y susceptibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Varía de la distimia alegre a la exaltación del humor festivo, orgiástico, telúrico y dionisiaco. - Ampliación de las tareas de egoimplicación. - Ascenso del umbral perceptivo para los acontecimientos tristes. - Euforia espontánea y extraversión exaltada. - Insensibilidad al dolor y a las necesidades físicas. - Crisis de irritabilidad y cólera cuando se le contradice.
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibición y empobrecimiento - Curso lento y dificultoso. - Circularidad y cavilaciones. - Contenido monotemático: su propia enfermedad, la ruina económica y/o la culpa moral. - Ausencia de ideas. Falta de ocurrencias. Sensación de vacío y esterilidad. - En ocasiones, ideas delirantes sobre el contenido monotemático. - No es raro el temor y la idea obsesiva. . A veces, ideas delirantes hipocondríacas de culpa y de condenación. - A veces, ideas paranoides (se sientes espiados). 	<ul style="list-style-type: none"> - Curso acelerado - Incapacidad de fijarse y profundizar en un solo contenido (pensamiento fugaz). - Versatilidad temática - Fluidez vertiginosa de contenidos que desbordan la normal capacidad atencional del sujeto. - En ocasiones, ideas delirantes de grandeza y omnipotencia. - Casi nunca se encuentra un delirio sistematizado. - A veces, ideas paranoides.

Percepción	<ul style="list-style-type: none"> - Ensimismamiento. - Percepciones delirantes somestésicas. - Alucinaciones auditivas y visuales. - Falsas interpretaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ilusiones - Seudoalucinaciones - Alucinaciones visuales y auditivas
Lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibición - Tiene grandes dificultades para conversar - Sintoniza más con los contenidos alegres - Incomunicación - Los contenidos de la escasa comunicación suelen ser negativos y tristes. - Hermetismo y solipsismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidez verbal excesiva - Confusión ideo-fugaz (no termina las frases por estar acelerado el pensamiento) - Verborrea
Experiencia espacio-temporal	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidez temporal lenta y penosa - Refugio en el pasado - Obstrucción del futuro por amenazas, temores y fobias que lo hacen insoportables. - Exageración de las distancias. El espacio le ahoga. Sometimiento al espacio. - Inseguridad y duda 	<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo fluye extraordinariamente veloz - Olvido del pasado - Imposibilidad de realizar en el futuro sus numerosos proyectos - Supresión de la distancia. Todo lo que abarca con su omnipotencia pática. El espacio le esta sometido. - Extraordinariamente seguro de sí mismo

Tabla 2.4. Sintomatología de la Depresión y la Manía (cont...)

FUNCIONES	DEPRESIÓN	MANÍA
Sensación de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Muy resaltada - Se considera acabado, cansado y acosado por sus sufrimientos - Incapaz de realizar la más pequeña tarea 	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Se considera joven, fuerte y rebosante de alegría - Incapaz de fatigarse
Interacción social	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibida y bloqueada - Penosa, monotemática, perseverante - Dificultad para rebasar su propia intimidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitada - Trivial, baladí, fugitiva - Invade la intimidad de los demás

	<ul style="list-style-type: none"> - Impermeabilidad frente a los otros - Autoconcepto peyorativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Reificación y dominio sobre los otros - Optimización del autoconcepto - Expansión
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> - Ordinariamente inhibida. En ocasiones facilitada (depresiones agitadas) - Excesivas reflexiones que se transforma en un obstáculo insuperable. - La actividad carece de sentido - Reducción de todos los proyectos personales - La inhibición psicomotriz puede llegar hasta el estupor melancólico. - En ocasiones inquietud psicomotora - Dificultad para transformar las ideas en actividad. - Acaticia (incapacidad para permanecer sentado), en ocasiones - Gestos invariables, lentos y estereotipados. - - Máscara de tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentada (desde la excitación hasta la agitación) - Multitud de decisiones impensadas - No hay lugar para la reflexión y ponderación - No se detiene ante los obstáculos - Descarga de impulsos con finalidad subjetiva y sin eficacia objetiva - Sus proyectos están continuamente ampliándose, pero a penas inicia uno ya comienza otros; ninguno se acaba. - Ausencia de autocontrol - En ocasiones, furor maniaco (grita salta, destroza objetos, insulta) - Transformismo puntual de ideas en actividad - Incapacidad para permanecer sentado (acaticia) - Gestos exagerados, pomposos y continuado
Tendencias	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la fase de sueño paradójico - Imposibilidad de dormirse, sueño inquieto, superficial y con pesadillas, frecuentemente interrumpido. A veces hipersomnia. - Anorexia y disminución de peso. A veces pequeños episodios de bulimia. - Inhibición de la apetencia sexual. - Apatía generalizada 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la necesidad de dormir - Insomnio, no experimentado como tal. - A veces exaltación sexual y crisis de bulimia, que se alteran con etapas de despreocupación total por la satisfacción del hambre - Aumento y/o disminución de peso, según los casos.

Tabla 2.4. Sintomatología de la Depresión y la Manía (cont...)

FUNCIONES	DEPRESIÓN	MANÍA
Análisis funcional de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> - Extinción de conductas experimentales adaptativas - Disminución de la tasa de conductas de evitación y fracaso de las mismas - Pérdida de contingencias positivas - Disminución de los reforzadores sociales - Falta de habilidad para evitar contingencias sociales aversivas - Incapacidad para conseguir refuerzos sociales; inaccesibilidad de estos refuerzos. - Bajo repertorio de habilidades sociales. - Déficit asertivo- 	<ul style="list-style-type: none"> - Las secuencias conductuales son muchos más complejas y su análisis requiere otro planteamiento completamente distinto.
Trastornos neurovegetativos y equivalentes depresivos	<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas, vómitos, sequedad de boca - Algias gástricas. Hiperclorhidria. - Estreñimiento - Descenso del metabolismo basal - Probable curva diabetoide - Bradicardia - Taquicardia - Hipertensión. Cefaleas - Algias y parestesias de todas clases y localizaciones - Vértigo. Acaticia. Prurito. - Opresión precordial. Crisis de sudoración. - Hipersensibilidad al ruido - Trastornos del gusto - Sofocos - Frialdad - Hormiguilla 	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo algunos de los que acontecen en la depresión. El sujeto, no obstante, apenas si tiene conocimiento de ellos.

Tomado de Polaino, A. (2000). La Depresión, p. 49-52

2.3.2 Modelo Neurofisiológico

Este modelo es un conjunto muy amplio y variado de datos neurofisiológicos que fundamentan las diferentes formas clínicas depresivas hasta ahora descritas. En lo que se refiere a dicho modelo se basa en la actividad electrotérmica ya que permite diferenciar no sólo las depresiones agitadas, sino también las depresiones psicóticas versus neuróticas. Byrne (1975) ha constatado en las depresiones psicóticas un nivel de conductibilidad de la piel menor que en las depresiones neuróticas.

Un bajo nivel de conductancia, la emisión de pocas respuestas de amplitud y la discriminación o inexistencia de habituación a los estímulos caracterizan a las depresiones psicóticas y endógenas; por el contrario el alto nivel de conductibilidad de la piel y frecuentemente emisión de respuestas psicogalvánicas de alta amplitud constituyen el perfil neurofisiológico que caracteriza a las depresiones agitadas no endógenas en las que está presente, con mayor o menor intensidad, la ansiedad.

Sin embargo otro factor en el que se determina la depresión es en el estudio electroencefálico del sueño, ya que se ha demostrado su gran utilidad en los pacientes depresivos. En realidad las alteraciones del sueño constituyen un síntoma de la depresión, que puede constatarse incluso clínicamente. El análisis grosero de las características del sueño ha probado que en los depresivos esta actividad se inicia más tardíamente, decrece el total de horas de sueño y aparecen frecuentes activaciones durante la noche (Haider, 1968). En los depresivos la duración del sueño es menor que en los sujetos normales (5,5 horas frente a 7,2 horas) a la vez que se incrementa la movilidad del paciente durante el sueño.

2.3.3 Modelo Bioquímico

El descubrimiento de los neurotransmisores en el sistema nervioso central (SNC) es uno de los hitos recientes que, sin duda alguna, mayor número de consecuencias han generado y han de generar para el progreso en el estudio del comportamiento normal patológico.

Un neurotransmisor no es otra cosa que un mediador o mensajero que interviene en la transmisión del impulso nervioso, un elemento clave para entender el lenguaje entre las neuronas (sinapsis) y, por medio de éste, poder explicar el funcionamiento del SNC, que está en la base de toda manifestación conductual.

El comportamiento funcional del lenguaje sináptico parece a primera vista muy sencillo: transmitir información positiva o negativa a la célula nerviosa, según la excite o la inhiba.

Los neurotransmisores son aquellos que reciben las señales cerebrales y a partir de los cuales se va procesando toda la información, para darle una explicación a las conductas que se van presentando en el sujeto. La noradrenalina, serotonina, dopamina y acetilcolina, cumplen con una serie de requisitos que los hacen neurotransmisores del SNC, son aquellas sustancias controladoras que ayudan a la liberación de estímulos nerviosos del cerebro (Polaino, 2000).

A partir de este modelo bioquímico que explica la conducta como el resultado de ciertas sustancias que se encuentran en el organismo, es posible señalar que dichas manifestaciones conductuales pueden ser controladas o modificadas a través de químicos (medicamentos).

2.3.4 Modelo Conductual

La psicología científica y experimental ha inspirado sin duda alguna la denominación desvalimiento aprendido a aquellos trastornos que se dan en la conducta como lo es el caso de la depresión. Sin embargo la psicología del aprendizaje no tiene inconveniente en aceptar que la depresión endógena y la psicosis maniaco-depresiva son otra cosa diferente y de difícil replicación, aun cuando algunos científicos del aprendizaje no renuncien por esto a la investigación de esas alteraciones.

El conductismo es parte de un proceso a través del cual se va condicionando al sujeto para que este no presente los rasgos depresivos, ya que toda reacción fisiológica se da por la somatización del individuo. Seligman (1975) define *helplessness* como el estado patológico que resulta cuando los acontecimientos son incontrolables, entendiendo por controlabilidad la independencia entre el refuerzo negativo y el positivo, y cada una de las RR (respuesta motoras espontáneas) que son susceptibles al cambio por acción del refuerzo o castigo, dicho de otra forma las que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se den conductas que sean premiadas o castigadas.

El conductismo a través del condicionamiento operante se define con un estímulo, dando una respuesta y trayendo una consecuencia la cual se puede modificar según se desee que sea la respuesta final a ese condicionamiento y a partir de algunas variables de reforzamiento es como podemos obtener un cambio benéfico.

Ninguno de los modelos que se explicaron anteriormente es propiamente acabado o satisfactorio y completo, ya que ninguno acierta a explicar cada uno de los problemas implicados en las depresiones, sólo han sido intentos o modos de acercarse a la realidad clínica. Su objetivo es categorizar en un orden explicativo los hechos

complejos de estos acontecimientos, por lo que existen nuevas remodelaciones y planteamientos (Polaino, 2000).

2.4. Tipos de Depresión

La depresión puede adoptar muchas formas. Lo que las distingue son los síntomas y las circunstancias asociadas a cada una, así como la duración y severidad de los síntomas. Sin embargo a menudo no es clara la distinción entre los diferentes tipos de depresión. Frecuentemente comparten muchas características. También es posible tener más de un tipo de trastorno del estado de ánimo.

Para determinar el mejor tratamiento de sus síntomas y circunstancias particulares, los profesionales de la salud mental clasifican las diversas formas de depresión. La clasificación empieza con las principales categorías de la depresión, dentro de cada una hay varios subtipos:

- ✓ Depresión mayor
- ✓ Distimia
- ✓ Trastornos de adaptación
- ✓ Trastornos bipolares

Depresión Mayor

Es la forma más frecuente de la depresión. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo que dura más de dos semanas e incluye uno de los signos primarios de la depresión:

- Sentimientos abrumadores de tristeza

- Perdida de interés o placer en las actividades que habitualmente disfruta

La gente que tiene depresión mayor presenta también por lo menos cuatro de los siguientes signos y síntomas regularmente o todos los días.

- Pérdida o aumento significativo de peso
- Alteraciones del sueño
- Movimientos lentos o de inquietud
- Fatiga o falta de energía
- Baja autoestima o sentimientos de culpa inapropiados
- Sentimientos de inutilidad o culpa
- Sentimientos de impotencia o desesperanza
- Dificultad para pensar o concentrarse
- Pérdida de deseo sexual
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Después de tener el primer episodio hay una probabilidad de volver a tener otro del 50% y si estos episodios se dan más de dos veces entonces habrá una probabilidad del 70%. Si no se tratan estos episodios permanecerán de 6 a 18 meses.

Los sujetos que padecen depresión tienen la capacidad disminuida para pensar, concentrarse y tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

La depresión del estado de ánimo varía de un día a otro. En algunos casos la ansiedad y el malestar pueden predominar sobre la depresión. La alteración del

estado de ánimo puede estar enmascarada por irritabilidad, comportamiento histriónico o preocupaciones somáticas.

La diferenciación de la gravedad de los cuadros depresivos se basa en el número, tipo y gravedad de los síntomas. Un buen indicador podría ser la actividad laboral, en el hogar, la cotidiana o la social (Tipos de Depresión. Recuperado el 3 de Octubre del 2005, de <http://www.psicoadactiva.com>).

Distimia

La distimia es una forma prolongada de depresión leve caracterizada por una perspectiva persistente sombría. El término tiene su origen en los griegos, que creían que el timo era la raíz de todas las emociones. De aquí, *dis*, que significa malo, y *timia*, que denota un trastorno de mente.

La distimia dura habitualmente por lo menos dos años y algunas veces más de cinco años. No es incapacitante y los periodos de distimia pueden alterar con intervalos breves normales. Hay un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor si se tiene distimia; cuando la depresión mayor complica a las distimia, el trastorno es llamado depresión doble.

Los signos y síntomas de la distimia son como los de la depresión mayor pero no tan intensos. Pueden incluir:

- Dificultad para concentrarse a tomar decisiones
- Aislamiento social
- Irritabilidad

- Inquietud o lentitud
- Problemas de sueño
- Pérdida o aumento de peso

Algunas personas desarrollan la distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos el 75% de las personas con distimia tienen otros problemas de salud.

Trastornos de Adaptación

Los trastornos de adaptación proceden a menudo de la depresión mayor. Los médicos utilizan los siguientes criterios para diagnosticar un trastorno de adaptación:

- Síntomas emocionales o de comportamiento en respuesta a un evento identificable que ha ocurrido en los últimos tres meses.
- La respuesta al evento exceda de la reacción que normalmente esperaría.
- Los síntomas no se deben únicamente a aflicción o desamparo.

Cuando el trastorno dura más de seis meses este es conocido como trastorno de adaptación crónico. Los trastornos de adaptación también se clasifican de acuerdo a sus síntomas primarios:

- Trastorno de Adaptación con estado de ánimo deprimido
- Trastorno de Adaptación con ansiedad
- Trastorno de Adaptación con mezcla de ansiedad y ánimo deprimido
- Trastorno de Adaptación con alteraciones de las emociones y el comportamiento.

Trastornos Bipolares

Dentro de trastornos del estado de ánimo también se encuentra el **episodio maníaco**, que podríamos definir como lo opuesto a la depresión, pues tiene los síntomas en sentido contrario a ésta. Es una exaltación del estado de ánimo e hiperactivación de todas las funciones psíquicas.

En lugar de tristeza la persona tiene una alegría contagiosa, euforia y ríe constantemente. En vez de inhibición psicomotriz, el paciente tiene una vitalidad desbordante, habla sin cesar, emprende muchas tareas, recuerda cosas olvidadas, compra y regala cosas inútiles. La autovaloración y juicio de sus circunstancias es optimista, sin crítica, con tendencia a la grandiosidad. Tiene ideas sobrevaloradas y delirantes en vez de ruina, especialmente de ganar millones, estar en contacto con Dios y salvar al mundo. Su implicación excesiva en actividades placenteras tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. Los cambios corporales son menos acusados que en la depresión, su insomnio adquiere la característica de que no necesita dormir tanto y despierta en plena euforia.

Este tipo de trastorno, también llamado depresión bipolar, reúne cuadros de euforia maníaca y melancolía alternativamente. Los síntomas en la fase depresiva son idénticos a los que tiene una persona que solo sufre depresión y los de la fase maníaca, los mismos de un enfermo que solo tiene fases maníacas.

El trastorno bipolar suele iniciarse alrededor de los 30 años, la duración de los diferentes episodios es de unos 4 meses, con un promedio de períodos asintomáticos de 2 años.

Algunas personas con depresión tienen ciclos recurrentes de depresión y euforia (manía). Esta enfermedad incluye emociones en ambos extremos y es denominada maniaco depresión. En una fase maniaca el paciente se siente con una gran energía imparable. Algunas personas tienen explosiones de creatividad y productividad durante la fase maniaca. Su sintomatología se caracteriza por:

- Euforia anormal o excesiva
- Energía marcadamente aumentada
- Disminución de la necesidad de dormir
- Irritabilidad inusual
- Creencias irreales en las propias capacidades y poderes
- Conversación incrementada
- Pensamientos atropellados
- Juicio deficiente
- Deseo sexual aumentado
- Comportamiento social provocativo, impertinente o agresivo
- Abuso de alcohol o drogas

Hay tres tipos de trastorno bipolar:

- a) *Trastorno bipolar I*. Casi siempre incluye uno o más periodos de depresión mayor, y por lo menos uno de manía o un episodio mixto. Puede empezar con depresión mayor o manía. Si se empieza con depresión el episodio de manía ocurrirá uno o dos años después.

- b) *Trastorno bipolar II*. En esta forma de enfermedad, se presenta uno o más episodios de depresión mayor y por los menos un periodo de hipomanía, un trastorno de euforia leve.
- c) *Trastorno ciclotímico*. Es una forma más leve de trastorno bipolar crónico. Se caracteriza por tener periodos cortos de depresión leve y periodos cortos de hipomanía.

Existen otras dimensiones de la depresión como las siguientes:

- *Depresión leve o seria*. Oscila entre depresión leve, la cual implica síntomas que no son tan intensos y que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones, mientras que la moderada incluye síntomas más intensos con alteraciones.
- *Depresión suicida*. Se refiere a síntomas tan graves que un individuo piensa suicidarse o hace un intento de suicidio.
- *Depresión aguda o crónica*. Aquí se clasifica si los síntomas han durado un periodo corto, se define como depresión aguda y si estos han permanecido por más de seis meses se considera crónica.
- *Episodio único o depresión recurrente*. Aquí se clasifica a través del tiempo. Un episodio único significa que no tiene historia previa de depresión. La depresión recurrente se refiere a más de un episodio de depresión.

- *Depresión melancólica.* Se aplica a la depresión mayor con características como: incapacidad para disfrutar las cosas, falta de apetito, despertar muy temprano en la mañana, movimientos lentos y sentimientos de culpa infundados.
- *Depresión catatónica.* Durante la depresión o manía severa, se llega a un punto en el cual la persona no se mueve y habla muy poco, mira fijamente, hace gestos y repite palabras o frases sin sentido.
- *Depresión atípica.* Aquí se experimenta alegría aunque sea muy poca. Los pacientes tienden a ser muy sensibles al rechazo, comen y duermen más de lo habitual y generalmente se sienten fatigados.
- *Depresión psicótica.* La gente que posee este tipo de depresión tiende a tener alucinaciones o delirios. Los delirios son creencias falsas que persisten a pesar de la evidencia en su contra.
- *Trastorno afectivo estacional.* Este término es utilizado para los periodos de depresión relacionados con el cambio de estación.

Algunos médicos utilizan otros términos adicionales como:

- *Depresión secundaria.* Cuando la depresión no es el problema primario de salud. Más bien es un síntoma de otro trastorno. También se le conoce como depresión debido a un trastorno médico específico, se da en casos como enfermedades de la glándula tiroides o de las suprarrenales. Puede estar relacionada con enfermedad cardíaca, diabetes u otros trastornos médicos.

- *Depresión concomitante.* Se refiere a la depresión que se acompaña de otra enfermedad mental (Kramlinger, 2001).

2.5 Depresión en Personas de la Tercer Edad

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos. La existencia de tratamientos eficaces que pueden mejorar la calidad de vida de quienes padecen este trastorno, obliga a prestar especial atención a este problema. Debemos mantener un permanente estado de alarma que permita su detección, para posteriormente abordarla con los tratamientos de los que disponemos.

En primer lugar por su frecuencia que es muy alta. Se calcula que hasta un 30% de los mayores de 65 años padece alguna de las diversas formas de depresión. Esta aseveración tiene sin embargo muchos matices, todas ellos tomados con precaución derivada de los problemas metodológicos de los estudios.

Se sabe que la depresión severa o depresión mayor es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven. Afectaría al 1-2% de los mayores de 65 años y supondría un cuarto de todas las depresiones mayores. Existen argumentos por parte de algunos autores en contra de la anterior afirmación, dando una posible explicación a esta diferencia en un menor diagnóstico de la depresión mayor (Tipos de Depresión. Recuperado el 3 de Octubre de 2005 de www.saludalia.com).

- Esto se debería a varios factores como la presencia de deterioro cognitivo o una expresión de los síntomas de forma diferente en el anciano, con una menor

expresión de tristeza y más presencia de síntomas somáticos o corporales. Esto supondría que los estrictos listados de criterios con los que se hacen los diagnósticos estén poco adaptados a la forma de la depresión en el anciano.

- En cambio la frecuencia es muy alta si se estudian depresiones menores y presencia de síntomas o estados depresivos que no cumplen suficientes criterios para considerarlos depresión. La presencia de estas depresiones menores o depresiones subclínicas se calcula en un 15%-20% de las personas mayores (Tipos de Depresión. Recuperado el 3 de Octubre de 2005 de www.saludalia.com).
- Estas cifras son válidas para ancianos que viven en la comunidad. Si se analiza la frecuencia del trastorno depresivo en ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias, los porcentajes son aún mayores. Se calcula que la presencia de depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%.
- En estos mismos los trastornos depresivos menores alcanzarían el 30%. En residencias los porcentajes se disparan hasta 15% y 30-35% respectivamente (Tipos de Depresión. Recuperado el 3 de Octubre de 2005 de www.saludalia.com).
- En segundo lugar por su trascendencia, la presencia de este trastorno pasa factura en el adulto mayor no sólo como fuente de sufrimiento individual sino afectando a su calidad de vida.
- Se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano; interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes; induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece. Son observaciones constatadas tanto a nivel comunitario como en instituciones geriátricas (Tipos de Depresión. Recuperado el 3 de Octubre de 2005 de www.saludalia.com).

Esta mayor mortalidad se ha atribuido a varios factores:

- Menor soporte social del anciano deprimido.

- Peor estado nutricional por pérdida del apetito.
- Posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario
- Pérdida de motivación para el autocuidado.

2.5.1. Frecuencia

En un intento de simplificar el diagnóstico de depresión se han llevado a cabo numerosos estudios para limitar con precisión la demografía de esta enfermedad. Los estudios tratan de indagar qué sexo, clase social, estado civil y grupo de edad tienden a padecer depresión con mayor frecuencia. Los resultados son por lo habitual aparentemente concluyentes e irreversibles. Las respuestas varían entre cada muestra poblacional y entre cada comunidad y, en el espacio de una década, las conclusiones se revierten.

Algunos puntos parecen seguros: el índice de morbilidad en la población general aparentemente es mayor para las mujeres que para los hombres. Pero tradicionalmente se le ha permitido a la mujer incluso se la ha estimulado a lamentarse, mientras que se espera que el hombre “tuviera menor número de emociones”. ¿Podría ser que esta diferencia de morbilidad tuviera relación con una menor aceptación por parte de los varones? ¿Con una mayor aceptación de sus síntomas somáticos como una actitud tolerada? (Rozados, 2003).

Por lo que hace al estado civil se observó con mayor frecuencia que los individuos solteros presentaban un índice de morbilidad por depresión mayor que los individuos casados. Pero estudios recientes muestran que el estado civil soltera se está volviendo más aceptable desde el punto de vista social y que los índices cambian y la morbilidad se inclina a favor de aquellos que mantiene relación afectiva sólida dentro o fuera del matrimonio (Rozados, 2003).

Los resultados “concluyentes” en el caso del nivel socio-económico han variado de manera extrema. En algún momento se pensó que la depresión era principalmente un síndrome de las clases más altas, luego, a medida que la atención médica fue más disponible y aumentó la conciencia social, se vio más claramente la incidencia de morbilidad en las clases más bajas (Rozados, 2003).

Por último la raza, religión e incluso la edad, no son indicadores demográficos de depresión (Rozados, 2003).

A medida que la ciencia médica alcanzaba a comprender que la probable etiología de muchas depresiones era mayormente biológica –quizás bajo la influencia de conflictos psicológicos internos y estrés externos- la demografía pasó a ser menos importante en el diagnóstico que la existencia de síntomas. Los factores de estrés y los antecedentes personales y familiares pasaron a ser diagnósticamente más importantes como “inductores de sospecha” que los parámetros demográficos (Rozados, 2003).

En lo referente a estadísticas sobre depresión lo más importante es que el diagnóstico de depresión se pasa por alto con mucha mayor frecuencia de lo que se arriba a él. En un informe, efectuado en Inglaterra en la última parte de la década de los ´60, se indica que la depresión detectada representa una porción muy pequeña de la incidencia total (Rozados, 2003). Sin embargo, a pesar de que ha aumentado el índice de suicidios desde que se elaboró ese informe, el porcentaje aproximado de pacientes deprimidos que siguen sin diagnóstico ha permanecido casi constante. Por supuesto, muchos de aquellos que siguen sin diagnosticar nunca son vistos por un especialista. Sin embargo los investigadores han estimado que menos del 10% de los pacientes deprimidos son diagnosticados como tales en la primera consulta con un médico general; el resto son rotulados con un diagnóstico médico (Rozados, 2003).

Si bien pacientes de cualquier edad y condición física pueden deprimirse, algunos grupos de pacientes son susceptibles de padecer la enfermedad debido a factores sociales, fisiológicos y psicológicos. A menos que el médico esté especialmente alerta sobre la posible presencia de una depresión, estos mismos factores pueden dificultar el diagnóstico en los ancianos, en los adolescentes, en el paciente con enfermedad crónica y en los pacientes sometidos a un elevado nivel de estrés.

La depresión en un hombre de cuarenta y tres años, que no ha presentado síntomas previamente, es fácil de diagnosticar: los cambios en su conducta son evidentes. ¿Pero qué pasa con el anciano de setenta años? Los cambios en su conducta pueden haber sido graduales; además, en general, esperamos algo de tristeza y retracción en los ancianos. ¿Y los adolescentes? ¿Cuáles de los síntomas son orgánicos... y quién no estaría preocupado con una patología como ésta? Y el estrés... quizás se sienta mejor cuando termine el trámite de divorcio, cuando sus problemas de negocios se solucionen un tanto. Es fácil errar o pasar por alto un diagnóstico de depresión en estos pacientes. Pero dado que son pacientes de alto riesgo, no sólo de suicidio sino también de depresión, es especialmente importante el diagnóstico y tratamiento. Una vez que se comprenden con claridad las distintas formas con las cuales se expresa la depresión en estos pacientes de alto riesgo, y se desliga la enfermedad de los diversos factores sociales y médicos de fondo, el diagnóstico se torna más fácil. Además, al contrario de la opinión pública, el pronóstico de estos pacientes de alto riesgo es excelente (¿Tiene usted Depresión? Recuperado el 5 de Diciembre del 2005, de www.depresion.psicomag.com).

Hay quienes afirman que la felicidad prolonga la vida y la tristeza la acorta. Sin embargo, existe nueva evidencia científica que revela que el estado de ánimo no sólo incide directamente en las posibilidades de sufrir problemas cerebrovasculares sino

que también afecta nuestras capacidades mentales, como memoria, concentración y raciocinio (Depresión en la Vejez, s.f.).

La depresión en las personas de la tercera edad es un importante problema de salud mental por su mayor gravedad, su elevado riesgo de suicidio y las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación, ya que el anciano frecuentemente padece al mismo tiempo enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, la hipertensión, cáncer o incluso otros padecimientos del sistema nervioso central como Parkinson y Alzheimer.

En México se estima que el 12% de las personas mayores de 65 años, atendidos en los centros de salud, padecen un episodio depresivo mayor; mientras que 20% más muestra síntomas depresivos significativos que reducen sustancialmente su calidad de vida y facilitan el desarrollo de un cuadro depresivo más severo (Depresión en la Vejez, s.f.).

Es importante destacar el fuerte riesgo de suicidio que tiene la persona deprimida en esta edad, cuatro veces mayor que los deprimidos de menor edad. Existen una serie de variables que se asocian con este riesgo, entre las que destacan, la ausencia de apoyo familiar, mala salud física, alcoholismo y sentimiento de culpa, entre otras.

Desafortunadamente, la depresión senil no recibe la atención que merece por su magnitud y trascendencia y sólo un escaso porcentaje de ancianos con depresión recibe un tratamiento adecuado.

El hecho de que se considere a la depresión como una consecuencia lógica del envejecimiento, constituye un factor muy importante que actúa negativamente en detectar el padecimiento. El problema se agrava si consideramos que en la actualidad existe la tendencia demográfica a la inversión en la pirámide de la población, es decir que al aumentar la expectativa de vida de las personas, exista una representación cada vez mayor de la llamada tercera edad.

Por otra parte, muchos ancianos no se dan cuenta de que padecen depresiones, ya que el trastorno queda enmascarado por otras enfermedades, e incluso es asumido al haberse generalizado la idea de que la tristeza es una característica propia de esa etapa de la vida.

Entre los factores que favorecen la aparición de depresión en la tercera edad, se encuentran los cambios biológicos o bioquímico-cerebrales, enfermedades y las limitaciones psicofísicas, además de los distintos acontecimientos desfavorables que va sufriendo a lo largo de la vida, como la pérdida de familiares y amigos, la jubilación que implica una pérdida económica y privación de status social y prestigio y el rechazo familiar, entre otros (Depresión en la Vejez. Recuperado el 5 de Diciembre del 2005, de <http://www.tlmsn.com.mx>)

Según datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), existen cerca de 12,000 unidades de consulta externa en el primer nivel de atención, sin embargo, un número muy reducido cuentan con un servicio de salud mental.

El Distrito Federal concentra el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta; únicamente 7 estados tienen suficiencia de psiquiatras (uno por cada 100 mil pacientes). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas, la carencia de psiquiatras es casi absoluta. Otro aspecto a resaltar es

que en las entidades federativas, estos profesionistas se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo (Gaxo Wellcome, 2002).

Los hospitales psiquiátricos dependientes de la Secretaría de Salud (SSA) son en total 28, distribuidos en 21 entidades federativas, concentrándose en el Distrito Federal y en el Estado de México, lo cual coincide con la escasez de psiquiatras en los estados de Quintana Roo y Zacatecas. Las Instituciones de Seguridad Social cuentan con 4 hospitales, existiendo 8 más de carácter privado (Pfizer, 2006).

Existe un Instituto Nacional de Psiquiatría y adicionalmente otros Institutos Nacionales disponen de camas para la atención de estos enfermos. En 1999 el RENIS reporta un total de casi 6,000 camas censables, lo que nos refleja un indicador de 0.6 por cada 10,000 habitantes, concentrándose en los Estados de México, Puebla, Hidalgo, Jalisco y el Distrito Federal. La mitad de estas camas están saturadas, sin movimiento y distribuidas de manera inequitativa. Es una realidad que los servicios se ubican en las localidades de mayor desarrollo económico o en sitios alejados de las zonas urbanas (Pfizer, 2006).

En México, existe un antecedente de la implantación de un modelo de atención primaria para la salud mental en un centro de salud de primer nivel de atención, inspirado en los preceptos del modelo de atención primaria formulado y propuesto por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma-Ata en 1978.

La atención del enfermo mental es una labor que se debe agregar a los servicios del primer nivel de atención médica.

Generalmente, los síntomas de la enfermedad depresiva no son reconocidos en el primer nivel de atención, tanto por el médico como por el paciente. Si no se trata adecuadamente a los pacientes con enfermedad depresiva, esto puede llevar al enfermo a una discapacidad grave, a su muerte por suicidio, al aumento de los costos del cuidado de la salud y al sufrimiento del paciente y de su familia (Pfizer, 2006).

2.5.2 Causas

La depresión es un padecimiento que no respeta sexos ni edades, por lo que se considera que las depresiones tardías no son una entidad nosológica particular. Los factores desencadenantes que se tomaron en cuenta cubren un amplio espectro de posibilidades, ya que existen los situacionales y los somáticos (Calderón, 1999).

En la vejez concurren una serie de factores de diversa índole que pueden favorecer la aparición de este trastorno, por lo cual sería de gran importancia el saber cuales son estos para así evitar se presenten y no caer en Depresión.

- Pérdida de salud que acontece con la edad. En muchas ocasiones esta pérdida de salud condiciona deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- Presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares, amigos y seres queridos en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas.
- Merma de la capacidad económica.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.

- Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.
- Factores biológicos presentes, aunque no suficientes para la depresión. Entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales. Se ha postulado que pudieran ser un factor de vulnerabilidad.

A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos.

Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son "normales" para su edad. (Causas de la Depresión en la Vejez. Recuperado el 5 de Diciembre del 2005 de <http://www.saludalia.com>).

En la tabla 2.5 se especifican las características clínicas en pacientes de mexicanos en los cuales se presentó la depresión en diversos grados.

Aquí se especifican los diferentes estados de ánimo y de acuerdo a ellos se puede observar el grado de profundidad de la Depresión. Existen cuatro diversos grados; cuando la depresión se da de manera intensa, cuando es de forma moderada o bien si se presenta en menor grado en este caso leve y finalmente si no se presentan dichas características quiere decir que no existe el trastorno como tal.

Tabla 2.5. Frecuencia de las características clínicas en pacientes mexicanos con diversos grados de Depresión (n=486)

<i>Característica clínica</i>	Profundidad de la depresión			
	<i>Ninguna</i>	<i>Leve</i>	<i>Moderada</i>	<i>Intensa</i>
	(%)	(%)	(%)	(%)
Cara triste	18	72	94	98
Postura encorvada	6	32	70	87
Llanto durante la entrevista	3	11	29	28
Lenguaje lento	25	53	72	75
Ánimo abatido	16	72	94	94
Variación diurna del ánimo	6	13	37	37
Deseos suicidas	13	47	73	94
Indecisión	18	42	68	83
Desesperanza	14	58	85	86
Sensación de incapacidad	25	56	75	90
Culpa consciente	27	46	64	60
Pérdida de interés	14	56	83	92
Falta de motivación	23	54	88	88
Fatigabilidad	39	62	89	84
Trastorno del sueño	31	55	73	88
Pérdida del apetito	17	33	61	88
Estreñimiento	19	26	38	52

n= número de pacientes

Tomado de Glaxo Wellcome (2002). Depresión: La Enfermedad del Siglo. CD ROM.

2.6. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión, como el de cualquier entidad médica, consiste en recopilar y organizar información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada. Como primer paso, el médico debe conocer los síntomas de la enfermedad: la tríada de expresión de la depresión: somática, emocional y psíquica. Luego debe aprender cuándo, cómo y dónde debe buscar los síntomas de depresión y aprender cuándo tener en cuenta la depresión.

Por supuesto, algunos pacientes parecen tener una forma “pura” de depresión sin relación alguna con síntomas físicos. Pero la mayoría de los pacientes deprimidos que son vistos por el médico general presentan una depresión relacionada, de alguna manera, con padecimientos físicos. Este es el motivo por el cual consultan a un médico de atención primaria (Rozados, 2003).

Todos estos pacientes, no importa qué relación guarde su depresión con una enfermedad física, expresan su depresión casi de la misma manera: por supuesto a través de sus síntomas, pero también a través de la forma en la cual se presentan, la forma en la cual caminan y hablan, se ven y se visten. Todos hablan el lenguaje de la depresión, un lenguaje que el médico debe aprender a entender. Algunos pacientes en la primera entrevista muestran un indicio de depresión que, de no haber tenido un elevado índice de sospecha, se hubiese pasado por alto. El tipo de depresión que presentan está oculto, enmascarado por síntomas atípicos. Pero si el médico conserva un elevado índice de sospecha y recuerda el espectro de síntomas depresivos, puede llegar al diagnóstico, incluso en estos pacientes (Rozados, 2003).

Como en cualquier otra patología médica, se requiere una historia clínica para juntar la información diagnóstica necesaria. Para la depresión, la historia clínica se amplía algo, se concibe de una manera algo diferente y se hace un interrogatorio más

profundo sobre la situación vital del paciente, incluyendo el concepto de vida que tiene y cualquier intento de suicidio. Una vez que el médico sabe qué buscar, qué escuchar, a quién mirar, es menos difícil arribar al diagnóstico de depresión. A veces la depresión es el único diagnóstico que cabe ante un complejo de síntomas aparentemente no relacionados (Rozados, 2003).

En la Tabla 2.6 existen una serie de criterios que ayudan a diferenciar cuando los pacientes se encuentran en un equilibrio emocional o bien cuando existen rasgos de presentar algún trastorno como lo es la depresión.

**Tabla 2.6 Criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor según el
DSM-IV**

Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas, y representan un cambio en relación con el funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o placer.

Nota: no incluye los síntomas que son claramente debidos a una dolencia médica general, delirios incongruentes con el estado de ánimo o alucinaciones.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, que se manifiesta por informes subjetivos (por ejemplo sentirse triste o vacío), o mediante observaciones hechas por otros (por ejemplo parecer a punto de llorar).
Nota: en niños y adolescentes, puede ser estado de ánimo irritable.
2. Disminución marcada del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (manifestada por informes subjetivos u observaciones hechas por otros).
3. Pérdida de peso significativa no debida a dieta o ganancia de peso (por ejemplo un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o

aumento del apetito casi todos los días. *Nota:* en niños fracaso en ganar el peso esperado.

4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
 5. Agitación o retardo psicomotor casi o diario (observable por otros, no simples sentimientos subjetivos de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simples autorreproches o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución en la habilidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (por informes subjetivos u observados por otros).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan específico, intentos de suicidio o un plan *específico* para suicidarse.
- B) Los síntomas no cumplen los criterios de episodio mixto.
- C) Los síntomas causan angustia clínicamente significativa o deterioro en ocupaciones sociales u otras áreas importantes de funcionamiento.
- D) Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos directos causados por una sustancia (por ejemplo, abuso de sustancia, medicación u otro tratamiento) o a una afección médica general (por ejemplo hipertiroidismo).
- E) Los síntomas no pueden ser explicados mejor por una situación de duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación mórbida con sentimientos de desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Así como existen criterios de evaluación para diagnosticar este trastorno emocional, también existen una serie de errores que se pueden cometer pues en ocasiones es difícil precisar dichos síntomas y más en la tercera edad, ya que muchas veces se piensa que los síntomas que se presentan solamente son propios de la edad y no de un trastorno depresivo.

Estos errores habituales en el diagnóstico son:

1. Con frecuencia se confunde la depresión ansiosa con la neurosis de angustia, y se la trata con tranquilizantes menores, inefectivos o que profundizan la depresión. El error diagnóstico es especialmente común en los pacientes de mayor edad, por lo tanto, si un paciente de edad madura o mayor, sin antecedentes emocionales o psiquiátricos previos, se presenta con agitación precedida por un prolongado período de tensión, debe sospecharse depresión.

2. Con frecuencia se pasa por alto el diagnóstico de depresión en los pacientes que sólo refieren trastornos del sueño y piden un sedante. El médico acepta frecuentemente el diagnóstico dado por el paciente y se conforma sin interrogar para obtener información de otros síntomas de depresión. Todos los pacientes con trastornos del sueño deben ser interrogados sobre la presencia de trastornos del estado anímico (¿Tiene usted depresión? Recuperado el 1 de Septiembre del 2005 de <http://www.depresion.psicomag>).

2.7 Tratamiento

El tratamiento ha de ser abordado por profesionales de la salud, psiquiatras o psicólogos, y los métodos son diversos, según los casos. Si se está ante un episodio agudo de depresión o ante un período de progresivo deterioro, estará indicada la hospitalización. En depresiones graves puede estar indicado el uso de terapia

convulsiva, cuando no responde a otras intervenciones terapéuticas .El tratamiento con medicación es siempre adecuado, pues alivia un sufrimiento innecesario.

Para mejorar las intervenciones dirigidas a ancianos con depresión, se necesitan datos sobre los efectos comparados de la farmacoterapia versus la psicoterapia. Dado que la mayoría de los ancianos con síntomas depresivos clínicamente significativos no presentan una depresión mayor, se requieren especialmente datos sobre los tratamientos para depresión menor y distimia.

Disponemos de tratamientos para intervenir en la depresión, con tamaños de efectos que van de moderados a grandes. Las comparaciones entre psicoterapia y farmacoterapia deben de ser interpretados con precaución, en parte porque en los estudios farmacoterapéuticos es más factible utilizar un placebo activo creíble, lo que puede conducir a un menor tamaño del efecto en este tipo de estudios. Debido a que la psicoterapia y la farmacoterapia no mostraron grandes diferencias en el tamaño del efecto, el tratamiento a escoger se debe basar en otros criterios, tales como las contraindicaciones, el acceso al tratamiento, o las preferencias de los pacientes (Pinquart, Duberstein y Lynes, 2006).

Tomar una decisión terapéutica resulta algo comprometedor para el paciente y también para el terapeuta sin embargo, dado un diagnóstico se puede recurrir a dos niveles operativos: la psicofarmacología y las técnicas de modificación de la conducta.

La Psicofarmacología es la encargada de prescribir un tratamiento antidepresivo no sin antes confirmar la existencia del trastorno. La depresión es un trastorno bioquímico cerebral, con manifestaciones físicas evidentes; alteraciones de

sueño y del apetito, fatiga, agitación y nerviosismo, falta de concentración, desinterés sexual y anhedonia. Se piensa que estas alteraciones son causadas, al menos en parte, por desequilibrios en la regulación de ciertos neurotransmisores, en particular las catecolaminas (noradrenalina, dopamina) y la serotonina (Brailowsky, 2002).

Los antidepresivos pueden restablecer algunos de estos desequilibrios, pero es importante explicar al paciente que para lograrlo estas drogas deben alcanzar niveles sanguíneos terapéuticos durante un periodo suficiente (usualmente de tres a cinco semanas).

Si el paciente no siente alivio de los síntomas desde el principio del tratamiento, puede pensar que el medicamento no le está surtiendo efecto y desanimarse a continuar el tratamiento.

Las drogas antidepresivas se pueden clasificar de acuerdo con su estructura química en tres grandes grupos:

Los componentes tricíclicos o también conocidos como heterocíclicos los cuales incluyen la imipramina, desipramina, amitriptilina, nortriptilina y sus derivados, doxepina y protriptilina.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), que incluyen la tranilcipromina y la fenelcina.

Los no heterocíclicos o atípicos, son sustancias de aparición relativamente reciente con acción un poco más selectiva que la de los otros de los grupos. Un ejemplo de este medicamento es la fluoxetina o mejor conocida como prozac, el cual

tiene una vida relativamente larga de siete a nueve días, se administra una vez al día y por las mañanas o bien, tres veces por semana (Brailowsky, 2002).

En la tabla 2.7. Se mencionan los fármacos antidepresivos de uso en México, que son los más comunes; el costo de estos es muy variado sin embargo aquellos como la Fluoxetina o bien conocido como Prozac tiene un alto costo debido a que son los que menos causan efectos secundarios para quien los ingiere.

Tabla 2.7. Fármacos antidepresivos disponibles en México (2001).

Nombre genérico	Dosis de inicio (mg)	Dosis diarias habituales (mg)	Presentaciones orales disponibles (mg)	Tiempo de vida media (h) [incluye metabolitos activos]
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina				
Citalopram (Seropram)	20	20-60	20	35
Fluoxetina (Prozac, Fluxoac)	20 50	20-60 50-300	20, liq 50, 100	72 [144] 15
Fluvoxamina (Luvox)	20	20-60	20	20
Paroxetina (Paxil, Arpax)	50	50-200	50, 100	26 [66]
Sertalina (Altruline)				
Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina				
Venlafaxina (Effexor)	37,5	75-225	37,5,51,75	5 [11]
Venlafaxina XR (Effexor)	37,5	75-225	75,150	5[11]
Inhibidores de la recaptación de				

dopamina y noradrenalina Bupropión (Wellbutrin)	150	300	75, 100	14
Moduladores de la serotonina y la noradrenalina Mirtazapina (Remeron)	15	15-45	15, 30	20
Tricíclicos y tetracíclicos <i>Aminas tricíclicas terciarias</i> Amitriptilina (Anapsique) Clomipramina (Anafrani) Doxepina (Sinequan) Imipramina (Tofranil, Talpramid)	25-50 25 25-50 25-50	75-300 75-250 75-300 75-300	25, 50 25, 75 25 10, 25, 50, 75	15, 6 [26,6] 32 [69] 16, 8 7, 6 [17, 1]
<i>Aminas Tricíclicas secundarias</i> Desipramina (Norpramin)	25-50	75-300	50	17, 1
Otros Maprotilina (Ludiomil) Mianserina (Tolvon)	50 15-30	75-225 30-90	25, 50, 75 30, 60	43 14-17
Inhibidores de la monoaminoxidasa MAO-A reversible Moclobemida (Aurorex)	150	300-600	100, 150	2

Tomado de UNAM (2002). Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad. Investigación y difusión, pp. 49

El tratamiento de esta alteración requiere de un especialista psiquiátrico, ya que hay que tener mucho cuidado en el consumo de estos antidepresivos: se requieren de tres a cuatro semanas de tratamiento para lograr el control adecuado de los síntomas.

Antes de indicar el tratamiento es necesario efectuar ciertas pruebas de laboratorio, incluyendo la determinación de sodio, calcio, fósforo, examen de orina, de sangre, de la función tiroidea y cardíaca.

Una vez asegurados que los resultados están dentro de los límites normales (en condiciones ideales), se procede a iniciar el tratamiento con dosis progresivamente crecientes de la sal de litio (carbonato).

Los efectos indeseables ocurren cuando las concentraciones en la sangre aumentan demasiado, y como la concentración terapéutica no está muy alejada de la tóxica, estas reacciones son relativamente frecuentes. Puede haber náusea, diarrea, vómito, temblor fino de las manos, sedación, debilidad muscular, visión y sed excesiva, edema de los tobillos, aumento de peso y resequedad de la boca. Después del uso crónico puede aparecer hipotiroidismo y bocio, acné, esporeasis, alteraciones sanguíneas y renales. Los signos de toxicidad son: letargo, ataxia, lenguaje mal articulado, náusea y vómito severo, temblor, arritmias cardíacas, hipotensión, convulsiones, estado de choque, delirio, estado de coma, etc.

Se debe informar al paciente que el tratamiento se toma durante cierto tiempo para hacer efecto, que este es largo y requiere de regularidad y constancia, pues hay que impedir la reaparición del problema, es necesario vigilar los niveles sanguíneos de la medicación frecuentemente (Brailowsky, 2002).

No sólo existe a nivel médico la terapia farmacológica, pues también existe la Terapia Electro Convulsiva (TEC) y la Psicocirugía o lobotomía. La primera es un tratamiento eficaz cuando existen síntomas graves y para pacientes que no responden a la medicación o la psicoterapia. Antes de someterse a este tratamiento los pacientes han de pasar un examen físico y neurológico previo. Deben permanecer en ayunas desde seis horas antes del TEC y se les administran anestésicos generales antes de ser estimulados eléctricamente. Mientras que la Psicocirugía, implica el corte de las vías nerviosas de los dos lóbulos frontales del cerebro, fue llevada a cabo en miles de ocasiones durante las décadas de 1940 y 1950 para aliviar los síntomas de personas con trastornos esquizofrénicos, obsesiones y dolores graves es también conocida como lobotomía (Papalía, 2005).

Técnicas de Modificación de la Conducta

El tratamiento psicológico que en todos los casos requiere el enfermo, comprende tres escuelas principales de psicoterapia que son: la dinámica, la humanista y la terapia conductual, aunque hoy en día existen una serie de enfoques.

La escuela dinámica subraya la importancia de los sentimientos y la historia pasada del paciente, así como la necesidad de descubrir nuestro propio interior para cambiar la personalidad, ha surgido de la teoría psicoanalítica de Freud, mejor conocida como la teoría psicoanalítica.

Las terapias humanistas tienen su fundamento básico en la visión de la personalidad adoptada por Jung y Adler, y enunciada después por Maslow y Rogers en donde subrayan las cualidades únicas de la visión que cada individuo tiene de su propio yo e intentan cambiar la imagen que uno tiene de sí mismo. Esta terapia se

basa en la empatía y en la conexión psicólogo-paciente. Pues el psicólogo se vuelve el mejor amigo del paciente, aquí importa el presente no el pasado; esta terapia se aplica principalmente a los pacientes con trastornos de desarrollo psicológico.

Las terapias de la conducta se basan en las teorías de aprendizaje que surgieron del trabajo de investigadores como Pavlov, Watson, Skinner y Bandura. Estas terapias se centran en las acciones específicas, observables (Papalía, 2005).

Existen diversas formas de tomar terapia: individual, grupal, de pareja y familiar, según el caso que se vaya a tratar. Sin embargo cabe mencionar que es necesario seguir una rutina de ejercicio la cual a su vez sirve de terapia pues ayuda como tratamiento del trastorno depresivo. Hoy en día hay un sin fin de terapias entre las cuales una poco conocida es aquella en la que se enfocó esta investigación: la Danzaterapia.

En el primer capítulo se abordó la vejez como una etapa de desarrollo por la cual todo ser humano tiene que pasar; en este segundo capítulo se abordaron aspectos relevantes acerca de lo que es la depresión, cuáles son los síntomas y causas, así como consecuencias que trae consigo, quiénes la padecen más y por qué motivos.

La mayor incidencia de esta enfermedad se da en las personas de la tercera edad, de ahí la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico y realizar un tratamiento apropiado. El apoyo y ayuda que se les pueda brindar a los ancianos a que busquen salidas a la depresión es una tarea de suma importancia que deben realizar los profesionales del área de la salud mental, de la cual son parte psicólogos y psicólogas, dentro de las que están las actividades como la danzaterapia, la cual se abordará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO III
LA DANZATERAPIA

3.1. ¿Qué es la Danza?

Desde siempre los seres humanos han sentido la necesidad de comunicarse. Para ello se han servido de diferentes recursos, entre los cuales se encuentran los lenguajes del arte, las manifestaciones artísticas, que de modo bello permiten expresar ideas, creencias y sentimientos.

De manera natural siempre se está cerca de la danza y del baile, en los festejos y festividades más importantes de la vida familiar y de la comunidad donde se viva.

Mats Ek (2005) sostuvo que “la Danza es la belleza del movimiento, es el arte de expresión corporal por medio del movimiento real. La danza es pensar con el cuerpo. ¿Es necesario pensar con el cuerpo? No para sobrevivir, tal vez para vivir. Hay muchos pensamientos que sólo el cuerpo puede pensar. Otras cosas, como la paz, pueden ser más importantes que la danza. Pero, después, necesitamos la danza para celebrar la paz” (¿Qué es la Danza? Recuperado el 10 de Diciembre del 2005, de www.iti-worldwide.org).

El término **Danza** es sumamente amplio, ya que incluye multiplicidad de actividades que van desde ciertas prácticas naturales o instintivas de algunos animales hasta las más elaboradas creaciones artísticas.

Se reconoce que la danza humana es tan antigua como el primer hombre que danzaba orgánica y visceralmente para expresar sus sentimientos de alegría, tristeza,

ira o miedo.

La danza constituía un vehículo para expresar no sólo las condiciones materiales de la existencia, sino también creencias, sentimientos y pensamientos del ser humano.

Etimológicamente, la danza proviene del latín *danzare*, forma secundaria del término “danzón” de la antigua voz alemana que quiere decir estirarse (todo baile está compuesto de estiramientos y relajamientos). En la antigua Grecia, el filósofo Platón sugirió que el término danza o chorrez podría devenir del término Kara que significa alegría: este término unido al vocablo Terpsis que significa “lo agradable” forma el nombre de la musa “Terpsicore”, que entre los griegos personificaba la danza (Movimientos que dan vida. Recuperado el 28 de Julio del 2005, de www.entornomedico.org).

La Danza es un conjunto de movimientos corporales rítmicos que siguen un patrón, acompañados generalmente con música y que sirve como forma de comunicación o expresión de los seres humanos ya que se expresan a través del movimiento. La danza es la transformación de funciones normales y expresiones comunes en movimientos fuera de lo habitual para propósitos extraordinarios (Encarta, 2006).

Cada lenguaje artístico emplea sus propios medios y materiales para lograr la expresión, buscando mejorar la convivencia y comunicación. Así, por ejemplo, las artes plásticas utilizan colores, formas y espacios, en cambio la música se vale del sonido y los silencios.

El principal “material” o “instrumento” de la danza es el cuerpo humano, que a través de movimiento busca la expresión. Probablemente es la forma de arte más antigua.

Al danzar, nuestros antepasados deseaban unirse a la naturaleza, armonizar con las fuerzas del cosmos, comunicarse con los dioses para lograr buenas cosechas, tener mayor bienestar o ahuyentar enfermedades. La danza era un factor indispensable en sus ceremonias. Poco a poco la finalidad de la danza se ha modificado, fue pasando de lo sagrado a lo pagano, y de allí a lo festivo y en ocasiones incluso a lo meramente comercial. Pero su utilidad sigue siendo muy rica ya que en la actualidad permite expresar ideas, creencias, religiones, leyendas, diversión, relajación y esparcimiento.

Puesto que al apreciar una danza sobre todo por la vista y el oído, está considerada como un arte mixto o audiovisual. La Danza es parte de las 7 Bellas Artes, se dice que es un goce o placer estético en quien las contempla (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001).

El arte son todas aquellas obras en donde el hombre utiliza su máximo de conocimientos, actitudes y sentimientos para realizarlas, es por eso que la danza plasma las creaciones del hombre para que la gente contemple las maravillas de ver la vida con un sentido de comunicación más amplio.

3.1.1 Orígenes

La Danza es una forma de comunicación entre los seres humanos que, como muchas otras, con el transcurrir del tiempo ha cambiado y evolucionado.

La danza puede ser recreativa, ritual o artística y va más allá del propósito funcional de los movimientos utilizados en el trabajo y los deportes para expresar emociones, estados de ánimo o ideas. Puede contar una historia, servir a propósitos religiosos, políticos, económicos o sociales; o puede ser una experiencia agradable y excitante con un valor meramente estético (Encarta, 2006).

La danza y el baile han estado siempre presentes en el mundo, no hay pueblo sin danza o baile típico acompañando sus festividades y ceremonias.

Prehistoria

La danza en la prehistoria solo necesitó del movimiento del hombre para poder desarrollarse. Hombres y mujeres vivían en constante sobresalto por los fenómenos naturales: familiares y amigos morían sin razón aparente; flora, fauna y gente eran fulminados por rayos y sacudidos por temblores; los animales de los cuales obtenían vestido y alimento desaparecían o los atacaban.

Tales fenómenos eran explicados debido a la acción de dioses o fuerzas poderosas, a los cuales debían complacer o tratar de controlar por medio de ritos mágico-religiosos llenos de superstición y simbolismo.

La danza estuvo presente también en los ritos de iniciación a una nueva vida, tal es el caso de bodas, nacimientos o el paso de la infancia a la juventud. Si se requería de guerreros, hombres fuertes, los adolescentes tenían que bailar casi hasta desfallecer, pues se creía que esa fuerza los acompañaría a lo largo de su juventud y vida adulta y así llegar a ser esos guerreros. Las mujeres tenían danzas que les

ayudarían a lo largo de su juventud para poder servir a la agricultura y en el cuidado de los hijos.

La danza contribuía a mantener y ejercitar el cuerpo, establecer contacto con sus deidades y propiciar la buena realización de sus actividades para la subsistencia, como la caza, la recolección, la pesca y la agricultura.

Posteriormente las danzas dedicadas a los sacrificios pretendían lograr la satisfacción de los dioses. Cuando lo que deseaban era invocar o poseer sabiduría, las danzas giraban en torno a los ancianos, símbolo principal de esa virtud. No podían faltar las danzas dedicadas a los muertos o cuyo fin era alejar a los malos espíritus (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p. 80-82).

Edad Media

Durante la extensión del cristianismo la danza y el baile seguía ligado a los cultos religiosos; incluso en algunas iglesias de París los padres, llamados canónigos, dirigían una danza de niños antes que comenzara el cántico de los salmos, en el cual se incorporaba. En algunas catedrales había un lugar llamado ballatoria o chovaria que se reservaba para la danza. En este lugar los fieles podían honrar a Dios bailando.

El pensamiento de la sociedad de esta época se caracterizaba por el aprecio de la vida después de la muerte, había que dedicarse de manera tajante entre la vida terrenal y la celestial, el bien y el mal, el cuerpo y el alma, el espíritu y la carne; lo importante era salvar el alma pues el cuerpo era lo pecaminoso según los pensamientos de dicha época. Los temas de la danza de esa época eran

exclusivamente de la religión y la guerra (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p. 98 y 99).

Del Renacimiento Hasta Siglo XIX

En esta época se da el intercambio de costumbres y danzas entre la aristocracia y el pueblo. Aparecen academias especializadas en la enseñanza de la danza. Los maestros generalmente eran aristócratas empobrecidos o artistas destacados en la danza y el baile cuya habilidad les dio mucha influencia en la sociedad.

El advenimiento del Renacimiento trajo una nueva actitud hacia el cuerpo, las artes y la danza. Las cortes de Italia y Francia se convirtieron en el centro de nuevos desarrollos en la danza gracias a los mecenazgos a los maestros de la danza y a los músicos que crearon grandes danzas a escala social que permitieron la proliferación de las celebraciones y festividades. Al mismo tiempo la danza se convirtió en objeto de estudios serios y un grupo de intelectuales autodenominados la Pléyade trabajaron para recuperar el teatro de los antiguos griegos, combinando la música, el sonido y la danza.

En el siglo XIX, la era del ballet romántico refleja el culto de la bailarina y la lucha entre el mundo terrenal y el mundo espiritual que trasciende la tierra, ejemplificado en obras tales como: Giselle (1841), El lago de los cisnes (1895), El Cascanueces (1892) (Historia de la Danza, 2006. Recuperado el 5 de Mayo del 2006 de <http://www.danzar.com>).

Siglo XX

Después de la I Guerra Mundial, las artes en general hacen un serio cuestionamiento de valores y buscan nuevas formas de reflejar la expresión individual y un camino de la vida más dinámico.

En la mujer surgió una nueva forma de bailar que potenciaba la libre expresión. Una de las pioneras de este movimiento fue Isadora Duncan. A medida que la danza fue ganando terreno, fue rompiendo todas las reglas (Historia de la Danza, 2006. Recuperado el 5 de Mayo del 2006 de <http://www.danzar.com>).

Desde finales del siglo pasado y hasta nuestros días el baile popular se desarrolla vertiginosamente, influido por grandes acontecimientos sociales como las guerras mundiales, las crisis económicas, los avances tecnológicos y la evolución cultural y moral de las sociedades. A partir del surgimiento y la difusión de los medios masivos de comunicación han proliferado diversos ritmos por todas las latitudes. Llegaron a nuestro país ritmos del extranjero, principalmente de Estados Unidos y Cuba, combinándose con estilos de baile de tradición nacional, de las salas de baile y de las danzas como la rumba, la samba, el tango ó el cha cha.

El renacer del Harlem propició la aparición de otras danzas como el lindy-hop ó el jitterbug. A partir de la década de los 50 se tomaron como el relevo otras danzas más individualistas como el rock and roll, el twist y el llamado free-style; luego apareció el disco dancing, el break dancing, entre otros tantos.

Lo bailes de la actualidad surgen de acuerdo a ciertas mezclas de música de diferentes regiones, se podría definir como un baile de diversión, de distracción y desahogo de las presiones cotidianas (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001).

3.1.2 Clasificación

Por la forma de transmitirse o enseñarse, la danza se puede clasificar según diferentes puntos de vista en:

- ★ Danza Académica (Danza clásica, moderna, contemporánea, folclórica de escenario).
- ★ Danza Tradicional (Danza autóctona y regional) y
- ★ Baile popular (el que se impone por moda)

Se denomina académica cuando es enseñada por un maestro. El estudio puede durar poco tiempo o llevarse años, según el grado de perfeccionamiento que se quiere alcanzar. La mayor parte de los profesionales de la danza la estudian y practican toda la vida. En la danza académica se encuentran la clásica, la moderna, la contemporánea y la folclórica de escenario.

- Danza clásica: es una forma de expresión internacional que emplea un lenguaje único y universal, se precisó y se fijó en Francia en el siglo XVII y bajo su forma francesa se irradió por todo el mundo (Valero, 2006).
- Danza moderna: es el estilo de baile que necesita de los fundamentos del ballet y la danza contemporánea en donde se emplea todo el cuerpo como medio de expresión.

- Danza contemporánea: es la libertad de movimiento, la búsqueda personal de la energía, el constante espíritu de investigación que domina nuestros tiempos llevándonos a cuestionar todos los lenguajes artísticos (Valero, 2006).
- Folclor de escenario: se refiere a la expresión dancística que se origina en la tradición de los pueblos de todo el mundo. Para entender los bailes folclóricos es necesario relacionarlos con el lugar y la forma de vida del pueblo que se representa (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p.125).

La danza tradicional se transmite de generación en generación, enseñada por familiares y amigos y otras personas como mayordomos, chamanes, etc. En ella se encuentra la danza autóctona, ejecutada generalmente en los grupos étnicos, es decir, grupos indígenas que han tratado de conservar sus tradiciones y costumbres. También aquí está considerado el baile regional (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001).

- Danza autóctona: proviene de la inspiración de las creencias e ideas religiosas, de la observación de la naturaleza y de los conocimientos sobre el calendario y las matemáticas, es también conocida como danza prehispánica (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p.145).
- Danza regional: se refiere a la expresión dancística que se origina en la tradición de los pueblos de todo el mundo también es conocida como danza folclórica (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p.125).

Existe otro tipo de baile, el popular, en el cual se ejecutan ritmos de moda, que generalmente se desarrolla en zonas urbanas o rurales. Uno de los problemas del baile popular de nuestros días es el consumismo, que en casos extremos ha desvirtuado el

fin primordial de la práctica de la danza y el baile: el equilibrio de la mente y el desarrollo sano del cuerpo. Su finalidad es la del esparcimiento y diversión pero participando en la ejecución.

Existen diferentes bailes populares entre los cuales están el can can, baile de revista musical, tap, burlesque, baile español, jazz, charleston, twist, danzón, mambo, swing y jitterbug, tango, cha cha cha, rock, ritmos tropicales, entre muchos más derivados. El danzón es uno de los bailes mencionados que más practican las personas de la tercera edad. Es un baile originado en Cuba que se introduce por Veracruz a nuestro país a principios del siglo. Se ejecuta con movimiento contorsionado y suave de cadera y una especial cadencia al ejecutar los pasos: lento con actitud altiva, elegante y gallarda. La pareja se encuentra sujeta durante toda su ejecución. Se considera el baile nacional de Cuba (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p. 106).

En las personas de la tercera edad predomina este estilo de baile debido a que los contagia de satisfacción sus pasos tan sensuales y seductores, sin embargo hay quienes practican otros bailes como el cha cha cha y el mambo que son de los más comunes en el goce de los longevos, ya que cuando ellos eran más jóvenes estos estilos de baile eran los que predominaban más y estaban de moda. Aunque también existen otros estilos como el jazz, charleston, twist, swing y jitterburg, tango, rock y ritmos tropicales que forman parte de las ejecuciones populares que se promovían para la convivencia social y que hoy en día aún se siguen haciendo.

3.1.3 Función social

El hombre ha bailado debido a una necesidad de movimiento, expresión y comunicación. Tal necesidad no es del todo independiente del momento histórico,

político y social que se vive, mismo que influye en la creatividad, a partir de la cual el hombre produce esa forma de expresión llamada danza.

Tal fenómeno se manifiesta en todas las épocas y culturas, con las funciones que van desde lo mágico-religioso hasta la simple diversión. Se danza para ahuyentar enfermedades, mejorar las cosechas, propiciar buenos augurios, ganar las guerras, liberar las fuerzas vitales o recibir beneficios de los dioses; también se usa para mejorar la convivencia humana, como relajación, esparcimiento y diversión, en lo ceremonial, lo pagano y lo festivo.

En cada lugar y cultura la danza ha adoptado características de la religión en que se genera, y de la época en la cual se crea y hasta de la clase social o grupo humano que la práctica.

Es una forma de comunicación creada por el hombre para expresar sus ideas y sentimientos, no solamente ha sido empleada por él para la comunicación con sus semejantes, sino también con sus dioses, en ritos, ceremonias y actos religiosos llenos de fe (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001).

La danza es una manifestación artística que busca la comunicación entre los hombres. Permite apreciar y expresar sentimientos, ideas, emociones, creencias.

El bailar es como una ventana que admite ver o tener una idea de la forma de vida y costumbres de otras culturas y de comparar éstas con la riqueza de nuestro país. Invita a seguir una disciplina que lleve al desarrollo equilibrado del cuerpo, también ayuda a mejorar formas, hábitos de postura, destrezas y habilidades en los movimientos (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p.19, 20).

En su constante necesidad de comunicación, existen cuatro vías o caminos recorridos por la danza en su continua evolución que permiten brindar una invitación a la riqueza y crecimiento individual y social:

1. La vía del ritual mágico- religioso: la danza formó parte de elaborados rituales dirigidos a los desconocidos poderes de la naturaleza.

2. La vía de recreación social: como necesidad de expandir la fuerza física a través del movimiento rítmico, en una coordinación colectiva, tendientes a facilitar los vínculos sociales.

3. La vía del espectáculo teatral: el desarrollo de las formas expresivas artísticas y su elaboración técnica propició las bases del espectáculo teatral. El ejecutante baila para un público sensible que voluntariamente le presta atención y valora socialmente su ejecución.

4. La vía terapéutica: éste sería el camino de la danza como terapia de acuerdo al desarrollo del arte y la ciencia en los tiempos actuales, estructurada y aplicada a la prevención y la curación.

Las cuatro vías de la danza, aunque con características propias y con preponderancia en diferentes épocas, no son excluyentes entre sí: la vía terapéutica retoma aspectos de todas las anteriores (Movimientos que dan vida. Recuperado el 12 de Agosto del 2005, de www.entornomedico.org).

Cabe mencionar que es de gran interés el aspecto físico, mental y espiritual; ya que sólo así se puede decir que las interpretaciones son un verdadero arte.

El cuerpo es el instrumento principal para todo bailarín, está dotado por su funcionamiento de órganos que forman seis sistemas: esquelético, muscular, nervioso, circulatorio, respiratorio y digestivo. La danza ayuda en el aspecto físico ya que estiliza el cuerpo y le da un mejor funcionamiento para lograr un estado de equilibrio u homeostasis.

Además de proporcionar placer físico, la danza tiene efectos psicológicos, ya que a través de ella los sentimientos y las ideas se pueden expresar y comunicar. El compartir el ritmo y los movimientos puede conseguir que un grupo se sienta unido. En algunas sociedades, la danza puede llevar a estados de trance u otro tipo de alteración de la conciencia. Estos estados pueden ser interpretados como muestras de posesiones de espíritus o buscados como medio para liberar emociones (Encarta, 2006). En cuanto al aspecto mental, la mente es el archivo donde se almacena toda la información en cuanto a técnica, secuencias, ritmo, coordinación, concentración, análisis, etc.

En la danza el espíritu es la energía interna y personal que nace de un impulso que pretende plasmar un sentimiento y cierta expresión corporal. Por ello al ejecutar cualquier baile es necesario poner toda tu ser para producir ese goce o placer estético en el espectador.

3.1.4 Elementos básicos

Es un conjunto de factores que permiten al hombre entender un baile, danza o ballet que tenga un argumento determinado. Cada elemento tiene su validez entre los cuales están: ritmo, movimiento, espacio, forma, tiempo, color y sonido.

Ritmo: su función es el orden y proporción de los cambios y transformaciones de fenómenos naturales de seres humanos, fauna y flora. En la danza este elemento es esencial para ordenar la función del movimiento y llevar los impulsos vitales proporcionados a la intensidad de la cadencia del movimiento sincronizado de los ejercicios con la música en forma precisa, suave o rápida.

Movimiento: es el cambio de las posiciones de los objetos y cosas provocado por los impulsos. Es importante el movimiento en la danza, ya que de él depende mucho la expresión corporal, pues el bailarín se vale de todas sus articulaciones para hacer extensiones o flexiones que le permitan que el movimiento exprese un lenguaje al practicar las cualidades del movimiento en la ejecución.

Espacio: es el lugar específico que ocupan los cuerpos en la naturaleza en espacios abiertos o cerrados amplios o reducidos. Su función es limitar y definir con movimientos del cuerpo los espacios que van ocupando en el baile.

Forma: son las figuras estructurales de los seres humanos, las cosas y objetos, en su forma natural y microscópica, también se encuentran en la arquitectura. Este elemento en la danza se ocupa para dar el diseño corporal, la forma gráfica de la coreografía, en la escenografía, en los pasos, rutinas, vestuario, utilería.

Tiempo: su función es la duración del movimiento, pasos, coreografía, bailes o danzas, y se manifiesta también en cada uno de los ejercicios y rutinas que van desarrollando los bailarines en cada una de sus ejecuciones.

Color: se ocupa de acentuar o enfatizar el carácter de la obra, danza o baile. Le da mayor luminosidad a la ejecución por medio de los colores vistosos en el vestuario y el maquillaje.

Sonido: es el acompañamiento musical o de percusión para imprimir el ritmo al movimiento y crear el ambiente de la obra, baile o danza que se está ejecutando (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001, p. 48-50).

3.2. La Danza como Terapia

Haciendo referencia puntualmente a la danza como terapia, se puede decir que sus inicios se remontan a las investigaciones que se han realizado en Psicología Evolutiva sobre la importante función terapéutica del contacto, las técnicas activas de comunicación y la medicina psicosomática, que demuestran que es importante que en el proceso terapéutico se trabaje el cuerpo (Efectos de un programa de Danzaterapia sobre el bienestar psicológico y la imagen corporal. Recuperado el 3 de Octubre del 2006 de <http://www.marianabellydance.com>)

Es una psicoterapia que pertenece al grupo de las psicoterapias por las artes como la musicoterapia, la arteterapia y el psicodrama. Es el uso creativo del movimiento dentro de un marco terapéutico para favorecer la integración psicofísica del individuo en un proceso de transformación y crecimiento (Danzaterapia. Recuperado el 8 de Diciembre del 2005 de <http://www.motivatbcn.com>)

3.2.1 Antecedentes históricos

Desde la época prehistórica el hombre ha utilizado la danza como medio de comunicación y expresión para afrontar sus miedos y sobreponerse a las adversidades

e incomprensiones del entorno a través de rituales. El hombre de forma instintiva necesita moverse, gesticular y relacionarse a través de su cuerpo. La danza es un vehículo innato de expresión y la danzaterapia utiliza este lenguaje para conseguir un proceso de transformación personal (Danzaterapia. Recuperado el 8 de Diciembre del 2005 de <http://www.motivatbcn.com>).

Gracias a la práctica de la Danza Moderna, en los años cuarenta se retoma la danza como forma de terapia, surgiendo oficialmente esta especialidad en Estados Unidos de manos de Marian Chace, que descubrió los efectos tan beneficiosos de introducir un espacio de danza y movimiento improvisado y creativo, en la unidad psiquiátrica del hospital donde trabajaba. A partir de entonces siguieron aumentando los logros en torno a este nuevo método, en 1974 se empezó a utilizar en Europa y actualmente la mayoría de los países lo utilizan (Danza Terapia. Recuperado el 11 de Diciembre del 2005 de <http://www.termavital.com>)

De acuerdo con Stokoe (1987), citado por Mariana (2006), la expresión corporal es una conducta espontánea que existe desde siempre; es el lenguaje que utiliza el ser humano para expresar sensaciones, emociones, sentimientos y pensamientos utilizando su cuerpo, posteriormente lo integra con otros lenguajes expresivos, tales como el habla, el dibujo, la escritura, etc.

Según Muñoz (2002), citado por Mariana (2006), dentro del trabajo terapéutico-psicológico, especialistas que utilizan el cuerpo, y en especial el baile como medio de aproximación a la problemática del sujeto, plantean la importancia de concebir a la mente y el cuerpo como una unidad funcional que permite, por medio del manejo consciente de éste último, establecer una comunicación bidireccional; tal vez sea el baile una de las formas de terapia más antiguas y primitivas. Las antiguas

tribus creían en un espíritu curativo que podía liberarse por medio del baile, la creatividad y la música, sin embargo, esta concepción catártica del baile se olvidó hace mucho tiempo cuando ocurrió el auge de las corrientes dualistas que separan la mente y el cuerpo (Efectos de un programa de Danzaterapia sobre el bienestar psicológico y la imagen corporal. Recuperado el 3 de Octubre del 2006 de <http://www.marianabellydance.com>)

Fischman (2003), citado por Mariana (2006), plantea que en los años cuarenta y cincuenta se toma la danza como una forma de terapia en los Estados Unidos, debido al resurgimiento de la Danza Moderna y al desarrollo dentro del campo de la investigación psicológica de ideas que aceptaban la interacción mente-cuerpo, con aportes de la Psicología Contemporánea, el Psicoanálisis, las teorías de Adler, Jung, Sullivan, Winnicot, entre otros, el Psicodrama y la Psicología del Self. Se creó un Movimiento denominado “Danza Movimiento Terapia”, que emplea la danza como instrumento terapéutico, inicialmente en pacientes psiquiátricos hospitalizados, desarrollando cuestiones ligadas tanto al conjunto de técnicas terapéuticas y expresivas, como a las teorías que las sustentan. El movimiento sistematiza sus ejercicios y los ofrece fuera del ámbito hospitalario, llegando a definirse este sistema como la utilización terapéutica del baile, siendo la danza un proceso orgánico en el cual se busca la integración psicofísica (Efectos de un programa de Danzaterapia sobre el bienestar psicológico y la imagen corporal. Recuperado el 3 de Octubre del 2006 de <http://www.marianabellydance.com>)

Hoy en día, el arte y la danza-terapia son consideradas psicoterapias en las que el proceso creativo y el uso de formas expresivas facilitan el desarrollo psico-social, cognitivo y afectivo del individuo (Danza Terapia. Recuperado el 11 de Diciembre del 2005 de <http://www.termavital.com>).

3.2.2 Definiciones

Existen varias definiciones a cerca de la Danzaterapia sin embargo se han tomado los conceptos más precisos de Coreógrafos y gente experta en el ámbito de la Danza.

La Danzaterpia es la capacidad que toda persona posee para manifestar sus propios sentimientos y emociones a través de la expresión corporal. Ayuda a las personas a expresar todo aquello que por una u otra razón reprime. Deja salir sentimientos y emociones reprimidas, produce una profunda sensación de liberación (Medicinas y Terapia: Danzaterapia. Recuperado el 7 de Diciembre del 2005 de <http://www.portalalternativo.com>).

Rescatar y estimular las potencialidades del cuerpo, aceptando los propios límites, a través de estímulos creativos en donde la sensibilidad y la libertad de expresarse es el motor para el encuentro con el otro y el movimiento. (Danzaterapia. Recuperado el 12 de Junio del 2006 de <http://www.majovexenat.com.ar>).

La danza -la más básica de todas las formas de arte-, involucra la expresión directa del yo (uno mismo) a través del cuerpo. Por este motivo es una poderosa forma de terapia.

Basada en la convicción de que el cuerpo y la mente están estrechamente interrelacionados, la danzaterapia trabaja directamente con el cuerpo para establecer una imagen corporal más realista y para facilitar cambios en la esfera de los sentimientos, conocimientos y comportamientos.

La expresión de la interioridad de las personas a través de la danza – el movimiento permite el surgimiento y el posterior desarrollo de la creatividad, la expresión y la sensibilidad favoreciendo la aceptación de uno mismo y de los demás.

A través del trabajo individual y/o grupal se potencia la construcción de un yo corporal más seguro.

Sensibiliza el cuerpo, transmite arte, desarrolla la afectividad y permite crear movimientos propios y personales ampliando los patrones de movimiento ya existentes (Movimientos que dan vida. Recuperado el 28 de Julio 2005 de <http://www.entornomedico.org>)

Esta terapia hace uso del movimiento dentro de un proceso que persigue la interacción psicofísica (cuerpo/mente). Este recurso permite la integración psicomotora de la persona y consigue un cambio en el comportamiento, ya que por medio de esta técnica se permite a las personas descargar emociones, hacer catarsis e integrarse al trabajo psicoterapéutico desde un punto de vista no sólo verbal sino físico. La Danzaterapia utiliza una secuencia de ejercicios integradores, inducidos o estimulados por la música y la danza.

La Danzaterapia sostiene que el movimiento expresivo refleja los dinamismos intrapsíquicos, las resistencias que quedan congeladas a través de la tensión crónica de la musculatura dan lugar a patrones estereotipados y rígidos de movimiento, impiden el movimiento espontáneo y la circulación de la energía vital, limitan e inhiben las potencialidades del individuo que pueden ser estimuladas y reactivadas a través de propuestas de movimiento (North, 1990 citado por Mariana, 2006).

Fischman (2003), citado por Mariana (2006), expone que expresiones del individuo y el grupo a través de la danza, no sólo posibilitan una descarga catártica de la tensión, sino que también promueven el insight o la resolución de una situación; en la actualidad esta potencialidad expresivo-curativa de la danza combinada con la comprensión de los psicodinamismos del desarrollo de la personalidad, ha posibilitado a los profesionales que utilizan la Danzaterapia, desarrollar un modelo de abordaje clínico integrativo de la persona.

De acuerdo con Fischman (2003) la Danza Movimiento Terapia utiliza el entonamiento afectivo transmodal y la comprensión empática como vía de acceso al sujeto, de igual forma plantea que la emocionalidad implicada en este proceso de comunicación, es vista como la base de la cual surge el pensamiento inteligente y que si esto se aplica al trabajo del terapeuta, la vivencia se transforma en parte constituyente de la formación profesional, como punto importante para lograr la eficacia y la satisfacción en la tarea que compete; el trabajo con la danza acerca los polos del arte y la ciencia, mente-cuerpo, emoción-concepto, dando pie a la mutua potenciación entre los modos de conocer humanos.

Según Marcolongo y Saccorotti, (1995) con respecto a la danzaterapia se puede decir que ese feedback que existe entre el otro y el individuo se adecua a una situación de comunicación, en la cual participan varios canales de transmisión y codificación del mensaje, que a su vez van modificando al propio ser; es precisamente en estos puntos donde se apoya la danzaterapia, ya que lo que se persigue con ella es que por medio de ese proceso de comunicación centrado en lo corpóreo, en la imagen, en la identificación y en la retroalimentación, se logren modificar patrones y conductas a favor de la mejoría del paciente (Efectos de un programa de Danzaterapia sobre el

bienestar psicológico y la imagen corporal. Recuperado el 3 de Octubre del 2006 de <http://www.marianabellydance.com>).

La danzaterapia como método desarrollado en forma permanente, está orientado hacia:

- Reconocimiento del propio cuerpo
- Reconocimiento del espacio
- Libertad de movimiento
- Desarrollo emocional
- Sensibilidad musical
- Desarrollo de la capacidad creativa
- Desarrollo de las potencialidades
- Comunicación con el otro
- Respeto y aceptación de nuestro propio tiempo
- Respeto y aceptación del tiempo del otro

La danzaterapia está dirigida al ser humano en general, sin límite de edad con o sin discapacidad (Danzaterapia. Recuperado el 12 de Junio del 2006 de <http://www.majovexenat.com.ar>).

Esta terapia privilegia la expresión y expansión de la persona. La música y el movimiento posibilitan un juego creativo, que ayuda a descubrir nuevas formas de expresión, a liberar tensiones, a reencontrar la energía perdida. Aumenta el placer y el bienestar, se superan inhibiciones y se aprende con otros a conocer y a expresar emociones. La danza libera nuestro potencial creador y posee en si misma efectos terapéuticos, logrando conectar el cuerpo y la mente.

Tiene como objetivos:

- Encontrar nuevas formas de reflexión y conexión con uno mismo a través del vínculo cuerpo-emociones.
- Transformar la energía vital en creaciones que dinamizan el espíritu.
- Descubrir que podemos más de lo que creemos.
- Romper estereotipos y superar inhibiciones que nos impiden disfrutar del cuerpo.
- Mejorar la comunicación y la autoestima.

3.2.3 Características

Existe un gran conjunto de características que describen a la danzaterapia, primero que nada se puede decir que es un trabajo que se centra en el movimiento del cuerpo, en un proceso personal de experimentación de las posibilidades que cada uno tiene de moverse para conocerse mejor, para ampliar el lenguaje corporal. Trabaja además sobre la forma en cómo nos relacionamos con las personas de nuestro entorno inmediato, sobre nuestras tendencias de comportamiento, nuestras emociones, nuestros miedos y nuestros deseos.

Cuando ampliamos nuestra capacidad de movimiento ampliamos simultáneamente nuestro espacio vital, nuestra manera de ser y de estar en el mundo, nuestra manera de pensar (Danzaterapia. Recuperado el 8 de Diciembre del 2005 de <http://www.motivatbcn.com>)

Va dirigido a:

- Todas aquellas personas que buscan un autoconocimiento y crecimiento personal.

- Personas con discapacidad física, psíquica o sensorial.
- Niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, motrices, de aprendizaje, falta de concentración y/o atención, hiperactividad, autismo.
- Adultos con trastornos de ansiedad, de la personalidad, emocionales, mentales, esquizofrenia, psicosis, adicciones.
- Tercera edad.

Se utiliza como tratamiento en toda clase de trastornos psíquicos y psicossomáticos como inseguridades, angustias, miedos, fobias o cualquier problema. También se utiliza con sistemas como la familia y la pareja. La persona vive un encuentro con su parte consciente e inconsciente; se conoce y acepta a sí mismo y puede solucionar conflictos en su personalidad que se hayan formado por medio de sus experiencias en la vida. También es de gran importancia el diálogo, que acompaña a este tratamiento.

El individuo logra la libertad y el conocimiento de ser capaz de controlar el grado de proximidad y distancia por sí mismo en una relación humana. Es la base para realizarse en la propia vida.

Promueve la actitud activa de los pacientes, transformándolos en protagonistas de su propia curación, brindando herramientas para continuar y planificar sus vidas. No hay limitaciones de edad, sexo, condición social, grado de disponibilidad del movimiento o nivel de desarrollo intelectual para las distintas personas que incursionan en este proceso.

Hay que tener muy en cuenta la importancia que tiene el danza terapeuta, pues es el que aporta el aprendizaje de un conjunto de técnicas y conocimientos teóricos así

como el desarrollo de su intuición, paciencia, tenacidad y capacidad de emplear y recrear los diferentes estímulos aprendidos.

Su función es abrir canales de comunicación para facilitar la interrelación de la persona a través de la danza, la música, el silencio, el juego, la escritura, el dibujo, la palabra, el humor y los objetos intermediarios.

Ser danzaterapeuta requiere poner el cuerpo, el afecto, la mirada reflexiva, el permiso a la fantasía, y la capacidad de juego; la posibilidad de adaptar su propio tiempo al tiempo de cada grupo. El danzaterapeuta necesita de una serie de herramientas que le permitan delinear su rol para:

- Organizar el trabajo corporal del otro a través de diferentes estímulos creativos.
- Generar confianza en el grupo.
- Escuchar suspendiendo juicios y prejuicios.
- Escuchar abriendo espacios que posibiliten la emergencia de lo nuevo.
- Trabajar sobre los emergentes individuales y grupales (Danzaterapia. Recuperado el 28 de Julio 2005, de <http://www.entornomedico.org>).

La danzaterapia va dirigida a todas aquellas personas que buscan su superación y equilibrio emocional así como para tener:

- Un espacio y un tiempo para dedicarte.
- Tomar conciencia de su cuerpo.
- Ampliar las posibilidades de movimiento
- Aprender a escucharse.
- Ayuda a conectarse con las emociones y aprender a expresarlas.

- Una mirada hacia dentro de uno mismo para comprenderse mejor y entender el tipo de relaciones que se establece con los demás.
- Favorece la autoestima.
- Favorece la creatividad.
- Para personas con discapacidad física, psíquica y sensorial.
- Favorece la autonomía.
- Favorece la canalización de emociones.
- Favorece la relación con el entorno.

En niños y adolescentes:

- Aumenta la capacidad de atención, la comprensión espacial y la memoria.
- Fomenta la coordinación, la agilidad y flexibilidad.
- Ayuda a controlar los impulsos.
- Favorece la relación grupal.

En adultos con trastornos mentales y emocionales:

- Ayuda a tomar conciencia del cuerpo.
- Ayuda a mantener una mejor relación con uno mismo y con los demás.
- Ayuda a canalizar las emociones.

En la tercera edad:

- Proporciona beneficios para la salud física: aumento de la capacidad respiratoria, el equilibrio de la estructura ósea, aumento del riego sanguíneo, desarrolla la potencia muscular y la flexibilidad.
- Favorece la memoria y el recuerdo.
- Ayuda a sentirse parte de un grupo y a compartir experiencias. (Danzaterapia. Recuperado el 8 de Diciembre del 2005 de <http://www.motivatbcn.com>).

3.3. Usos y Beneficios

Algo relevante es el saber cuáles son los usos y qué beneficios puede traer el uso terapéutico de la danza y el movimiento dentro de un proceso que persigue la integración mente-cuerpo del individuo. Trabaja sobre la imagen y el esquema corporal aproximando al paciente a una percepción más realista de su cuerpo y sus posibilidades.

Explorar el repertorio propio de patrones de movimiento favorece la ampliación de los mismos para la vida cotidiana, permite desplegar el potencial energético y creativo que pudiera haber estado bloqueado. Devuelve vitalidad y placer por la vida. El reencuentro consigo mismo desde un nuevo lugar enraizado en el cuerpo se hace posible.

La danzaterapia se emplea en caso de trastornos emocionales, nerviosos, estrés, ansiedad, depresión, insomnio, problemas cardiacos, enfermedades psicosomáticas, trastornos de alimentación, bulimia y anorexia, adicciones, falta de integración grupal o social, baja autoestima, inseguridad, trastornos sexuales, dolores articulares, contracturas, problemas de conducta, aprendizaje o concentración. También en casos graves como debilidad mental, síndrome de Down y esquizofrenia (Medicinas y Terapia: Danzaterapia. Recuperado el 7 de Diciembre del 2005 de <http://www.portalalternativo.com>).

En cuanto a los usos y aplicaciones de la danzaterapia se encuentra el caso de adultos ciegos, en donde la danzaterapia intenta despertar la expresividad dormida y ser un puente para el encuentro con su propio cuerpo, sin esa rigidez física a la que se acostumbran este tipo de personas.

En cuanto a la discapacidad mental el danzaterapeuta trabaja sobre la persona que se mueve, no sobre el síndrome o enfermedad; lo que no significa que desconozca las características de cada patología. Se trata de mirar, proponer, intervenir, escuchar, leer, más allá de la cosa en sí, del ser paralítico cerebral o síndrome de Down o cualquier otra cosa, para que en la escena clínica se ponga en juego el decir y el actuar de una persona y no el de un síndrome. Entra en juego el deseo y el placer de la persona por el movimiento.

La danzaterapia aporta a la discapacidad física, ya que todos los cuerpos tienen un lenguaje por medio del cual se expresan las emociones y sentimientos, incluso sus sufrimientos corporales, lo que ayuda a la liberación de tensiones y de atrofias musculares.

En nuestra cultura, cimentada sobre la palabra, no se piensa que en determinadas circunstancias resulta difícil y en ocasiones imposibles comunicarse a través de ellas. Este es el caso de la mayoría de los pacientes mentales (psiquiátricos) en ocasiones tan severamente alterados que pueden haber perdido todo contacto con el mundo que los rodea (psicosis).

La neurosis es parte de las patologías que se pueden tratar con esta terapia, pues es un estado profundo de preocupación, melancolía o depresión, en donde se encuentra difícil sostener una conversación más allá de unos pocos minutos. Es aquí donde el movimiento puede permitir el desahogo y la comunicación porque los músculos son los que contienen a las emociones.

Sin embargo los pacientes con algún trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad) padecen distorsión de su imagen corporal, baja autoestima y pobre

concepto de sí mismos, suscitándose a menudo problemas de relaciones interpersonales y tienen dificultad para identificar sentimientos. A través de la danzaterapia estos pacientes son animados a reconocer la tensión en sus cuerpos como un signo de sentimiento. Este reconocimiento permite controles y elecciones más saludables para reemplazar así las comilonas autodestructivas y los ciclos de purga. Sus sentimientos pueden ser expresados simbólicamente en movimiento (Movimientos que dan vida. Recuperado el 28 de Julio del 2005 de www.entornomedico.org).

La Dance Movement Therapy (DMT, siglas en inglés) trabaja particularmente sobre la imagen y el esquema corporal y como terapia intenta conseguir que la persona adquiera una imagen de su cuerpo y sus posibilidades más cercana a la realidad; es altamente aconsejada para aquellos que sufren de timidez, introversión, inhibiciones, hipo e hiperkinesia, torpeza motriz y trastornos de la imagen.

Escobar (1998), citado por Mariana (2006), refiere que el arte y la danzaterapia pueden ser practicados en el ámbito de estructuras socio-sanitarias y en la comunidad como parte de proyectos terapéuticos coordinados a nivel de equipo interdisciplinario o autónomamente ocupando un rol paralelo a otras terapias. Se dirigen a varias categorías diagnósticas de edad, individuo y de grupo. De acuerdo con esta autora, hoy día el arte y la danzaterapia son consideradas psicoterapias en las que el proceso creativo y el uso de formas expresivas facilitan el desarrollo psicosocial, cognitivo y afectivo del individuo (Efectos de un programa de danzaterapia sobre el bienestar psicológico y la imagen corporal. Recuperado el 3 de Octubre del 2006 de <http://www.marianabellydance.com>).

Stromsted (1998), citado por Mariana (2006). plantea que la danza es de suma importancia en el desarrollo de una mayor capacidad para reconocer nuevos modos de interactuar con el mundo a través del reconocimiento de las propias sensaciones corporales; menciona que la terapia a través de la danza es un trabajo poderoso y reafirmador, dado que logra devolverle a la persona su sentido interno de autoridad y la voz para comunicarlo, liberando bloqueos mentales que se expresan a través del cuerpo, logrando así un cambio en las relaciones interpersonales y en la manera de verlas y actuarlas a través del desarrollo de la capacidad de “estar presente” tanto para sí mismo como para el otro a través de una relación más corporizada y, por lo tanto, más consciente (Efectos de un programa de Danzaterapia sobre el bienestar psicológico y la imagen corporal. Recuperado el 3 de Octubre del 2006 de <http://www.marianabellydance.com>).

Como se mencionó anteriormente existen infinidad de usos que se le dan a la danzaterapia, a partir de los cuales existen muchos beneficios tanto físicos y psíquicos entre los cuales tenemos:

Físicos

- Cardiovascular: Bailar facilita la circulación de la sangre y el tono de la piel. El sistema respiratorio y vascular también se benefician de esta actividad.
- Grasa: Favorece el drenaje de líquidos y toxinas, así como la eliminación de las grasas.
- Aspecto: Muchas de las posturas negativas derivadas de la vida sedentaria se corrigen con la danza. La cabeza y el cuerpo erguido y el paso armonioso mejoran la presencia física.
- Obesidad: Combate el sobrepeso, la obesidad y los niveles elevados de colesterol.

- **Músculos:** Fortalece los grupos musculares y mejora la flexibilidad, la fuerza y la resistencia.
- **Coordinación:** Con el baile se ejercita la agilidad y la coordinación de movimientos, así como el equilibrio.
- **Madurez:** En edades maduras es recomendable para paliar los dolores articulares y la osteoporosis y prevenir el envejecimiento.

Psíquicos

- **Socialización:** La danza es un buen método para superar la soledad y la timidez y establecer nuevas relaciones.
- **Relajación:** Permite desinhibirse y liberar tensiones.
- **Autoestima:** Al son de la música se reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, ya que ayuda a expresar las emociones y canalizar la adrenalina. Bailar levanta el ánimo y eleva la autoestima.
- **Confianza:** Fomenta la confianza en uno mismo y la claridad de pensamiento (Beneficios de la Danzaterapia. Recuperado el 10 de Diciembre del 2005 de <http://www.mayorgoma.com>).

3.4. Danzaterapia como Tratamiento en la Depresión de Adultos Mayores

Muchos adultos llegan al movimiento luego de un largo camino de olvidos y desencuentros con su propio cuerpo, con una historia plagada de sedentarismo, con posturas que los alejan cada vez más de la flexibilidad natural que todos traemos desde la infancia, con tensiones psíquicas, preconceptos y enormes miedos. La mayoría se cuestiona si moverse es algo que valga la pena, ya que sienten que han perdido toda posibilidad de expresión y movimiento fuera de lo rutinario y previsible. Algunos vienen movidos por una dolencia, más que por el deseo mismo de moverse y

expresarse. La pregunta básica es: "¿a mi edad, puedo?", que reemplaza muy elegantemente a la afirmación "no voy a poder. Algunos de ellos no han perdido aún el deseo ni la capacidad de juego (son en realidad los menos).

Una persona que atraviesa esta etapa de su vida puede integrarse a través del movimiento, explorando y ensanchando potencialidades que hasta entonces desconocía, que afloran mediante el estímulo musical, pues la danzaterapia va muy ligada con la musicoterapia ya ambas utilizan la música con efectos terapéuticos y en las dos está implicado el movimiento pues en la musicoterapia hay un área en donde se interactúa con instrumentos denominada activa. También puede definirse según Posch, (1999) como la aplicación científica del arte de la música y la danza con un objetivo terapéutico para prevenir, restaurar e incrementar la salud tanto física como mental del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta.

Es una disciplina terapéutica que se basa en el efecto favorecedor de la música en sus distintas variantes para producir.

A medida que aumentan sus posibilidades se produce una mejor aceptación de su cuerpo maduro y sus movimientos se conectan con una energía creadora, casi desconocida hasta entonces. La potencialidad de esta etapa vital, va derivando la angustia que producía el paso del tiempo y la falta de movilización hacia una mayor capacidad expresiva y creativa. Se produce progresivamente un cambio duradero que le permite desarrollar su mundo interno a través de la alegría y la aceptación de las marcas que el tiempo ha producido en su cuerpo (Fux, 2005).

Según Maria Chance, (s.f.) el paciente depresivo revela sentimientos internos, por lo que se reconocen dos modalidades:

- Letárgico: puede ser lento para responder, indiferente al ambiente, conoedor de sus reacciones y respuestas corporales más que otros pacientes. La danza es un modo para aliviar su miedo y salvajismo.
- Depresivo: en sus acciones repetitivas no reduce su ansiedad. Las tensiones corporales son intensas después de moverse. Mantiene un patrón por largos períodos. Es responsivo al movimiento y los ritmos. Puede modificar su movimiento, incluirse en una actividad grupal o temporal (Chaiklin, 1993).

Los trastornos bipolares y emocionales como la depresión han aumentando de manera alarmante en la sociedad. Por ejemplo, el estrés, que se manifiesta en forma de ansiedad o de tensión continua, es causa común de enfermedades de la piel, colitis, gastritis, úlceras y migrañas, entre otras. Incluso, grupos vulnerables entre los que figuran pacientes psicóticos, personas con problemas de alcoholismo y drogadicción, población con alguna discapacidad, niños de la calle y adultos mayores, son especialmente susceptibles a estos trastornos. De ahí que desarrollar métodos efectivos para prevenir los problemas emocionales es de vital importancia.

La danza, que utiliza el movimiento corporal y la música como medios para expresar emociones o conflictos manifestados de manera inconsciente, se utiliza satisfactoriamente en alrededor de 600 pacientes psiquiátricos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los cuales se han beneficiado a través de un programa de rehabilitación denominado danzaterapia (Servín, 1997).

A raíz de estos resultados, el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (Conaculta) en colaboración con el IMSS desarrollan un programa más amplio de danzaterapia, a fin de atender a la población vulnerable (adultos mayores) con un

enfoque preventivo y de rehabilitación. El objetivo primordial del programa es brindar elementos que permitan elevar la calidad de vida de estas personas a través de la imagen corporal.

Según Servín (1997) el movimiento posibilita la expresión emocional de sentimientos profundamente guardados o de aquellos que las palabras no pueden manifestar. Este procedimiento trata entonces de facilitar la comunicación honesta y abierta de todo lo que una persona siente, reduciendo la ansiedad y distorsión de la realidad. Al mismo tiempo, incrementa la autoestima, creatividad y productividad (La Danza como terapia. Recuperado el 14 de Diciembre del 2005 de <http://www.invides.com>).

3.5. Evidencias Empíricas

Hoy en día la danzaterapia es una de las técnicas más utilizadas en la mayoría de los países, sin embargo en México se han incrementado estudios los cuales comprueban que en efecto la danza como un tratamiento terapéutico tiene grandes avances para las personas de la tercera edad pues es la búsqueda de equilibrio tanto espiritual, como mental y físico.

En México esta terapia apareció en los años setenta, pero fue hasta 1997 cuando el Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS, efectuó la primera investigación formal en pacientes con psicosis, a fin de mejorar su autoconcepto; es decir, la manera como una persona se percibe integralmente. Una vez que los pacientes superaron la fase activa de la psicosis, requirieron de apoyo terapéutico para consolidar un autoconcepto positivo y bien integrado que les permitió reincorporarse a su entorno

social de manera satisfactoria e independiente, desligándose lo más posible del hospital.

Los psicóticos, apunta Servín (1997) tienen la sensación de aislamiento, mantienen posturas rígidas, carecen de movimientos espontáneos y temen al contacto físico. Entonces, la danzaterapia les permitió crear un sentimiento de acercamiento, conocer su cuerpo, controlar sus impulsos, mejorar el contacto con ellos mismos y con los demás. Así, "quedó demostrado que con un programa relativamente corto se puede modificar el autoconcepto de una persona, lo que se traduce en una mejor calidad de vida" (La Danza como terapia. Recuperado el 14 de Diciembre del 2005 de <http://www.invides.com>)

Desde entonces, el Hospital de Psiquiatría San Fernando ha trabajado con alrededor de 600 pacientes psiquiátricos y actualmente cuenta con un programa permanente que se ha hecho extensivo a otros dos hospitales similares del IMSS en el Valle de México.

El programa de danzaterapia, que ya se inició en algunos centros de seguridad social de Querétaro, Guanajuato, Guerrero, Morelos y Michoacán, está dirigido a los adultos mayores que regularmente son excluidos de servicios culturales y de salud. El psicólogo Luís Fernando Servín indica que ante la efectividad de la danza como terapia, Conaculta, a través de la Subdirección de Atención a Públicos Específicos, apoya proyectos de este tipo a nivel nacional mediante otras instituciones como Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Mexicano de la Juventud. Asimismo, el programa ha llamado la atención y reconocimiento de diversos organismos de salud y de cultura nacional e internacional, entre ellos el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), que lo acreditó en diversas

instituciones similares en 15 países latinoamericanos para compartir la experiencia (La Danza como terapia. Recuperado el 14 de Diciembre del 2005 de <http://www.invides.com>)

En este tercer capítulo se abordaron aspectos relevantes en cuanto a la danza como un tratamiento terapéutico y no como sólo una diversión más, en donde la danza como parte de las Bellas Artes ayuda a mantener entusiasmo ante la vida, para vivirla con ánimo, con goce en las personas no sólo de las de la tercer edad sino también desde la infancia, pues ha formado parte importante de la cultura y del desarrollo de la humanidad.

Entre los objetivos de la danzaterapia está el ayudar en el tratamiento para combatir y eliminar la depresión en personas de la tercera edad, por lo nos abocamos a saber cuál es la función social de la danza, cómo se forma como una terapia y cuáles son sus características, usos y limitaciones.

En el desarrollo de la vida del hombre todas las etapas tienen gran importancia, pero la tercera edad reviste gran relevancia para los jóvenes y adultos, ya que en ocasiones los ancianos ya no tienen esperanza por continuar su vida y se deprimen fácilmente presentando sentimientos de soledad, desesperanza, ansiedad, melancolía entre muchos más y está en los que los preceden, buscar su bienestar. Una forma de contribuir a ello es saber si la danzaterapia, o en específico el practicar el bailar, en los ancianos previene o disminuye los índices de depresión en comparación con aquellos que no lo practican.

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1. Tipo de Estudio

Se trata de un Estudio de Campo Exposfacto relacional porque se estableció la relación entre variables. Es de campo porque se realizó en escenarios naturales. Y es Exposfacto ya que el evento sucedió y él investigador no tiene control sobre las manifestaciones de las variables estudiadas.

Este tipo de estudio tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables; también es conocido como estudio correlacional.

La utilidad y el propósito principal de este tipo de estudio es el saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas.

4.2. Diseño

Es un diseño de grupos de 2x2 cuasiexperimental, ya que se controló la variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes.

En los diseños cuasiexperimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos, ni se emparejan, sino que los grupos ya estaban formados antes del experimento: son grupos intactos.

Existen diferentes tipos de estudios cuasiexperimentales, al que nos enfocaremos es el de Diseño 2x2 con posprueba únicamente y grupos intactos, uno recibe el tratamiento “experimental” (la danzaterapia o bailes) y el otro no (no bailan). Los grupos son comparados en la posprueba para analizar si el “tratamiento experimental” tuvo un efecto sobre la variable dependiente (depresión).

4.3. Pregunta de Investigación

¿La danzterapia es un medio efectivo para el tratamiento de la depresión en personas de la tercera edad?

¿Existen diferencias significativas en el nivel de Depresión que presentan las personas de la Tercera Edad?

4.4. Objetivos

Objetivo General

Analizar si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de depresión entre personas de la tercera edad que practican la danza y quienes no la practican.

Objetivos Particulares

- Realizar una investigación general sobre la danza como medio de tratamiento a sintomatología depresiva y de otra índole.
- Describir cuáles son los beneficios de la danza como método terapéutico.
- Aplicar el test de depresión de Zung para identificar si existe depresión entre ancianos que practican la danza y aquellos que no.

4.5. Hipótesis

Hi: *“Existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre personas de la tercera edad que practican la danza terapia y las que no la practican”*

Ho: *“No existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre personas de la tercera edad que practican la danza terapia y las que no la practican”*

Hi: *“El índice de depresión en las personas de la tercera edad que practican la danza terapia es menor que en aquellas que no la practican.”*

Ho: *“El índice de depresión en las personas de la tercera edad que practican la danza terapia es igual que en aquellas que no la practican.”*

4.6. Variables

Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

Variables demográficas

★ Definición Conceptual

Edad. Se refiere al tiempo en que una persona ha vivido (el número de años).

Sexo. Característica orgánica que diferencia al macho de la hembra.

★ Definición operacional

Edad. Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha y se determinará según los años que tiene una persona.

Sexo. Diferenciación entre un hombre y una mujer.

Variable Dependiente. Depresión

Variable Independiente. Bailar o no bailar

★ Definición Conceptual

Depresión. Es un trastorno afectivo de la Conducta que causa tristeza profunda y sin motivo.

Bailar. Es el arte de expresión corporal por medio del movimiento real.

★ Definición Operacional

Depresión. Es la calificación obtenida mediante el test de Zung para saber si existen síntomas de este trastorno en las personas de la tercera edad.

Bailar. Es la acción que se llevará a cabo a través de los movimientos de cabeza, cuerpo, brazos y pies al compás de la música.

4.7. Instrumento

Ψ Escala para el Diagnóstico Depresivo

❖ Escala de Zung

Según Juárez (2003), la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD) fue creada por los doctores William W. Zung y D.C. Durham, profesores e investigadores del Centro Médico de la Universidad de Duke en Estados Unidos.

Se creó por la necesidad de contar con un instrumento que evaluará satisfactoriamente la depresión, como afecto, como síntoma o como enfermedad, de forma sencilla lo cual no era posible hasta que fue realizada la escala.

Para Juárez (2003), los criterios para el diagnóstico clínico y para la elaboración de la escala fueron instrumentados por Grinker y colaboradores en 1961; Overall en 1962 y Friedman y colaboradores en 1963. Se encuentran divididos en:

- A) Afecto Profundo
- B) Equivalentes y concomitantes fisiológicos
- C) Concomitantes psicológicas.

Para construir los reactivos se determinaron las características más frecuentes de los diversos tipos de depresión y se hizo una pregunta por cada característica que fuera representativa del síntoma (Anexo 1).

Características de la EAMD

Esta escala posee veinte reactivos de los cuales diez están hechos para tener una respuesta sintomáticamente positiva y diez para una respuesta sintomáticamente negativa. La menor puntuación es para los menos deprimidos (Juárez, 2003).

Cada uno de los reactivos tiene cuatro alternativas de respuesta que son:

- a) Muy pocas veces
- b) Algunas veces
- c) La mayor parte del tiempo
- d) Continuamente

Forma de Aplicación

Para aplicarla solamente es necesaria la hoja de declaraciones y un lápiz o pluma.

Se da al sujeto la lista de declaraciones y se le pide que señale la aseveración que se apegue más a su caso en ese momento; si surgiera alguna duda puede ser aclarada sin ningún problema (Juárez, 2003).

Forma de Calificación

Para Juárez (2003), la calificación se lleva a cabo por medio de una plantilla transparente que incluye el protocolo y que trae grabadas el peso que corresponden a cada alternativa de respuesta, la calificación es de 1,2,3,4, ó 4,3,2,1 dependiendo de la puntuación.

Las calificaciones obtenidas se colocan del lado derecho, se suman y se anota el resultado final. Enseguida se remite a una tabla que convierte la calificación básica al índice AMD.

El índice AMD se deriva de dividir la suma de los valores de la calificación cruda obtenida de los 20 reactivos y se multiplica por la calificación máxima posible que es de 80, convertida a decimal y multiplicada por 100.

Una vez obtenido el índice AMD es posible deducir el diagnóstico final auxiliándose con una tabla.

Puntuación	Diagnóstico
20 – 40	No hay depresión
41 – 47	Depresión leve a moderada
48 – 55	Depresión mayor
56 – 80	Depresión mayor severa

Cuando una prueba arroja un resultado que cabe en dos diagnósticos, es necesario revisar las preguntas una por una para saber cuáles de éstas corresponden a las puntuaciones más altas y así saber a qué grupo corresponde el sujeto.

Validez y Confiabilidad de la EAMD

De acuerdo con Juárez (2003) en 1965 W.W. Zung y colaboradores realizaron un estudio con objeto de validar la EAMD. con 152 pacientes de consulta externa. A estos pacientes les fue aplicado previamente el Ohio Literacy Test – esta prueba se califica por niveles y los sujetos elegidos para este estudio fueron los que quedaban clasificados en el quinto nivel. Después en una consulta inicial les eran aplicados el MMPI y la EAMD.

El MMPI fue utilizado como prueba control por ser válida y confiable. Los datos con los que se trabajó para la validación de la escala fueron: el resultado de las pruebas, Ohio Literacy Test, MMPI y EAMD: impresión clínica y el diagnóstico final.

A estos datos se les aplicó el análisis de correlación múltiple del que se obtuvo la ecuación de regresión = $0.75 + 31.7$

Para medir el índice de correlación entre la EAMD y las once escalas del MMPI se utilizó la correlación de Pearson Producto – Momento de donde se observó que el mayor índice de correlación entre ambas escalas es con la escala D (depresión) que contiene un valor de $r = 0.70$. El siguiente índice en importancia es con la escala PT (psicastenia) $r = 0.68$, que se da por el tipo de población que fue estudiada y por la alta correlación entre las escalas D y PT que es de $r = 0.79$. La menor correlación es con la escala MA (Manía) donde $r = 0.13$.

El análisis de varianza para la escala D del MMPI diferencia los grupos depresivos y con reacciones de ansiedad a un nivel de significancia de 0.05; mientras el análisis de los índices de la AMD los diferencia a un nivel de significancia de 0.01, lo que sugiere que ésta puede ser un parámetro más sensible para medir la depresión.

En 1967, Zung (citado por Juárez, 2003) realizó un estudio para medir los factores que pudieran influir en la EAMD. Utilizó una población de 159 pacientes que recurrieron a consulta externa en un periodo de seis meses (enero-junio) durante 1966, en este estudio fueron tomados en cuenta los factores demográficos que pueden influir los resultados de la EAMD. Estos factores son edad, nivel educativo, ingreso anual y estado civil, también se les aplicó el Ohio Literacy Test.

A este test y los factores demográficos mencionados se les analizó su correlación con respecto a la EAMD. Los resultados obtenidos indicaron un bajo índice de correlación, por lo que se concluyó que los factores demográficos no afectan el resultado de la EAMD.

En 1972, nuevamente, Zung realizó un estudio para corroborar la validez de la EAMD. Utilizó una muestra de 225 pacientes de los cuales 152 eran pacientes hospitalizados, todos los hombres de entre 22 y 72 años; 73 eran pacientes externos, 23 hombres y 50 mujeres entre los 14 y 72 años. Como medida objetiva para establecer la depresión fueron usados y el D. S. I. (Depresión Status Inventory) y la EAMD (Juárez, 2003).

Se usó la correlación de Pearson de Producto-Momento para calcular los datos obtenidos. La correlación entre la AMD y el DSI fue de 0.87. Las correlaciones medias para los diez reactivos pares y para los diez reactivos nones del DSI fueron de 0.81 y 0.73 con respecto a los reactivos de la EAMD. Todos los coeficientes de correlación fueron significativos ($p = 0.1$).

Conde López y De Esteban Chamorro (1975; citado por Juárez, 2003), realizaron una investigación para establecer el nivel de consistencia interna de la EAMD con una muestra de 250 sujetos normales y 46 pacientes depresivos hospitalizados, a través de la EAMD y el Inventario para la Depresión de Beck. “El cálculo del índice de Homogeneidad se llevó a cabo mediante la prueba del 27% superior e inferior aplicando la correlación biseral (r_b), habitual en este tipo de estudios. Para la fiabilidad de la escala, en cambio, se halló la correlación por la prueba de las dos mitades, sometiéndola después a la corrección de Spearman Brown. El coeficiente de fiabilidad o precisión fue de 0.80 para la EAMD (Juárez, 2003).

Equi y Jabra (1976, citados por Juárez, 2003), hicieron un estudio para establecer la validez de la escala de Zung en la detección de la depresión en sujetos alcohólicos, Utilizaron una muestra de 58 pacientes alcohólicos crónicos a los que se

aplicaron el MMPI y la EAMD. Encontraron una correlación de 0.71 entre ambas escalas demostrando así que la EAMD es capaz de detectar depresión en alcohólicos.

Jegede (1976, citado por Juárez, 2003), realizó un estudio de que reporta: “Mientras que hay datos que refuerzan el contenido y la validez de constructo de la EAMD, la evidencia formalmente estimada no es concluyente. Con el propósito de explorar las propiedades psicométricas de la EAMD fueron hechos dos estudios usando sujetos para grupos con marcadas diferencias socioculturales. Doscientos trece hombres y mujeres drogadictos de la ciudad de Nueva York y 206 hombres y mujeres estudiantes en Nigeria. Los hallazgos incluyen alto Coeficiente Alfa y un alto promedio de correlación en los reactivos (total minus item) en ambos estudios. Se concluyó que la EAMD tiene un porcentaje bueno en términos de la consistencia interna formal y validez de constructo”.

Biggs y colaboradores (1978, citados por Juárez, 2003) realizaron una investigación para validar la EAMD. Escogieron 41 pacientes de consulta externa con diagnóstico previo de depresión que tuvieron tratamiento con un antidepresivo tricíclico durante seis semanas, tiempo que duró el estudio. La edad promedio era de 30 años, el 66% eran mujeres y menos del 15% tenían síntomas psicóticos. Las calificaciones pre-tratamiento fueron de 26.2 en el Hamilton y de 56.8 para la EAMD. Cada semana el paciente contestaba la EAMD y el Hamilton era administrado por dos médicos.

Puesto que la calificación de las escalas se da a nivel ordenado de las medidas estadísticas no paramétricas, fueron usadas para todo el análisis: el Coeficiente de Correlación de Spearman y el Ma-Whitney U Test.

La correlación final entre el Hamilton y la EAMD fue de 0.80 lo que nos dice que la prueba de Zung, es válida y sensible. Lara Tapia, H. Y colaboradores realizaron en 1976 un estudio en la ciudad de México con el propósito de adaptar y estandarizar la EAMD a nuestro país. En el estudio se incluyeron enfermos psiquiátricos, enfermos no psiquiátricos y sujetos sanos que se encontraban entre los 17 y 64 años. Se utilizó como prueba control el MMPI. Los resultados obtenidos permitieron concluir que la escala y sus normas de calificación son válidas para nuestro país y que EAMD es un instrumento que ayuda en la detección de la depresión como síndrome y de la depresión oculta en otros síntomas (Juárez, 2003).

Estos resultados han sido corroborados por el autor en otros estudios a través del uso de la escala. En todos los reactivos las dimensiones mayores de la escala tienen el mismo valor para diferentes segmentos de la población. Es bien conocido que un mismo lenguaje puede usarse diferentemente, dependiendo de las circunstancias del usuario. Si la escala pretende usarse en diferentes o en todos los sectores de la población, los puntos en las varias dimensiones de una escala deben tener el mismo significado para todos los sectores en los que se va utilizar.

Algunos investigadores han realizado un análisis exhaustivo de los reactivos de la escala, con la finalidad de proveer una mayor confiabilidad a la misma. Las respuestas a los reactivos de los SDS de Zung, fueron interrelacionados por medio de gamas, que son una medida de asociación utilizable con datos ordenados (Freedman, 1965). La matriz gamas fueron sujetas a análisis dio tres grupos en tres dimensiones, con un coeficiente de alineación de .14 y un coeficiente Kruskal de stress de .12. Los puntos dentro de cada dimensión fueron sujetos a análisis adicionales para determinar

si las relaciones entre los puntos dentro de un grupo eran similares para una variedad de subgrupos dentro de la población.

El principio básico del análisis dimensional fue, que dentro de los puntos de una dimensión o grupo debían mostrar consistencia en las relaciones entre los reactivos dentro de grupos demográficos seleccionados. Si tales relaciones eran consistentes se puede asumir que los reactivos son vistos similarmente por esos subgrupos y probablemente en la mayoría de la población. Si las relaciones son inconsistentes el significado de los reactivos probablemente varía de grupo a grupo. Esta estrategia de análisis para datos de encuesta es mencionada por Blumenthal (1972), citado por Juárez, (2003).

Según Juárez, (2003) los subgrupos escogidos como unidades de respuesta fueron aquellos reactivos contenidos en el grupo más grande, siguiendo el análisis del mínimo espacio. El grupo Zung de “bienestar” consta de 7 de 10 reactivos positivos en la escala:

- Tengo la mente tan clara como antes
- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro
- Tengo esperanza en el futuro
- Me resulta fácil tomar decisiones
- Siento que soy útil y necesario
- Mi vida tiene bastante interés
- Todavía disfruto con las mismas cosas

Resulta interesante que estos mismos 7 reactivos se hallaron en el primer factor del análisis factorial de los datos de Reickels (1973), en un estudio en 831 pacientes

no internos deprimidos. El hecho de que estos reactivos son tan diversos en contenido, como el equivalente a retardo psicomotor “Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro” esten en el mismo grupo que el equivalente de confusión “Tengo la mente tan clara como antes” y el desesperanza “Tengo esperanza en el futuro” subraya la posibilidad de que el entrevistado pueda estar reaccionando al elemento positivo en los reactivos, más que el síntoma específico que el reactivo supone representar.

Según Juárez, (2003) la inspección de estos reactivos muestra un número de bajas correlaciones entre reactivos (gamas menores a .4). La mayoría de las bajas correlaciones están asociadas con dos items: “Tengo la mente tan clara como antes” y el reactivo “Tengo esperanza en el futuro”. Cuando estos dos reactivos son retirados 17 de las 19 gamas menores a .30 y 8 de las 11 gamas entre .29 y .35 se eliminan de tan manera que las relaciones muestran desde moderados a altos índices de relaciones.

Con base en estos hallazgos, los 5 puntos que se interrelacionan consistentemente se combinan en una sola subescala llamada “índice de bienestar”. Dado que los reactivos que no se relacionaban consistentemente con los reactivos de bienestar, sin embargo, correlacionados consistentemente entre si a través de todos los subgrupos se combinaron en un segundo índice el “Índice de optimismo”.

Utilizando un sistema similar de análisis, índices adicionales se desarrollaron del SDS de la siguiente forma:

INDICE DE BIENESTAR

- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro
- Me resulta fácil tomar decisiones
- Siento que soy útil y necesario
- Mi vida tiene bastante interés
- Todavía disfruto con las mismas cosas

INDICE DE ESTADO DEPRIMIDO

- Me siento abatido y melancólico
- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar
- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome

INDICE DE SINTOMAS SOMATICOS

- El corazón me late más aprisa que de costumbre
- Me canso sin hacer nada

INDICE DE OPTIMISMO

- Tengo la mente tan clara como antes
- Tengo esperanza en el futuro

REACTIVOS NO AGRUPADOS EN UN INDICE

- En la mañana me siento mejor
- Me cuesta trabajo dormirme en la noche
- Como igual que antes solía hacerlo
- Todavía disfruto de las relaciones sexuales

- Noto que estoy perdiendo peso
- Tengo molestias de constipación
- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto
- Estoy más irritable de lo usual.

4.8. Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilística intencional por cuotas, también conocido como muestreo dirigido que supone un procedimiento de selección informal (Sampieri, 2003).

Se refiere al hecho de que como no se conoce el total de la población se eligió a aquellos que quisieron colaborar en el estudio, fue por cuotas ya que se obtuvo un número determinado de sujetos y fue intencional porque los sujetos poseen las características de la variable independiente (Bailar o no bailar).

4.9. Muestra

Se llevó a cabo la aplicación de la Prueba de Zung a dos grupos; uno los que si bailan conformado por 50 personas y el segundo los que no bailan también conformado por 50 personas, lo que nos da un total de 100 sujetos de sexo indistinto con un rango de edad de 60 a 85 de años, de sexo, estado civil, religión y nivel socioeconómico indistinto.

4.10. Procedimiento

La aplicación de la Prueba de Zung al grupo de sujetos que bailaban se realizó en la Plaza de la Ciudadela, lugar donde acostumbran reunirse personas de la tercera edad para aprender y practicar diversos bailes. En cambio los sujetos del grupo que no bailan se abordaron en diversos lugares.

La forma de realizar el levantamiento de datos en ambos grupos se realizó de la siguiente manera:

La investigadora se presentaba ante los posibles sujetos señalando el objetivo del estudio y solicitando su colaboración.

A quienes accedían a colaborar se les aplicaba la prueba de acuerdo con las instrucciones del instrumento.

Al terminar de contestar la prueba se agradecía su colaboración.

Quienes no cooperaban se les daban las gracias y se buscaba a otra persona hasta completar la cuota

4.11. Escenario

Para localizar a la población que pertenecen al grupo de las personas de la tercera edad que bailan, se visitará la Plaza de la Ciudadela ubicada hacia el norte, de la actual calle de Balderas. Es también conocida como la Plaza del Danzón, Enrico Martínez Emilio, Col. Centro en donde a partir de las 12:00 hrs. los días sábados, se da el punto de reunión de las personas de la tercera edad.

Por otra parte el grupo de personas que no bailan corresponderá a las personas que de manera voluntaria colaboren para la aplicación del instrumento, tomando en cuenta las variables demográficas en especial la edad, ya que se pretende buscar personas de 60 años hasta 85 según puedan o no bailar.

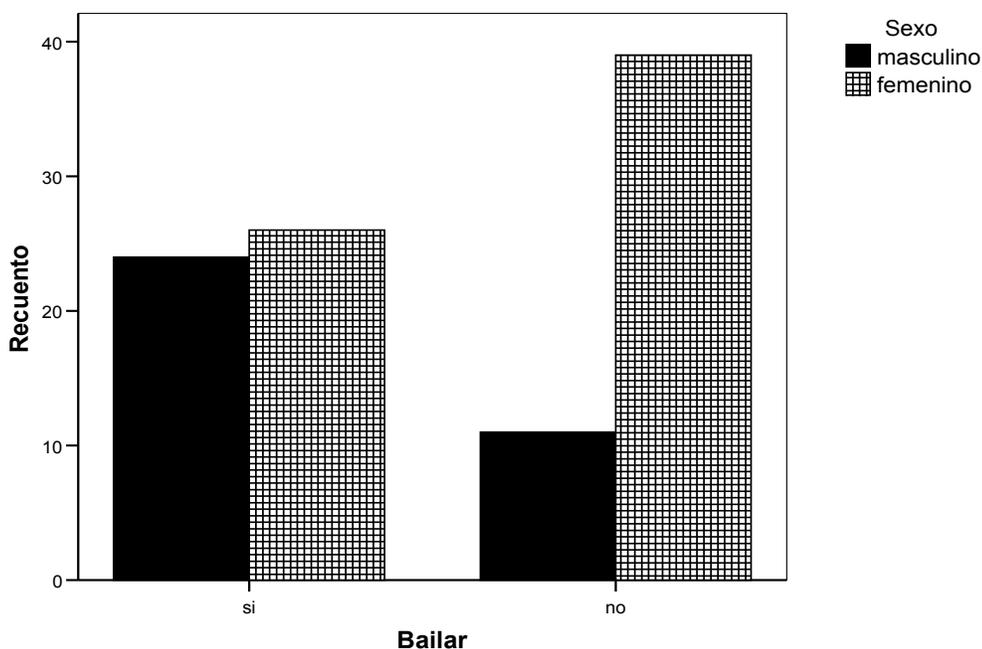
CAPÍTULO V
RESULTADOS

5.1. Resultados

De acuerdo con la información obtenida en la muestra se procedió a la realización de un análisis estadístico con la finalidad de conocer los diferentes aspectos que conforman la muestra y así poder dar respuesta a las preguntas de investigación.

La población participante en el presente estudio está conformada por 35 % de hombres y 65% de mujeres. En la figura 5.1. se muestra la distribución por sexo en cada uno de los grupos considerados. Como se puede observar, en el grupo que No Baila existe una mayor proporción de mujeres. Se ha observado que comúnmente es la mujer quien gusta más por actividades recreativas como la danza (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001).

Figura 5.1. Distribución de sexo por tipo de grupo.



Por lo que se refiere a la edad de los sujetos, en términos generales en el grupo que Baila se encuentran las personas (hombres y mujeres) de menor edad, tal y como se observa en la tabla 5.1. Los hombres y mujeres de menor edad son aquellos los cuales ejecutan más la actividad dancística, lo que hace pensar que debido a un número menor de enfermedades y problemas físicos, así como al potencial de energía que poseen, pueden tener mayor disposición para dicha actividad.

Al llegar a la tercera edad las personas tienden a deprimirse debido a que ya no pueden realizar con la misma energía sus actividades de costumbre, lo que es una gran preocupación para ellos y esto puede en algunos casos motivarlos para empezar a realizar actividades que los mantenga en condiciones gratas; "para una persona joven", escribió Jung (1969), citado por Boeere (1997), "es casi un pecado o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero para la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma".

Tabla 5.1. Estadísticos Descriptivos de Edad por Tipo de Grupo

	Bailan	No bailan
Media	67.2	68.86
Desv. típica	5.57	7.09
Mínimo	60	60
Máximo	85	89
Percentiles:		
25	63.75	62.75
50	65	67.5
75	70	74.25

Sin embargo no existen diferencias significativas en la edad de los sujetos pertenecientes a los grupos que Bailan y No Bailan, como se puede observar en la tabla 5.2.

Tabla 5.2. Estadísticos Inferenciales de Edad por Tipo de Grupo.

	EDAD
U. de Mann-Whitney	1093.000
Wilcoxon W	2368.000
Z	-1.085
Nivel de Sig. (2 colas)	0.278

Por otro lado, al considerar la relación entre las variables sexo y edad, se establece que no existen diferencias significativas entre los grupos, lo anterior de acuerdo con el análisis derivado de la prueba de hipótesis U. de Mann-Whitney (1,095) y su nivel de significancia (0.75).

En la Tabla 5.3. se muestran los puntajes de depresión en los grupos. Como se puede observar, en términos generales los sujetos que No Bailan tienen mayores puntajes, lo que significa que existe mayor número de síntomas relacionados con la depresión en ellos.

Tabla 5.3 Estadísticos Descriptivos de Depresión por Tipo de Grupo

		Bailan	No Bailan
Media		36.48	42.46
Desv. típica.		9.033	11.557
Mínimo		20	20
Máximo		58	64
Percentiles	25	29.00	34.00
	50	35.50	44.00
	75	44.00	50.00

Las diferencias en los puntajes de depresión entre los grupos considerados es estadísticamente significativa tal y como se indica en la Tabla 5.4.

Según Suero, (2004) la utilización específica de los movimientos gestuales-corporales coordinados a través de la música como medio de comunicación no verbal, incrementan el yo personal, liberador de tensiones y potenciador tanto de la aptitud como de la relajación física. Lo cual quiere decir que si se practica la danza como terapia se mantendrá en las personas mayores un estado de ánimo saludable. Es por ello que aquellos que no practican algún tipo de danza o baile de salón, son más propensos a tener este trastorno debido a que no hay un factor motivacional o de distracción, datos que coinciden con los resultados y postulados teóricos de (Servín, 1997), (Bárcena *et.al.*, 2001), Según Muñoz (2002), citado por Mariana (2006).

Tabla 5.4. Estadísticos Inferenciales de Depresión por Tipo de Grupo.

	Calificación Zung
U de Mann-Whitney	840.500
W de Wilcoxon	2115.500
Z	-2.825
Nivel de Sig. (2 colas)	0.005

Ahora bien, en relación con la distribución de los niveles de depresión existentes en ambos grupos (tabla 5.5), los datos muestran mayor incidencia de depresión en el grupo que No Baila, ya que sólo el 48% de hombres y mujeres están en la categoría diagnóstica de Sin Depresión, en tanto que el restante 52% está en alguna de las categorías de depresión, donde destaca el nivel de Depresión Mayor con 12 (11 mujeres y 1 hombre), es decir uno de cada dos sujetos presenta depresión. En cambio en el grupo que Si Baila el 70% de sujetos está en el nivel Sin Depresión y el restante 30% en alguna categoría que incluye sintomatología depresiva, con igual frecuencia (7) en los niveles de Depresión Leve Moderada y Depresión Mayor; es decir 7 de cada 10 sujetos que No Baila presentan sintomatología depresiva en algún grado, datos que confirman lo señalado por Kramlinger (2001).

Tabla 5.5 Distribución del Nivel de Depresión por Sexo y Tipo de Grupo

Diagnóstico			Bailar		Total
			si	no	
Sin Depresión	Sexo	masculino	16	7	23
		femenino	19	17	36
		Total	35	24	59
Depresión Leve Moderada	Sexo	masculino	4	2	6
		femenino	3	6	9
		Total	7	8	15
Depresión Mayor	Sexo	masculino	3	1	4
		femenino	4	11	15
		Total	7	12	19
Depresión Mayor Severa	Sexo	masculino	1	1	2
		femenino	0	5	5
		Total	1	6	7

La diferencia en los niveles de depresión es estadísticamente significativa, aún y cuando se agrupan los diferentes niveles de depresión (Leve Moderada + Mayor + Mayor Severa = Suma Depresión) y se comparan contra el nivel Sin Depresión. La variable en la cual se establece la diferencia es la práctica o no del baile (Tabla 5.6), ya que si se toma en cuenta la variable sexo, no existe tal diferenciación (Tabla 5.7), afirmación que apoya lo establecido por (Bárcena, Zavala y Vellido, 2001). Es decir, el baile es una actividad o tratamiento que puede combatir el estado de ánimo depresivo en los ancianos, de ahí se sustenta que la danzaterapia es un medio efectivo para el tratamiento de la depresión en personas de la tercera edad (Servín, 1997), por lo que se acepta la Hipótesis Alternativa del presente estudio.

Tabla 5.6 Estadísticos Inferenciales de Niveles de Depresión por Grupo

	Diagnóstico	Suma depresión
U de Mann-Whitney	929.000	975.000
W de Wilcoxon	2204.000	2250.000
Z	-2.499	-2.225
Nivel de Sig. (2 colas)	0.012	0.026

Tabla 5.7 Estadísticos Inferenciales de Niveles de Depresión por Sexo

	Diagnóstico	Suma depresión
U de Mann-Whitney	992.000	1020.000
W de Wilcoxon	1622.000	3165.000
Z	-1.187	-.997
Nivel de Sig. (2 colas)	0.235	0.319

Los datos anteriores permiten confirmar que la práctica del baile es una actividad (considerada terapéutica) que ayuda a disminuir la sintomatología de la depresión en personas de la tercera edad, datos que coinciden con los resultados y postulados teóricos de Chace (1974), Fischman (2003), Fux (1965), North (1990), Servín (1997) y Stromsted (1998).

CONCLUSIONES

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento de los seres humanos así como las enfermedades mentales entre las cuales se encuentra la depresión, uno de los trastornos emocionales más común hoy en día para la sociedad.

La depresión se presenta en diversas poblaciones, no distingue sexo, edad, estado civil, ni mucho menos nivel socioeconómico. Sin embargo una población que es relevante hoy en día es la de la tercera edad, ya que muchas veces cuando se llega a esta etapa de la vida los jóvenes y adultos no toman en cuenta a aquellas personas mejor conocidas como ancianos, longevos o viejos.

Una vez que ha sido diagnosticada la depresión, se debe proceder a la aplicación de un tratamiento el cual pueda combatir y eliminar dicho trastorno. Hoy en día existen un sin fin de terapias las cuales ayudan a la mejora del padecimiento diagnosticado; una de las alternativas no muy comunes es la danza o baile, mejor conocida como Danzaterapia.

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, la presente Investigación tuvo como finalidad determinar si el practicar el baile (Danzaterapia) es un medio efectivo para el tratamiento de la depresión en personas de la tercera edad.

Se estableció que existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre las personas de la tercera edad que practican la danza como terapia y las que no la practican; ya que el índice de depresión en las personas longevas que practican la

danza es menor que en aquellas que no la practican, motivo por el cual se aceptan las hipótesis alternas establecidas en esta investigación.

Hi: *“Existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre personas de la tercera edad que practican la danza terapia y las que no la practican”*

Hi: *“El índice de depresión en las personas de la tercera edad que practican la danza terapia es menor que en aquellas que no la practican.”*

La depresión mayor se presentó en un 52% de los sujetos del grupo que no baila, lo cual indica que posible tratar dicho trastorno con esta actividad o al menos dicha actividad es un factor de prevención que evita la aparición de sintomatología depresiva en este tipo de población.

La vejez se puede considerar desde cuatro puntos de vista, el cronológico en donde la edad en la que se manifiesta con mayor frecuencia este trastorno depresivo es entre los 30 y 50 años (Glaxo Wellcome, 2002); asimismo las personas de la tercera edad (60 años en adelante) experimentan una serie de cambios no solo fisiológicos sino biológicos, emocionales y sociales (González, 2000). Sin embargo, los datos de la presente investigación señalan que no existen diferencias significativas en la edad de los sujetos ni en el sexo. Lo que nos indica que dicho trastorno no es exclusivo de un tipo específico de población sino que se presenta en las personas sin distinguir sus características personales.

Esta investigación permitió comprobar que la danza es un medio terapéutico que funciona no solo para combatir la depresión sino otro tipo de enfermedades

mentales, ya que ayuda a mantener un buen estado de ánimo y a conservar saludable el cuerpo ya que es un ejercicio muy completo.

Las personas de la tercera edad se encuentran muy aisladas de su familia pues algunas aunque viven con ellos las hacen a un lado por lo que manifiestan soledad, otras viven solas ya que han enviudado o bien sus hijos no viven con ellas (González, 2000). Algo sorprendente es que los sujetos que practican el baile tratan de ver la vida de la mejor manera pues el bailar les permite percibirse con gran vitalidad, ganas de vivir y gozar la vida en plenitud. Aspecto que genera temas para investigaciones posteriores.

Existen diferentes áreas de la Psicología en la que la presente investigación hace algunas aportaciones: Clínica se propone utilizar la Danza a nivel terapéutico pero no sólo para combatir la depresión sino para colaborar en alguna discapacidad o bien asimilarla sin mayor problema. Educativa ya que la Danza es un deporte o ejercicio que puede mantener relajados a los alumnos o bien eliminar el estrés. Social la Danza sirve no sólo como una terapia sino también como parte de las relaciones interpersonales que se pueden llevar a cabo, así mismo da conocimiento a nivel cultural pues es así como uno puede conocer los diferentes bailes y danzas típicas de cada región o país y saber que existen riquezas a nivel artístico que hoy en día quizá no se vean como algo que contribuya a nuestra salud tanto física como emocional.

Por último, las limitaciones de esta investigación se pueden centrar en el hecho de que la población que no baila es una población elegida al azar, en la cual puede haber muchas variables extrañas que impidieron precisar los resultados, como por ejemplo que no quisieron contestar el instrumento. En algunos casos mostraron disgusto al pedir su colaboración y fueron un tanto groseros, porque no deseaban se

conocieran sus puntos de vista ya que en el instrumento había preguntas muy personales e íntimas las cuales les daba pena contestar.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Anda, C. (2000). *Introducción a las ciencias sociales*. México: Limusa
- Bárcena, Zavala y Vellido. (2001). *El hombre y la danza*. México: Trillas.
- Bazo, Sanz, Maiztegui y Martínez. (1999). *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional*. México: Médica Panamericana, Serie Gerontología Social.
- Beauvoir, S. (1970). *La vejez*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Brailowsky, S. (2002). *Las Sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bravo, A. (1995). *Estrategias de trabajo en grupos de ancianos para disminuir los niveles de ansiedad*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- Calderón, N. G. (1999). *Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos generales*. México: Trillas.
- Chaiklin, Sharon, Sandel y Lohn. (1993). *Fundamentos de la danza. Terapia en movimiento: la vida y mundo de Marian Chace*. Colombia: Fundación Maryland
- Corkdi, G. y Montiel, M.M. (1979). *La rehabilitación física y social de los individuos ancianos institucionalizados*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F.
- Craig, J. y Baucum D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.
- Fux, M. (2005). *¿Qué es la danzaterapia?* Buenos Aires Argentina: Lumen.
- García Córdoba, F (2004). *La tesis y el trabajo de tesis*. México: Limusa.

- González, Ma. del R. (2000). *Cuando la tercera edad nos alcanza: crisis o retos*. México: Trillas.
- Hoffman, L. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. España: Mc Graw-Hill.
- Kastenbaum, R. (1979). *Vejez: años de plenitud*. México: Tierra Firme.
- Kramlinger, K. (2001). *Guía de la clínica mayo sobre depresión*. México: Rochester.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. (1990). *Psicología*. México: McGraw Hill.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. (1997). *Psicología*. México: McGraw Hill.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. (2000). *Psicología*. México: McGraw Hill.
- Papalia, D. E. y Wendkos, S. (2005). *Psicología*. México: McGraw Hill.
- Pliego, A. (2001). *¿Cómo detectar y vencer la depresión en jóvenes?* México: Selector.
- Polaino – Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Posch, S. (1999). *Compendio de musicoterapia*. Vol. II. Barcelona, España: Herder.
- Rodríguez, L. F. (2006). *Conceptos Generales para Auxiliares Geriatricos*. México: Madrid.
- Rodríguez, R. F. (1998). *La vejez y la muerte*. España: Anales de Psicología.
- Schaie, K. W. (1995). *Desarrollo mental humano del comportamiento genético*. Madrid: McGraw Hill.
- Sampieri, H. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Stahl, S. M. (2002). *Psicofarmacología esencial de la depresión y trastorno bipolar*. Barcelona: Ariel.
- Siegel, S. y Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. 4ª ed. México: Trillas.

- Universidad del Tepeyac. (2006). *Lineamientos para la presentación de los trabajos de investigación*. (Documento 1, sexta versión). México, DF.: Academia de Investigación de la Universidad del Tepeyac

OTRAS FUENTES

- Glaxo Wellcome (2002). *Depresión: La enfermedad del siglo*. CD ROM interactivo.
- Juárez, J. (2003). *Escala de la Depresión del Doctor William W. Zung*. Comunicación personal.
- Microsoft (2006), Enciclopedia Encarta, (Versión 2006), [CD-ROM]. México: Microsoft
- Pfizer (2001). *Diplomado Interactivo: Depresión y Trastornos de Ansiedad*. CD ROM interactivo.
- UNAM. (2002). *Manejo del espectro depresión – ansiedad*. Investigación y Difusión (11) pp.5 – 66.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- Anónimo (s.f). Depresión en la Vejez. Recuperado el 5 de Diciembre del 2005, de <http://www.tlmsn.com.mx>
- Anónimo (2005). Cusas de la Depresión. Recuperado el 5 de Diciembre del 2005, de <http://www.saludalia.com>
- Anónimo (2005). Tipos de Depresión. Recuperado el 3 de Octubre del 2005, de <http://www.saludalia.com>
- Antonini, C. (2002, 15 de Agosto). Respuestas a la Depresión. Recuperado el 15 de Agosto del 2005, de <http://www.respuestasaladepresion.com>

- Boeere, G. (1997). Teorías de la Personalidad: Carl Jung. Recuperado el 23 de Julio del 2006 de <http://www.psicología-online.com>
- Danzaterapia (s.f). Recuperado el 8 de Diciembre del 2005, de <http://www.motivatbcn.com>.
- Danzaterapia (s.f). Recuperado el 10 de Diciembre del 2005, de <http://www.mayorgoma.com>
- Danzaterapia (s.f). Recuperado el 11 de Diciembre del 2005, de <http://www.termavital.com>
- Danzaterapia (s.f). Recuperado el 12 de Junio del 2006, de <http://www.majovexenat.com.ar>
- Delgado, C. (2005, 24 de Junio). Artículo No. 24. Recuperado el 15 de Agosto del 2005, de <http://www.humana.com>
- Depresión. (s.f). Recuperado el 16 de Agosto del 2005, de <http://www.ondasalud.com>
- Depresión en el Anciano. (s.f). Recuperado el 5 de Diciembre del 2005, de <http://www.saludalia.com>
- Efectos de un programa de danzaterapia sobre el bienestar psicológico y la imagen corporal (s.f). Recuperado el 3 de Octubre del 2006, de <http://www.marianabellydance.com>
- Historia de la Danza (s.f). Recuperado el 5 de Mayo del 2006, de <http://www.danzar.com>
- Mats, Ek. (2005). ¿Qué es la Danza? Recuperado el 10 de Diciembre del 2005, de <http://www.iti-worldwide.org>
- Medicinas y Terapia: Danzaterapia (s.f). Recuperado el 7 de Diciembre del 2005, de <http://www.portalalternativo.com>
- Movimientos que dan vida (s.f). Recuperado el 28 de Julio del 2005, de <http://www.entornomedico.org>

- Pfizer (2006). Depresión. Recuperado el 24 de Julio del 2006, de <http://www.pfizer.com>
- Rozados, R. (2003). ¿Tiene usted Depresión? Recuperado el 5 de Diciembre del 2005, de <http://www.depre.psicomag.com>
- Servin, F. (1997). La Danza como Terapia. Recuperado el 14 de Diciembre del 2005, de <http://www.invides.com>
- Tipos de Depresión. (s.f). Recuperado el 3 de Octubre del 2005, de <http://www.psicoadactiva.com>
- Valero, V. (2006). Real Conservatorio de la Danza. Recuperado el 3 de Octubre del 2006, de <http://www.rcpdanza.com>
- UNAM. (2005). *La geriatría y gerontología*. Facultad de Medicina. Recuperado el 13 de Diciembre del 2005 de <http://www.facmed.unam.mx>

ANEXOS

ESCALA DE ZUNG

Instrucciones: Conteste las siguientes afirmaciones marcando con una equis de acuerdo cómo se ha sentido en la última semana.

	Nunca o rara vez	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi o siempre
1. Me siento decaído, desanimado o triste.				
2. Me siento mejor en las mañanas.				
3. Siento ganas de llorar o lloro fácilmente.				
4. Tengo problemas (me cuesta) dormir en la noche.				
5. Como más de lo acostumbrado.				
6. Me gusta mirar, conversar o estar con gente atractiva.				
7. Noto que estoy bajando de peso.				
8. Tengo problemas de constipación.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal (palpitación).				
10. Me canso sin motivo o razón.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas habituales.				
13. Estoy inquieto (a) y no me puedo quedar tranquilo (a).				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable que de costumbre.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Me siento satisfecho, pleno (a) con mi vida.				
19. Siento que los otros estarían mejor si yo me muriera.				
20. Sigo haciendo las cosas habituales.				