



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***LA DEPRESIÓN COMO UN DESENCADENANTE DE
PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS EN
ADULTOS MAYORES***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
EVANGELINA MENDOZA PITA

DIRECTORA DE LA TESINA:
MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2009



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.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION 1

CAPITULO I. VEJEZ

1.1 DEFINICIONES DE VEJEZ	3
1.2 TEORIAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO BIOLOGICO	5
1.3 CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR	7
1.4 RELACIONES SOCIALES EN LA 3 EDAD	15

CAPITULO II. DEPRESION Y PROBLEMAS PSICOSOMATICOS EN EL ADULTO MAYOR.

2.1 DEFINICIONES DE DEPRESION	23
2.2 CLASIFICACION DE LA DEPRESION	25
2.3 CAUSAS DE LA DEPRESION	28
2.4 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESION	31
2.5 TRASTORNOS SOMATOMORFES	36

CAPITULO III: METODOS DE INTERVENCION PARA COMBATIR LA DEPRESION EN LA 3 EDAD.

3.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	40
3.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	42
3.3 SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR	46
3.4 "PROPUESTA DE UN TALLER DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR"	47
• ANEXOS	54
• CONCLUSION	58
• ALCANCES Y LIMITACIONES	61
• BIBLIOGRAFIA	62

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo investigar en qué consiste el proceso natural del envejecimiento, sus características principales, cambios y alteraciones que se presentan a nivel físico, cognitivo y social, así como también informar en qué consiste la depresión, su clasificación y cuáles son sus principales síntomas. Se aborda también el tema de la somatización como una tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas somáticos y que el sujeto interpreta como signo de alguna enfermedad severa.

En cuanto a la propuesta de taller se pretende beneficiar a la población de adultos mayores informándolos sobre la importancia de evitar conductas de riesgo para su salud, fomentando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

Envejecimiento. Depresión. Somatización. Promoción de la salud.
Prevención de la Enfermedad.

INTRODUCCION

La vejez es un período importante de la vida que incluye un deterioro e inevitables cambios en el organismo. El envejecimiento es un período que comprende ganancias y pérdidas, en el aspecto de salud, amistades, trabajo y familia, es importante que el individuo logre establecer un equilibrio positivo entre éstas para evitar situaciones estresantes.

De acuerdo con las estadísticas del INEGI (2007), entre 2005 y 2007, el número de adultos mayores pasó de 7.9 a 8.5 millones. Su crecimiento promedio anual en ese periodo fue de 3.47%, mientras que la población total del país creció a un ritmo de 0.88 por ciento. En 2005, se registraron en el país alrededor de 24.8 millones de hogares, en 6.1 millones de estos vive al menos una persona de 60 años o más de edad; estos hogares representan 24.6% del total de hogares.

Es importante mencionar que los cambios más evidentes que se dan en el adulto mayor son los cambios en la apariencia, pero también hay grandes cambios en funcionamiento sensorial y en el aspecto cognitivo. Estos cambios que ocurren con la edad generan ciertos padecimientos como pérdida de audición, visión, alteraciones en la memoria, deterioro en la atención y la comunicación, lo cual a su vez tiene un impacto en el estado emocional del anciano. Por otra parte los cambios a nivel orgánico influyen sobre la presencia de problemas somáticos tales como la sensación de fatiga, disminución o incremento del apetito, sensación de asco y rechazo de alimentos, dolores de estomago, estreñimiento y dolores musculares.

Debido a todos los cambios a los que se enfrentan los adultos mayores, aumentan las situaciones que les producen estrés, ansiedad y depresión. La depresión tiene un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2009 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

La atención a los desórdenes afectivos en mayores de 60 años de edad debe considerarse una prioridad del sistema de salud, ya que el porcentaje de la población que se ubica en este estrato se incrementa cada día más, lo que permite prever un aumento en la necesidad de atención especializada en este grupo poblacional.

La prevalencia de la depresión se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica. La depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia con condiciones de vulnerabilidad social que impactan incluso sobre el estado general de salud.

Debido al incremento en la población de adultos mayores y al riesgo que enfrentan ante la depresión es importante que los ancianos aprendan a distinguir los síntomas de un estado depresivo a fin de que busquen la ayuda adecuada para poder tener una vejez plena y socialmente activa.

La presente propuesta pretende informar a los adultos mayores de la importancia de ser responsable de su salud, de tomar medidas y aplicar técnicas que le ayuden a disminuir su ansiedad y enfrentar los cambios en su vida de una manera positiva.

CAPITULO I: VEJEZ

Desde el momento del nacimiento el ser humano está expuesto a enfrentar grandes cambios y transitar por diferentes períodos evolutivos como son la infancia, adolescencia, período adulto y vejez. Es indispensable que a lo largo de nuestra vida mantengamos un estilo de vida saludable en estas etapas que nos permita en su momento, llegar a la vejez con suficientes recursos para adaptarnos a los cambios que ésta trae consigo.

1.1 DEFINICIONES DE VEJEZ

No existe una definición formal ampliamente aceptada sobre vejez, sin embargo, al intentar definirla se deben considerar aspectos importantes como son el cronológico, biológico, psicológico y social.

En 1960, Handler proporcionó la primera concepción de envejecimiento: se refiere a él como “el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles, e intrínsecos a todos los miembros de la especie”.

Desde el punto de vista cronológico, para definir la vejez, las estadísticas sobre ancianos fijan su comienzo, arbitrariamente, en los 65 años. Para Mishara y Riedel (1986) en nuestra sociedad las edades de 65 a 70 años marcan el inicio de la vejez por que coinciden frecuentemente con el momento de la jubilación. Ya que se envejece de modo diferente desde el punto de vista físico, económico y social, la edad cronológica sirve, para marcar la edad “objetiva”.

En el aspecto biológico, los esfuerzos por aclarar la naturaleza del envejecimiento distinguen entre envejecimiento primario y secundario (Busse, 1969). El Envejecimiento primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años, de manera independiente de lo que la gente haga para evitarlo.

Busse, Horn y Meer (1987) consideran que el Envejecimiento Secundario consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son evitables y que están dentro del control de la gente.

Las ciencias sociales definen a la vejez como un proceso de decadencia estructural y funcional del organismo humano. El concepto de jubilación está definido de dos modos por las ciencias sociales del envejecimiento; ya sea de

modo positivo, como una adaptación de la participación social consecutiva al declive biológico de la persona que envejece, o bien de modo negativo, como una exclusión o un desentenderse de toda participación social. (Jacques Laforest, 1991).

El envejecimiento es un período que comprende ganancias y pérdidas, en el aspecto de salud, amistades, trabajo y familia, es importante que el individuo logre establecer un equilibrio positivo entre éstas para evitar situaciones estresantes. La salud y los problemas relativos al envejecimiento ponen en evidencia el resultado de estilos de vida y otros factores que expusieron a las personas al riesgo de enfermedades y discapacidades en la vejez.

Cuando la persona no ha cursado con un estilo de vida saludable y tiene conflictos sin resolver pueden desembocar en un problema atípico de la vejez que le puede generar conflictos en esta etapa de su vida. El “envejecimiento exitoso” es descrito como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas.

Es importante mencionar que existen dos ramas de la medicina interesadas en el envejecimiento y son la Geriátrica y la gerontología, que es el estudio de los ancianos y procesos de envejecimiento (Desarrollo Humano 2005).

Precisamente de la gerontología se desprende una definición global de la vejez: la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social (Laforest 1991).

En el año 1908 Ilya Metchnikoff creó el término GERONTOLOGÍA, esta palabra consta de dos raíces griegas, geras: “viejo”; logos: “estudio o descripción de algo”. Se define la gerontología como aquella ciencia que se preocupa de los problemas de la vejez. Un año mas tarde, en 1909, Ignaz Leo Nascher, médico austriaco, acuñó el término GERIATRÍA, compuesto de dos raíces griegas, geras: “viejo”; iatrikos: “tratamiento”. El campo de la geriatría abarca, los aspectos preventivos y, la rehabilitación y mantenimiento del enfermo añoso.

La creación de estos términos, GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, fue una consecuencia del creciente interés de los médicos por estas materias, especialmente en el siglo XIX.

Desde el punto de vista de la gerontología, para A.I. Lansing, (2007) “el envejecimiento es un proceso de deterioro. Cabe mencionar que el envejecimiento cubre todo el ciclo vital. Sin embargo, los primeros días se caracterizan por el crecimiento del organismo y el desarrollo, diferenciación y refinamiento en las capacidades. La madurez y los últimos años se suelen caracterizar por los términos “involución” o “envejecimiento”, que incluyen declinación, deterioro o pérdida de función.”

Las distintas definiciones de envejecimiento lo explican desde diferentes puntos de vista pero la mayoría coinciden en que ven al envejecimiento como una etapa en la cual ocurre un deterioro físico o desgaste del organismo que impide realizar las funciones de la vida diaria como normalmente solían realizarse.

Así como existen diversas definiciones sobre lo que es envejecer desde diversos puntos de vista, también existen teorías que explican el envejecimiento desde el punto de vista biológico.

1.2 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO BIOLOGICO

Existen diversas teorías acerca del envejecimiento desde el punto de vista biológico y psicosocial que se muestran en el cuadro 1. Primeramente hablaremos de las Teorías Biológicas, éstas se dividen en dos categorías: Teorías de Programación Genética y Teoría de tasa variable. (Desarrollo Humano, 2005).

Tabla 1. Teorías del Envejecimiento.

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	DIVERSAS POSTURAS
Teorías Biológicas	<p>Teorías de Programación Genética. Sostienen que los cuerpos envejecen de acuerdo con una secuencia normal del desarrollo incorporada en los genes.</p> <p>Teorías de tasa variable. Consideran al envejecimiento como el resultado de procesos que varían de una persona a otra y son influidos por factores internos y externos.</p>
Teorías Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Teoría de la Desvinculación. La reducción de la actividad social se entiende como un proceso natural, universal y adaptativo, ya que prepara al individuo para la desvinculación última: la muerte o dependencia. • Teoría de la Actividad. El mejor y mayor ajuste de la persona a las circunstancias de vejez se logran a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de sus años anteriores.

- **Teorías de Programación Genética.** Las teorías de Programación Genética sostienen que los cuerpos envejecen de acuerdo con una secuencia normal del desarrollo incorporada en los genes. Dicha secuencia implica un ciclo de vida máximo decretado genéticamente.

Dentro de las Teorías de Programación Genética encontramos las siguientes:

- **Teoría de la Senectud Programada.** El envejecimiento es resultado del encendido y apagado secuencial de ciertos genes. La senectud es el momento en que se hacen evidentes los déficits asociados con la edad.
- **Teoría Endocrina.** El reloj biológico actúa a través de las hormonas para controlar el ritmo del envejecimiento.

- Teoría Inmunológica. La declinación programada en las funciones del sistema inmunológico conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y por ende al envejecimiento y la muerte.
- **Teorías de Tasa Variable.** Las Teorías de Tasa Variable, denominadas en ocasiones teorías del error, consideran al envejecimiento como el resultado de procesos que varían de una persona a otra y son influidos por factores internos y externos.

Dentro de las Teorías de Tasa Variable encontramos las siguientes:

- Teoría del Desgaste. Las células y los tejidos tienen partes vitales que se desgastan.
- Teoría del Radical Libre. El daño acumulado por radicales de oxígeno ocasiona que las células y eventualmente los órganos dejen de funcionar.
- Teoría de la Tasa de Vida. Entre mayor sea la tasa de metabolismo de un individuo, más corto es el ciclo de vida.
- Teoría Autoinmune. Los sistemas inmunológicos se confunden y atacan sus propias células corporales.

Para fines de este análisis más adelante abordaremos las Teorías Psicosociales.

1.3 CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR

Durante el envejecimiento el ser humano presenta algunos cambios en cuanto a su estructura y funcionamiento, cambios físicos y cambios en el aspecto cognoscitivo, que influyen y pueden llegar a afectar la interacción social y el realizar actividades de la vida diaria.

1.3.1 CAMBIOS EN LA APARIENCIA

Los cambios más evidentes en las personas son los cambios en la apariencia, el cabello se adelgaza y se vuelve cano, la piel tiende a palidecer y llenarse de manchas y arrugas.

El cabello y el vello corporal, cambian debido a la pérdida de pigmento, esto debido a la muerte de células encontradas en la base del folículo del pelo que producen ese pigmento. Es entonces cuando el cabello toma un color gris y comienza a adelgazarse.

La piel está formada por varias capas, la capa externa llamada epidermis, es el límite entre el cuerpo y su exterior, es ahí donde se producen nuevas células cutáneas, esta contiene un pigmento llamado melanina, que es la que da a la piel su color. La dermis, es una capa de sostén, compuesta de tejido conjuntivo, colágeno y elastina, a la que se adhiere la epidermis, esta permite que la piel sea flexible, se estire sin rasgarse y recupere su forma.

La tercera capa es la hipodermis, una capa más baja de tejido conjuntivo y diversas cantidades de células grasas, funciona como un amortiguador de los golpes, depósito de almacenamiento y protección contra la pérdida del color.

Al envejecer, la epidermis se adhiere con menor firmeza a la dermis; esta se adelgaza, las fibras de colágeno que hay en ellas se aflojan y disminuye la cantidad de fibras de elastina, al mismo tiempo se pierde parte del relleno que se halla en las células grasas de la hipodermis. Como consecuencia la piel se afloja, tiende a arrugarse y da la apariencia de estar colgando. En cuanto al sistema óseo el principal cambio en el adulto mayor es la pérdida de hueso. El hueso se remodela constantemente durante la vida en un proceso en el cual el hueso viejo se reabsorbe y se desarrolla nuevo hueso.

La cantidad de hueso que se absorbe empieza a rebasar la cantidad que se sintetiza, sobretodo en la capa esponjosa interior del tejido óseo que le confiere su fuerza al sistema óseo. El hueso restante queda más poroso, débil y propenso a las fracturas, ya que aumenta su fragilidad.

La buena alimentación y el ejercicio son dos factores importantes que contribuyen a tener huesos sanos. El cuerpo necesita consumir constantemente calcio, si se consumen cantidades insuficientes en la dieta, el cuerpo comienza a liberar el calcio que está almacenado en los huesos.

Los ancianos toman una postura encorvada que los hace parecer más pequeños, esto debido al adelgazamiento de los huesos, esto puede causar también una joroba en la parte trasera del cuello.

1.3.2 CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SENSORIAL

El aspecto sensorial es muy importante para el desarrollo de las personas ya que gracias a éste podemos desenvolvemos diariamente y realizar las actividades o retos físicos que se nos presenten. Durante el envejecimiento suelen presentarse algunos déficits en el funcionamiento sensorial lo cual trae consigo cambios en el aspecto emocional.

1.3.3 VISION

Entre los 55 y 65 años comienzan a ser notables los cambios en la visión, que se van agravando con la edad. Para poder explicar con mayor precisión los problemas visuales más comunes en los ancianos se presenta la siguiente tabla con las estructuras más importantes del ojo y sus funciones:

Tabla 2. Estructuras del ojo y sus funciones.

ESTRUCTURAS	FUNCIONES
Córnea	Protección y Refracción de la luz
Iris	Color del ojo
Pupila	Controla la cantidad de luz que entra
Lente o Cristalino	Enfoca Objetos
Músculos Ciliares	Ajustan la lente
Humor Acuoso	Da nutrientes a las lentes y transporta los productos de desecho metabólico desde las cámaras anterior y posterior.
Humor Vítreo	Mantiene uniforme la forma esférica del ojo
Retina	En ella se hallan los receptores visuales

La agudeza visual, es la claridad de la visión o capacidad del ojo para ver los detalles de los objetos. El deterioro en la agudeza visual, es uno de los principales problemas en la visión lo que implica una incapacidad para discriminar con precisión entre dos estímulos. Una de las repercusiones de estos cambios es que los detalles en los objetos deben ser más grandes para que el anciano pueda distinguirlos.

Conforme la persona envejece, el cristalino se vuelve más duro y menos flexible al no poder eliminar el exceso de células, esto lleva a tener dificultad para ver objetos cercanos, lo que se conoce como presbiopía y se soluciona utilizando gafas.

Otro problema visual común en la tercera edad, es la presencia de cataratas, está ocurre cuando el cristalino llega a ser tan opaco que bloquea o disminuye mucho la entrada de la luz, lo que lleva a una agudeza visual disminuida, muchas veces tan severa que llega a producir ceguera. De acuerdo con Brody (citado Vega, 1982) el 75% de las personas con cataratas es mayor de 65 años, es decir, ancianos.

En la actualidad, la cirugía es la única posibilidad para recuperar la funcionalidad del ojo afectado por catarata.

El glaucoma consiste en un aumento en la presión intraocular ocasionado cuando el fluido no sale del ojo por su canal normal. La principal causa del aumento de presión es la dificultad para drenar el líquido del ojo, el aumento de

presión provoca la degeneración de la retina. Este tipo de enfermedad visual tiene como principal problema que no tiene síntomas aparentes y no se detecta hasta que la retina se ha dañado de forma irreparable, por lo que es importante un diagnóstico a tiempo.

Por último se encuentra la degeneración macular, que es la causa principal de pérdida visual grave entre quienes tienen cerca de 55 años de edad. Ocurre cuando se deteriora la porción central de la retina o mácula, responsable de la agudeza para los detalles finos. Suele afectar más frecuentemente a los dos ojos que sólo a uno y puede ser hereditaria o secundaria a otras enfermedades como la diabetes.

Todos estos padecimientos que pueden llevar a la pérdida visual pueden también provocar una disminución en la actividad de la persona desde trasladarse de un lugar a otro hasta leer o ver televisión, además de que pueden ser causantes de diversos accidentes como pueden ser caídas o accidentes de tránsito, es por esto la importancia de prestar atención a los signos de alteraciones visuales y así prevenir el progreso de estas.

1.3.4 AUDICIÓN

Con la edad también aumentan los problemas auditivos. La mayoría de las pérdidas auditivas en la vejez se deben principalmente a los cambios degenerativos de la cóclea, que es el principal receptor neurológico para la audición.

Los problemas cocleares generalmente implican perturbaciones en el metabolismo del oído interno o la pérdida de células ciliadas, estos son órganos finales que captan las ondas sonoras y las transforman en impulsos eléctricos susceptibles de ser enviados a la corteza cerebral auditiva, donde son interpretados como sonidos (Fozard y Gordon-Salant, 2001).

Dentro de los problemas auditivos más frecuentes se encuentra la presbiacusia, que es una disminución en la capacidad para escuchar sonidos de tono alto que se relaciona con la edad. A la persona se le dificulta escuchar cuando la gente le habla, especialmente si hay más ruidos en el exterior.

Otro problema de la audición frecuente en el envejecimiento es el zumbido, que consiste en un constante retumbar en los oídos. Este sonido resulta muy molesto cuando el ambiente es silencioso.

El zumbido en los oídos suele ser acompañado de la presbiacusia originada por la exposición a un ruido excesivo, de tal modo que puede proceder de la actividad espontánea entre los receptores nerviosos que rodean las zonas en las que se produce la pérdida auditiva (Corso, 1987).

Si es conocida la causa física que provoca el zumbido generalmente se puede corregir mediante cirugía, en caso contrario puede ser necesario el uso de prótesis auditiva que produzca un ruido suave que reemplace el ruido interno.

Debido a la disminución en la audición se pueden generar problemas en el discurso, lo que puede generar una disminución también en la interacción verbal y social, así como una alteración en la comunicación hablada.

1.3.5 GUSTO Y OLFATO

En cuanto al sentido del gusto y el olfato, se habla de ellos como un conjunto ya que existe una importante interacción entre ellos y ambos juegan un papel importante en la nutrición.

En las personas ancianas disminuye ligeramente la sensibilidad en estos sentidos, no todas pierden el gusto por la comida, en las que sí ocurre los alimentos pierden su sabor, se perciben desabridos e insípidos, lo que provoca como consecuencia la pérdida del apetito y la desnutrición, por lo tanto en ocasiones es necesario condimentando y sazonando más los alimentos.

En cuanto al olfato, la disminución a los aromas pone en riesgo la vida de las personas mayores ya que tienen menos probabilidades de detectar alimentos en estado de descomposición, fugas de humo y gas.

1.3-6 CAMBOS COGNITIVOS: ATENCION Y MEMORIA

Dentro de los procesos cognitivos encontramos la atención y la memoria aspectos fundamentales en el desarrollo de las personas, ya que gracias a estos procesos el organismo puede adaptarse a su medio ya que le dá la capacidad de respuesta necesaria ante los constantes cambios que se presentan en el entorno, al mismo tiempo que le proporcionan cierta habilidad para elaborar anticipadamente una respuesta conductual para una determinada situación.

Por lo tanto podemos decir que la atención y la memoria son un conjunto de procesos mentales que nos permiten elaborar la información que recibimos del entorno y utilizarla para dar respuesta a nuestras necesidades.

El sistema de memoria son las subdivisiones del sistema cognitivo que están relacionadas con estructuras determinadas del sistema nervioso y que ejecutan tareas de registro, almacenamiento y recuperación de información, según determinada manera que les es específica. La memoria humana esta dividida en tres sistemas: la memoria sensorial, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.

La memoria sensorial registra la estimulación que recibimos del exterior durante fracciones de segundo antes de desvanecerse completamente. Su función es analizar, integrar y retener brevemente los datos sensoriales entrante, está conserva su eficiencia a lo largo de la vida.

La memoria de trabajo, también conocida como memoria a corto plazo es un sistema de capacidad limitada que permite mantener temporalmente y procesar la información que necesitamos en cada momento para ejecutar la tarea o tareas que estamos desarrollando.

La memoria de trabajo tiene tres subsistemas diferentes, dos que se encargan de almacenar por un tiempo la información verbal y visoespacial, y el tercero se denomina ejecutivo central, este es un sistema de control de la atención, se encarga de regular el flujo de información entre los diversos sistemas, coordinando las tareas que ejecutamos y distribuyendo entre los sistemas recursos de procesamiento.

En el envejecimiento la memoria de trabajo se ve disminuida, ya que las personas mayores tienen dificultad en las tareas de amplitud, estas consisten en retener una serie de elementos, que pueden ser dígitos, letras o palabras. Presentan un bajo rendimiento en la reproducción de estímulos visuales y en pruebas de reconocimiento. Es más difícil para la memoria de trabajo manejar más de una tarea a la vez, las tareas que sólo requieren repaso o repetición muestran muy poca declinación, pero las tareas que requieren reorganización o elaboración muestran mayor decaimiento.

La atención es un conjunto de procesos que la memoria de trabajo desarrolla para que el procesamiento de la información se ejecute adecuada y ordenadamente.

En la memoria a largo plazo se encuentra nuestro conocimiento del mundo y de nuestro pasado. La información que se encuentra en la memoria a largo plazo se encuentra desactivada hasta que aparece un estímulo que la active, como puede ser una situación determinada. La memoria a largo plazo se divide en tres componentes principales: memoria episódica, memoria semántica y memoria procedimental.

La memoria episódica se refiere al conocimiento de haber experimentado un incidente particular que ocurrió en un momento y lugar específicos, este componente de la memoria a largo plazo es el que tiene mayor probabilidad de deteriorarse con la edad ya que disminuye la habilidad para recordar información recientemente encontrada. La memoria semántica es como una enciclopedia mental, mantiene conocimientos almacenados de hechos históricos, significados de palabras, localizaciones geográficas, etc.; está no depende de recordar cuando y donde se aprendió algo, y muestra poca declinación con la edad.

La memoria procedimental se refiere a aquellas habilidades motoras, hábitos y maneras de hacer las cosas que a menudo es posible recordar sin esfuerzo consciente.

Cuando las personas mayores se enfrentan a las pérdidas en el funcionamiento cognitivo, es decir en la atención y la memoria su desenvolvimiento social se ve afectado.

El envejecimiento cognitivo se caracteriza por ser un proceso normal que tiene lugar a lo largo de los años y que produce una pérdida de eficacia en el procesamiento de operaciones, mientras que mantiene los conocimientos. La

pérdida de eficacia en el procesamiento afecta especialmente a la atención y la memoria y tiene consecuencias sobre el funcionamiento de la comunicación y el lenguaje.

Los ancianos también tienen dificultades para atender a la información relevante y para inhibir la información relevante que produce interferencias (Zacks y Hasher, 1994).

En cuanto a los procesos emocionales que implican el control emocional y que contribuyen al bienestar emocional, en la vejez se mantienen, no se altera el recuerdo de información con contenido emocional o de fuerte implicación motivacional, especialmente si tiene valor positivo. Las personas mayores, recuerdan mejor los sucesos positivos de su vida que los negativos, lo cual tiene una función protectora que intenta mejorar su bienestar integral.

Las dificultades y el deterioro en la cognición, comunicación y lenguaje, tienen consecuencias en la calidad de vida del adulto mayor. De la misma manera al presentarse la pérdida de la audición o la visión, así como una disminución en la sensibilidad de los sentidos de gusto, tacto y olfato, los ancianos no sólo se ven afectados físicamente, estos cambios pueden provocar accidentes que pongan en riesgo su vida, las distintas pérdidas que ocurren en esta etapa a nivel cognitivo y social, generan incomodidad, desesperación, sentimiento de inutilidad y se facilita el aislamiento social, lo cual provoca problemas psicológicos que amenazan el bienestar emocional de la persona mayor.

1.3 RELACIONES SOCIALES EN LA 3° EDAD.

Un aspecto fundamental en la vida de todas las personas es la relación que se mantiene con las demás personas.

Dentro del proceso de envejecimiento existen dos teorías psicosociales, previamente citadas, que tratan de explicar el cambio que se da en la actividad y en las relaciones sociales, ambas tienen como referencia algunos de los cambios que están asociados a la vejez, por lo que las tareas evolutivas y roles característicos de la persona al llegar a cierta edad tienen una significativa reducción debido a las pérdidas anteriormente mencionadas.

Desde la **Teoría de la Desvinculación** se entiende la reducción de la actividad social como un proceso natural, universal y adaptativo, ya que prepara al individuo para la desvinculación última: la muerte o dependencia.

Esta reducción es provocada por la confluencia de intereses tanto de la sociedad como del propio individuo. Por una parte, la sociedad libera al individuo de una serie de roles y responsabilidades sociales como el trabajo y por otro lado el mismo individuo busca esta desimplicación. La persona de manera consciente o inconsciente de su menor energía, que su futuro cada vez está más limitado y de la muerte inevitable, comienza a dedicar su tiempo y energías en sí mismo, entrando en un período de reflexión y preocupación por sí mismo.

La desimplicación es el resultado de un progreso hacia la muerte y la pérdida de actividad y relaciones sociales se une indisolublemente al envejecimiento.

Desde el enfoque de la **Teoría de la Actividad** (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1968), se explica que el mejor y mayor ajuste de la persona a las circunstancias de vejez se logran a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de sus años anteriores. Así, el envejecimiento con éxito se logrará a partir de los esfuerzos por continuar estando implicado y activo socialmente. Aun reconociendo que existe un descenso exclusivamente a las presiones sociales y a los determinantes biológicos que imponen a los individuos ciertas pérdidas.

Estas pérdidas, sin embargo, no son en absoluto aceptadas por la persona, y se enfatiza que se favorecerá la salud psicológica si se reemplazan los roles y apoyos sociales perdidos por otros nuevos, ya que es precisamente la implicación satisfactoria en roles lo que influye el autoconcepto y la autoestima de la persona.

Estas dos teorías tienen como principal diferencia que la reducción de relación y contacto social, se interpreta de dos maneras distintas, para una teoría es algo deseado por el individuo y la sociedad y que es el resultado de los impedimentos inevitables que dificultan el deseo de la persona a interactuar socialmente con independencia de la edad.

En cuanto a la otra teoría se consideran a las personas mayores que compensan las pérdidas y mantienen la actividad social como envejeciendo con éxito, este comportamiento es interpretado desde la teoría de la desvinculación como una negación del envejecimiento.

1.4.1 ASPECTOS SOCIALES EN RELACION CON EL ENVEJECIMIENTO

Existen diversos factores externos a la persona que influyen notablemente en el envejecimiento, pérdidas como son: la jubilación, los cambios familiares como son la viudez, la independencia de los hijos, la pérdida de autonomía y la pérdida de relación con los amigos.

La jubilación trae consigo un cambio importante en las personas ya que dejan su trabajo profesional para entrar a un grupo constituido por la clase pasiva. Ante este hecho generalmente las personas toman dos posturas: la primera que son las personas que han realizado tareas pesadas y monótonas, por lo que para ellos el trabajo ha sido considerado una carga, por lo tanto la jubilación es recibida con optimismo. La segunda postura es para las personas que han realizado gustosamente su trabajo y han logrado un desarrollo profesional satisfactorio, por lo tanto asumen la jubilación con sentimiento, lo cual puede predecir un tiempo de añoranzas y desilusión.

Las personas ante su jubilación pueden inicialmente sentirse felices por librarse de un trabajo que les ocasionaba cierta presión, pero algo nuevo para ellos es la gran cantidad de tiempo libre con la que cuentan, el cual emplean para descansar, pasar tiempo con la familia, los nietos.

Los que por circunstancias de la vida o debido a su propia iniciativa saben emplear su tiempo, logran dar un sentido a su vida y su envejecimiento ocurre de forma exitosa.

Por el contrario las personas que desde su inicio reciben a la jubilación con tristeza, pueden caer en una situación un tanto deprimente, esto debido a que ven al trabajo como algo que le da sentido a su vida, al que se han dedicado con ilusión y el cual les ha proporcionado grandes satisfacciones, prestigio, influencia social y reconocimiento.

Esta etapa puede pasar con rapidez si la persona es consciente de que puede emplear su tiempo en distintas actividades ya sea dentro de su mismo ámbito profesional o en alguna actividad de su interés a la cual no se hayan podido dedicar anteriormente precisamente por falta de tiempo. Las personas que administran su tiempo y lo emplean en tareas productivas, le dan un sentido a su vida y su envejecimiento se desarrolla sin menos problema.

En cuanto a los cambios familiares, los ancianos enriquecen sus vidas con la presencia de familiares y amigos de largo tiempo. El contacto social durante el envejecimiento tiene más importancia que nunca ya que influye de gran modo en el bienestar emocional.

La viudez es uno de los mayores desafíos emocionales a los que se enfrentan los ancianos, las mujeres tienen mayor probabilidad de convertirse en viudas ya que tienden a vivir más tiempo que los hombres y a ser más jóvenes que sus maridos (Atchley, 1997). Los efectos de la viudez tienen a diferir ya que las mujeres exhiben su dolor de manera más abierta a comparación de los hombres.

El papel de los amigos y la familia es indispensable para superar el duelo ocasionado por la pérdida del cónyuge. Es necesario el tiempo para aliviar el dolor que ocasionó la pérdida. Las personas que se adaptan más rápido son aquellas que se mantienen ocupadas, que asumen nuevos roles o se involucran más en actividades de su interés.

Los hijos son un apoyo emocional importante, así como la presencia de amigos y la unión a grupos de autoayuda. Los hijos proporcionan un vínculo con otros miembros de la familia particularmente con los nietos. En esta etapa los hijos proporcionan mayor apoyo a los padres, es probable que los ancianos se depriman si necesitan ayuda de los hijos ya que la situación de dependencia los desalienta, los padres no desean ser una carga para sus hijos.

La mayoría de los ancianos tienen amigos cercanos y los que cuentan con un círculo activo de amigos son más saludables y felices (Antonucci y Akiyama, 1995; Babchuck, 1978). Los amigos suavizan el impacto del estrés sobre la salud física y mental (Cutrona, Russell y Rose, 1986).

Las personas que tienen a quien contar sus sentimientos y pensamientos y que además hablan con amigos acerca de sus preocupaciones y dolor manejan mejor los cambios y crisis del envejecimiento (Genevay, 1986; Lowenthal y Haven, 1968). También tienden a vivir más tiempo (Steinbach, 1992).

Cuando los hijos se hacen mayores generalmente se casan, otros por motivos laborales, abandonan el hogar paterno para independizarse. Este es un cambio que repercute de gran modo en el ánimo de los padres. Cuando los hijos se

independizan y los amigos y familiares van muriendo suele experimentarse la soledad.

Las pérdidas de seres queridos es una de las principales causas de trastornos depresivos en la vejez. Estas pérdidas tienen un doble efecto: por un lado el dolor que supone la desaparición de las personas con las que existía una estrecha vinculación por parentesco o amistad, y, por otro, el temor a la soledad, en una época de la vida en la que más se necesita el cariño y la ayuda.

1.41. INTERACCION SOCIAL Y EMOCION

En la vejez las relaciones conyugales y familiares cambian por lo tanto la actividad social se debilita. Dentro de los roles sociales que las personas realizan durante su vida, se encuentran el rol de trabajador, de esposo o esposa y de padre o madre, estos roles durante el envejecimiento tienen una severa disminución mencionada anteriormente y que influye en el bienestar emocional de la persona mayor.

El bienestar emocional, control de emociones y la motivación tienen especial relevancia en la vida de las personas mayores. Se considera a la inteligencia emocional una integración del afecto, cognición, motivación y experiencia de vida. Por lo tanto, la inteligencia emocional es una combinación entre las habilidades mentales y los rasgos de personalidad que ayudan a una persona a enfrentar exitosamente los problemas de la vida.

Entre las principales habilidades destacan la autoconciencia emocional, la asertividad, las relaciones interpersonales, la responsabilidad social y la empatía, que permiten a la persona tener una comunicación e interacción social exitosa, además del apoyo social que también es un actor fundamental para un envejecimiento satisfactorio. Se entiende por apoyo social a la red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y alimento emocional.

El apoyo o red social es un facilitador de las conductas de promoción de la salud pues disminuye el impacto de los acontecimientos vitales estresantes y elimina sus efectos negativos. Existen dos tipos de red social

la formal y la informal, estos dependen de las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar psicosocial de las personas, así como de la forma en la que intervienen.

Se entiende por red social formal el apoyo proveniente de los servicios sociales, ayuntamientos, órganos estatales, entidades no gubernamentales, asociaciones y sindicatos.

Este tipo de ayuda se presta a partir de cuidados en residencias para personas mayores y centros de día, servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios de voluntariado social o programas de ocio, cultura y participación social, entre otros.

La red social informal se refiere a aquellos cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades que son necesarias para llevar una vida independiente. Son los cuidados que generosamente prestan los allegados a la persona necesitada de cuidados, las relaciones íntimas y de confianza como son los familiares, amigos, vecinos y también los cuidados proporcionados por voluntarios.

La familia proporciona cuidados a lo largo de todo el ciclo vital, apoyo económico, aliento y apoyo emocional; sostiene la vida comunitaria de la persona mayor, mientras el mayor reciba cuidados de la familia, se previene y retrasa la institucionalización.

A medida que las personas envejecen tienden a experimentar problemas de salud más persistentes y potencialmente incapacitantes. En presencia de condiciones crónicas y de la pérdida de capacidad de reserva, incluso una enfermedad o lesión menor tienen serias repercusiones. (Desarrollo Humano, 2005).

La mayoría de los ancianos tienen una o más condiciones físicas crónicas o discapacidades. Dichas condiciones se hacen más frecuentes con la edad (Administration on Aging, 2001). Dentro de las enfermedades más presentes en los ancianos se encuentran: la artritis, la hipertensión y los problemas cardiovasculares.

La artritis es un grupo de trastornos que causan dolor y pérdida de movimiento involucrando a menudo la inflamación de las articulaciones, es el problema crónico de salud más común entre los ancianos (Administration on Aging, 2001).

Sus principales formas son la osteoartritis o enfermedad degenerativa de las articulaciones que afecta con mucha frecuencia las articulaciones que soportan peso como son las caderas y las rodillas, y la artritis reumatoide, que es una enfermedad que destruye de manera progresiva el tejido de las articulaciones.

La hipertensión arterial es la elevación mantenida de la presión a la que la sangre circula en las arterias. Es un problema muy frecuente y puede aparecer en más del 50% de las personas mayores de 65 años. Su importancia se debe a que es un factor que aumenta el riesgo de padecer enfermedades vasculares como la arteriosclerosis y los infartos.

La actividad física, la nutrición y otros factores del estilo de vida influyen en la salud y la enfermedad. La inactividad y una mala alimentación contribuyen a enfermedades crónicas importantes como la enfermedad cardíaca y la alta presión sanguínea.

Como se puede observar el envejecimiento es un período de la vida que está acompañado de distintos cambios y procesos en la estructura y funcionamiento del organismo humano.

Estos cambios físicos, cognitivos o sociales, tienen una importante influencia en el desarrollo, ya que tienen un impacto severo en la salud física y mental de la persona mayor. Por lo tanto las personas que logran tener una integración social satisfactoria y un estado anímico elevado tienen menor riesgo a sufrir padecimientos físicos.

CAPITULO II:

DEPRESION Y PROBLEMAS PSICOSOMATICOS EN EL ADULTO MAYOR

En la actualidad las personas nos enfrentamos a diversas situaciones provocadas por factores sociales que de manera directa o indirecta tienen una gran influencia en nuestra conducta y estado de ánimo.

El **trastorno depresivo** es una enfermedad que afecta precisamente al estado de ánimo, al organismo y a la manera de pensar, de concebir la realidad, el sueño y la alimentación. Se altera el pensamiento y la visión o percepción, que uno tiene de sí mismo y su autoestima. La depresión se ha convertido en un problema de salud pública muy grave, ya que generalmente las personas no le dan un tratamiento adecuado, por no considerarla más que un estado de tristeza pasajera debido a alguna situación problemática o a una pérdida por la que la persona este atravesando.

2.1 DEFINICIONES DE DEPRESION

Etimológicamente la palabra depresión viene del término latino depressio, que se traduce como “hundimiento”. Una de las primeras descripciones de la depresión la realizó Hipócrates en el siglo IV a.C; denominándola “melancolía”. Atribuyendo su origen a un “exceso de bilis negra”, describiéndola como un estado que se caracterizaba por “aversión a los alimentos, desánimo, insomnio, irritabilidad e inquietud”. Aunque el término melancolía fue durante siglos la etiqueta diagnóstica más usada, la palabra “depresión” se comienza a utilizar con frecuencia durante el S. XIX y ya a principios del S. XX se emplea como término diagnóstico con bastante asiduidad (Jackson ,1985).

Gallagher y Thompson (1983), mencionan: La depresión ha de ser considerada como un producto final, que refleja un conjunto de problemas simultáneos en diferentes áreas: psicológica, biológica y social.

Aunque la característica inicial de la depresión sea el sentimiento de desánimo y de melancolía, la depresión implica, además, determinadas conductas (aparición de insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía), pensamientos (ideas de inutilidad, suicidas) y suele acompañarse de ciertas manifestaciones físicas, como insomnio o pérdida de apetito.

Una de las definiciones más breve para la depresión fue aportada por el Departamento de Psiquiatría (Barchas 2000) del Cornell Medical Center (Hospital de Nueva York): Es un trastorno del estado de ánimo, con sentimientos severos y prolongados de tristeza, o síntomas relacionados, que dificultan la eficiencia.

En el campo de la geriatría, la depresión está constituida por un amplio número de trastornos psíquicos, que tienen en común presentar un estado de humor triste y una reducción de la vitalidad que interfiere en el normal rendimiento personal, social y laboral del individuo (Guijarro, 2000).

La depresión es un síntoma anímico, un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas adicionales al del bajo estado de ánimo. Un trastorno depresivo es un cuadro clínico completo, con una duración determinada, con un patrón de síntomas exigibles para su diagnóstico y con una serie de criterios de exclusión diagnósticos claramente delimitados.

Las anteriores definiciones muestran como la depresión afecta principalmente el estado de ánimo y por consecuencia nuestro desempeño físico y rendimiento en las actividades de la vida diaria. Es importante mencionar que la depresión cuenta con criterios específicos que la distinguen de estados pasajeros de tristeza, y por ser considerada un trastorno del estado de ánimo se toman en cuenta diversos factores biológicos y clínicos para realizar una clasificación de tipos de depresión.

2.2 CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Para llevar a cabo una clasificación entre los diferentes tipos de depresión, se toman en cuenta diversos factores biológicos y clínicos, así como criterios etiopatogénicos, pronósticos y terapéuticos.

A partir de las causas que inciden en la aparición de la depresión, se pueden establecer diversos tipos de está:

- Endógena. Conocidas como melancolías, su origen es fundamentalmente biológico y están muy condicionadas por factores constitucionales y hereditarios.
- Exógena. Su origen es atribuible a factores ambientales.
- Reactiva. Producto de la respuesta organísmica frente a vivencias o sucesos negativos. Suele remitir con psicoterapia y ansiolíticos.
- Tardía. Inicio a partir de los 70 años y es frecuentemente de origen somático.
- Síndrome somático. Algunos síntomas tienen un especial significado clínico.

Actualmente, las clasificaciones de los trastornos del estado de ánimo más utilizadas se basan en la combinación de los factores biológicos y clínicos.

Los dos sistemas con mayor difusión en el ámbito clínico son el DSM-IV y la CIE-10. Estos sistemas se basan principalmente en la sintomatología presente en el paciente, la clasificación hecha por ambos manuales ha facilitado los estudios sobre el tratamiento de la enfermedad depresiva, su evolución y pronóstico, epidemiología y elaboración de instrumentos de evaluación. El DSM-IV incluye a la depresión en el apartado de Trastornos del Estado de ánimo y se caracterizan por marcadas desviaciones del estado de ánimo como la tabla que se presenta a continuación lo muestra.

TABLA No. 3 Trastornos del Estado de Ánimo

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (DSM-IV, 1994)

- Trastornos Depresivos
 - Trastorno depresivo mayor (Episodio único)
 - Trastorno depresivo mayor (Recurrente)
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado en otro lugar (NE)
- Trastornos bipolares
 - Trastorno Bipolar I
 - Trastorno Bipolar II
 - Trastorno Ciclotímico
 - Trastorno Bipolar NE
- Trastorno anímico debido a Condición Médica General
- Trastorno anímico Inducido por Sustancias
- Trastorno anímico No Especificado

El trastorno depresivo mayor, se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un período prácticamente continuado de dos semanas, estos síntomas son:

1. Estado de ánimo deprimido
2. Disminución del placer o interés por cualquier actividad
3. Insomnio o hipersomnia
4. Agitación o enlentecimiento psicomotor
5. Fatiga o pérdida de energía
6. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa

7. Problemas de concentración o toma de decisiones

8. Ideas recurrentes de muerte o suicidio

Se debe considerar que estos síntomas no sean debido a medicamentos, drogas o alguna condición médica general, así como también que no esté asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de dos meses. Debido a la presencia de estos síntomas la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador.

En cuanto al trastorno distímico, el término “distimia” vendría a sustituir los términos: “neurosis depresiva” y “personalidad depresiva”. Se trata de estados depresivos muy prolongados y comparativamente menos graves que un Trastorno Depresivo Mayor.

Los síntomas que caracterizan a la distimia son la presencia durante un período mayor de dos años de un estado de ánimo triste prácticamente a diario. Además de este síntoma necesario se requiere la presencia de al menos otros tres síntomas que coexistan con esa tristeza (pesimismo, aislamiento social, fatiga continua). El Trastorno Depresivo No Especificado, es una categoría que se refiere a un trastorno en el cual se cumplen las dos semanas requeridas de síntomas para el episodio depresivo mayor pero, sin embargo, se dan menos de los 5 síntomas requeridos para tal diagnóstico.

Los síntomas principales y la duración de ellos son un factor importante para elaborar una clasificación de los tipos de depresión pero es importante considerar una serie de factores que pueden determinarla, es decir, las causas que la provocan, las cuales pueden ser genéticas, psicológicas y sociales.

2.3 CAUSAS DE LA DEPRESION

En cuanto a la Etiología de la depresión, es importante considerar al ser humano como una unidad biopsicosocial, ya que el predominio de diversos factores genéticos, psicológicos y sociales, son determinantes en el diagnóstico de una depresión.

- a) **Causas Genéticas.** La Psiquiatría biológica sostiene que existen diferentes factores genéticos en la aparición de la depresión. Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica.
- b) **Causas Psicológicas.** Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida y determinando la personalidad del individuo, es decir, sus rasgos constitucionales.

Dentro de las causas psicológicas se encuentra la pérdida de un objeto de amor que puede ser: un ser querido, de una situación económica, de poder o la pérdida de la salud. Es decir todos los cambios en la disponibilidad de acontecimientos ambientales placenteros, que poseían para el individuo cualidades reforzantes y afectivas.

- c) **Causas Sociales.** Los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie.

Estos sistemas nos permiten resistir con una fuerza biológica cualquier intento de destrucción de nuestras ligas afectivas, reaccionando generalmente con manifestaciones físicas y psíquicas de angustia. Dentro de las causas sociales de la depresión se encuentran: la desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual o religioso, falta de vínculos con los vecinos y las migraciones.

A continuación se presenta una tabla que muestra los principales factores psicosociales que desencadenan una depresión:

Tabla 4. Factores Psicosociales Desencadenantes de la Depresión.

1. Aislamiento y soledad.
2. Baja autoestima.
3. Dificultad de convivencia intergeneracional.
4. Duelo prolongado ante la pérdida del cónyuge por falta de apoyo familiar y/o excesiva dependencia de la pareja.
5. Falta de participación en actividades sociales y/o profesionales.
6. Grado de insatisfacción con las actividades y planes de acción.
7. Ingreso hospitalario o en residencias durante largos períodos de tiempo.
8. Jubilación o prejubilación.
9. Mala situación económica.

Una explicación desde el punto de vista biológico, es relacionada a los neurotransmisores, principalmente a la asociación de bajos niveles de serotonina. La función principal de la serotonina es regular las reacciones emocionales, por lo tanto, somos más impulsivos y nuestros estados de ánimo varían en gran medida, cuando nuestros niveles de serotonina están bajos. La función de la serotonina es regular los sistemas que involucran epinefrina y dopamina. (Mandell y Knapp, 1979). Cuando los niveles de serotonina están bajos, esto permite que otros neurotransmisores oscilen más ampliamente, se desregulen y contribuyan a las irregularidades del estado de ánimo, incluida la depresión.

A pesar de que se han identificado factores biológicos, psicológicos y sociales que están asociados estrechamente con la etiología de la depresión, existe una teoría integral de la etiología de los trastornos del estado de ánimo, la cual considera la interacción de dimensiones biológicas, psicológicas y sociales, y también toma en cuenta la fuerte relación que existe entre depresión y ansiedad.

2.3.1 TEORIA INTEGRAL DE LA ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

La depresión y la ansiedad quizá compartan una vulnerabilidad biológica determinada en forma genética que puede describirse como una respuesta neurobiológica sobreactivada a los sucesos de vida estresantes. Esta vulnerabilidad es tan solo una tendencia general a desarrollar la depresión o la ansiedad, más que una vulnerabilidad específica a la depresión o a la ansiedad. Esta vulnerabilidad biológica a desarrollar la depresión parece ser más fuerte en las mujeres que en los hombres (Bierut, 1999). Sólo entre el 20 y 40% de las causas de la depresión pueden atribuirse a los genes, el resto se asocia con la experiencia personal.

Las personas que desarrollan depresión también poseen una vulnerabilidad psicológica que experimentan a manera de sensaciones de incompetencia para afrontar las dificultades con las que se topan. Los sucesos de vida estresantes desencadenan la aparición de la depresión en la mayor parte de los casos, activan a las hormonas de la tensión que, a su vez, tienen efectos de gran alcance en los sistemas neurotransmisores.

Cuando se desencadenan estos sucesos, como se mencionó anteriormente, se activa una vulnerabilidad psicológica latente que se caracteriza por el modo de pensar negativo y un sentido de desamparo y desesperanza, los factores como las relaciones interpersonales o nuestro género quizá nos protejan de los efectos negativos del estrés y, por tanto, de desarrollar trastornos del estado de ánimo como la depresión, ya que estos factores pueden ser determinantes para la recuperación.

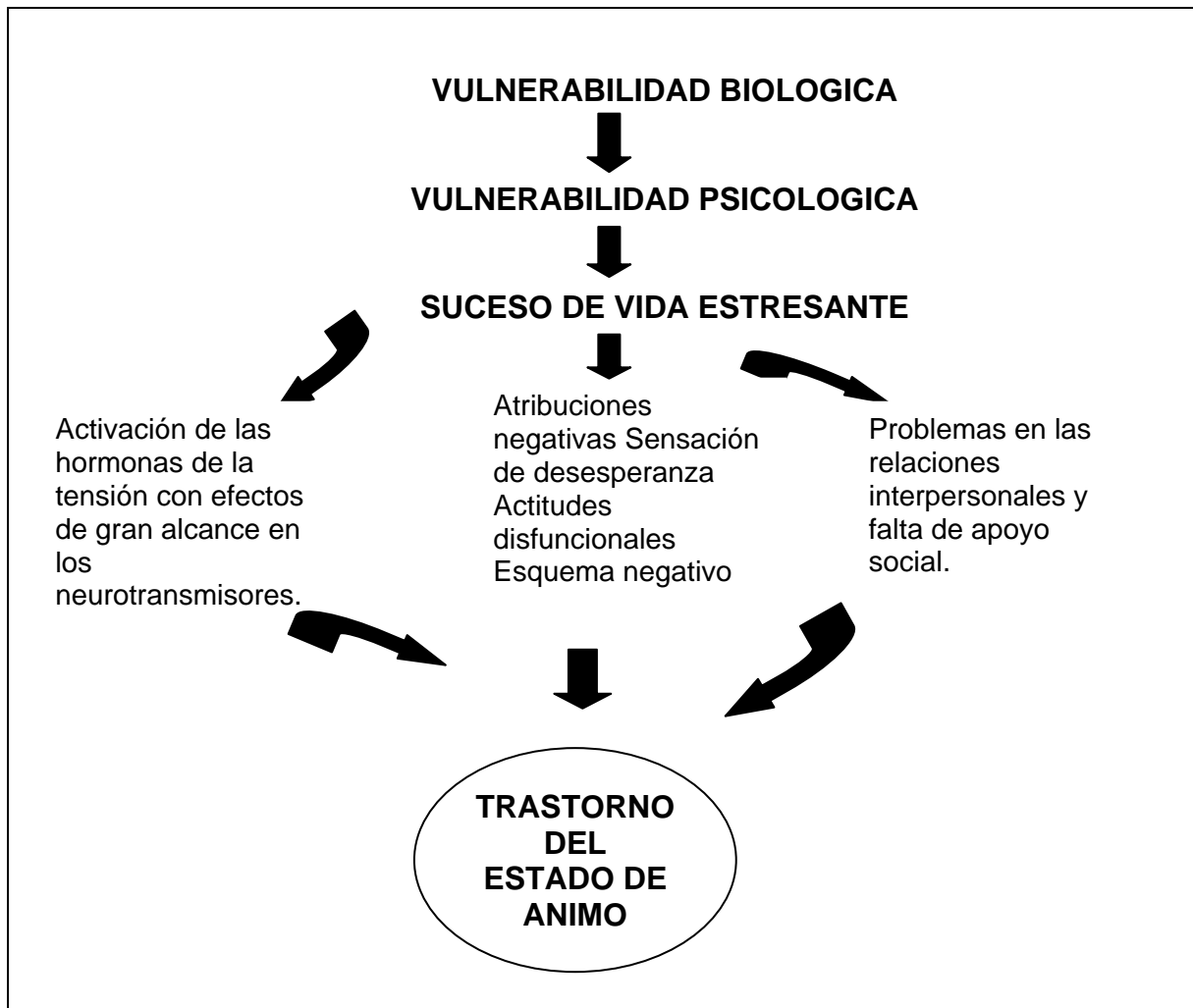


Fig. 1 Modelo Integral De Los Trastornos Del Estado De Ánimo

2.4 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESION

La depresión provoca una diversa sintomatología que se puede dividir en tres áreas: física, emocional y cognitiva.

- Física: pérdida de energía, estreñimiento, alteraciones del sueño, pérdida del apetito y agitación o retraso psicomotor.
- Emocional. Tristeza, estado de ánimo decaído, sentimientos de culpa, desesperación, pérdida del autoestima y desinterés por lo cotidiano.
- Cognitiva. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad para pensar, concentrarse e indecisión.

Las conductas habituales de las personas se ven severamente afectadas cuando hay la presencia de algunos de estos síntomas. A continuación se muestran las manifestaciones psicósomáticas presentes en la depresión:

- a. Astenia. Sensación de fatiga, de incapacidad para llevar a cabo el menor esfuerzo.
- b. Alteraciones del apetito: es frecuente la sensación de nudo en el estómago, sensación de asco y rechazo de alimentos, olores y sabores. Puede haber disminución o incremento de peso.
- c. Alteraciones digestivas: dolores de estómago, sequedad de boca, sensación de plenitud gástrica, estreñimiento muy pertinaz favorecido por la escasa ingesta alimentaria y la falta de ejercicio.
- d. Dolores musculares: pueden generalizarse a todo el sistema locomotor, lo que justifica su deseo de descanso e inactividad física.
- e. Sensación distérmica: sensación de frío constante en las extremidades, producida por la escasez de aporte calórico y las alteraciones en los reguladores del torrente sanguíneo periférico, sequedad y frialdad en pies y manos.

En cuanto a las alteraciones en los ritmos vitales, el depresivo suele encontrarse muy mal por la mañana, le cuesta mucho levantarse, y pensar lo que tiene que hacer durante el día lo abate.

La mayoría de pacientes depresivos suelen tener problemas con él, pudiendo destacarse el insomnio, despertar precoz o prematuro tras pocas horas de sueño e imposibilidad de poder conciliarlo, hipersomnias durante gran parte del día, por más horas que duermen nunca tienen suficiente, ni el sueño es reparador, por lo que no salen de la situación de astenia y fatiga psicofísica.

En cuanto a las alteraciones emocionales que se observan en la conducta del paciente depresivo se destacan las siguientes:

- a. Fenotípicamente, resalta la marcada expresión de tristeza. Se observa una mueca de seriedad en el rostro que es muy difícil de disimular, con mímica de tristeza, gestos abatidos, mirada de angustia o pérdida en el vacío.
- b. Tendencia a evitar el contacto con los demás, incluso familiares y amigos.
- c. Abatimiento generalizado. El enfermo experimenta un sentimiento global de desesperanza, tristeza y apatía, perdiendo todo interés por el futuro.
- d. Disminución de todo tipo de actividad física: inhibición para realizar tareas domésticas, dificultad para realizar tareas mínimas de aseo personal.
- e. Llanto fácil. Aunque lo intenten reprimir, llorarán ante cualquier pensamiento o acción que altere ligeramente su estado anímico. El llanto puede mejorar la tensión por ansiedad que se padece en la depresión.
- f. Dificultad general para controlar las emociones, especialmente la ira, que puede ser dirigida contra uno mismo o contra los demás.
- g. Intentos de suicidio y comportamientos autodestructivos.

2.4.1 LA DEPRESION EN EL ANCIANO

La vejez es una etapa de la vida en la cual las personas deben adaptarse a múltiples cambios físicos, intelectuales, afectivos y sociales. En este proceso se ve disminuida la capacidad de adaptación al cambio, por lo tanto los ancianos tienen riesgo de padecer trastornos en el estado de ánimo.

La depresión es un padecimiento que ocurre sin importar sexo o edad. Diversos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad.

Ciampi (citado en Calderon, 1987) considera a la depresión como enfermedad típica de la vejez. Dentro de los trastornos mentales en la tercera edad es el más frecuente, elevando el número de enfermedades físicas y el riesgo de muerte (Rosvner, 1993), tanto por suicidio como por alteración del sistema inmunológico (Draper, 1996; Endegel 1996).

En general, la depresión en el anciano, presenta características similares a las que se manifiestan en el adulto más joven, sin embargo el anciano depresivo presenta una serie de síntomas y cambios psicofisiológicos característicos que le diferencian, de forma significativa del resto de la población.

En el anciano los síntomas melancólicos suelen estar presentes con más frecuencia cuando hay menor tendencia a la culpa, se puede encontrar una falta de concordancia afectiva, en relación con los estímulos, prevaleciendo sobre la tristeza y apareciendo como actitud de indiferencia o desinterés. Los síntomas negativos y la disfunción cognitiva también tienen una alta representación clínica.

Existe un aumento en la agitación, y puede haber presencia de síntomas psicóticos. Las alteraciones psicomotrices, como la inhibición motora, agitación e inquietud, pueden causar dificultades diagnósticas con el Parkinson y los cuadros confusionales, estos procesos también pueden presentarse asociados a la depresión.

Una característica importante de la depresión en el anciano, es que está puede ser enmascarada con síntomas psíquicos o corporales, siendo difícil de identificar en la consulta, ya que el mismo paciente en ocasiones no es consciente de padecerla. El porcentaje de pacientes de este tipo oscila entre el 20%-30% del total de consultas. Entre las mascaradas psíquicas de la depresión podemos encontrar: la bulimia, anorexia, fobias e hipocondría.

En cuanto al riesgo de suicidio es mayor en el anciano, incrementándose especialmente con la existencia de antecedentes depresivos, patología orgánica asociada, pérdida del cónyuge o situación de aislamiento.

La sintomatología somática se presenta con más frecuencia en este grupo etario, lo que está relacionado con el mayor número de enfermedades físicas que aparecen en esta edad. La presencia de enfermedades crónicas puede facilitar la aparición de síntomas depresivos, sin embargo, es importante tener presente que estas manifestaciones pueden atribuirse erróneamente al proceso de envejecimiento. Entre los síntomas somáticos de mayor frecuencia en el anciano podemos destacar los siguientes:

- Trastornos sensoriales como vértigo, alteraciones de olfato o del gusto.
- Trastornos neurológicos y neurovegetativos como cefaleas, sudoración exagerada, temblores, etc.
- Trastornos digestivos como diarreas, aerofagias, dispepsia.
- Trastornos cardiorrespiratorios: parestesias, molestias precordiales, subida de tensión arterial, disnea, etc.

Los síntomas de depresión son comunes en los ancianos pero frecuentemente son pasados por alto por que se cree equivocadamente, que son un acompañante natural del envejecimiento. Algunos ancianos se deprimen como resultado de pérdidas físicas y emocionales y algunos “trastornos cerebrales” aparentes, realmente son debidos a un trastorno depresivo. La depresión acelera las declinaciones físicas del envejecimiento, por lo tanto, el diagnostico preciso, su prevención y tratamiento ayudan a muchos ancianos a vivir más tiempo y permanecer más activos.

2.5 TRASTORNOS SOMATOMORFES

Los desordenes somatoformes provienen de un conjunto de trastornos derivados del concepto de neurosis histérica. Los trastornos somatoformes se focaliza en las cuestiones de carácter somático, se caracterizan por la presencia de síntomas físicos, tales como dolor, ceguera, parálisis, en los que no es posible

identificar una patología o disfunción orgánica aparente, aunque es evidente su vinculación con factores psicológicos.

El DSM-IV atribuyó como rasgo esencial de los trastornos somatoformes la presencia de síntomas físicos que sugieren una alteración física, en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos. Dentro de la clasificación contenida en el DSM-III se incluye dentro de la categoría de los trastornos somatoformes a los trastornos por somatización, el cual implica una pérdida real o una alteración del funcionamiento físico, lo que supone una gran dificultad para distinguirlos de los problemas que poseen una base orgánica.

La somatización constituye una característica diagnóstica esencial de los trastornos somatoformes (Lipowski, 1987). Este término fue introducido por Stekel (citado en Kellner, 1992) para hacer referencia a un proceso mediante el cual una neurosis profundamente arraigada podría causar un trastorno corporal.

Lipowski concibe la somatización como una tendencia a experimentar y expresar malestar psicológico en forma de síntomas somáticos que el sujeto interpreta erróneamente como signo de alguna enfermedad física severa y, en consecuencia solicita ayuda médica para ellos.

Este concepto comprende tres elementos básicos: experiencial, cognitivo y conductual (Lipowski, 1986.1988). El aspecto experiencial se refiere a aquello que los sujetos perciben con respecto a su propio cuerpo, por ejemplo, sensaciones corporales dolorosas, molestas o no habituales, y disfunciones o variaciones en el aspecto físico.

El modo en que éstos interpretan las percepciones, el significado subjetivo que tales percepciones tienen para ellos y el proceso de toma de decisiones en relación con la valoración realizada de los síntomas, constituye el elemento cognitivo. Las acciones y las comunicaciones que emprenden las personas y que se derivan de las atribuciones de sus percepciones, conforman el componente conductual.

Lipowski considera que la somatización no supone una categoría diagnóstica concreta ni implica que las personas somatizadoras padezcan necesariamente un trastorno psiquiátrico. Propone que es posible distinguir varias dimensiones de somatización:

1. Duración: La somatización puede ser transitoria o persistente.
2. Grado de hipocondría: Los pacientes somatizadores varían en su preocupación por su salud y sus síntomas y en el temor o convicción de que se encuentran físicamente enfermos.
3. Emocionalidad manifiesta: Los pacientes somatizadores pueden oscilar desde la indiferencia por el malestar somático que perciben hasta el pánico o la depresión agitada focalizada en el presentimiento de estar al borde de la muerte, de sufrir una incapacitación severa o cualquier otro evento negativo similar.
4. Habilidad para describir los sentimientos y desarrollar fantasías: Algunos pacientes somatizadores parecen carecer de tal habilidad, mientras que otros no difieren en este punto de los no somatizadores.

De acuerdo con Escobar (1987), la somatización puede ser un:

- Un problema nuclear como lo es en los trastornos somatoformes.
- Un problema asociado a un trastorno psiquiátrico no somatoforme, como la depresión mayor.
- Un trastorno enmascarado, como ocurre en la denominada depresión enmascarada.
- Un rasgo de personalidad.

Existe una idea integral que intenta definir a la somatización y es establecida por Kirmayer y Robbins en 1991, y es la que considera a la somatización como un malestar corporal, no explicado medicamente, que se relaciona con problemas psiquiátricos, psicológicos o sociales. Estos autores han diferenciado tres formas de somatización:

1. Como síntoma somático funcional.
2. Como preocupación hipocondriaca.
3. Como elemento somático presente en algunos trastornos psicopatológicos de ansiedad y de depresión mayor.

Kellner (1994) basándose en los criterios del DSM-IV-TR para diagnosticar trastornos somatoformes, conceptualiza la somatización a partir de: Una o mas quejas somáticas, por ejemplo, la fatiga o síntomas gastrointestinales, bien, que la evaluación apropiada no descubra una patología orgánica o mecanismos patofisiológicos, por ejemplo, un trastorno físico o el efecto de una lesión, que den cuenta de las quejas físicas, o bien, aun cuando existiendo una patología orgánica relacionada, las quejas físicas o la alteración ocupacional y/o social resultante sobrepasan notoriamente aquello que sería esperable a partir de los hallazgos físicos.

La aparición de cambios físicos es bastante habitual en los trastornos del estado de ánimo, especialmente en la depresión. Las quejas somáticas más frecuentes de los pacientes depresivos son la pérdida del sueño, hipersomnia, fatiga, pérdida de la actividad y deseos sexuales, molestias corporales como jaquecas, dolores de espalda, náuseas, vómitos y estreñimiento entre otros (Vazquez y Sanz, 1991). Sin embargo a diferencia del trastorno por somatización, los síntomas físicos en los trastornos depresivos se limitan a los episodios del estado de ánimo deprimido.

La depresión se manifiesta a menudo mediante síntomas físicos inexplicables combinados con ciertas características de personalidad como el negativismo o la hostilidad, en aquellas personas que tienen dificultad para expresar sus emociones (Dubovsky, 1988).

Esto provoca que en ocasiones sea muy complejo distinguir entre los síntomas somáticos asociados a un estado de ánimo depresivo y los trastornos somatoformes. En el siguiente cuadro se citan algunos aspectos diferenciales entre los trastornos somatoformes y la conducta depresiva, que son importantes para poder realizar un diagnóstico.

Tabla 5. Diferencias entre los trastornos somatoformes y conducta depresiva.

TRASTORNOS SOMATOFORMES	DEPRESION
<ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento de los síntomas físicos al finalizar el día. • Historia previa e historia familiar negativa para depresión. • Los síntomas aparecen en un contexto de enfermedad benigna. • El paciente expresa su angustia. • Respuesta placebo inicial a los antidepresivos seguida de reaparición de los síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los síntomas físicos pueden agravarse por la mañana. • Historia previa y familiar de depresión y trastornos relacionados. • Los síntomas aparecen tras una pérdida. • Minimización u ocultación de los síntomas. • Respuesta positiva a los antidepresivos.

Es innegable la presencia de síntomas somáticos en la depresión, pero en la medida que el estado de ánimo se vea favorecido o mejore, los síntomas somáticos disminuyen.

CAPITULO III METODOS DE INTERVENCION PARA COMBATIR LA DEPRESION EN LA 3° EDAD.

La psicología de la salud es un área que tiene como características principales el interés en la promoción de la salud, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y en la mejora de la salubridad ambiental, así como el interés por la prevención primaria de la enfermedad o actuaciones sobre conductas o hábitos de riesgo. Las áreas de aplicación de la psicología de la salud se dividen en cinco grupos:

1. Promoción y acrecentamiento de la salud, centrada en la educación sanitaria, el control de variables actitudomotivacionales y afectivo-emocionales, la generación de hábitos y estilos de vida saludables y actitudes encaminadas a mejorar la salud.
2. Prevención, basada, en el control de variables actitudo-motivacionales y afectivo-emocionales de riesgo, en la detección e intervención precoz ante los problemas y en la disminución de las secuelas o consecuencias de la enfermedad.
3. Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.
4. Análisis y mejora del sistema de atención sanitaria.
5. Otras, principalmente dirigidas a la formación de profesionales.

3.1 PROMOCION DE LA SALUD

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad son conceptos que pueden llegar a confundirse. Pledger y Watson (1988) engloban ambos conjuntos de actuaciones, definiéndolas como aquellas medidas diferentes del tratamiento de una enfermedad ya establecida que ayudan a los individuos y las comunidades a mantener y mejorar su salud.

La promoción de la salud supone un cambio en el eje salud-enfermedad dirigido, hacia la investigación sobre cómo se adquieren las creencias, actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en práctica de los adecuados programas para la implantación y mantenimiento de las mismas.

Se entiende como promoción de la salud el conjunto de actuaciones encaminadas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud y, a nivel operativo al conjunto de actuaciones centradas en el individuo y/o en la comunidad, relacionadas con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, las cuales pueden ser centradas en el individuo o en la comunidad.

Dentro de las estrategias centradas en el individuo se encuentran una nutrición adecuada, ejercicio físico, inmunización contra agentes infecciosos, información sobre salud, aumento de la motivación para la salud y potencialización de hábitos saludables. En cuanto a las estrategias centradas en la comunidad o el ambiente se encuentra el aprovechamiento de los servicios de salud, búsqueda de apoyo social, evitación de ambientes insanos y participación activa en la salubridad ambiental.

Todas estas estrategias se encuentran englobadas en lo que se considera educación para la salud, la cual se encarga de generar en los individuos los cambios oportunos en sus valores y prácticas de salud, de forma que está sea definitivamente percibida como un valor y por tanto, se modifiquen, en la dirección hacia la salubridad, sus conductas, hábitos y estilo de vida.

La educación para la salud está dirigida a que las personas sientan la necesidad de cuidar de sí, de su familia y de toda la comunidad, llegando a modificar conductas o adquirir nuevos hábitos para conservar el estado de salud (Cuesta y Larrosa, 1981).

Está debe incluir la información a través de la cual los individuos se sensibilicen y adopten medidas contrarrestadoras adecuadas para el mantenimiento de su salud, así como debe exigir la promoción de estilos de vida saludables (Dwore y Matarazzo, 1981).

Por lo anterior, los programas de intervención comportamental-educativa, deben basarse en estrategias de intervención destinadas a facilitar al sujeto el aprendizaje de habilidades o competencias que la capaciten para resolver sus problemas de salud (Albee, 1982; Costa y López, 1982).

Estos programas deben incluir como componente básicos los siguientes: (Macia, Méndez y Olivares, 1991):

- Entrenamiento en habilidades para el manejo del estrés. (relajación, manejo de estrés)
- Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
- Entrenamiento en solución de problemas o toma de decisiones.
- Entrenamiento en habilidades de planificación del tiempo libre.

La gran variedad de posibles actuaciones en la promoción de la salud irá desde programas y actuaciones medioambientales, dirigidas a mejorar las condiciones del medio físico, biológico y socioeconómico, hasta actuaciones centradas en el individuo, y destinadas genéricamente a la mejora del potencial de salud de las personas.

3.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Prevención es una denominación muy general y amplia, en salud mental al menos se limita a estados relacionados con áreas de dicha salud, aunque puede ser muy confuso ya que incluye tres niveles de intervención.

1. Prevención primaria. Previene la aparición del trastorno y fomenta la salud psicológica. El término genérico prevención primaria se refiere a procedimientos que favorecen muchas clases de bienestar físico y psicológico o anticipan disfunciones de cualquier índole.

2. Prevención secundaria. Mediante esta se evita que alteraciones menos graves se prolonguen y causen debilidad.
3. Prevención Terciaria. Su objetivo es reducir las consecuencias negativas adicionales de un trastorno grave establecido.

El término prevención primaria en salud mental se refiere a procedimientos que favorecen el bienestar psicológico, y es el tipo de prevención que presentaremos. A continuación se muestra una tabla en la que se resumen esquemáticamente estos niveles de intervención, explicando sus metas globales, población objetivo, mecanismos y métodos relacionados con cada estrategia.

Tabla 6. Similitudes y Diferencias de las Estrategias de la Salud Mental.

Estrategia Básica	Objetivos Globales	Población Objetivo	Mecanismos y métodos
Métodos Tradicionales	Reducir o corregir problemas de ajuste, infelicidad, autoimagen, sentido de ineficiencia, etc.	Individuos con problemas.	Técnicas de recuperación y curación tales como diagnóstico y psicoterapia.
Métodos de salud mental de la comunidad.	Los mismos que en la anterior.	Individuos con problemas.	Técnicas de curación más eficaces y de mayor alcance como son asesoría, intervención de crisis, detección e intervención oportunas, además de aplicación flexible de nuevos tipos de ámbitos y personal.
Prevención Primaria en salud mental	Prevenir la aparición de trastornos o fomentar la salud psicológica (o ambos).	Personas en general, incluidas quienes están en riesgo pero que aún no enferman.	Procedimientos para fomentar la salud, tales como educación en la salud mental , adiestramiento para adquirir diversas habilidades , reducción y evitación del estrés, análisis y modificación del sistema social, intervenciones dirigidas a sucesos adversos, y creación de redes y sistemas de apoyo.

Tabla 6. Tomada de Métodos en Psicología Clínica. Weiner.

Las metas básicas del tipo de prevención primaria son prevenir la aparición de los problemas psicológicos y mejorar la salud mental de la persona, es decir, evitar que la enfermedad se produzca, por lo tanto, resulta fundamental diseñar programas o técnicas de manipulación provechosas, que reúnan las siguientes características:

- a) Estar dirigidas a grupos o a masas, no a individuos.
- b) Ser diseñadas para personas que aún no se enferman o a personas que debido a determinadas situaciones están en riesgo de tener problemas psicológicos.
- c) Basarse en conocimientos que garanticen el potencial del programa para reducir el desajuste o fomentar la salud psicológica. (Cowen, 1980a y 1980b).

La conducta enfermedad implica tanto el mantenimiento de una buena salud como el tratamiento de la enfermedad. La Psicología de la Salud intenta enseñar a las personas como enfrentarse al estrés de forma efectiva para que no tenga consecuencias negativas para la salud, así como ayudar a las personas a que se adapten adecuadamente a su enfermedad y que se hagan responsables de mantenerse sanos, poniendo énfasis en la identificación de conductas de no salud o conductas de riesgo y factores de protección.

La conducta salud-enfermedad consiste en la forma en que las personas definen sus síntomas, les ponen remedio, y en cómo utilizan los sistemas sanitarios, por lo tanto, está integrada las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la experiencia individual.

En vista de que la prevención primaria en salud mental está orientada a las masas, la educación debe ser en principio su instrumento más natural y poderoso.

La educación en salud mental tiene el objetivo de ayudar a la gente a cambiar actitudes, y adquirir conocimientos específicos y estrategias de conducta que favorezcan y mantengan su bienestar psicológico.

Para que la educación en salud mental sea productiva, se deben elaborar programas con bases generativas sólidas, y sus valoraciones deberán demostrar

que se consiguió un crecimiento psicológico o la prevención de desajustes en la población objetivo final.

Otro procedimiento educativo de la prevención primaria en salud mental, es el aprendizaje de habilidades. Este procedimiento tiene un alcance más limitado y cuenta con una base generativa más sólida y mejor diseñada. Se basa en el hecho de que hay ciertas habilidades, distintas para cada grupo de edad y social, que intervienen en el ajuste positivo.

La salud mental se evalúa, según índices de eficiencia funcional. Se trata de considerar la salud, en contraposición de la enfermedad, como la capacidad que tiene el sujeto para ocupar el lugar que le corresponde en las relaciones sociales.

Otra de las características de la salud mental se refleja a través de los índices de bienestar, estos abarcan los estados afectivos (depresión, ira, ansiedad), y las diversas esferas de la evaluación y de satisfacción (satisfacción en el trabajo, en la vida, de las necesidades, autoestima). Una tercera manifestación de la salud mental deriva de los índices de dominio de sí mismo, y de la propia competencia.

Se han incluido como indicadores de la salud mental positiva las siguientes características:

1. Estado de espíritu positivo.
2. Ausencia de síntomas de neurosis.
3. Satisfacción en la vida.
4. Deseo de vivir.
5. Actividad social.

Es indispensable que las personas tengan un buen estado de salud físico y mental ya que así puede existir un equilibrio entre el individuo y su entorno social.

3.3 SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento del organismo plantea no sólo problemas médicos específicos sino también psicológicos y sociales que afectan al individuo tanto como a la familia y a la comunidad. A medida que envejece el individuo se incapacita para la vida activa debido a tres factores principales:

1. Invalidez progresiva producida por el proceso normal de envejecimiento fuera de toda relación con procesos patológicos.
2. Acentuación de los efectos de las enfermedades crónicas que ya eran importantes
3. Problemas psicológicos sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas con la senectud.

La geriatría incluye la prevención de la enfermedad, la prolongación de la vida y el fomento de la salud física y mental de los adultos mayores, con el objetivo de mantener la capacidad de trabajo y de autosubsistencia. El programa de protección de la salud y evitación de conductas de riesgo del hombre anciano, debe ser dirigido a la prevención de las enfermedades prevalentes en esa edad y a las consecuencias que ellas producen. Un problema presente en la senectud es de carácter social y está condicionado por complejos psicológicos, por desadaptación y por cuestiones económicas. El decaimiento de la capacidad física y mental por envejecimiento conduce al individuo a un estado de dependencia de los demás que puede llegar hasta la inhabilidad completa. Puede empezar por depender económicamente de la familia o de la sociedad, y llegar a necesitar ayuda permanente para todas sus necesidades diarias. En otros casos otros problemas en la senectud pueden ser la soledad, el abandono, la falta de actividad y la depresión. Por lo tanto, por razones humanas se deben organizar programas de protección de la salud del anciano. En geriatría los programas de salud tienen como finalidad el mantenimiento de la actividad física y mental. La prevención y el diagnóstico temprano de la enfermedad constituyen los métodos de trabajo. Los programas de salud deben proponer alternativas o soluciones a los problemas del anciano, como puede ser, el empleo en alguna actividad útil para su subsistencia.

3.4 “PROPUESTA DE UN TALLER DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR”

JUSTIFICACION

La depresión en el anciano es un problema creciente, sobre todo en los países desarrollados, debido al incremento en la población de mayores. De acuerdo a las estadísticas del INEGI en el 2007 ocho de cada cien habitantes de nuestro país eran adultos mayores, es decir, de 60 o más años de edad. Entre 2005 y 2007, el número de adultos mayores pasó de 7.9 a 8.5 millones.

A pesar de ser los ancianos un grupo de riesgo elevado frente a la depresión, en la práctica no recibe un tratamiento adecuado como el de los grupos expertos, por lo que las pautas de tratamiento no suelen ser las más adecuadas, en la atención especializada nos encontramos con la ausencia de protocolos ajustados expresamente para los ancianos o no se recurre a las técnicas de psicoterapia porque no suele estar al alcance de la atención primaria y se utiliza poco la asistencia social.

Por esto es necesario crear programas de salud o talleres preventivos para enseñar y motivar a las personas a hacerse responsables de su salud y evitar conductas que la pongan en riesgo como forma de prevenir enfermedades y trastornos del estado de ánimo como es la depresión.

OBJETIVO GENERAL

Al término del taller, el usuario aplicará los conocimientos y habilidades adquiridas para la prevención de la enfermedad en la 3° edad, logrará implementar conductas de protección de la salud y evitar conductas de riesgo al adquirir la responsabilidad de mantener una buena salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Informar a los adultos mayores en qué consiste el proceso normal de envejecimiento.
- Diferenciar entre trastornos somáticos, estados de tristeza pasajeros y un cuadro depresivo.
- Aplicar técnicas para el manejo de la ansiedad.
- Desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- Entrenar al anciano en habilidades de planificación del tiempo libre.

PARTICIPANTES

Aplicar a grupos de 10 a 15 personas, hombres y mujeres entre 55 y 70 años de edad, que no tengan problemas para procesar y manejar información, que no padezcan o estén diagnosticadas con depresión o alguna enfermedad crónica. La propuesta del taller consiste en 5 sesiones de 2 horas de duración cada una, se llevaría a cabo semanalmente.

ESCENARIO

Instituciones de salud y Unidades de medicina familiar que cuenten con un salón de usos múltiples que cuente con iluminación adecuada, sillas, de preferencia alfombrado para que propicie las estrategias vivenciales.

CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER

OBJETIVO ESPECÍFICO: Llevar a cabo la presentación de los miembros del grupo e informar de la dinámica que se llevará dentro del grupo. Conocer las expectativas y motivaciones que tienen los participantes al asistir al taller.

SESION No. UNO				
ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO		MATERIALES	TIEMPO
1. Bien venida	Breve exposición de los temas que se abordaran durante el taller.		Computadora y Cañón.	20 min.
2. Diná mica “La pelota preguntona”	Se invita a los presentes a sentarse en círculo y se explica la forma de realizar el ejercicio. Mientras se escucha una canción se pasará una pelota de mano en mano; a una seña, se detiene la música. La persona que ha quedado con la pelota en la mano se presenta para el grupo: dice su nombre y lo que le gusta hacer en los ratos libres. El ejercicio continúa de la misma manera hasta que se presenta la mayoría. En caso de que una misma persona quede más de una vez con la pelota, el grupo tiene derecho a hacerle una pregunta.		Una pelota	20 min.
3. Enc uadre	Establecimiento de reglas que serán definidas por los propios miembros el grupo.			20 min.
4. Exp ectativas, y encuadre.	Formar parejas las cuales se preguntaran e indagaran sobre cuál fue su motivación para asistir al taller y que se esperan de esas sesiones. Nombrar a un representante que al final compartirá a todos los miembros las conclusiones.			40 min.

5.	Cierre	Cerrar la sesión comentando y escribiendo las motivaciones y expectativas en común, dejándolas en un lugar visible para tenerlas presente en las sesiones siguientes.	Rotafolio y marcadores.	20 min.
----	--------	---	-------------------------	---------

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Informar a los adultos mayores en qué consiste el proceso de envejecimiento. Permitir que se lleve a cabo la aceptación personal en los participantes, evaluar logros y metas importantes de su vida.

SESION No. DOS				
ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO	
1. Exposición sobre El envejecimiento.	Se hará una exposición sobre el envejecimiento y sus características: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es envejecimiento? ¿Cuáles son los principales cambios físicos, cognitivos y psicológicos en el anciano? 	Computadora y Cañón.	20 min.	
2. Preguntas y Respuestas.	Al término de la exposición se llevará a cabo una serie de preguntas y respuestas, en caso de haber dudas por parte de los miembros del grupo. Se entregarán tarjetas a los participantes donde anotaran sus dudas y serán puestas en una caja.	Tarjetas, plumas, caja.	20 min.	
3. Dinámica "Historia Existencial"	Se entregará a los participantes una hoja de trabajo (Anexo1). Se pide a los participantes que contesten a las preguntas de "Historia Existencial" lo más amplio y detallado que se pueda y de manera individual. Se divide a los participantes en subgrupos de 5 personas y les indica que narren sus historias personales hacia el interior del grupo, haciendo hincapié en permitir que se hagan preguntas.	Hojas de trabajo y lápices para cada participante.	60 min.	

4.	Cierre	Se guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida		20 min.
----	--------	---	--	---------

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Que el adulto mayor logre diferenciar entre estados de tristeza pasajeros, trastornos somáticos y un cuadro depresivo. Aplicar técnicas de relajación en su vida diaria y brindar opciones para atenuar los efectos de las tensiones.

SESION No. TRES				
ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO		MATERIALES	TIEMPO
1. Exposición sobre la depresión.	Se hará una exposición sobre la depresión en el anciano: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es depresión? ¿Cuáles son sus síntomas? Factores desencadenantes y consecuencias de la depresión. 		Computadora y cañón.	20 in.
2. Preguntas y Respuestas.	Al término de la exposición se llevará a cabo una serie de preguntas y respuestas, en caso de haber dudas por parte de los miembros del grupo. Se entregaran tarjetas a los participantes donde anotaran sus dudas y serán puestas en una caja.		Tarjetas, plumas, caja.	20 min.
3. Técnica de relajación	Se aplicará una técnica de relajación mediante imaginación.		Grabadora, música de relajación.	30 min.

4.	Compartir experiencias.	Los participantes compartirán como se sintieron, si lograron o no relajarse.		25 min.
5.	Cierre	Elaborar una lista de consejos para atenuar los efectos de las tensiones.	Rotafolio y marcadores.	25 min.

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Informar a los participantes de la importancia de mantener una buena salud y hacerse responsables de ella.

SESION No. CUATRO			
ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1. Exposición sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	<p>Se hará una exposición sobre: Métodos de intervención para combatir la depresión en la 3 edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la salud en el anciano. • Prevención de la enfermedad en el anciano. 	Computadora y cañón.	30 min.
2. Dinámica "Dialogo del síntoma".	Se hará una dinámica mediante imaginaria "Dialogo del síntoma". (Anexo 2)		35 min.
3. Compartir experiencia.	Los participantes compartirán como se sintieron y que mensaje le dejó la dinámica.		25 min.

4.	Cierre	Los participantes concluirán respondiendo a las preguntas ¿Que hago para preservar mi salud?, y ¿Cómo puedo hacerme responsable de mi salud? compartiendo sus respuestas con el grupo	Rotafolio y marcadores.	30 min.
----	--------	---	-------------------------	---------

OBJETIVOS ESPECIFICOS: Informar a los participantes de la importancia por continuar estando implicado y activo socialmente y de reemplazar los roles y apoyos sociales perdidos por otros nuevos. Concluir el taller.

SESION No. CINCO			
ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1.Exposición sobre "Relaciones sociales en la 3 edad"	Se hará una exposición sobre las relaciones sociales en la 3° edad: <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos sociales en relación al envejecimiento. • Interacción social y emoción. 	Computadora y cañón.	25 min.
2. Dinámica "Inventario de la vida".	Se reparten las hojas con las preguntas a cada participante. Cada uno debe escribir tantas respuestas a las nueve preguntas como se le ocurran, rápidamente y sin detenerse a reflexionar profundamente. Se comparan las respuestas individuales con las del grupo. Se puede consultar con los participantes para profundizar más en el "inventario de la vida". El grupo analiza, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.	Hoja de trabajo y lápices para cada participante.	45 min.

3. Reflexión	Elaborar una lista de ¿Cómo mejorar las habilidades sociales?, y ¿Qué actividades pueden realizar en su tiempo libre?.	Rotafolio y marcadores.	25 min.
4. Cierre del taller	Se formará un círculo con todos los participantes y cada uno compartirá si se cumplieron sus expectativas o no y que aprendizaje se lleva.		25 min.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la teoría revisada la vejez se define como “el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles, e intrínsecos a todos los miembros de la especie” (Handler 1960).

Existe una rama de la medicina, la gerontología, encargada del estudio de los ancianos y procesos de envejecimiento, y define a la vejez como el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social.

Los autores revisados en el presente trabajo coinciden en el hecho de que el envejecimiento es un período que comprende pérdidas y ganancias en el aspecto físico, cognitivo y social.

Los adultos mayores al enfrentarse a todos los cambios que implica el envejecimiento como la disminución en la audición y visión, el deterioro cognitivo, alteración en la memoria, pérdida o disminución de actividad, la viudez, la jubilación, la soledad y el abandono, pueden tener un mayor riesgo a la depresión si no cuentan con las herramientas necesarias para manejarlos y reemplazar los roles y actividades perdidas por nuevos intereses y retos acordes a sus condiciones actuales, ya que la implicación satisfactoria en roles influye en el autoconcepto y autoestima de la persona.

Un aspecto fundamental en la vida de todas las personas es la relación que mantienen con los demás, durante la vejez ocurren cambios en la actividad y las relaciones sociales. Existe una teoría psicosocial Teoría de la Actividad que explica que el mejor y mayor ajuste de la persona a las circunstancias de vejez se logran a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de sus años anteriores.

Cuando los adultos mayores no han cursado con un estilo de vida saludable y tienen conflictos sin resolver, esto puede tener como consecuencia un alto riesgo de enfermar, por lo tanto, para tener un “envejecimiento exitoso” y adquirir habilidades para mantenerse bajo riesgo de enfermar, es necesario contar con un alto nivel de actividad física y mental, comprometernos con la

vida, siendo responsables de nuestra salud, manteniendo relaciones interpersonales y participando en actividades significativas.

En 2005, se registraron en el país alrededor de 24.8 millones de hogares, en 6.1 millones de estos vive al menos un adulto mayor. Debido a que el anciano debe adaptarse a múltiples cambios y a que durante el envejecimiento se ve disminuida la capacidad de adaptación, el adulto mayor tiene riesgo a padecer trastornos del estado de ánimo.

Dentro de los trastornos mentales en la tercera edad, la depresión es el más frecuente, elevando el número de enfermedades físicas, ya que presenta una serie de síntomas negativos que los diferencian del resto de la población. Las principales causas de la depresión son factores genéticos como la predisposición biológica, factores emocionales como la pérdida de un objeto de amor el cual puede ser pérdida del empleo, de un ser querido o de la salud, y factores sociales como la falta de vínculos con los amigos o familiares y la disminución de actividad.

Una característica importante de la depresión en el anciano, es que está puede ser enmascarada con síntomas somáticos, siendo difícil de identificar en la consulta y que el mismo paciente tiene dificultad para distinguir. Es innegable la presencia de síntomas somáticos en la depresión, por lo cual es importante tomar medidas para favorecer y mejorar el estado de ánimo a fin de que estos síntomas disminuyan.

Los ancianos se deprimen como resultado de pérdidas físicas y emocionales, la depresión acelera las declinaciones físicas del envejecimiento, por lo tanto, el diagnóstico preciso, su prevención y tratamiento ayudan a los ancianos a mejorar la calidad de vida.

Debido al incremento en la población de adultos mayores y a que son un grupo de riesgo elevado frente a la depresión es importante implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En la atención especializada nos encontramos con la ausencia de protocolos ajustados expresamente para los ancianos, no se recurre a las técnicas de psicoterapia porque no suelen estar al alcance de la población en general y se utiliza poco la asistencia social.

Por lo tanto a nivel de atención primaria es necesario implementar programas en el sentido de la educación y promoción para la salud y detección oportuna de la enfermedad, basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables, la mejora de la salubridad ambiental, el interés por la prevención primaria de la enfermedad y actuaciones sobre conductas o hábitos de riesgo, todo esto con el fin de favorecer el bienestar físico y psicológico.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El presente trabajo pretende dar a conocer las principales características del proceso natural de envejecimiento y los aspectos físicos, psicológicos y sociales, que influyen en él. Así como también tiene la finalidad de informar como la depresión puede ser un desencadenante de problemas somáticos en el adulto mayor y la importancia de tener un estilo de vida saludable y hacernos responsables de nuestra salud a fin de que exista una prevención oportuna de la enfermedad.

Es importante mencionar que en cuanto a la atención especializada de la depresión nos encontramos con la ausencia de protocolos ajustados expresamente para los ancianos y las técnicas de psicoterapia no suelen estar al alcance de la población en general y la asistencia social no es muy utilizada.

La propuesta de llevar a cabo un taller de Promoción de la salud y prevención de la depresión en el adulto mayor, tiene un beneficio importante en esta población, ya que a través de este, se pretende que las personas mayores reciban información sobre el proceso natural de envejecimiento, que es la depresión y como identificarla, continúen con su actividad e interacción social satisfactoriamente, a fin de recibir ayuda adecuada y puedan prevenir la depresión en esta etapa de su vida.

Las limitaciones que podemos observar del presente taller consisten en que no pueden participar personas que padezcan o se encuentren ya diagnosticadas con depresión o alguna enfermedad crónica y personas con bajo nivel escolar.

ANEXOS

ANEXO 1

HOJA DE TRABAJO

HISTORIA EXISTENCIAL

1. Alrededor de las circunstancias de su nacimiento; ¿Qué es lo que más grato recuerdan y lo que no les haya gustado?
2. A la mitad del número de años que hayan vivido. ¿Cuál fue una experiencia profundamente agradable? y ¿cuál fue una profundamente desagradable?
3. En la actualidad. ¿Qué es lo que más le gusta de la vida? ¿Qué es lo que no le gusta?
4. Pensando en un número de años límite de vida y la que posiblemente viva. ¿Qué les gustaría lograr? ¿Qué no les gustaría que ocurriese en su vida?
5. En el momento de morir. ¿Cómo les gustaría morir? ¿Cómo no les gustaría morir?

ANEXO 2

DIALOGO DEL SINTOMA

Cierre los ojos y piense en algún síntoma físico que le preocupe. Si es posible, piense en un síntoma que pueda sentir ahora mismo. Si no siente ninguna incomodidad ahora, piense en algún síntoma que con frecuencia o regularmente le preocupe, y vea si puede recrear la sensación de ese malestar. Fije su atención en ese síntoma y procure tomar conciencia más minuciosa del mismo...

Exactamente, ¿Qué partes de su cuerpo están afectadas y qué sensaciones siente en tales partes? ... Preste particular atención a las sensaciones de dolor y tensión... Vea si puede aceptar completamente todo malestar que siente, y déjelo entrar en su conciencia de cómo incrementa ese síntoma.. y vea ahora si puede reducirlo librándose de él de algún modo.. Tómese un rato más para explorar mejor el síntoma y tomar mayor conciencia del mismo.

Conviertase ahora en ese síntoma. ¿Cómo es usted siendo síntoma?.. ¿Cuáles son sus características y que le está haciendo a esta persona?..Háblele ahora a esta persona dígame que le hace y como lo hace sentir.. Como síntoma, ¿Qué le dice a ella? ... ¿Cuál es su actitud y como se siente?...

Ahora sea usted mismo nuevamente y respóndale al síntoma...¿Qué le contesta y como se siente mientras responde?...¿que sucede entre ustedes dos?...

Vuelva a convertirse en el síntoma y prosiga el dialogo...¿Cómo se siente ahora siendo síntoma y que dice? ... Ahora dígame a esta persona que está haciendo por ella... ¿De qué manera le es útil o le facilita la vida?...¿Que le ayuda a evitar? ... ¿Qué otra cosa puede decir?...

Sea usted mismo otra vez. ¿Qué responde ahora?... Continúe este dialogo durante un rato y alterne a fin de identificarse con quien quiera que este hablando. Vea que puede aprender de cada uno mientras prosigue el dialogo...

Mantenga los ojos cerrados y recapaciten en silencio sobre la experiencia...Ahora abra los ojos y comunique su experiencia en primera persona del presente, como si estuviera sucediendo ahora...

Con frecuencia un síntoma tiene mucho que comunicarle si se toma el tiempo de prestarle atención y escuchar los mensajes que le envía. Al mismo tiempo que le remite mensajes, envía mensajes a la gente que a usted lo rodea.

ANEXO 3

HOJA DE TRABAJO

INVENTARIO DE LA VIDA

1. ¿Cuándo me siento totalmente vivo? ¿Cuáles son las cosas, los acontecimientos, las actividades, que me hacen sentir que realmente vale la pena vivir, que es maravilloso estar vivo?

2. ¿Qué es lo que hago bien? ¿En qué puedo contribuir a la vida de los demás? ¿Qué es lo que hago bien para mi propio desarrollo y bienestar?

3. Dada mi situación actual y mis aspiraciones, ¿qué necesito aprender a hacer?

4. ¿Qué deseos debo convertir en planes? ¿Ha descartado algunos sueños por no ser realistas y que deba volver a soñar?

5. ¿Qué recursos tengo sin desarrollar o mal utilizados? Estos recursos pueden referirse a cosas materiales, a talentos personales o a amistades.

6. ¿Qué debo dejar de hacer ya? ¿Qué debo empezar a hacer ya?

7. Las respuestas dadas a todas las preguntas anteriores

8. ¿Cómo afectan a mis planes y proyectos inmediatos para los tres próximos meses, para el próximo año?

BIBLIOGRAFIA

1. Alarcon, M. (1997). **Trastornos Psicológicos**. Barcelona: Aljibe.
2. Barlow, D.(1999). **Psicología Normal: Un Enfoque Integral**. México: Thomson.
3. Belloch, A; Sandini, R.(1995). **Manual de Psicopatología. II Tomo**. España: Mc. Graw Hill.
4. Bernstein, D. (1988). **Introducción a la psicología clínica**. México: Mc. Graw Hill.
5. Buendía, J. (1991). **Psicología clínica y salud: Desarrollos actuales**. España: Universidad de Murcia.
6. Belsky, J. (2001). **Psicología del envejecimiento**. Madrid: Paraninfo.
7. Calderon, G. (1987). **Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento**. Trillas.
8. Fernández, B.R. (2000). **Gerontología Social**. España: Pirámide.
9. Gómez, D y Saburido, L. (1996). **Salud y prevención: Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica**. España: Paidos.
10. Geist, H. (1991). **Psicología y psicopatología del envejecimiento**. Buenos Aires: Editorial Paidos.
11. Hansen, B. (2002). **Desarrollo en la Edad Adulta**. México: Manual Moderno.
12. Laforest, J. (1991). **Introducción a la Gerontología**. Barcelona: Herder.

13. Lemos, S. (2003). **Psicología de la salud**. España: Siglo XXI.
14. Muñoz, J. (2002). **Psicología del envejecimiento**. Madrid: Pirámide.
15. McInnes, L; Rabbit P (1997). **Envejecimiento, salud y funciones cognitivas**. Manchester: Pirámide.
16. Morales, F. (1999). **Introducción a la Psicología de la salud**. Buenos Aires: Paidós.
17. Papalia, D; Olds, W; Feldman, S. D. **Desarrollo Humano**. Mc. Graw Hill.
18. Sanz, G. y María, L. (2002). **Tercera edad y calidad de vida: aprender a envejecer**. Barcelona: Ariel.
19. Sue, D; Sue, D; Sue, S. (1996). **Comportamiento Anormal**. Madrid: Mc. Graw Hill.
20. Spoenri, T. y Hadel, J. (1983). **Compendio de Psiquiatría**. Barcelona: Toray, S.A.
21. Simón, M. (1999). **Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones**. Madrid: Biblioteca Nueva.
22. Weiner, H. (1992). **Métodos en psicología clínica**. Barcelona: Limusa.